Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott

§247

Svar på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 (Beslut enligt delegation)

RS211000

Beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott föreslås besluta att

- avge yttrande till Socialdepartementet i enlighet med bifogat remissvar

Ärendet

SOU 2021:69 En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet är en omfattande utredning där socialförsäkringens tillämpning och ersättningar föreslås förändras samt en ny ersättningsform tillskapas. Utredarens förslag syftar till att ge individen ökad trygghet och förutsägbarhet vid långvarig nedsatt arbetsförmåga. Förvaltningarna har getts möjlighet att lämna synpunkter som ligger till grund för yttrandet.

Region Halland är generellt positiv till utredarens förslag som innebär en större tydlighet och ökad flexibilitet. Utredarens föreslagna begrepp, beviskrav och gränsdragningar behöver tydligare definieras och utredas för att enklare kunna tillämpas. Region Halland anser att utredarens förslag kommer medföra en ökad samverkan mellan aktörerna men främst inom hälso- och sjukvård. Utredaren belyser inte digitaliseringsbehov men Region Halland vill påtala behov av att lagstiftning och digitala plattformar behöver utvecklas för att möjliggöra elektronisk informationsöverföring, för en enklare samverkan.

Promemorian föreslår olika tidpunkter för införandet av delar av remissens förslag. Region Halland ser svårigheter för olika tidpunkter av ikraftträdandet. Tillämpningen av regelverket riskerar att bli otydligt och kan medföra en felaktig bedömning av arbetsförmågan samt ställer högre krav på kommunikation och utbildningsinsatser.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott föreslås besluta att

- avge yttrande till Socialdepartementet i enlighet med bifogat remissvar

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott

Beslutsunderlag

- Beslutsförslag - Svar på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga
- Region Hallands yttrande på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga
- Remiss, En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69)
- Promemoria Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, svar senast 2021-12-22, S2021/07176

Expedieras till

Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa
Driftnämnden Hallands sjukhus
Driftnämnden Närsjukvård
Driftnämnden Psykiatri
Privata vårdgivare inom vårdval Halland närsjukvård
Privata vårdgivare inom vårdval Halland psykiatri

Paragrafen är justerad

Regionkontoret
HR
Margareta Alexandersson
HR chef

Beslutsförslag

Datum
2021-11-24

Diarienummer
RS211000

Regionstyrelsen

Beslutsförslag - Svar på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott föreslås besluta att:

- Avge yttrande till Socialdepartementet i enlighet med bifogat remissvar.

Sammanfattning

SOU 2021:69 En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet är en omfattande utredning där socialförsäkringens tillämpning och ersättningar föreslås förändras samt en ny ersättningsform tillskapas. Utredarens förslag syftar till att ge individen ökad trygghet och förutsägbarhet vid långvarig nedsatt arbetsförmåga. Förvaltningarna har getts möjlighet att lämna synpunkter som ligger till grund för yttrandet.
Region Halland är generellt positiv till utredarens förslag som innebär en större tydlighet och ökad flexibilitet. Utredarens föreslagna begrepp, beviskrav och gränsdragningar behöver tydligare definieras och utredas för att enklare kunna tillämpas. Region Halland anser att utredarens förslag kommer medföra en ökad samverkan mellan aktörerna men främst inom hälso- och sjukvård. Utredaren belyser inte digitaliseringsbehov men Region Halland vill påtala behov av att lagstiftning och digitala plattformar behöver utvecklas för att möjliggöra elektronisk informationsöverföring, för en enklare samverkan. Promemorian föreslår olika tidpunkter för införandet av delar av remissens förslag. Region Halland ser svårigheter för olika tidpunkter av ikraftträdandet.

Tillämpningen av regelverket riskerar att bli otydligt och kan medföra en felaktig bedömning av arbetsförmågan samt ställer högre krav på kommunikation och utbildningsinsatser.

Bakgrund

Utgångspunkten för utredarens uppdrag avseende förmånerna sjukersättning och aktivitetsersättning är att de ska ge hög trygghet vid långvarig nedsatt arbetsförmåga, ge god förutsägbarhet för individen och stabilitet i tillämpningen över tid. Regelverkets krav för att en individ ska beviljas förmånerna ska bli mer ändamålsenliga och i möjligaste mån ta till vara den arbetsförmåga individen har. Utredaren föreslår att underlätta arbete, studier och andra uppdrag under tid med sjuk- respektive aktivitetsersättning och att göra den mer flexibel i tid och tillåta prövning under längre tid.
Utredningens uppdrag har haft tre delar:

- Att se över regelverket för rätten till sjukersättning respektive aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.
- Att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjuk- respektive aktivitetsersättning.
- Att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

Region Halland är generellt positiv till en bredare och mer flexibel tillämpning, vilket är gynnsamt för individen. Region Halland ser att utredningens förslag innebär en ökad samverkan mellan berörda aktörer vilket kan komma att öka belastning, främst inom hälso- och sjukvård. Utredaren belyser inte digitaliseringsbehov men Region Halland vill påtala behovet av att lagstiftning och tekniska lösningar behöver möjliggöra en digitalisering av informationsöverföringen mellan samverkande aktörer.

Rätten till sjukersättning-övervägande och förslag
Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp
Utredarens förslag gällande regelverket för rätten till sjukersättning respektive aktivitetsersättning är att tydliggöra handläggningen och de arbetsmarknadsmässiga begreppen för att få en mer jämlik och rättssäker bedömning. Utredaren föreslår att individen bedöms mot samma arbetsmarknadsbegrepp, *normalt förekommande arbeten*, för de olika förmånerna och att ett nytt begrepp ”*angiven yrkesgrupp*” införs.

Region Halland är positiv till att ha samma arbetsmarknadsbegrepp för de olika förmånerna, detta kommer underlätta för hälso- och sjukvården. Region Halland är tveksam till begreppet *angiven yrkesgrupp* som är återkommande i utredningen, då detta begrepp tydligare behöver definieras och analyseras vilka konsekvenser det kan få att använda. Många individer arbetar inom breda yrkesgrupper och inom flera områden som inte kan definieras under en angiven yrkesgrupp. Konsekvensen för hälso- och sjukvården om detta begrepp är otydlig kan resultera i att läkaren har svårt att bedöma vilka erfarenheter och yrkestillhörigheter som individens arbetsförmåga ska bedömas emot. Utrymme för egen tolkning blir stort om inte begreppet tydligare beskrivs.

Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder

Utredaren föreslår att äldre individers arbetsförmåga ska bedömas mot sådana arbeten som individen har erfarenhet av. Region Halland anser att sjukförsäkringen uteslutande bör handla om nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom annars kan ambitionen att verka för arbetslinjen och ett förlängt arbetsliv riskeras.

Region Halland ställer sig positiv till utredarens förslag om att äldre individer ska bedömas mot sådana arbeten som individen har erfarenhet av.

I promemoria ”Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga” föreslås att tidigarelägga införandet. Region Halland ser svårigheter med olika tidpunkter för ikraftträdandet. Tillämpningen av regelverken riskerar att bli otydligt och kan medföra en felaktig bedömning av arbetsförmågan hos individen. Det ställer högre krav på kommunikationsinsatser och utbildning inom hälso- och sjukvården samt för arbetsgivaren.

Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredaren föreslår införandet av ett ”kodifierat beviskrav” för delar av sjukförsäkringen. Utredaren menar att införandet kommer minska risken för att Försäkringskassan gör skiftande bedömningar i vem som har rätt till ersättning. Införande innebär att olika begrepp kommer väga olika tungt vid bedömning av rätten till sjuk- respektive aktivitetsersättning. Beviskravet ”*sannolik*t” och ”*kan antas*” är väl avvägt för denna typ av ärende, enligt utredaren.

Region Halland samstämmer med utredaren att en mer jämlik bedömning behöver ses över. Nuvarande bedömning av rätten till ersättning

får anses relativt rättsosäker, då Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning varierat över tid.
Region Halland delar inte utredarens förslag om att införa ett kodifierat beviskrav för delar av förmånerna inom sjukförsäkringen. Konsekvenserna av att ha olika tillämpningar och begrepp i de olika socialförsäkrings-förmånerna gör det svårt för hälso- och sjukvården att hantera och ökar risken för feltolkning. Region Halland anser därför att en bredare utredning behöver tillsättas för att se över frågan om beviskrav i förvaltningsprocessen, likt den beskrivning som görs av utredaren, innan kodifierat beviskrav införs vid prövning av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning. Det finns tveksamheter för hur sjukförsäkringen kommer att tillämpas om ingen tydligare definition av begreppen i beviskraven presenteras inför införande. Beviskraven ”*sannolikt*” och ”*kan antas*” är ett lägre beviskrav än normalkravet och harmoniserar inte med gällande beviskrav i angränsande regelverk inom arbetsrätten och det som gäller för arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen.

Rätten till aktivitetsersättning övervägande och förslag
Utredaren föreslår ett mer flexibelt regelverk där deltidsstudier eller att pröva arbetsförmågan, ska kunna kombineras med aktivitetsersättning.
Region Halland är positiv till ett mer flexibelt regelverk men vill poängtera att det bör finnas arbetslivsinriktade aktiviteter tydligt inkluderat i planen för de individer som beviljas aktivitetsersättning.

Förmåner vid rehabilitering-rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer
Planer för rehabilitering och återgång i arbete
Utredaren föreslår att Försäkringskassan ska se till att individens rehabiliteringsbehov kartläggs senast dag 60 i sjukfallet.

Region Halland är positiv till utredarens förslag men ser att det kommer öka belastningen på hälso- och sjukvården men även på arbetsgivaren. Mer information än det som beskrivs på läkarintyget kan komma att behövas för att kartlägga rehabiliteringsbehovet. Detta kan innebära att fler professioner kommer bli involverade tidigare i bedömningen (teambedömning) för att kunna bistå med informationen.

Preventionsersättning
Utredarens förslag gällande att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Utredaren föreslår att införa en ny ersättningsform, *preventionspenning*, som är mer flexibel i tid samt inkluderar fler tidiga arbetsrehabiliterande insatser utöver de medicinska insatser som ingår. Försäkringskassans uppdrag kring samverkan föreslås öka och tidigareläggas

samt att Försäkringskassan ansvarar för upprättandet av preventionsplan. Utredaren föreslår även att ett nytt bidrag kopplas till ersättningsformen, *preventionsbidrag*, som ska täcka vissa kostnader som kan uppstå i samband med de rehabiliterande insatser som ges.
Region Halland är positiv till utredarens förslag om preventionsbidrag. Det främjar en mer jämlik möjlighet för individen att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering.
Region Halland delar inte utredarens bedömning om att Försäkringskassans ansvar att upprätta preventionsplan kommer att avlasta hälso- och sjukvården. Region Halland anser snarare att hälso- och sjukvården samt arbetsgivare kommer bli mer belastade, ytterligare samverkan kommer att krävas för att Försäkringskassan ska kunna upprätta en preventionsplan. Den medicinska behandlingsplanen samt prognos är något som efterfrågas inför insättande av arbetslivsinriktad rehabilitering, detta kommer troligen att öka då tillämpningen kommer vara mer flexibel och innefatta fler rehabiliterande insatser. Region Halland anser att det finns en risk att tillämpningen av förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder kan komma att ytterligare utvidga arbetsgivarens redan befintliga rehabiliteringsansvar. Region Halland anser att gränsdragningen för vad som åligger arbetsgivaransvaret och för vad som ska ingå i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen med preventionspenning behöver tydligare definieras.

Konsekvensbeskrivning

Av Försäkringskassans statistik framgår att fler kvinnor än män är sjukskrivna. I dagsläget kan inte Region Halland bedöma vilka av dessa individer som kommer att omfattas av utredarens förslag. Utredaren menar att fler individer kommer ha rätt till föreslagna ersättningsformer.
Konsekvenser för könstillhörighet är därför svåra att bedöma.

Utredarens förslag om att införa specifik bedömningsgrund utifrån åldersindelning kan uppfattas ojämlikt utifrån bedömning av rätten till sjukersättning.

Förslaget att införa preventionsersättning och preventionsbidrag möjliggör ett mer jämlikt användande av förebyggande rehabiliteringsinsatser. Utredarens förslag möjliggör deltagande oavsett bostadsort, ort för arbetslivsinriktade insatser då restid och resekostnader inkluderas i den föreslagna ersättningsformen.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Storleken på de ekonomiska konsekvenserna är inte möjliga att bedöma i nuläget. Det framkommer i utredningen att samverkan och intygsskrivande troligen kommer att öka vilket kan medför en ökad belastning på Region Halland.

Regionkontoret

Jörgen Preuss	Cristine Karlsson
Regiondirektör	HR-direktör

Bilaga:

Region Hallands yttrande på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga

Styrelsens/nämndens beslut delges

Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa
Driftnämnden Hallands sjukhus
Driftnämnden Närsjukvård
Driftnämnden Psykiatri
Privata vårdgivare inom vårdval Halland närsjukvård
Privata vårdgivare inom vårdval Halland psykiatri

Mottagare
Socialdepartementet
s.remisssvar@regeringskansliet.se
esbjorn.akesson@regeringskansliet.se

Datum
2021-11-23

Diarienummer
RS211000

Region Hallands yttrande på remiss En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga samt promemoria Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga

Region Halland har getts möjlighet att lämna synpunkter på utredningarna ” En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69” samt promemoria ”Stärkt trygghet vid nedsatt arbetsförmåga”.
Betänkandet är omfattande och har goda ambitioner av att ge en bred och tydlig bild. Region Halland instämmer i stort i utredningens förslag och önskar lämna följande synpunkter.

Synpunkter

Digitaliseringsbehov

Utredaren belyser inte digitaliseringsbehov men Region Halland vill påtala behovet av att lagstiftning och tekniska lösningar möjliggör en digitalisering av informationsöverföringen mellan samverkande aktörer, för att reducera manuell informationsöverföring.
Utredningen beskriver en ökad belastning i form av administration och samverkan för hälso- och sjukvården och andra aktörer. Region Halland vill poängtera vikten av ett noggrant övervägande i all utveckling mot ökad administrativ belastning på hälso- och sjukvården för rätt nyttjande av tillgängliga resurser och kompetenser.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Promemorian föreslår ett tidigareläggande av delar av remissens förslag. De delar promemorian föreslår ska tidigareläggas är, *ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp samt sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder*. Region Halland ser svårigheter med olika tidpunkter för ikraftträdandet av de olika förslagen. Tillämpningen av regelverket riskerar att bli otydligt och kan medföra en felaktig bedömning av arbetsförmågan hos individen. Det ställer högre krav på kommunikationsinsatser och utbildning inom hälso- och sjukvården samt för arbetsgivaren.

Adress: Region Halland, Box 517, 301 80 Halmstad
Besöksadress: Södra vägen 9
Telefon: 035-13 48 00 Fax: 035-13 54 44

E-post: regionen@regionhalland.se
Webb: regionhalland.se
Org. Nr: 232100–0015

Rätten till sjukersättning-övervägande och förslag
Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp
Region Halland är positiv till att ha samma arbetsmarknadsbegrepp för de olika förmånerna, detta kommer underlätta för hälso- och sjukvården. Region Halland är tveksam till begreppet *angiven yrkesgrupp* som är återkommande i utredningen då detta begrepp tydligare behöver definieras och analyseras vilka konsekvenser det kan få att använda. Många individer arbetar inom breda yrkesgrupper och inom flera områden som inte kan definieras under en angiven yrkesgrupp. Konsekvensen för hälso och sjukvården om detta begrepp är otydlig kan resultera i att läkaren har svårt att bedöma vilka erfarenheter och yrkestillhörigheter som individens arbetsförmåga ska bedömas emot. Utrymme för egen tolkning blir stort om inte begreppet tydligare beskrivs.

Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder
Region Halland ställer sig positiv till utredarens förslag om att äldre individer ska bedömas mot sådana arbeten som individen har erfarenhet av.
Region Halland anser att sjukförsäkringen uteslutande bör handla om nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom annars kan ambitionen att verka för arbetslinjen och ett förlängt arbetsliv riskeras.

Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning
Region Halland samstämmer med utredaren att en mer jämlik bedömning behöver ses över. Nuvarande bedömning av rätten till ersättning får anses
relativt rättsosäker, då Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning varierat över tid. Region Halland delar inte utredarens förslag om att införa ett kodifierat beviskrav för delar av förmånerna inom sjukförsäkringen. Konsekvenserna av att ha olika tillämpningar och begrepp i de olika socialförsäkringsförmånerna gör det svårt för hälso- och sjukvården att hantera och ökar risken för feltolkning. Region Halland anser därför att en bredare utredning behöver tillsättas för att se över frågan om beviskrav i förvaltningsprocessen, likt den beskrivning som görs av utredaren, innan kodifierat beviskrav införs vid prövning av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning. Det finns tveksamheter för hur sjukförsäkringen kommer att tillämpas om ingen tydligare definition av begreppen i beviskraven presenteras inför införande. Beviskraven ”sannolikt” och ”*kan antas*” är ett lägre beviskrav än normalkravet och harmoniserar inte med gällande beviskrav i angränsande regelverk inom arbetsrätten och det som gäller för arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen.

Rätten till aktivitetsersättning övervägande och förslag
Region Halland är positiv till utredarens förslag att individen bedöms mot samma arbetsmarknadsbegrepp, normalt förekommande arbeten, för de olika förmånerna. Region Halland vill poängtera att det bör finnas arbetslivsinriktade aktiviteter tydligt inkluderat i planen för de individer som beviljas aktivitetsersättning.

Förmåner vid rehabilitering-rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer
Planer för rehabilitering och återgång i arbete
Region Halland är positiv till utredarens förslag att Försäkringskassan ska kartlägga rehabiliteringsbehovet inom 60 dagar men ser att det kommer öka belastningen på hälso- och sjukvården. Mer information än det som beskrivs på läkarintyget kan komma att behövas för att kartlägga rehabiliteringsbehovet. Detta kan innebära att fler professioner kommer bli involverade tidigare i bedömningen (teambedömning) för att kunna bistå med informationen.

Preventionsersättning
Region Halland är över lag positiv till en bredare och mer flexibel ersättningsform, vilket är gynnsamt för individen. Region Halland delar inte utredarens bedömning av att införandet, när Försäkringskassan ansvarar för upprättande av preventionsplanen, kommer leda till avlastning för hälso- och sjukvården. Region Halland anser snarare att hälso- och sjukvården samt arbetsgivare kommer bli mer belastade till följd av att mer samverkan kommer att krävas för att Försäkringskassan skall kunna upprätta en preventionsplan. Den medicinska behandlingsplanen samt prognos är något som efterfrågas inför insättande av arbetslivsinriktad rehabilitering, detta kommer troligen att öka då tillämpningen kommer vara mer flexibel och innefatta fler rehabiliterande insatser.

Region Halland anser att det finns en risk att tillämpningen av förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder kan komma att ytterligare utvidga arbetsgivarens redan befintliga rehabiliteringsansvar. Gränsdragningen för vad som åligger arbetsgivaransvaret och för vad som ska ingå i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen med preventionspenning behöver tydligare definieras.

Regionstyrelsen

Mikaela Waltersson
Regionstyrelsens ordförande

Jörgen Preuss
Regiondirektör

Regeringskansliet

Remiss

2021-09-24
S2021/05920

Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69)

Remissinstanser

Arbetsförmedlingen

Arbetsgivarverket

Arbetsmiljöverket

Barncancerfonden

Botkyrka kommun

Centrala studiestödsnämnden

Danderyd kommun

Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)

Diskrimineringsombudsmannen

Domstolsverket

Ekonomistyrningsverket

Emmaboda kommun

Eslöv kommun

Falköping kommun

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Företagarförbundet

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Företagarna

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Uppsala

Gnesta kommun

Gävle kommun

Göteborgs kommun

Göteborgs Universitet

Halmstad kommun

Hörselskadades riksförbund

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering

Jokkmokk kommun

Justitiekanslern

Jämställdhetsmyndigheten

Kammarrätten i Sundsvall

Karolinska institutet

Katrineholm kommun

Konjunkturinstitutet

Kumla kommun

Kungsbacka kommun

Köping kommun

Kronofogdemyndigheten

Landsorganisationen i Sverige (LO)

LO-TCO Rättsskydd

Lunds universitet

Luleå kommun

Malmö kommun

Malå kommun

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)

Myndigheten för delaktighet (MFD)

Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS)

Nätverket Unga För Tillgänglighet

Pensionsmyndigheten

PTK

Ragunda kommun

Region Blekinge

Region Halland

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Stockholm

Region Västernorrland

Reumatikerförbundet

Riksdagens ombudsmän, JO

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Riksrevisionen

Saco

Skatteverket

Socialstyrelsen

Sollentuna kommun

Sorsele kommun

Sotenäs kommun

Statskontoret

Stockholms kommun

Svalöv kommun

Svenljunga kommun

Svenska ILO-kommittén

Svenska Läkaresällskapet

Svenskt Näringsliv

Sveriges Arbetsterapeuter

Sveriges dövas riksförbund

Sveriges Företagshälsor

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Synskadades Riksförbund

Södertälje kommun

Tjänstemännens Centralorganisation, TCO

Trollhättan kommun

Umeå kommun

Uppsala universitet

Vårdförbundet

Växjö kommun

Örebro universitet

Örnsköldsvik kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 22 december 2021**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till esbjorn.akesson@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/05920 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Therese Karlberg

Therese Karlberg
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Vol. 1

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNINGEN
SAMT FÖRMÅNER VID REHABILITERING

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:69

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Volym 1

Betänkande av
Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:69

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0192-4 (tryck)
ISBN 978-91-525-0193-1 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Ardalan Shekarabi

Regeringen beslutade den 26 mars 2020 att tillsätta en särskild utredare för att se över sjukersättningen, aktivitetsersättningen och socialförsäkringsbalkens förmåner vid rehabilitering. Regeringen beslutade samtidigt om direktiv för utredningen (dir. 2020:31). Samma dag utsågs jur. dr. Samuel Engblom till särskild utredare.

Den 24 september 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2020:100). Därigenom inrättades en parlamentariskt sammansatt referensgrupp till stöd för utredarens arbete.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 15 maj 2020 departementssekreteraren Karin Gustavsson (Socialdepartementet), departementssekreteraren Carl Hogstedt (Socialdepartementet), kanslirådet Esbjörn Åkesson (Socialdepartementet), kanslirådet Pål Ämting (Socialdepartementet), departementssekreteraren Abukar Omarsson (Arbetsmarknadsdepartementet) och departementssekreteraren Valter Lindmark (Finansdepartementet).

Som experter i utredningen förordnades den 15 maj 2020 handläggaren Cecilia Alfvén (Sveriges Kommuner och Regioner), docenten Lisa Laun (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering), utredaren Sonja Nikolovska (Inspektionen för socialförsäkringen), rättsliga experten Ulrica Svedell (Försäkringskassan), utredaren Carina Wiström Bergstock (Socialstyrelsen) och kvalificerade handläggaren Sven Zachari (Arbetsförmedlingen).

Den 23 november 2020 entledigades Abukar Omarsson och som sakkunniga i utredningen förordnades samma datum departementssekreteraren Cecilia Eng Jakobsson (Arbetsmarknadsdepartementet) och kanslirådet Marie Törn (Utbildningsdepartementet). Den 19 april 2021 entledigades Valter Lindmark och samma datum förordnades departementssekreteraren Cecilia Palme (Finansdepartementet) som sakkunnig i utredningen.

Som expert i utredningen förordnades den 29 september 2020 överläkaren Britt Arrelöv.

Som ledamöter i den parlamentariskt sammansatta referensgruppen förordnades den 27 november 2020 riksdagsledamöterna Mats Berglund (MP), Elisabeth Björnsdotter Rahm (M), Hans Eklind (KD), Bengt Eliasson (L), Ida Gabrielsson (V), Julia Kronlid (SD), Mattias Vepsä (S) och avgångna riksdagsledamoten Solveig Zander (C).

Som huvudsekreterare anställdes från och med den 1 maj 2020 kanslirådet Johanna Hjalmarsson. Samma datum anställdes kanslirådet Mårten Hultin som sekreterare i utredningen. Från och med den 11 maj 2020 anställdes förbundsjuristen Magnus Eriksson och från och med den 1 juni 2020 juristen Martin Amnell som sekreterare i utredningen.

Utredningen, som tagit namnet Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering S 2020:04, överlämnar härmed sitt betänkande *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet* (SOU 2021:69). Utredningens uppdrag är härigenom slutfört.

Stockholm i augusti 2021

Samuel Engblom

/Johanna Hjalmarsson
Martin Amnell
Magnus Eriksson
Mårten Hultin

Innehåll

Förkortningar **27**

Sammanfattning **29**

Summary **65**

1 Författningsförslag **93**

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 93

1.2 Förslag till lag om ändring i utsökningsbalken 134

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring 136

1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift 137

1.5 Förslag till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229) 139

1.6 Förslag till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395) 141

1.7 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980) 143

1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter 145

1.9 Förslag till förordning om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning 146

1.10 Förslag till förordning om preventionsersättning 148

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan ... 152

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning ... 153

1.13 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan ... 157

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ... 159

1.15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1155) om Polisens utlandsstyrka ... 161

1.16 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg ... 162

1.17 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser ... 164

2 Utredningens uppdrag och arbete ... 165

2.1 Uppdraget ... 165

2.2 Utredningens arbetssätt ... 166

3 Allmänna utgångspunkter ... 169

4 Bakgrund – befolkning, arbetsmarknad och hälsa ... 183

4.1.1 Befolkningsutvecklingen ... 184

4.1.2 Sysselsatta, arbetslösa och utbildningsnivå ... 186

4.1.3 Utveckling av anställningsformer, arbetstillfällen och arbetsgivare ... 192

4.1.4 Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning ... 199

4.2 Utvecklingen av hälsa och sjukfrånvaro i befolkningen 209
4.2.1 Mortalitet 209
4.2.2 Självskattad hälsa 211
4.2.3 Utvecklingen av hälsan hos äldre 216
4.2.4 Sjukfrånvarons utveckling 219

Rätten till sjukersättning – kapitel 5–9

5 Rätten till sjukersättning – regelverk och handläggning 229

5.1 Bakgrund 230
5.1.1 Sjukförsäkringssystemet 230
5.1.2 Bakgrund till reglerna om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga 231
5.1.3 EU-rätten och Sveriges internationella åtaganden 235

5.2 Gällande regelverk 238
5.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till sjukersättning 238
5.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen 251
5.2.3 Regelverket för rätt till sjukpenning 260
5.2.4 Rättspraxis avseende bedömning av rätt till sjukpenning 262

5.3 Handläggning av sjukersättningsärenden 264
5.3.1 Ett ärende initieras 264
5.3.2 Utredning och bedömning av rätt till sjukersättning 264
5.3.3 Utbytesärenden 270

6 Rätten till sjukersättning – regelverket i andra nordiska länder 271

6.1 Danmark 271
6.1.1 Villkor för rätt till ersättning 271
6.1.2 Finansiering och administration av försäkringen 272

6.2 Finland 273
6.2.1 Villkor för rätten till ersättning 273
6.2.2 Finansiering och administration av försäkringen 276

6.3 Island 276
6.3.1 Villkor för rätt till ersättning 276
6.3.2 Finansiering och administration av försäkringen 277

6.4 Norge 278
6.4.1 Villkor för rätten till ersättning 278
6.4.2 Finansiering och administration av försäkringen 280

7 Rätten till sjukersättning – problemanalys 281

7.1 Sjukersättningens utveckling över tid 282
7.1.1 Antal personer med sjukersättning 282
7.1.2 Nybeviljade sjukersättningar 289
7.1.3 Ansökningar, bifall och avslag 296
7.1.4 Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 297
7.1.5 Sjukersättningens utveckling och regeländringar 298

7.2 Variationer i beviljandegraden 299
7.2.1 Stora variationer i utvecklingen utan rimliga orsaker utgör problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tilliten till försäkringen 301
7.2.2 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen 301
7.2.3 Arbetsmarknadens utveckling 303
7.2.4 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning? 305
7.2.5 Förändringar i andra system 306
7.2.6 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning? 311
7.2.7 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning 315
7.2.8 Förändrad tillämpning av regelverket 317
7.2.9 Slutsatser om variationen i tillämpning 330

7.3 Kraven för att beviljas sjukersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden 332
7.3.1 Tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete” 336
7.3.2 Begreppet förvärvsarbete i praktiken – om anpassade, subventionerade och skyddade arbeten 342
7.3.3 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om sjukersättning? 348
7.3.4 På vilken grund får försäkrade avslag på ansökan om sjukersättning? – granskning av Försäkringskassans beslut 355
7.3.5 Slutsatser om diskrepansen mellan regelverket och de försäkrades möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete 357

7.4 Situationen för äldre i arbetsför ålder 359
7.4.1 Tidigare regelverk rörande hänsyn till den försäkrades ålder 360
7.4.2 Förlängningen av arbetslivet och riktåldern för ålderspension 361
7.4.3 Inte alla äldre kan arbeta länge 362
7.4.4 Arbetsförmåga i relation till ålder 364
7.4.5 Sysselsättningen bland äldre 366
7.4.6 Sambandet mellan sjukersättning och ålderspension 368
7.4.7 Incitament att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för genom pension 369
7.4.8 Slutsatser om situationen för äldre i arbetsför ålder 376

7.5 Gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukersättning 377

7.6 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 377
7.6.1 Myndighetssamarbete vid handläggning och utredning av ärenden 378
7.6.2 Olika bedömningskriterier och begrepp 381

7.6.3 Slutsatser rörande samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 382

7.7 Varaktighetskravet i sjukersättningen 384
7.7.1 En bedömning av arbetsförmågan i tre steg 388
7.7.2 Begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga 392
7.7.3 Rehabiliteringskriteriet – alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda 398
7.7.4 Svårigheter med medicinska prognosbedömningar 400
7.7.5 Uppföljning av arbetsförmågan senast efter tre år 402
7.7.6 Slutsatser om varaktighetskriteriet 415

7.8 Beviskravet vid prövning av rätt till sjukersättning 416
7.8.1 Allmänt om bevisregler i förvaltningsprocessen 418
7.8.2 Utredningsskyldighet 418
7.8.3 Bevisbörda i förvaltningsprocessen 424
7.8.4 Beviskrav i förvaltningsprocessen 426
7.8.5 Vad innebär beviskravet ”sannolikt”? 439
7.8.6 Bevisvärdering och bevismedel 440
7.8.7 Vilket beviskrav används i Försäkringskassans tillämpning? 442
7.8.8 Slutsatser om det för närvarande gällande beviskravet 448

8 Rätten till sjukersättning – överväganden och förslag ... 451

8.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp 452
8.1.1 Samma arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av sjukpenning och sjukersättning 453
8.1.2 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning 458
8.1.3 Avväganden kring ändrat arbetsförmågebegrepp vid prövning av sjukersättning till personer som är 19–29 år 458

8.2 Förtydliganden av varaktighetskravet 460
8.2.1 Klargörande av att bedömningen utgörs av två delar 461
8.2.2 Förtydligande av längden på prognosen om överskådlig framtid 463
8.2.3 En i antal år preciserad tidsrymd är inte ett lämpligt alternativ 466
8.2.4 Varaktighetsprognosen ska maximalt omfatta tid fram till tidpunkten då sjukersättning som längst kan utbetalas 468
8.2.5 Förslag om ett nytt, tydligare varaktighetsbegrepp 469

8.3 Justeringar och förtydliganden av kravet på uttömda rehabiliteringsmöjligheter 471
8.3.1 Det ska inte finnas några återstående rehabiliteringsmöjligheter – men sådana behöver inte faktiskt ha vidtagits 473
8.3.2 Det ska vara fråga om rehabiliteringsmöjligheter som faktiskt kan förväntas leda till ökad arbetsförmåga 474
8.3.3 Rehabiliteringsåtgärder som kan antas leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga först efter tidpunkten då sjukersättning som längst kan betalas ut ska inte beaktas 476
8.3.4 Förtydliganden av rehabiliteringskravet vid partiell sjukersättning 479
8.3.5 Mindre justering för att ta hänsyn till personer som inte tidigare har haft någon arbetsförmåga 481
8.3.6 Beviskravet för att rehabiliteringsåtgärder ska kunna bedömas vara uttömda 481

8.4 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder 484
8.4.1 Vid en viss ålder bör det ställas mindre omfattande omställningskrav 486
8.4.2 Vilken typ av särskilda regler bör införas? 488
8.4.3 Ålderskvalifikation 491
8.4.4 Arbetsförmågebegreppet 494

8.4.5 Rehabiliteringsmöjligheter för äldre 502

8.5 Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning..... 505
8.5.1 Fördelar med ett kodifierat beviskrav..... 508
8.5.2 Risker med ett kodifierat beviskrav 509
8.5.3 Vilket beviskrav bör gälla vid prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning? 512
8.5.4 Överväganden om andra beviskrav än sannolikt 513
8.5.5 Övrigt om beviskrav 514

8.6 Bedömningar med avseende på att motverka stora variationer i tillämpningen 515

8.7 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 517

9 Rätten till sjukersättning – konsekvenser av utredningens förslag..... 519

9.1 Hur många kan beviljas sjukersättning? 526

9.2 En reformerad sjukersättning för personer yngre än 60 år 532
9.2.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer yngre än 60 år .. 535

9.3 En reformerad sjukersättning för personer äldre än 60 år 539
9.3.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer äldre än 60 år.... 543

9.4 Sammantagen ökning av antal personer med sjukersättning 545
9.4.1 Effekter för den enskilde 549
9.4.2 Effekter i andra ersättningssystem..... 550

9.5 Långsiktiga effekter av fler med sjukersättning..... 551
9.5.1 Erfarenheter från tidigare forskning..... 552

9.5.2 Långsiktiga effekter på sysselsättning, arbetslöshet och antalet arbetade timmar 558
9.5.3 Långsiktiga effekter på BNP och de offentliga finanserna 561
9.6 Effekter för jämställdhet 563
9.7 Effekter för myndigheter 563
9.8 Effekter för arbetsgivare och företag 565
9.9 Effekter för hälso- och sjukvården 566

Rätten till aktivitetsersättning – kapitel 10–13

10 Rätten till aktivitetsersättning – regelverk och handläggning 571

10.1 Nuvarande regelverk och handläggning 571
10.1.1 Bakgrund till reglerna om aktivitetsersättning 574
10.1.2 Internationella åtaganden – FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning 576
10.1.3 Aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen 577
10.2 Gällande regelverk 578
10.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till aktivitetsersättning 578
10.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen 582
10.3 Handläggning av aktivitetsersättning 583

11 Rätten till aktivitetsersättning – problemanalys 585

11.1 Aktivitetsersättningens utveckling över tid 586
11.1.1 Antal personer med aktivitetsersättning 586
11.1.2 Nybeviljade aktivitetsersättningar 594
11.1.3 Ansökningar, bifall och avslag 598
11.1.4 Inflöde till och utflöde från aktivitetsersättningen 599

11.1.5 Aktivitetsersättningens utveckling och regeländringar ... 602

11.2 Variationer i beviljandegraden av ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga ... 603
11.2.1 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen 19–29 år ... 605
11.2.2 Arbetsmarknadens utveckling ... 606
11.2.3 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning? ... 607
11.2.4 Förändringar i andra system ... 608
11.2.5 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning? ... 610
11.2.6 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning ... 611
11.2.7 Förändrad tillämpning av regelverket ... 611
11.2.8 Regeringens styrning av Försäkringskassan ... 615
11.2.9 Utredningens slutsatser om variationen i tillämpningen av aktivitetsersättning ... 616

11.3 Orsaker bakom ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning i början av 2000-talet ... 619

11.4 Kraven för att beviljas aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden ... 623
11.4.1 Bedömningen av nedsättning av arbetsförmågan ... 623
11.4.2 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om aktivitetsersättning? ... 624

12 Rätten till aktivitetsersättning – överväganden och förslag ... 627

12.1 Ett förändrat arbetsförmågebegrepp ... 627
12.1.1 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive aktivitetsersättning ... 629

12.2 Varaktighetskrav och rehabiliteringsmöjligheter 630
12.2.1 Ett års nedsättning – väl avvägt varaktighetskrav 631
12.2.2 Prognosbedömningen har ett lågt beviskrav 632
12.3 Ett kodifierat beviskrav vid prövning av rätt till aktivitetsersättning 632

13 Rätten till aktivitetsersättning – konsekvenser av utredningens förslag 635

13.1 Effekter för försäkringen 639
13.2 Effekter för den enskilde 646
13.3 Effekter för sysselsättning 648
13.4 Effekter för hälso- och sjukvården 648
13.5 Effekter för kommuner 649
13.6 Effekter för myndigheter 650
13.7 Effekter för jämställdhet 652

Volym 2

Arbete, studier och uppdrag med mera – kapitel 14–17

14 Arbete, studier och uppdrag med mera – regelverk och handläggning 655

14.1 Bakgrund 655

14.2 Gällande regelverk 657
14.2.1 Bedömningen av arbetsförmåga 657
14.2.2 Arbete inom den så kallade åttondelen 666
14.2.3 Vilande ersättning 668
14.2.4 Steglös avräkning för sjukersättning 675
14.2.5 Aktivitetsersättning – aktiviteter enligt SFB och prövotid för studier 680
14.2.6 Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning 684

14.3 Handläggning av arbete och studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning 689
14.3.1 Försäkringskassans handläggning – steglös avräkning 689
14.3.2 Försäkringskassans handläggning – vilande ersättning och prövotid 690

15 Arbete, studier och uppdrag med mera – problemanalys 693

15.1 Tre huvudgrupper för regelverket 694

15.2 Utvecklingen över tid 695
15.2.1 Sjukersättning 695
15.2.2 Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga .. 702

15.3 Huvudgrupp 1: Försäkrade som har beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning före den 1 juli 2008 708
15.3.1 Förvärvsarbete med steglös avräkning 709
15.3.2 Vilka personer använder sig av steglös avräkning? 710

15.3.3 Möjliga förklaringar till varför inte fler väljer att förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning 714
15.3.4 Arbete inom den så kallade åttondelen 735
15.3.5 Studier under tid med sjukersättning 735
15.3.6 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning 736
15.3.7 Slutsatser om huvudgrupp 1 – försäkrade som beviljats sjukersättning före juli 2008 737

15.4 Huvudgrupp 2 och 3: Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga 738
15.4.1 Möjliga förklaringar till varför inte fler arbetar med vilande sjukersättning 739
15.4.2 Studier under tid med ersättning 753
15.4.3 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med ersättning 759
15.4.4 Aktiviteter under tid med aktivitetsersättning 772
15.4.5 Slutsatser om försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga 783

15.5 Förutsättningar för förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning 790
15.5.1 Begreppet medicinskt motiverat är inte entydigt 790
15.5.2 Nuvarande ordning är inte ändamålsenligt utformad 791
15.5.3 Risk för återkrav 792

16 Arbete, studier och uppdrag med mera – överväganden och förslag 793

16.1 Huvudgrupp 1, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 799
16.1.1 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning 799
16.1.2 Utveckling av beräkningsstöd 800
16.1.3 Inriktningsförslag – steglös avräkning och arbetsgivardeklaration på individnivå 802

16.2 Huvudgrupp 2, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 804
16.2.1 Flexiblare möjligheter till arbete med vilande sjukersättning 804
16.2.2 Partiellt vilande sjukersättning vid studier 821
16.2.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning 830

16.3 Huvudgrupp 3, försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning 845
16.3.1 Flexiblare möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning 845
16.3.2 Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd prövotid vid studier 849
16.3.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning 855
16.3.4 Ökat fokus på rätten till insatser till personer med aktivitetsersättning – nytt arbetsmarknadspolitiskt program 856
16.3.5 Uppdrag att sammanställa statistik om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning 863

16.4 Övrigt om under tid med sjuk- och aktivitetsersättning ... 866
16.4.1 Förutsättningar för arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- och aktivitetsersättning 866
16.4.2 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning 878

17 Arbete, studier och uppdrag med mera – konsekvenser av utredningens förslag 879

17.1 Beräkningsstöd för steglös avräkning 880

17.2 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning 881

17.3 Mer flexibel vilande ersättning vid arbete för personer med sjuk- och aktivitetsersättning 887

17.4 Vilande ersättning vid studier i den omfattning studierna bedrivs 892

17.5 Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. 897

17.6 Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram införs 898

17.7 Förbättrad statistik om vilka aktiviteter som personer med aktivitetsersättning deltar i 902

17.8 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning 903

Förmåner vid rehabilitering – kapitel 18–23

18 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer 907

18.1 Vad är rehabilitering? 910
18.1.1 Begreppet medicinsk rehabilitering 912
18.1.2 Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering 913

18.2 Rehabiliteringskedjans koppling till rehabilitering 916

18.3 Olika aktörers ansvar för rehabiliteringen 917
18.3.1 Försäkringskassans ansvar för tillsyn och samordning 918
18.3.2 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar 920
18.3.3 Arbetsförmedlingens rehabiliteringsansvar 924
18.3.4 Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsansvar 924
18.3.5 Kommunernas rehabiliteringsansvar 925

18.3.6 Individens rehabiliteringsskyldighet 926
18.3.7 Övriga aktörer med betydelse för rehabiliteringsprocessen 927

18.4 Planer för rehabilitering och återgång i arbete 931
18.4.1 När föreligger rätt till rehabilitering? 934

19 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsersättning. 935

19.1 Gällande regelverk 936
19.1.1 Särskilt bidrag 943
19.1.2 Rehabiliteringsersättning vid arbetsskada 945
19.1.3 Handläggning av rehabilitering – samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 946
19.1.4 Rättspraxis rörande rehabiliteringsersättning 948

19.2 Utvecklingen av rehabiliteringsersättningen över tid..... 950
19.2.1 Vilken typ av rehabilitering förekommer i ärenden om rehabiliteringsersättning? 955

19.3 Rehabiliteringsersättning – problemanalys 958

19.4 Tänkbara förklaringar till det begränsade och minskade användandet av rehabiliteringsersättning 961
19.4.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre utsträckning eller utan rehabiliteringsersättning 961
19.4.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen 962
19.4.3 Oklara gränsdragningar mellan olika former av rehabilitering samt gentemot anpassning av arbete..... 964
19.4.4 Regelverket innehåller begränsningar men kan inte anses vara för snävt 968
19.4.5 Försäkringskassans tillämpning har förändrats... 975
19.4.6 Arbetet med rehabiliteringsplaner brister i praktiken..... 979
19.4.7 Kontrollen av rehabiliteringsersättning 981

19.5 Möjliga konsekvenser av att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning..... 982

19.5.1 De långa sjukfallen ökar i antal 983
19.5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs inte i relevant omfattning? 983
19.5.3 Försäkrade kommer inte tillbaka i arbete i önskvärd utsträckning 984
19.5.4 Effekter av att ersättning endast beviljas för den faktiska tid som rehabiliteringen tar 985

19.6 Slutsatser om rehabiliteringspenning 986

19.7 Det särskilda bidraget 987

20 Förmåner vid rehabilitering – sjukpenning i förebyggande syfte 991

20.1 Gällande regelverk 991
20.1.1 Handläggning av förebyggande sjukpenning 998
20.1.2 Rättspraxis rörande förebyggande sjukpenning 1001

20.2 Utvecklingen av förebyggande sjukpenning över tid 1005

20.3 Sjukpenning i förebyggande syfte – problemanalys 1012

20.4 Tänkbara förklaringar till varför användandet av förmånen är begränsat 1015
20.4.1 Förmånens syfte och funktion i de övergripande målen för sjukförsäkringen är otydligt formulerade 1015
20.4.2 Regelverket innehåller flera svårbedömda rekvisit där tolkningen skiljer sig åt mellan aktörerna 1020
20.4.3 Reglerna är svåranvända för behandling och rehabilitering i förebyggande syfte 1030
20.4.4 Rekvisiten om ersättningsbar tid saknar flexibilitet 1033
20.4.5 Förmånen är administrativt betungande för hälso- och sjukvården 1036
20.4.6 Det saknas tillräcklig kännedom om att förmånen finns och kunskap om hur den ska användas bland relevanta aktörer 1038

20.4.7 Incitament och möjligheter att använda förmånen skiljer sig åt för olika grupper på arbetsmarknaden 1040

20.5 Konsekvenser av regelverket, tillämpningen och att få försäkrade beviljas förebyggande sjukpenning 1043
20.5.1 Konsekvenser av att ersättning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar 1044
20.5.2 Konsekvenser för enskildas möjligheter att delta i behandling eller rehabilitering 1046
20.5.3 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete 1049
20.5.4 Konsekvenser för möjligheter till kontroll 1049

20.6 Sammantagna slutsatser om förebyggande sjukpenning ...1050

21 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsprocessen 1053

21.1.1 Samverkan kring rehabilitering 1053
21.1.2 Vad är effektiv rehabilitering? 1057
21.1.3 Slutsatser rörande den faktiska rehabiliteringsprocessen 1063

22 Förmåner vid rehabilitering – utredningens överväganden och förslag 1067

22.1 En reformerad rehabiliteringsersättning 1076
22.1.1 Steglös ersättning för inkomstförlust 1077
22.1.2 Rehabiliteringsersättningens koppling till rehabiliteringskedjan 1086
22.1.3 Utökade möjligheter att få rehabiliteringsersättning för utbildning 1091
22.1.4 Rehabiliteringsbidrag ersätter särskilt bidrag 1095
22.1.5 Handläggnings- och beslutsprocessen vid rehabiliteringsersättning 1096

22.2 Preventionsersättning – en ny förmån för förebyggande behandling och rehabilitering 1100
22.2.1 Allmänt om preventionsersättning 1101

22.2.2 Preventionsersättning ska kunna beviljas för medicinsk behandling i förebyggande syfte 1108
22.2.3 Preventionsersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktade insatser i förebyggande syfte 1119
22.2.4 Steglös ersättning för inkomstförlust 1142
22.2.5 Preventionspenningens koppling till rehabiliteringskedjan 1147
22.2.6 Preventionspenning i särskilda fall 1149
22.2.7 Preventionsbidrag 1153
22.2.8 Handläggnings- och beslutsprocessen vid preventionsersättning 1155
22.2.9 Försäkringsskyddet 1161
22.2.10 Samordning med andra förmåner och andra författningar samt övriga frågor med anledning av de nya förmånerna 1162

22.3 Övrigt om preventionsersättning och rehabiliteringsersättning 1163
22.3.1 Kontroll och uppföljning 1163
22.3.2 Intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa 1164
22.3.3 Uppdrag att sammanställa statistik om rehabiliteringsinsatser 1166
22.3.4 Förslag till ändringar i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning 1166

23 Förmåner vid rehabilitering – konsekvenser av utredningens förslag 1167

23.1 Konsekvenser av en reformerad rehabiliteringsersättning 1168
23.1.1 Effekter för försäkringen 1170
23.1.2 Effekter för den enskilde 1180
23.1.3 Effekter för sysselsättning 1180
23.1.4 Effekter för arbetsgivare 1181
23.1.5 Effekter för jämställdhet 1182
23.1.6 Effekter för myndigheter 1183
23.1.7 Effekter för hälso- och sjukvården 1184

23.2 Konsekvenser av preventionsersättningen 1184
23.2.1 Effekter för försäkringen 1185
23.2.2 Effekter för den enskilde 1188
23.2.3 Effekter för sysselsättning 1189
23.2.4 Effekter för arbetsgivare 1189
23.2.5 Effekter för jämställdhet 1190
23.2.6 Effekter för myndigheter 1191
23.2.7 Effekter för hälso- och sjukvården 1193

24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 1195

24.1 Ikraftträdande 1195
24.1.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning 1195
24.1.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 1195
24.1.3 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 1196
24.1.4 Under tid med aktivitetsersättning 1197
24.1.5 Rehabiliteringsersättning 1198
24.1.6 Preventionsersättning 1198

24.2 Övergångsbestämmelser 1199
24.2.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning 1199
24.2.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 1200
24.2.3 Under tid med aktivitetsersättning 1200
24.2.4 Preventionsersättning 1201
24.2.5 Rehabiliteringsersättning 1202

25 Konsekvenser 1203
25.1.1 Rätten till sjukersättning 1204
25.1.2 Rätten till aktivitetsersättning 1210
25.1.3 Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning 1214
25.1.4 Förmåner vid rehabilitering 1222

26 Författningskommentar 1231

26.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 1231

26.2 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken 1281

26.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring 1281

26.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift 1282

26.5 Förslaget till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229) 1283

26.6 Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395) 1284

26.7 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980) 1285

26.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter 1286

Referenser 1287

Särskilt yttrande 1303

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:31 1305

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:100 1317

Bilaga 3 Aktgranskning 1319

Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
AML	Arbetsmiljölag (1977:1160)
Bet.	Betänkande
CSN	Centrala studiestödsnämnden
FPL	Förvaltningsprocesslag (1971:291)
FÖD	Försäkringsöverdomstolen
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
LAF	Lag (1976:380) om arbetsskadeförsäkring
MIG	Migrationsdomstolen
NJA	Nytt juridiskt arkiv, (rättsfall från Högsta domstolen)
Pbb	Prisbasbelopp
Rskr.	Riksdagsskrivelse
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SASSAM	Strukturerad arbetsmetodik för sjukfalls-utredningar och samordnad rehabilitering.
SCB	Statistiska centralbyrån
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst

SjLL	Lagen (1991:1047) om sjuklön
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag har haft tre delar: att se över regelverket för rätten till sjukersättning respektive aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga, att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning samt att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utgångspunkten för uppdraget avseende förmånerna sjukersättning och aktivitetsersättning är att de ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Regelverkets krav för att en försäkrad ska beviljas förmånerna ska bli mer ändamålsenliga och i möjligaste mån ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. I denna del av uppdraget har ingått att:

– se över regelverket för rätten till sjukersättning inklusive utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder,
– se över regelverket för rätten till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning

Enligt utredningens direktiv är dagens regelverk för under vilka omständigheter och i vilken omfattning personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning kan arbeta, studera, ha ideella uppdrag eller ägna sig åt fritidsaktiviteter svårt att överblicka. Detta skapar en risk för att personer avstår från att delta i samhällslivet eftersom de inte vet hur deras försörjning kan komma att påverkas. Uppdraget i denna del har bestått i att:

– göra det mer förutsebart och enklare att arbeta, studera, ta uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Förmåner vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken

Utgångspunkten för uppdraget avseende förmåner vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbaken är att skapa ett mer modernt regelverk som är anpassat till den rehabilitering som erbjuds i dag och som kan bidra till att förebygga ohälsa och ge stöd vid såväl rehabilitering som omställning till annat arbete. I denna del av uppdraget har ingått att:

– lämna förslag på hur nuvarande förmåner vid rehabilitering kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt som säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen.

Allmänna utgångspunkter

Socialförsäkringar syftar till att skydda individer mot en viss social risk. På sjukförsäkringsområdet är den sociala risken att människor p.g.a. sjukdom eller funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga och därför inte kan försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det är dock inte sjukdomen eller funktionsnedsättningen i sig som avgör rätten till ersättning utan den effekt som denna har på den försäkrades möjligheter att arbeta. Villkoren i sjukförsäkringen avgör i vilken

grad arbetsförmågan måste vara nedsatt för att den försäkrade ska vara berättigad till ersättning.

Ett viktigt perspektiv i sammanhanget är att grupperna som får aktivitetsersättning och sjukersättning är heterogena. Vissa individer har arbetat men har genom skador, sjukdomar eller olyckor fått nedsatt arbetsförmåga och därför behövt lämna arbetsmarknaden. Andra personer har aldrig förvärvsarbetat. Ersättningarna bör ge ett skydd för båda dessa grupper.

En grundläggande avvägning som behöver göras när förmåner inom sjukförsäkringen utformas är att reglerna å ena sidan måste vara utformade så att individen ges ett skydd mot den aktuella sociala risken samtidigt som de individer som skulle kunna försörja sig genom arbete inte ges tillgång till förmånen. En viktig del i denna avvägning är den så kallade arbetslinjen. Den har i olika former under lång tid varit viktig vid utformningen av de svenska socialförsäkringarna. Sveriges ambitioner vad gäller välstånd och välfärd kräver ett högt arbetskraftsdeltagande. Människor ska i så hög utsträckning som möjligt försörja sig genom arbete och den som inte kan det ska genom rehabilitering eller aktiva arbetsmarknadspolitiska insatser få hjälp att komma tillbaka. Arbetslinjen ställer även krav på deltagande i sådana insatser och på att människor är beredda söka arbete och att ta sådana arbeten som finns tillgängliga för dem. När välfärdssystem utformas ska de utformas på ett sätt som skapar incitament till arbete. Värt att notera i detta sammanhang är att människor under vissa premisser förväntas vara beredda på omställning, alltså att ta sig tillbaka till arbetsmarknaden som sådan, inte enbart till arbeten de har erfarenhet av eller utbildat sig till. Återgång i arbete kan således förutsätta omställning till ett nytt arbete.

I arbetslinjen finns även en omsorg om individen. Arbete ger, utöver försörjning, även mening och sammanhang. Det är därför viktigt att inte ge upp om människors förmåga att genom förvärvsarbete kunna försörja sig själva. Betydande resurser satsas därför på att se till så att människor inte lämnar arbetskraften i förväg eller i onödan och på att ge stöd så att människor ska kunna få eller återfå arbetsförmåga.

Alla de förmåner som berörs av detta betänkande har en stark koppling till arbetslinjen. Preventionsersättningens syfte är att förebygga nedsatt arbetsförmåga och rehabiliteringsersättningen ska underlätta återgång i arbete. Sjukersättningen kräver, såväl i dag som med ut-

redningens förslag, att nedsättningen av arbetsförmågan är varaktig samt att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda. Den som får aktivitetsersättning ska som huvudregel även delta i aktiviteter som syftar till att individen ska få eller återfå arbetsförmåga. För de som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning finns regler som ska göra det möjligt att ta tillvara eventuell kvarvarande arbetsförmåga.

Arbetslinjen har samtidigt en bortre gräns. Det finns en punkt där det inte längre går att motivera, varken ur individens eller samhällets perspektiv, att fortsätta med insatser som syftar till att en person ska få eller återfå arbetsförmåga och att ställa krav på att individen ska delta i dessa. Var den gränsen går beror till viss del på vilka resurser samhället är beredda att satsa på sådant som rehabilitering och anpassade arbeten men också på vilka effekter man bedömer att sådana insatser kommer att få. Samtidigt måste individens perspektiv beaktas så att inte den hypotetiska samhälleliga nyttan i fortsatta insatser leder till en för individen orimlig situation.

Dessa avvägningar blir särskilt tydliga vad gäller äldre personer med bara ett fåtal år kvar till pension. Ju närmare pension individen kommer desto mindre motiverat kan det samtidigt anses vara att exempelvis satsa på omställning till ett yrke som individen saknar erfarenhet av. Vid någon punkt är det inte längre rimligt för samhället att fortsätta att kräva att den försäkrade ställer om till ett nytt arbete.

Det är lätt att dra slutsatsen att det finns en oöverbryggbar målkonflikt mellan å ena sidan arbetslinjen och strävan att fler ska arbeta längre och å andra sidan möjligheter att lämna arbetslivet före pensionsåldern. Samtidigt kan dock den typen av ventil som sjukersättningen erbjuder vara en förutsättning för att en mer allmän politik som strävar mot ett högt arbetskraftsdeltagande ska framstå som rimlig och ha legitimitet hos befolkningen.

Det finns även andra utgångspunkter som varit viktiga för utredningens arbete. En sådan är att reglerna ska vara utformade så att de ger en god rättssäkerhet. Vid utformningen behöver man även beakta att det i socialförsäkringarna ska göras en individuell bedömning, med utgångspunkt i den försäkrades specifika förutsättningar. Förmånerna bör även vara lätta att förstå för individen och lätta att administrera för ansvariga myndigheter. Det bör även råda stabilitet i tillämpningen och möjligheterna att förhindra och kontrollera fusk och missbruk ska vara goda. Vidare bör reglerna vara så träffsäkra som möjligt så att rätt person får rätt förmån och förmånerna vara

konstruerade på ett sätt som gör att de uppfattas som legitima av medborgarna.

Rätten till sjukersättning

Dagens regelverk

Sjukersättning kan beviljas om den försäkrade ansöker om ersättningen eller genom att Försäkringskassan byter ut den försäkrades sjukpenning, rehabiliteringspenning, livränta eller ersättning för sjukhusvård enligt socialförsäkringsbalken (SFB) till sjukersättning.

För rätt till sjukersättning krävs enligt nuvarande regelverk att den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan i arbeten på hela arbetsmarknaden. I detta ingår t.ex. skyddade arbeten och anställningar med lönebidrag. Dessutom ska ytterligare rehabilitering inte bedömas kunna medföra att arbetsförmågan kan förbättras för att kraven för rätt till ersättning ska vara uppfyllda. Sjukersättning beviljas tills vidare och tidigast från och med den månad då den försäkrade fyller 19 år. Ersättning för personer som är 19–29 år utges alltid som hel ersättning. För personer som är 30 år eller äldre kan ersättningen beviljas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning. Sjukersättning lämnas som längst t.o.m. månaden före den försäkrades 65-årsdag.

Utredningens analys av rätten till sjukersättning

Vad gäller rätten till sjukersättning har utredningen identifierat två problem. Det ena är Försäkringskassans tillämpning av regelverket uppvisar stora variationer över tid, det andra att det finns en diskrepans mellan kraven för att få sjukersättning och individens möjligheter att försörja sig genom arbete.

Sedan 2008 har det skett en nedgång i såväl antalet personer som får sjukersättning som den andel dessa utgör av personer i arbetsför ålder. Denna minskning kan inte förklaras av förändringar i demografi, hälsotillstånd eller förhållanden på arbetsmarknaden. Nybeviljandet av sjukersättning minskade kraftigt efter 2015. Samtidigt ökade avslagsfrekvensen, från 43 procent år 2014 till 70 procent år 2019.

Stora variationer och en instabil tillämpning innebär problem för rättssäkerhet och förutsebarhet. Dessutom finns det en risk för att tilltron till socialförsäkringssystemet och förtroendet för Försäkringskassan skadas. Utredningen drar slutsatsen att problembilden med variationer i tillämpningen i första hand beror på Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket, med en skärpning av kraven för att få sjukersättning från och med år 2015.

Diskrepansen mellan möjligheterna att beviljas sjukersättning och möjligheterna att försörja sig genom arbete beror främst på regelverkets utformning, särskilt arbetsmarknadsbegreppet som i dag innebär att arbetsförmågan prövas mot arbeten på hela arbetsmarknaden, inklusive anpassade arbeten även om sådana inte finns tillgängliga, men även på en strikt tillämpning.

Även om allt fler förväntas kunna arbeta längre upp åldrarna gäller detta inte alla och det finns betydande skillnader mellan olika grupper. Strikta regler som inte tar hänsyn till ålder gör att personer som nekas sjukersättning men ändå inte kan försörja sig genom arbete kan tvingas ta ut ålderspension tidigare, med låga pensioner som följd. Det kan t.ex. röra sig om äldre försäkrade som inte beviljas sjukersättning trots att de har ytterst begränsade möjligheter att komma tillbaka i arbete.

Utredningens förslag beträffande rätten till sjukersättning

Vid prövning av rätten till sjukersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras i förhållande till samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning.

Enligt förslag i proposition 2020/21:171 *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring* ska det innebära prövning av arbetsförmågan mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Utredningen har funnit att nuvarande regelverk leder till att många individer kvarstår i långvariga sjukskrivningar, trots att arbetsförmågan kan bedömas vara stadigvarande nedsatt och rehabiliterings-

möjligheterna uttömda *i normalt förekommande arbeten.* Utredningens bedömning är att det framför allt är detta som gör det problematiskt att den försäkrades arbetsförmåga bedöms i förhållande till olika arbetsmarknadsbegrepp vid prövning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning. Det nuvarande regelverket innebär att många personer blir kvar i sjukpenningsystemet trots att det inte finns fler åtgärder att ta till för att dessa ska kunna få en förbättrad arbetsförmåga. Därför är förslaget att arbetsmarknadsbegreppet som rätten till ersättning ska prövas emot ska vara samma för sjukpenning och sjukersättning.

Ett nytt varaktighetsbegrepp, ”överskådlig tid” ska införas. Begreppet, som ersätter kriteriet ”stadigvarande”, hämtas från tidigare förarbetsuttalanden och rättspraxis och betonar överskådligheten i varaktighetsbedömningen.

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid ska inte beaktas tid bortom den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas.

Sjukersättningen är avsedd för försäkrade som har en långvarig nedsättning av arbetsförmågan på grund av medicinska orsaker. Förslaget är ett förtydligande. Med överskådlig tid ska förstås så långt som en försäkringsmedicinsk prognos av den nedsatta arbetsförmågan är möjlig att göra.

För rätt till sjukersättning ska det inte finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. Vid denna bedömning ska endast beaktas sådana rehabiliteringsåtgärder där den försäkrade bedöms få eller återfå arbetsförmåga före den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan utbetalas.

Avseende beviskravet för bedömningen av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter som kan ge eller återge den försäkrade arbetsförmåga är det för att sjukersättning ska kunna beviljas tillräckligt att det kan antas att det inte finns sådana rehabiliteringsmöjligheter.

Centralt i bedömningen av om den försäkrade ska beviljas sjukersättning är enligt nuvarande regelverk om rehabiliteringsmöjligheter inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Denna bedömning kommer rimligtvis att få än större betydelse då utredningens förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp innebär en harmonisering med det begrepp som används vid prövning av rätten till sjukpenning. Frågan om bedömning av uttömda rehabiliteringsmöjligheter blir därmed tillsammans med varaktighetskriteriet skiljelinjen mellan bedömningen av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning.

Ett kodifierat beviskrav ska införas för prövningen av rätten till sjukersättning. Rätt till sjukersättning ska anses föreligga om det är sannolikt att arbetsförmågan är nedsatt på sätt som krävs för rätt till ersättning.

Mot bakgrund av variationen i andelen avslagsbeslut över tid, trots ett oförändrat regelverk, har utredningen i enlighet med uppdraget tagit ställning till om ett nytt författningsreglerat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning kan förväntas bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen.

I dagsläget finns inget lagreglerat beviskrav vid prövningen av rätt till sjukersättning. På så sätt ansluter sig sjukersättningen till det som generellt gäller i förvaltningsärenden, att beviskrav inte är en del av regelverket. Införandet av ett nytt beviskrav i lagtexten får anses vara en mycket ovanlig åtgärd. Utredningen är emellertid av uppfattningen att bevisfrågor generellt bör ta större plats i förvaltningsprocessen. Inom socialförsäkringens område saknas ofta resonemang i förarbetena om bevisfrågor. Här finns ett behov av vägledning, för att ge bättre förutsättningar för en förutsebar och mer likformig tillämpning av regler gällande beviskrav för den rättsliga prövningen. Utredningens ställningstagande i denna fråga är därför att ett författningsreglerat beviskrav bör införas och att fördelarna med detta överväger riskerna. Den tydligaste fördelen utgörs av den enhetlighet i handläggning och bedömning som ökad tydlighet i frågan skulle innebära. Med ett klart uttalat beviskrav finns mindre risk för att handläggare och beslutsfattare ska göra olika eller skiftande bedömningar. Även risken att olika höga krav ställs upp beroende på vilken beslutsfattare

som hanterar ärendet, där vissa ställer krav som kan vara för höga medan andra krav som är för låga, kommer sannolikt att minska. Även när frågan om beviskrav inte är uttalad eller reglerad i lag måste beslutsfattaren hos Försäkringskassan, och rättens ledamöter vid överprövning i domstol, ändå ta ställning till om kraven för att den försäkrade ska beviljas ersättning är uppfyllda.

Utredningen drar slutsatsen att beviskravet ”sannolikt” är väl avvägt för denna typ av ärenden.

Sjukersättning till äldre försäkrade

Arbetsförmågan hos försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning utbetald ska bedömas i förhållande till förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Vid bedömningen av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter ska det bortses från sådana insatser
som syftar till att den försäkrade ska kunna arbeta i ett arbete som han eller hon inte har tidigare erfarenhet av.

Utredningen bedömer att de föreslagna generella förändringarna avseende arbetsförmågebegreppet, varaktighetskravet och kravet att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda för samtliga försäkrade kommer innebära lättnader i regelverket som i praktiken särskilt kommer underlätta för äldre personer i förvärvsarbetande ålder att kunna få sjukersättning. Dessa förändringar kommer enligt utredningens bedömning innebära en avsevärt minskad risk för att det ställs omställningskrav som kan uppfattas som orimliga i förhållande till den försäkrades ålder. Exempelvis kommer inte avslag kunna grundas på att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda om insatserna i praktiken kommer vara slutförda först efter den tidpunkt som den försäkrade inte längre kan få sjukersättning.

Utredningen bedömer att det därutöver även finns skäl att göra en ytterligare justering av arbetsmarknadsbegreppet för personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga som närmar sig pensionen. Dessa

särskilda regler ligger i linje med inriktningen att de försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot arbeten som det är rimligt och realistiskt att den försäkrade kan få. Mot denna bakgrund anser utredningen att särskilda regler för äldre försäkrade behövs för att sjukersättningen ska vara en ändamålsenlig förmån.

Som tidigare nämnts anges i direktiven att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara, att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person och att det inte är aktuellt att frångå principen att sjukersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt. Utredningens förslag innebär att det även fortsättningsvis kommer att krävas att arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid samt att det inte finns några rehabiliteringsåtgärder som kan ge tillbaka arbetsförmågan i något arbete som den försäkrade har erfarenhet av.

Vidare framgår redan av nuvarande förarbeten att nedsatt prestationsförmåga som har samband med normalt åldrande inte ska ge rätt till ersättning på denna nivå. Detta kommer även gälla framgent. Det är alltså inte aktuellt att sjukersättning ska betalas ut endast vid besvär som kommer av normalt åldrande och som inte medför svårigheter som sätter ner den försäkrades arbetsförmåga.

Rätten till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Dagens regelverk

Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan beviljas genom den försäkrade ansöker om ersättningen eller genom att Försäkringskassan byter ut den försäkrades sjukpenning, rehabiliteringspenning, livränta eller ersättning för sjukhusvård enligt SFB till aktivitetsersättning.

För rätt till aktivitetsersättning krävs att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt i minst ett år till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Aktivitetsersättningen är tidsbegränsad och beviljas 1–3 år i taget, tidigast från och med den månad då den försäkrade fyller 19 år och som längst t.o.m. månaden innan den försäkrade fyller 30 år. Ersättningen kan beviljas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning.

Utredningens analys av rätten aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

När det gäller aktivitetsersättning har utredningen funnit att den ökning som skett under början av 2000-talet och fram till 2015 av antalet unga som får denna ersättning förklaras av en kombination av faktorer: ökning av psykisk ohälsa bland unga, en befolkningsökning i gruppen 19–29 år och att allt yngre ansöker om ersättningen vilket inneburit att de också stannar längre i försäkringen. Även om ersättningen är tidsbegränsad är det mycket vanligt att försäkrade beviljas flera perioder med aktivitetsersättning. 60 procent av de som har aktivitetsersättning går också vidare till sjukersättning när de fyller 30 år.

Sedan 2016 har det skett en nedgång och avslagsfrekvensen har ökat. Liksom för sjukersättning kan detta främst förklaras av Försäkringskassans ändrade tillämpning. Liksom sjukersättningen har även aktivitetsersättningen problem med stabilitet i tillämpningen. Bl.a. har avslagsfrekvensen ökat över tid, från 13 procent år 2014 till 40 procent år 2019. Dock kan konstateras att andelen avslag inom aktivitetsersättningen från och med 2019 har minskat något.

Utredningen värderar inte om förändringarna av handläggningen har varit nödvändiga; inte heller gör utredningen någon värdering av om den senare striktare tillämpningen av regelverket är rättsligt mer korrekt. Utredningen anser emellertid att det är problematiskt, inte minst ur ett rättssäkerhetsperspektiv, att andelen avslag och beviljanden kan pendla kraftigt utan att vare sig lagstiftning eller rättspraxis har ändrats.

Utredningens förslag beträffande rätten till aktivitetsersättning

Vid prövning av rätten till aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras i förhållande till samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning.

Enligt föreslag i proposition 2020/21:171 *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring* ska det innebära prövning av arbetsförmågan mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på

arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Utredningen föreslår att vid prövning av såväl sjukersättning som aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras i förhållande till samma arbetsmarknadsbegrepp som används för sjukpenning.

Som nämnts tidigare bedöms en harmonisering av begreppen vara en ändamålsenlig förändring bl.a. för att komma till rätta med problematiken att många personer blir kvar i långa sjukskrivningar fastän det inte finns fler åtgärder att ta till för att dessa personer ska kunna få en förbättrad arbetsförmåga. Detta problem är vanligast för personer som är över 30 år, men det kan även i viss utsträckning gälla för personer under 30 vad gäller möjligheten att byta ut sjukpenningen till aktivitetsersättning om arbetsförmågan kan anses vara nedsatt under minst ett år i normalt förekommande arbeten.

Att harmonisera arbetsmarknadsbegreppet inom hela sjukförsäkringen har i sig fördelar. Det torde bl.a. underlätta för berörda aktörer vid utredning om rätten till ersättning. Exempelvis gäller det hälso- och sjukvårdens bedömningar av den försäkrades medicinska hälsotillstånd.

Då harmoniseringen innebär att arbetsförmågan kommer att prövas mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp än i dag förväntas antalet unga som får aktivitetsersättning att öka. För att minska risken till att detta leder till att ungas arbetsförmåga inte tas tillvara föreslår utredningen även att ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram inrättas som ska ge förbättrade möjligheter till aktiviteter som syftar till att de unga ska få eller återfå arbetsförmåga.

Ett kodifierat beviskrav ska införas för prövningen av rätten till aktivitetsersättning. Rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är sannolikt att arbetsförmågan är nedsatt på sätt som föreskrivs.

Utredningen anser att en kodifiering av beviskravet bör införas samtidigt för sjukersättning och för aktivitetsersättning. Det bedöms vara lämpligt att samma beviskrav införs som för rätt till sjukersättning, dvs. beviskravet ”sannolikt”.

Arbete, studier, uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

Dagens regelverk

Beroende på om en person har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning och när i tid detta beslut togs så gäller olika regler för arbete, studier och ideella uppdrag under tid med ersättning. Utredningen har därför för detta område delat upp de försäkrade i tre grupper.

Grupp 1 utgörs av personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före den 1 juli 2008. Regelverket som gällde innan dess hade mindre strikta krav för rätt till sjukersättning.

För personer i grupp 1 gäller mer generösa regler vad gäller möjligheterna att arbeta, studera eller ha ideella uppdrag utan att deras rätt till ersättning påverkas. De riskerar inte att bli av med sin ersättning men om de arbetar med inkomst ska de ansöka om att arbeta enligt reglerna för *steglös avräkning*. Steglös avräkning innebär att det finns ett fribelopp under vilket ingen avräkning sker. Tjänar personen över detta fribelopp dras ett belopp motsvarande 50 procent av inkomsten av mot den sjukersättning som ska betalas ut.

Grupp 2 är personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008, det vill säga enligt mer strikta krav än de som gällde tidigare.

Grupp 3 avser personer som får aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Till skillnad från försäkrade i grupp 1 så kan försäkrade i grupp 2 och 3 bli av med sin ersättning om Försäkringskassan bedömer att de har återfått arbetsförmågan och därför omprövar deras rätt till ersättning. Gemensamt för grupp 2 och 3 är också att ifall dessa personer får förbättrad arbetsförmåga under tid de får ersättning kan de arbeta eller studera enligt reglerna om *vilande ersättning*. Dessa innebär att rätten till ersättning kvarstår, men att ingen utbetalning av ersättningen görs under vilandeperioden. Vid arbete kan ersättningen vara partiellt vilande (på samma nivåer som ersättning kan beviljas) som minst under en kalendermånad.

Vid studier blir hela ersättningen vilande, oavsett omfattningen på studierna. Personer som får aktivitetsersättning (grupp 3) kan också studera med prövotid i maximalt sex månader. Prövotid innebär att den försäkrade får behålla utbetalningen av sin aktivitetsersättning

samtidigt som han eller hon studerar. För dessa försäkrade gäller också att de har rätt till aktiviteter enligt SFB. Aktiviteterna ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga.

Utredningens analys av arbete, studier, uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

Grupp 1 – sjukersättning enligt reglerna före den 1 juli 2008

Få personer i målgruppen använder möjligheten att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. I slutet av år 2019 uppgick gruppen till ca 144 000 individer. Samma år var det strax över 5 900 personer som arbetade enligt reglerna för steglös avräkning.

Den främsta anledningen till att antalet inte är högre är enligt utredningen att de personer som ingår i gruppen har en låg restarbetsförmåga och därför inte kan arbeta eller har svårt att hitta ett passande arbete. Andra faktorer som spelar in är att det är en betungande administration vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning samt att det finns oro för eventuella återkrav som kan uppstå för den som tjänar mer än beräknat över fribeloppet.

Grupp 2 och grupp 3 – sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. 1 juli 2008 och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Även för grupp 2 och 3 gäller att låg restarbetsförmåga gör att få försäkrade använder möjligheterna att förvärvsarbeta eller studera under tid med ersättning. År 2019 var det bara omkring 2 procent av alla med möjlighet till vilande ersättning som arbetade och bara 0,25 procent som studerade.

Studier kan vara en väg för enskilda att få eller återfå arbetsförmåga samt att därmed närma sig arbetsmarknaden. Att det inte är möjligt att få behålla partiell ersättning vid deltidsstudier är ett hinder för att försäkrade ska kunna studera under tid med ersättning.

Samtidigt som ersättningarna ska ge incitament att tillvarata den arbetsförmåga som individer har, ska de också ge trygghet och skapa goda livsförutsättning för individer där arbetsförmågan helt eller delvis är nedsatt. Här finns således en målkonflikt mellan generösa

ersättningssystem och drivkrafter till att lämna ersättningen för arbete och egen försörjning. För att systemet ska uppfattas som legitimt och rättvist krävs således en väl avvägd balans mellan dessa faktorer. För enskilda kan oro för att det ska leda till att deras arbetsförmåga omvärderas och ersättningen minskas eller dras in skapa tvekan inför att engagera sig ideellt och att ägna sig åta andra former av sysslor på fritiden.

Ett av syftena med aktivitetsersättning är att stimulera unga till aktivitet under tiden med ersättningen. Unga personer som har rätt till aktivitetsersättning kan också få ersättning för utlägg för aktiviteter som ska kan antas ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga. Det är emellertid brist på aktiviteter för personer med aktivitetsersättning. Försäkringskassan har också svårt att genomföra sitt samordningsuppdrag kring aktiviteter, samt att det saknas uppföljning av aktiviteterna både på individnivå och övergripande nivå.

Utredningens förslag gällande arbete, studier, uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

Grupp 1 – sjukersättning enlig reglerna före 1 juli 2008

Fribeloppen vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning ska baseras på inkomstbasbeloppet.

Många som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning har inkomster som ryms inom det för individen aktuella fribeloppet. På så sätt riskerar de försäkrade inte att arbetsinkomsten påverkar deras utbetalning av sjukersättningen samt minskas även risken för att de ska bli återbetalningsskyldiga vid avstämningen som sker först två år efter att de har arbetat enligt reglerna för steglös avräkning. Enligt nuvarande lagstiftning beräknas fribeloppen för steglös avräkning med hjälp av prisbasbeloppet (PBB). Fribeloppen har över tid i stället urholkats eftersom inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det medför att en person som dag arbetar enligt reglerna för steglös avräkning i praktiken kan arbeta i en mindre omfattning innan han eller hon når upp till fribeloppet, jämfört med vad som gällde när systemet infördes 2009. Eftersom fribeloppen

avser inkomster är bedömningen att det är relevant att använda inkomstbasbeloppet för denna beräkning även om sjukersättningen beräknas med PBB. För att fribeloppen bättre ska följa löneutvecklingen föreslås därför att inkomstbasbeloppet ska användas för beräkning av fribeloppen för steglös avräkning.

Försäkringskassan ges i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen.

Det råder osäkerhet bland vissa personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning om vilka de ekonomiska konsekvenserna blir om de arbetar enligt detta regelverk. Flera försäkrade som överväger arbeta med steglös avräkning vill också ha hjälp av Försäkringskassan med att beräkna sina inkomster. Ifall de försäkrade har högre inkomster än beräknat riskerar de att behöva betala tillbaka ersättning två år efter att de arbetat enligt reglerna för steglös avräkning, då den slutliga sjukersättningen fastställs när den försäkrades pensionsgrundande inkomst har fastställts av Skatteverket.

Ett beräkningsstöd för steglös avräkning kan minska osäkerheten kring de ekonomiska effekterna för den enskilde av att arbeta enligt aktuellt regelverk samt kan därmed göra att fler personer vågar arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Därför rekommenderar utredningen att Försäkringskassan ska få i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen.

Grupp 2 – sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. 1 juli 2008 och grupp 3 – aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Flexiblare möjligheter till arbete med vilande sjukersättning och aktivitetsersättning ska införas: Vilandeförklaring av ersättningen ska kunna ske steglöst. Minsta möjliga period som ersättningen ska kunna förklaras vilande ska vara en timme per kalendermånad.

Få personer nyttjar i dagsläget möjligheten att förvärvsarbeta med vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning. En av de främsta förklaringarna till det låga nyttjandet är att de som beviljats sjukersättning överlag har mycket begränsad arbetsförmåga som inte heller

förbättras över tid. En annan viktig förklaring är att arbetsmarknaden är så beskaffad att dessa försäkrade ofta har svårt att hitta ett arbete som passar dem och en arbetsgivare som är villig att ta emot dem. Det finns också en oro bland många försäkrade att deras ersättning kan dras in eller minskas vid eller efter arbete med vilande ersättning samt en rädsla för att inte klara av att arbeta mer än kortare perioder i taget. Omständigheten att systemet med vilande ersättning vid arbete inte är särskilt flexibelt utgör ytterligare en faktor som kan göra det svårare för försäkrade att arbeta under tid med ersättning, eftersom det inte ger utrymme att arbeta kortare perioder.

Med ett system för vilande ersättning som tillåter även kortare arbetsinsatser utan att ersättningen måste förklaras vilande en hel månad kan fler försäkrade ges utrymme för att använda en restarbetsförmåga också i mer tillfälligt arbete. Detta kan öka möjligheterna att varje person kan använda den restarbetsförmåga som denne de facto besitter. Det är också tänkbart att det skulle göra det lättare för försäkrade att tacka ja till en arbetsmöjlighet som passar dem även om det är av mer tillfällig och mindre omfattande karaktär.

Resultatet av en sådan mer flexibel regel bedömer utredningen kunna bli ett mer anpassat och mer förutsebart system för såväl enskilda försäkrade som potentiella arbetsgivare. En mer flexibel möjlighet till vilande ersättning skulle också kunna bidra till att minska oron hos de försäkrade över att arbete med vilande ersättning riskerar att leda till att förmånen dras in eller minskas.

Det ska vara möjligt att ha sjukersättning och aktivitetsersättning partiellt vilandeförklarad under tid med studier: Vid studier ska ersättningen förklaras vilande i en omfattning som motsvarar den omfattning i vilken studierna bedrivs, dock med vilande ersättning på någon av nivåerna hel, tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel.

Det är väldigt få försäkrade använder sig av möjligheten att studera med vilande ersättning. Utredningen bedömer att det är önskvärt att fler försäkrade prövar sin förmåga att studera, bland annat mot bakgrund av att studier både kan vara en väg till arbetslivet och ge en ökad livskvalitet. Ett hinder för försäkrade att använda möjligheten till vilande ersättning för studier är att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande vid studier, även när den enskilde avser

att studera på deltid. Dagens regelverk, att hela ersättningen ska förklaras vilande, oavsett studiernas omfattning, bedömer utredningen är ett stort hinder för att fler ska våga använda möjligheten att studera med vilande ersättning.

Ideellt arbete, fritidsverksamhet eller andra åtaganden av ideell karaktär ska inte påverka rätten till sjukersättning eller aktivitetsersättning om det inte innebär att den försäkrade uppvisar arbetsförmåga motsvarande förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

En försäkrad ska dock alltid ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär, så länge omfattningen sammantaget understiger tio timmar i veckan samt inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras.

Det finns stora oklarheter om de gränser som avgör vad en försäkrad kan utföra för sysslor på fritiden utan att det påverkar rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning. Dessa oklarheter får ofta effekten att försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning drar sig för att delta i t.ex. föreningslivet. Detta utgör ej önskvärda konsekvenser av dagens regelverk och de osäkerhetsfaktorer det innehåller.

Utredningen är därför av uppfattningen att det krävs förändringar av regelverket som underlättar för försäkrade att delta i samhällslivet utan risk för att sådana åtaganden ska medföra att deras ersättning riskerar att omprövas och dras in. Här behöver en avvägning göras mellan å ena sidan utökade möjligheter som uppmuntrar enskilda försäkrade att i större utsträckning delta i samhällslivet, och å andra sidan legitimitetsaspekten i att personer som uppvisar stora förmågor och förbättringar jämfört med när beslutet om ersättning fattades inte utan vidare bör kunna behålla sin ersättning. Utredningen bedömer att aktuellt förslag är balanserat sett till dessa avvägningar.

Grupp 3 – personer med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Prövotiden för studier förlängs från 6 till 12 månader.

Prövotiden för studier ger möjlighet för försäkrade att pröva att studera utan att utbetalningen av aktivitetsersättningen påverkas. För många försäkrade är det dock för kort tid med sex månaders prövotid. Prövotiden kan även bli kortare än sex månaders studier, då en kalendermånad förbrukas oavsett hur många dagar den försäkrade faktiskt studerar denna månad. Det kan vidare uppfattas som orättvist att prövotiden är sex månader oavsett vilken studietakt den försäkrade studerar, eftersom försäkrade som studerar heltid kan uppfattas kunna få ut mer studier under den aktuella perioden än försäkrade som studerar deltid kan få. Det är också bra om fler personer prövar sin förmåga att studera, bland annat mot bakgrund av att studier både kan vara en väg till arbetslivet och ett mål i sig för en ökad livskvalitet. Detta är inte minst bra för denna målgrupp med unga personer som ofta endast har lite eller ingen arbetslivserfarenhet.

Ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram inrättas för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning och som har behov av insatser från Arbetsförmedlingen i syfte att få eller återfå arbetsförmåga.

Ramprogrammet bör innefatta insatser som avser arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som är anpassade till den enskildes behov.

De individer som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är unga och har ofta både psykisk ohälsa och en funktionsnedsättning. Detta är en utsatt grupp som på olika sätt ofta har behov av samhällets stöd för att kunna få arbetsförmåga och möjligheter att kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Aktivitetsersättningen har dock inte kommit att präglas av det aktiva förhållningssätt som var avsikten när förmånen infördes. Det handlar bl.a. om att utbudet av insatser som de unga får inte motsvarat den faktiska efterfrågan och de behov som finns. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning.

Försäkringskassan ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter försäkrade med aktivitetsersättning deltar i.

Undersökningar bör genomföras om vilka aktiviteter som har störst gynnsamma inverkan på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga.

Trots att personer med aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken har rätt att delta i och få ersättning för aktiviteter är det långt ifrån alla som gör det. Det är i stor utsträckning den enskilda försäkrade själv som behöver ta initiativ till att de genomförs och det kan vara svårt att förstå vilka aktiviteter som berättigar till ersättning. Att ansvaret i praktiken ligger på den enskilde kan innebära att denne får genomgå långa perioder utan insatser, vilket går emot syftet med aktivitetsersättningen som förmånsform i allmänhet och möjligheten till aktiviteter enligt SFB i synnerhet. Dessutom saknas det uppföljning av aktiviteterna, bland annat eftersom de är spridda på många olika anordnare.

Att det saknas uppföljning och utvärdering av genomförda aktiviteter och deras effekt bidrar till att det är svårt att få en samlad bild av de aktiviteter som genomförs på en aggregerad nivå. Det försvårar också möjligheten för Försäkringskassan att bedöma vilka aktiviteter som har fungerat i det enskilda fallet och vilka som kan vara lämpliga för den enskilda försäkrade.

Förmåner vid rehabilitering

Dagens regelverk

Det finns i dag två förmåner i socialförsäkringsbalken som syftar till att möjliggöra och underlätta rehabilitering: sjukpenning i förebyggande syfte och rehabiliteringsersättning. Den senare består av två delar, rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Sjukpenning i förebyggande syfte beviljas en försäkrad som genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering i syfte att förebygga en sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller att förebygga eller till och med häva arbetsoförmåga.

Rehabiliteringsersättning beviljas för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga och som har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utredningens analys av förmåner vid rehabilitering

Såväl förebyggande sjukpenning som rehabiliteringsersättning används i dag i relativt liten utsträckning. Vad gäller rehabiliteringspenningen har det skett en stadig minskning de senaste tjugo åren såväl vad gäller antalet personer som får ersättningen och som i relation till antalet sjukfall. För den förebyggande sjukpenningen är antalet som får ersättning högre i dag än för tjugo år sedan, men det är fortfarande en liten andel oavsett om man jämför med alla sysselsatta eller med de som får sjuk- eller rehabiliteringspenning.

När det gäller sjukpenning i förebyggande syfte är nuvarande regelverk inte flexibelt och innehåller svårbedömda rekvisit. De relevanta aktörerna gör dessutom ofta olika bedömningar av centrala rekvisit och begrepp. Detta, ihop med en otydlighet i styrningen och förmånens syfte, utgör enligt utredningen sannolika förklaringar till att användandet av förmånen är begränsat.

Tillämpningen och det begränsade användandet får i sin tur negativa effekter som innebär administrativa svårigheter, olika utfall mellan försäkrade med olika långa restider och risk för utebliven nödvändig behandling av ekonomiska skäl. Samtidigt finns en uppfattning bland berörda aktörer att förmånen borde kunna användas mer för att förebygga ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro.

I dag finns krav på att behandlingen ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet för att ge rätt till ersättning. Försäkringskassan tolkar detta som ett krav på evidensbaserad vård. Flera typer av vanliga behandlingsmetoder har svårt att uppfylla kraven på evidensbaserad åtgärd. Utredningen har dock även kunnat finna tecken på att kravet i praktiken tillämpas mildare i handläggningen. Begränsningen till faktisk tid och till minst två timmar om dagen utesluter många från ersättningen. Detta slår orättvist mot olika försäkrade, särskilt med beaktande av att restid inkluderas.

Till skillnad från vad som är fallet vid sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga och sjukersättning är bifallsfrekvensen hög men användandet litet.

När det gäller rehabiliteringsersättningen är det få försäkrade som använder förmånen och det finns en tydlig trend mot att användandet dessutom minskar. Tidigare dominerade personer med sjukdomar i rörelseorganen förmånen, numera är det vanligast med psykiatriska diagnoser (70 procent). När det gäller vilka insatser som beviljas är

arbetsträning i särklass vanligast, utbildning förekommer sällan. Nedgången i användandet och det låga användandet beror i huvudsak på en minskad förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Rehabiliteringspenning beviljas dessutom allt senare i sjukfallen. Annat som bidragit till utvecklingen är Försäkringskassans förändrade tillämpning till följd av en rättslig kvalitetsuppföljning av myndigheten under 2016.

Utredningens förslag beträffande förmåner vid rehabilitering

Förmånen förebyggande sjukpenning ska ersättas med en ny förmån som ska heta preventionsersättning.

Preventionsersättningen ska bestå av preventionspenning och preventionsbidrag.

Preventionspenning ska beviljas en försäkrad som gör inkomstförlust till följd av att han eller hon genomgår en förebyggande medicinsk eller arbetslivsinriktad behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd i syfte att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra försämring av arbetsförmåga. Åtgärden ska behövas för att minst något av syftena ska kunna uppnås och åtgärder kan vara kombinerade. Nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom ska däremot inte var en förutsättning för att ersättningen ska kunna beviljas.

Preventionsersättning ska, utöver medicinsk behandling och rehabilitering, även kunna beviljas vid förebyggande arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar avgör gränsen för när en sådan åtgärd kan medföra rätt till preventionsersättning. Åtgärder som ryms inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar ska inte kunna medföra rätt till preventionsersättning.

Preventionsbidrag ska ersätta merkostnader som uppstår i samband med förebyggande behandling och rehabilitering för vilken preventionspenning kan beviljas.

Dagar med preventionsersättning räknas inte som dagar i sjukfall och därmed heller inte som dagar i rehabiliteringskedjan.

Det befintliga regelverket för den förebyggande sjukpenningen är omodernt och behäftat med vissa brister. Detta reformförslag syftar till att förmåner vid förebyggande insatser ska förtydligas och utvidgas så att även andra förebyggande insatser av arbetslivsinriktad natur ska kunna inkluderas i förmånen. Syftet med denna nya ersättning att det ska bli enklare att delta i förebyggande rehabiliteringsåtgärder.

De behandlingsformer som tillämpas i dag skiljer sig från vad som gällde vid tidpunkten för regelverkets tillkomst. Synsättet på vad som kan anses utgöra en adekvat behandlings- eller rehabiliteringsinsats har också förändrats. Det är exempelvis inte alltid medicinsk personal som utför själva behandlingen, men det kan fortfarande vara en effektiv medicinsk behandling.

Förslaget innebär en förändring i fråga om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen; denna form av rehabilitering kommer enligt utredningens förslag kunna beviljas i förebyggande syfte och därmed alltså även innan en arbetsförmågenedsättning har uppstått. Gränsdragningen för vad som utgör arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar blir avgörande för vilka situationer sådan arbetslivsinriktad rehabilitering kan bli aktuell.

Avgörande för ersättningsfrågan är om den aktuella insatsen medför att den försäkrade gör inkomstförlust. En förändring i ersättningsfrågan jämfört med den nuvarande förebyggande sjukpenningen är att den nya förmånen ska kunna beviljas steglöst, för ersättningsförlust baserat på hela timmar.

Rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringspenning ska beviljas steglöst för inkomstförlust motsvarande den tidsåtgång som rehabiliteringen tar i anspråk.

För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För insatser som överstiger 25 procent är ersättningen steglös, motsvarande tidsåtgången för rehabiliteringsinsatsen.

I det fall en person samtidigt har rätt till både rehabiliteringspenning och sjukpenning ska den försäkrade endast beviljas rehabiliteringspenning. Ersättningen ska i så fall motsvara den totala omfattningen av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga.

Dagar med rehabiliteringspenning ingår i rehabiliteringskedjan men arbetsförmågan ska inte bedömas mot de fasta tidsgränserna i kedjan.

Syftet med förslaget är bl.a. att rehabiliteringspenning i högre utsträckning än i nuläget ska möjliggöra för den försäkrade att på ett flexibelt sätt kunna delta i arbetslivsinriktad rehabilitering och samtidigt kunna få ersättning enligt SFB i de fall inkomstförlust uppkommer. Utredningen anser också att de nuvarande reglerna om rehabiliteringspenning och sjukpenning försvårar ett flexibelt upplägg av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen,

Utredningen kan konstatera att en tänkbar nackdel med att rehabiliteringspenningen kan beviljas steglöst är att det kan bli svårare både för den försäkrade och Försäkringskassan att få överblick över ersättningen och mycket ersättning som ska betalas ut. Utredningen bedömer dock att fördelarna med att den försäkrade får ersättning för den faktiska inkomstförlust som han eller hon gör för deltagandet i en rehabiliteringsinsats väger över nackdelarna.

Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering är klarläggs snarast, men senast dag 60 i sjukfallet.

En förklaring till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträckning är att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen.

Försäkringskassan har inom ramen för sitt samordningsuppdrag ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds så tidigt som möjligt i ärendena. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Detta betyder också att Försäkringskassan kan få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår. Utredningen anser att det behövs ett större fokus på tidiga klarläggande utredningar för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och adekvata insatser sättas in i rätt tid. Insatser bör för det mesta sättas in när en tydlig anknytning arbetsplatsen fortfarande finns kvar. Detta är vanligast tidigt i ett sjukfall. Vartefter sjukfrånvaron blir längre blir oftast också anknyt-

ningen till arbetsplatsen allt svagare. I vissa fall innebär också en längre sjukfrånvaro att den försäkrade även kan ha blivit uppsagd.

Samtidigt är det viktigt att även beakta att viss försiktighet bör iakttas vid överväganden av vilka utredningsinsatser och rehabiliteringsåtgärder som ska sättas in. En del åtgärder kan få effekten att sjukfallen förlängs i stället för att förkortas. Det finns också en risk att rehabiliteringsinsatser som inte varit behövliga ibland ändå genomförs, vilket bl.a. kan medföra förlängda sjukfall.

Båda förmånerna

> Försäkringskassan ges i uppdrag att sammanställa statistik över vilka insatser som ersätts med preventions- och rehabiliteringsersättning.

I dag samlar Försäkringskassan inte in någon fullständig statistik över vilka rehabiliteringsinsatser som ersätts med förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Avsaknaden av sådan statistik försvårar bl.a. för Försäkringskassan att kunna följa upp om syftet med rehabiliteringen som genomförs uppnås. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka insatser som är framgångsrika. Det gäller både på individuell nivå och på systemnivå. Som tidigare nämnts behövs också mer studier av effekter av olika former av rehabiliteringsinsatser.

Mot bakgrund av nyss nämnda omständigheter anser utredningen regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla statistik över vilka rehabiliteringsinsatser och förebyggande insatser enligt SFB som försäkrade deltar i. Regeringen bör även bekosta ytterligare forskning kring effekterna av olika rehabiliteringsinsatser. Sådan statistik kan bl.a. användas för forskning om vilka insatser som är ändamålsenliga.

Förslagens konsekvenser

En generell utmaning vid konsekvensanalyser av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror dels på svårigheter att bedöma hur många

fler eller färre som kommer att beviljas en viss förmån när regler ändras, dels på att människor beteenden under nya förutsättning ofta är svåra att förutsäga. Beräkningarna och bedömningarna bör därför tolkas med viss försiktighet.

Mer övergripande är förslagens viktigaste konsekvenser följande.

Rätten till sjukersättning

Utredningen bedömer att statens utgifter på kort sikt kommer öka med 30–250 miljoner kronor under införandeåret och med 70–530 miljoner kronor året därefter. För de berörda myndigheterna Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kommer fler personer med sjukersättning att påverka administrationskostnaden. För Arbetsförmedlingens del bedömer utredningen att med fler som övergår från arbetsmarknadspolitiska insatser till sjukersättning kommer myndighetens kostnad för administration minska. För Försäkringskassans del innebär att fler beviljas sjukersättning ökad administration. Detsamma gäller för hälso- och sjukvården, där läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd kan förväntas öka. Den ökade belastningen i form av intyg för sjukersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas för löpande prövning av rätt till sjukpenning. Utredningen bedömer dock att belastningen på hälso- och sjukvården sammantaget kommer att öka. Utredningen bedömer att de administrativa konsekvenserna för berörda myndigheter och hälso- och sjukvården sammantaget uppgår till 30–90 miljoner kronor under det första året. En del av dessa kostnader är av engångskaraktär varmed administrationskostnaderna under de följande åren kan förväntas vara lägre. Utredningen uppskattar att de administrativa utgifterna under de följande åren uppgår till totalt 10–70 miljoner kronor.

Personer som beviljats sjukersättning befinner sig ofta i sjukersättningssystemet under en lång tid. Erfarenheter från tidigare perioder då det varit mer generösa regler för rätten till sjukersättning indikerar att ökningen av antalet ersättningstagare kan vara relativt omfattande. Regelverkens utformning har en viktig betydelse för hur antalet ersättningstagare kan komma att utvecklas. Mot bakgrund av den forskning som gjorts kring regelverkens betydelse för samhällsekonomins funktionssätt kan utredningen konstatera att generösare regler har negativa effekter på arbetsutbud, sysselsättning och ekono-

misk tillväxt. I de uppskattningar som utredningen gjort av de långsiktiga effekterna av utredningens förslag beräknas sysselsättningen årligen bli ca 6 000 personer lägre än om utredningens förslag inte genomförs, kostnaderna för transfereringar blir ca 2,8 miljarder kronor högre per år och den disponibla inkomsten ca 500 miljoner kronor högre per år. Försäkringsutgifterna som andel av BNP beräknas öka med 0,5 procent.

Kommunernas ekonomi kan förväntas påverkas genom minskade utgifter för ekonomiskt bistånd. En del av dem som kan komma att beviljas sjukersättning med utredningens förslag har i dag ersättning från kommunerna via ekonomiskt bistånd. Utredningen beräknar att dessa utgifter kan komma att minska med 10–40 miljoner kronor under införandeåret och med ca 10–50 miljoner kronor under året därefter.

Rätten till aktivitetsersättning

Utredningen uppskattar att omkring 3 000 fler personer årligen kan beviljas aktivitetsersättning till följd av utredningens förslag. Det ökade inflödet av personer till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga beräknas öka statens utgifter för aktivitetsersättning och andra transfereringar under införandeåret med ca 130 miljoner kronor. Utredningen uppskattar att kostnaden under införandeåret blir lägre än under de kommande åren eftersom alla som beviljas ersättning under detta år inte kommer ha ersättning hela året. Under de kommande åren kommer de som beviljats ersättning under införandeåret ha ersättning hela året samt att det tillkommer individer som beviljas ersättning under detta år men som inte har ersättning under hela detta år. Åren efter införandet kan utgifterna för aktivitetsersättning därför förväntas öka till ca 390 miljoner kronor.

Fler personer som beviljas aktivitetsersättning förväntas också öka administrationen för berörda myndigheter. För Försäkringskassans del innebär att fler ärenden ska handläggas och utredas vad gäller rätten till ersättning samt att det även blir fler ärenden som ska hanteras vid ansökningar om ny period med aktivitetsersättning (”förlängningsansökan”). Fler kommer även behöva samordning av insatser. Fler personer kommer även bli aktuella för vilande ersättning och prövotid för studier. En ökad administration för aktiviteter under

tid med ersättning kan också förväntas och fler har rätt till särskild ersättning för dessa aktiviteter.

Även Arbetsförmedlingen berörs till viss del av att fler personer som i dag finns i arbetsmarknadspolitiska program kan beviljas aktivitetsersättning. Det innebär att tiden i program minskar och därmed insatser som ska administreras under kortare perioder än i dag.

Liksom vid bedömning av rätten till sjukersättning kommer ett ökat antal ansökningar om aktivitetsersättning innebära att hälso- och sjukvården behöver bistå den försäkrade med läkarutlåtande och intyg. Det innebär att administrationskostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att öka.

Sammantaget uppskattar utredningen ökningen av de administrativa kostnaderna till ca 65 miljoner kronor under det första året. En del kostnader är dock av engångskaraktär som t.ex. investeringar i it-stöd. De administrativa utgifterna kan därför förväntas minska under de följande åren. Utredningen uppskattar den administrativa kostnadsökningen till 45 miljoner kronor per år under de följande åren.

Arbete, studier, uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

De förslag utredningen förslår gällande arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning beräknas minska utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning med ca 30 miljoner kronor i förhållande till dagens utgifter. Samtidigt bedöms de administrativa utgifter som utredningen har underlag för att beräkna öka Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans administrativa utgifter med ca 50 miljoner kronor per år.

Beräkningsstöd steglös avräkning

Förslaget har ingen konsekvens för kostnaderna för steglös avräkning i sig men bedöms medföra en utveckling av Försäkringskassans it-stöd. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 5 miljoner kronor.

Höjda fribelopp steglös avräkning

Höjda fribelopp för de som arbetar med steglös avräkning innebär att det blir mer lönsamt att arbeta än i dag. Utredningen har också kunnat konstatera att fribeloppet i hög grad styr arbetsutbudet hos de som väljer att arbeta med steglös avräkning. Många av de som arbetar i dag har inkomster som understiger fribeloppet. Utredningens bedömning är att det kommer vara så även med utredningens förslag om höjt fribelopp. Därmed blir effekten på den utbetalda sjukersättningen relativt liten. En ökning med 1 000 personer som arbetar med steglös avräkning kan det komma att minska utbetalningen av sjukersättning med ca 15 miljoner kronor. Med så pass få personer som berörs av förslaget har det en liten betydelse för Försäkringskassans administration avseende sjukersättning, bostadstillägg och arbetsskadelivräntor. Utredningen uppskattar att administrationskostnaderna ökar med ca 200 000 kronor till följd av förslaget.

Mer flexibel vilande ersättning vid arbete

Införandet av en mer flexibel vilande ersättning vid arbete förväntas ha effekter på den utbetalda sjuk- och aktivitetsersättningen, den enskildes vilja och möjligheter att delta i arbetslivet och på Försäkringskassans administration.

I dag är det omkring 2 000 personer som arbetar med vilande sjukersättning och lika många som arbetar med vilande aktivitetsersättning. Utredningen bedömer att antalet personer som arbetar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning kan komma att fördubblas med utredningens förslag. Det innebär omkring 2 000 fler personer med vilande sjukersättning och lika många med vilande aktivitetsersättning. Med fler som arbetar med vilande ersättning minskar utbetalningarna av både sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen beräknar besparing i sjukersättningen till 90 miljoner kronor och besparingen i aktivitetsersättningen till 60 miljoner kronor.

Med fler personer som använder möjligheten till vilande sjukersättning ökar också Försäkringskassans administration. Utredningen uppskattar sammantaget att de administrativa utgifterna för handläggning av vilande ersättning i sjuk- och aktivitetsersättningarna ökar med 4,2 miljoner kronor. I dag hanteras mycket av handläggningen av den vilande ersättningen manuellt. För att möjliggöra handlägg-

ningen av en mer flexibel vilande ersättning krävs därför att ett nytt it-stöd utvecklas. Utredningen uppskattar kostnaden för detta till 20 miljoner kronor.

Ändring av regelverket för vilande ersättning vid studier

Mot bakgrund av att det i dag är så pass få som använder möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att studera och att förslaget i praktiken inte berör alla med sjukersättning, gör utredningen bedömningen att förslaget åtminstone inledningsvis inte kommer innebära någon större ökning av antalet som studerar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. En ökning av antalet personer som väljer att studera vare sig det handlar om helt eller delvis vilande ersättning innebär minskade försäkringskostnader i sjuk- och aktivitetsersättningen. Om 500 personer som i dag har sjukpenning skulle börja studera och gå från hel till halv sjukersättning skulle det innebära en besparing på ca 27,5 miljoner kronor i sjukersättningen. I aktivitetsersättningen är det fler som studerar än i sjukersättningen. Om det blir enklare att ha vilande ersättning för studier kan det också antas att fler av dem som har aktivitetsersättning vill pröva att studera. I dag är det omkring 500 personer per år som har prövotid för studier och ca 1 700 personer som har vilande aktivitetsersättning för studier. Sammantaget innebär det att ca 2 200 personer antingen har prövotid för studier eller bedriver studier med vilande aktivitetsersättning. En fördubbling av detta antal, dvs. en ökning med 2 000 personer skulle givet att studier bedrivs på halvtid, innebära en besparing av aktivitetsersättningen med 80 miljoner kronor.

Med fler som väljer att studera bedömer utredningen att administrationskostnader för Försäkringskassan kommer att öka. Utredningen bedömer att ökningen av de administrativa kostnaderna till följd av förslaget uppgår till 2 miljoner kronor.

Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete etc. med bibehållen rätt till ersättning

Förslaget om ökade möjligheter att delta i ideellt arbete etc. med bibehållen rätt till ersättning kan förväntas ha en positiv effekt på antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som deltar i sam-

hällslivet genom uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet m.m. Eftersom detta kan göras utan att varken rätten till ersättning eller storleken på den utbetalda ersättningen påverkas har det inga konsekvenser för utgifterna inom vare sig sjuk- eller aktivitetsersättningen. Däremot har det administrativa konsekvenser för Försäkringskassan. Förslaget innebär t.ex. ett förtydligande av vilka sysslor som kan utföras utan att de behöver anmälas till Försäkringskassan och till hur stor del dessa kan utföras. Det leder enligt utredningens mening till att färre fall än i dag behöver anmälas till Försäkringskassan och därmed behöver Försäkringskassan också bedöma färre sådana ärenden. Det får vidare administrativa effekter, såsom revideringar av styrande och stödjande dokument samt utbildningar. Sammantaget bedömer dock utredningen att förslaget innebär minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan.

Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram inrättas

Utredningen föreslår att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för unga försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser från Arbetsförmedlingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning och försörja sig genom eget arbete.

Utredningen gör antagandet att antal deltagare i ramprogrammet inledningsvis kommer att fördubblas jämfört med hur många personer med aktivitetsersättning som i dag får insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Det innebär ca 2 200 personer per år som förväntas delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning. Jämfört med de ungefärliga kostnaderna 2020 för deltagare med aktivitetsersättning i det förstärkta samarbetet innebär det en kostnadsökning med ca 23 miljoner kronor.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska tillsammans klarlägga om försäkrade som uppbär aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan delta i ramprogrammet. Myndigheternas gemensamma administration av denna kartläggning bedömer utredningen tillsammans kostar ca 3–8 miljoner kronor per år för de båda myndigheterna. För Försäkringskassan tillkommer kostnader för samordning av in-

satser. Utredningen bedömer att dessa kostnader uppgår till ca 8,8 miljoner kronor per år.

Förbättrad statistik om aktiviteter enligt SFB

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt SFB som de försäkrade deltar i. Utredningen förslår att 1 miljon kronor anslås för att Försäkringskassan ska kunna utveckla ett statistiksystem som gör det möjlig att redovisa vilka aktiviteter som ges till personer under tid med aktivitetsersättning.

Informationsinsatser om arbete och studier mm.

Nya eller ändrade regler innebär alltid, åtminstone inledningsvis, en osäkerhet kring hur regelverket ska tolkas. Information om regler och hur en reform är avsedd att fungera bidrar till vilket genomslag reglerna och reformen får. Utredningen föreslår att regeringen anslår medel för informationsinsatser till de berörda målgrupperna motsvarande 2 miljoner kronor.

Förmåner vid rehabilitering

Utredningens bedömning är att statens utgifter för preventionspenning kommer att öka med ca 90 miljoner kronor i förhållande till dagens utgifter för förebyggande sjukpenning.

Rehabiliteringspenningen kan förväntas öka med 0,7–1,0 miljarder kronor givet en ökning med ca 15 000 personer per år. Ökningen av rehabiliteringspenning motsvaras dock av minskade utgifter för sjukpenning till lika stor del då ersättningarna utbetalas med samma belopp och takbegränsningar. Den sammantagna effekten för statens utgifter vad avser rehabiliteringspenning och sjukpenning blir där att utgifterna förblir oförändrade. I ett längre perspektiv räknar utredningen med att en förbättrad rehabiliteringsprocess kan leda till att sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning minskar. Utredningen uppskattar denna effekt till 0.4–1,9 miljarder kronor.

Utredningens förslag kan förväntas öka administrationen för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen men minska för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att de administrativa utgifterna för dessa myndigheter och organisation sammantaget kommer öka. Utredningen saknar dock underlag för att närmare kunna beskriva denna kostnadsökning.

Preventionsersättning

De förebyggande behandlingarna bygger på att den enskilde tillsammans med arbetsgivaren och eller vården tar initiativ till att ansöka om preventionsersättning hos Försäkringskassan. Med den generellt sett låga medvetandegraden kring vilka möjligheter till ersättning som finns för förebyggande åtgärder i dag bedömer utredningen att det kommer ta tid innan dessa möjligheter blir mer kända. Även om Försäkringskassan informerar såväl arbetsgivare, vården och allmänheten om den nya förmånens möjligheter bedömer utredningen att det är en längre process innan preventionspenning används i en mer betydande omfattning än dagens förebyggande sjukpenning.

I dag beviljas omkring 10 000 personer förebyggande sjukpenning. Utredningens bedömning är att omkring 5 000 ytterligare personer kan beviljas preventionspenning om utredningen förslag genomförs. Det skulle innebära en ökning av försäkringskostnaderna med ca 90 miljoner kronor i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning, givet att den genomsnittliga ersättningen är den samma.

Med fler personer som beviljas preventionsersättning ökar Försäkringskassans kostnader för handläggning av dessa ärenden jämfört med dagens förebyggande sjukpenning. Ansvaret för att upprätta en plan vid medicinska förebyggande åtgärder förflyttas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den plan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär att Försäkringskassan behöver ha fler kontakter med hälso- och sjukvården jämfört med i dag, för att inhämta de uppgifter som behövs för upprättandet av preventionsplanen.

Även Arbetsförmedlingens administration kan komma att öka. Arbetsförmedlingen är den aktör som bäst kan identifiera behov av förebyggande insatser för arbetslösa. Försäkringskassan kan därför

behöva inhämta uppgifter från Arbetsförmedlingen huruvida olika insatser bedöms relevanta för den arbetslöse.

Ett ökat antal personer som ansöker om preventionsersättning kommer också innebära att hälso- och sjukvården kostnader för olika behandlingar ökar. Dock gör utredningen bedömningen att om förslaget om att kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om denna behandlingsplan slopas minskar administrationen för vården i samband med förebyggande behandlingar som kan ge rätt till preventionsersättning. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den preventionsplan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär således inte att de administrativa uppgifterna för vården helt försvinner. De torde dock enligt utredningens mening minska i omfattning i förhållande till i dag.

Rehabiliteringsersättning

I dag är det relativt få personer som beviljas rehabiliteringsersättning. Både antalet och andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning har minskat över tid. Även tidpunkten för när rehabiliteringen sätts in har med tiden kommit att ske allt senare i sjukfallen.

Med utgångspunkt från hur andelen av samtliga sjukfall där arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder satts in utvecklats under de senaste fem åren gör utredningen bedömning att antalet personer som under ett år deltar i rehabiliteringsåtgärder skulle kunna öka med ca 15 000 personer. Under dessa förutsättningar bedömer utredningen att utgifterna för rehabiliteringspenning skulle öka med 0,7–1,0 miljarder kronor. I ett statiskt perspektiv innebär en överflyttning av personer från sjukpenning till rehabiliteringspenning att sjukpenningen kommer minska i motsvarande grad som rehabiliteringspenningen ökar.

Vad som händer i ett mer långsiktigt dynamiskt perspektiv råder ingen tydlig konsensus kring i forskningen. Forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering är begränsad i dess slutsatser om vilken typ av insatser som är effektiva för att få sjukskrivna att återgå i arbete. När det gäller själva rehabiliteringsprocessen finns det studier som pekar på att vissa grupper av sjukskrivna kan bli hjälpta av tidiga

rehabiliteringsinsatser, medan andra pekar på att den försäkrade skulle kunnat återgå i arbete utan insatser.

Om det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning minskar med fem dagar kan en minskning av utgifterna för sjukpenning göras med ca 1,9 miljarder kronor. En minskning med en dag skulle innebära minskade utgifter för sjukpenning med ca 400 miljoner kronor. Beräkningarna under dessa antaganden visar att en besparing i sjukpenning kan göras med 1,9 miljarder kronor. På motsvarande sätt skulle utgifterna öka med 1,9 miljarder kronor om antalet dagar med sjukpenning förlängs med 5 dagar och med 400 miljoner kronor om antalet dagar ökar med en dag.

Utredningens förslag kan förväntas leda till att fler personer beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Med ett tydligare krav på att rehabiliteringsbehovet ska kartläggas tidigt i sjukfallet kommer det innebära en ökad administration för Försäkringskassan för att upprätta rehabiliteringsplaner, följa upp dessa planer och vid behov revidera dem. Även Arbetsförmedlingens insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet kan påverkas. Utredningens bedömning är att detta kommer öka de administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen. Utredning kan dock närmare bedöma kostnader för detta.

Tabell S.1 Sammanfattning av förändringar av statens utgifter till följd av utredningens förslag

Miljoner kronor

Ökade utgifter för staten	År 1	År 2	Lång sikt
Rätten till sjukersättning			
Försäkring	30–250	70–530	+0,5 % av BNP
Administration	30–90	10–70	
Rätten till aktivitetsersättning			
Försäkring	130	390	
Administration	65	45	
Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning			
Försäkring	-30	-30	
Administration	50	50	
Förmåner vid rehabilitering			
Försäkring*	90	90	-400 till -1 900**
Administration	+	+	
Totalt			
Försäkring	220–440	520–980	
Administration***	145–205	105–165	

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: * Avser utgifter för preventionspenning. Ökade kostnader för rehabiliteringspenning nettas på kort sikt ut av minskade kostnader i sjukpenning.
** Avser minskning av utgifter för sjukpenning på lång sikt givet att sjukpenningkostnaderna minskar.
*** Avser de administrativa kostnader som kan siffersättas.

Summary

Terms of Reference of the Inquiry

The Inquiry was established through a decision by the Swedish government on March 26, 2020. On the same day, the terms of reference (dir. 2020:31) were decided and Doctor of Laws Samuel Engblom appointed as head of the Inquiry.

The terms of reference asks the Inquiry to review four different benefits that all are part of the Swedish social insurance system. The *sickness compensation* (sjukersättning) is a benefit that compensates loss of income for persons aged 30–64 with a lasting reduced work capability due to sickness or disability. The *activity compensation* (aktivitetsersättning) is aimed at individuals aged 19–29 with a work capability that is reduced due to sickness or disability for at least one year. In relation to sickness compensation and activity compensation, the Inquiry's task has been to review the regulation governing the access to sickness compensation and activity compensation respectively, as well as the rules on under which conditions individuals that have been granted one of the two benefits can work, study, or participate in society through e.g. voluntary work without losing their right to benefits.

The *preventive sickness benefit* (sjukpenning i förebyggande syfte) is a benefit aimed at compensating for loss of income when an individual undergoing medical treatment or rehabilitation in order to prevent sickness, shorten the period of sickness or to prevent loss of work capability. The *rehabilitation compensation* (rehabiliteringsersättning) is granted individuals who have reduced work capability and who need work-related vocational rehabilitation. The task of the Inquiry has been to perform a comprehensive review of the two rehabilitation benefits.

The right to sickness compensation and activity compensation

The starting point for the Inquiry's terms of reference regarding the benefits of sickness compensation and activity compensation is that the benefits should provide a high degree of security in the event of long-lasting reductions of work capability, good predictability for the individual, and stability in application of the regulations over time. The requirements in the regulations for an individual to be granted these benefits should be made more fit for purpose and mobilise the individual's work capability as far as possible. This part of the task has included:

– reviewing the regulations for the right to sickness compensation, including investigating the requirements for being granted sickness compensation for older persons of working age;
– reviewing the regulations for the right to activity compensation when work capability is reduced.

Work, studies, voluntary work, etc. during a period of sickness compensation or activity compensation

The Inquiry's terms of reference state that the present regulations for the circumstances in which and the extent to which individuals who have been granted sickness or activity compensation can work, study, participate in voluntary work, or engage in leisure activities are difficult to overview. This creates a risk that individuals will refrain from taking part in community life since they do not know how their livelihood will be affected. This part of our remit has consisted of

– making it more predictable and easier to work, study, hold appointments, etc. during a period of sickness compensation or activity compensation for reduced work capability.

Benefits during rehabilitation

The starting point for the Inquiry's task regarding benefits during rehabilitation under the Social Insurance Code is to shape a more modern regime that is adapted to the rehabilitation offered today

and that can contribute to preventing ill health and provide support during both rehabilitation and a transition to other work. This part of the task has included:

– presenting proposals for how current benefits during rehabilitation can be modernised or replaced with one or more new benefits that are simpler for individuals and processing agencies to administer and that ensure sufficient follow-up and control of the rehabilitation.

General principles

Social insurance systems are intended to protect individuals against a particular social risk. In the broader area of sickness insurance, the social risk is that people have reduced work capability on account of sickness or disability and are therefore unable to support themselves through paid work. However, it is not the sickness or disability as such that determines the right to benefit but the effect that it has on the individual's possibilities of working. The conditions in sickness insurance determine the extent to which their work capability must be reduced for the individual to be entitled to benefit.

One important perspective in this context is that the groups receiving activity compensation and sickness compensation are heterogeneous. Some individuals have worked but have had their work capability reduced through injuries, sicknesses or accidents and have therefore needed to leave the labour market. Others have never had paid work. These forms of compensation should provide protection for both these groups.

A fundamental balance that needs to be struck when designing social insurance benefits is that the rules must be designed so as to give the individual protection against the social risk involved at the same time as the individuals who could support themselves by working are not given access to the benefit. One important part of this balance is what is Sweden is commonly referred to as *the work first principle* (arbetslinjen). In various forms and over a long period of time, this principle has guided the design of social insurance schemes in Sweden. Sweden's ambitions regarding prosperity and welfare provision require high a workforce participation rate. People should support themselves as far as possible by working, and anyone who is

unable to do so, should be given help to come back through rehabilitation or active labour market policy measures. The work first principle also requires people to participate in these measures and to be prepared to look for work and to take jobs of the kind that are available to them. When welfare systems are designed, they have to be designed in a way that creates incentives to work. It is worth noting, in this context, that people are expected, on certain premises, to be prepared to transition, i.e. to make their way back to the labour market as such, not solely to jobs that they have experience of or training for.

The work first principle also displays concern for the individual. In addition to being a livelihood, work also provides meaning and context. It is therefore important not to give up on people's capacity to be able to support themselves through paid work. Considerable resources are therefore invested in ensuring that people do not leave the workforce prematurely or unnecessarily and in providing support to enable people to gain or regain work capability.

All the benefits dealt with in this report have a strong link to the work first principle. The purpose of the preventive sickness benefit is to prevent reduced work capability, and the rehabilitation benefit is intended to facilitate a return to work. Sickness compensation requires, both at present and with the Inquiry's proposal, that the reduction of work capability is long lasting and that the possibilities for rehabilitation have been exhausted. A person who receives activity compensation must, as a general rule, also participate in activities intended to enable them to gain or regain work capability. In the case of those granted sickness or activity compensation, there are rules that make it possible to mobilise any remaining work capability.

At the same time there is an outer limit to the work first principle. There exists a point when it is no longer possible, either from the perspective of the individual or that of society, to justify continuing measures intended to enable a person to gain or regain work capability and to require the individual to participate in these activities. Where that limit is drawn depends in part on what resources society is prepared to invest in measures such as rehabilitation and adapted jobs, but also on the expected efficiency of these measures. At the same time, the perspective of the individual must be taken into account so that the hypothetical benefit of these measures to society does not lead to an unreasonable situation for the individual.

These balances become particularly clear regarding older people of working age. The closer the individual gets to retirement, the more difficult it will be to justify requiring the individual to e.g. transition to a job that they have no prior experience of. At some point it is no longer reasonable for society to continue to demand that the insured party makes a transition to a new job.

It is easy to come to the conclusion that there is a irreconcilable conflict of goals between, on the one hand, the work first principle and the desire for a longer working life and, on the other hand, opportunities to leave working life before what would otherwise be the retirement age. At the same time, benefits such as the sickness compensation function as safety valves which can be necessary for a general policy that strives for high labour force participation to appear reasonable and enjoy legitimacy.

There are also other principles that have been important for the work of the Inquiry. One is that the regulations have to be designed in a way that provides good legal certainty. When designing the regulations, account must also be taken of the fact that in social insurance schemes an individual assessment has to be made on the basis of the specific circumstances of the individual. The benefits should also be easy for the individual to understand and easy for the responsible agencies to administer. There should also be stability in application and there should be good possibilities of preventing and checking for cheating and abuse. Furthermore, the regulations should be as accurate as possible so that the right person gets the right benefit, and the benefits should be designed in such a way that they are seen as legitimate by citizens.

The right to sickness compensation

Current rules

Sickness compensation can be granted if the individual applies for the compensation or when the responsible agency, Försäkringskassan, replaces the individual's sickness benefit, rehabilitation benefit, annuity or compensation for hospital care under the Social Insurance Code (SIC) with sickness compensation.

Under present regulations, for an individual to have the right to sickness compensation their work capability has to be reduced per-

manently as a result of sickness or some other reduction of their physical or mental performance in jobs in the whole of the labour market. This includes sheltered jobs and jobs with wage subsidy, for example. Moreover, for the requirements for the right to compensation to be met, the assessment made must be that further rehabilitation will not be capable of improving their work capability. Sickness compensation is granted until further notice and no earlier than from the month when the individual turns 19. Compensation for persons aged 19–29 is always paid as full compensation. For persons aged 30 or older, the compensation can be granted as full compensation or three-quarters, half or one quarter of the full level. Sickness compensation can be paid up until the month before the date when the individual turns 65.

The Inquiry's Analysis

As regards the right to sickness compensation, the Inquiry has identified two main problems. One is that Försäkringskassan's interpretation of the rules show great variations over time, the other that there is a discrepancy between the requirements for sickness compensation and the ability of individuals that are denied benefits to support themselves through work.

Since 2008 there has been a decline both in the number and the share of persons who receive sickness compensation. This decrease cannot be explained in terms of changes in demography, health or conditions in the labour market.

The approval rate, i.e. the share of applications that have been granted, has varied over the years and the insurance scheme displays problems regarding the stable application of its rules. New grants of sickness compensation decreased sharply after 2015. At the same time, the refusal rate increased from 43 per cent in 2014 to 70 per cent in 2019. Great variations and unstable application mean problems concerning legal certainty, predictability, and trust in the insurance scheme. When application varies over time without any major changes being made to the rules for the insurance scheme, this can endanger legal certainty. Moreover, there is a risk that faith in the social insurance system and confidence in Försäkringskassan will be harmed. The Inquiry draws the conclusion that the set of problems

concerning variations in application is primarily due to changes in the application of the regulations by Försäkringskassan. The Agency has changed, and considerably tightened, its interpretation starting in 2015.

The discrepancy between the possibilities of being granted sickness compensation and the possibility of self-support through work is due mainly to the design of the regulations, especially the labour market concept used – at present an assessment is made of the applicant's work capability in relation to any job in all of the labour market – but also to strict interpretations.

Even though health has improved generally among older people and more will be able to work longer, there are significant differences between different groups. Strict rules that do not take age into consideration will have the effect that individuals that are denied sickness compensation but still unable to support themselves through work can be forced to start collecting old-age pension earlier, which will result in a lower pension.

The Inquiry's Proposals

When determining the right to sickness compensation, the assessment of the individual's work capability should be made in relation to the same labour market concept as is used in the examination of the right to sickness benefit.

In line with the proposals in Government Bill 2020/21:171 which will modify the labour market concept used in the sickness benefit, this means that the examination of work capability will be made in relation to paid work in a specified occupational group that contains jobs normally found in the labour market or other suitable work that is available to the individual.

The Inquiry has found that the present regulations lead to many individuals remaining in long-lasting sick leave even though their work capability is permanently reduced and their possibilities of rehabilitation exhausted in jobs normally found in the labour market. The Inquiry's assessment is that this is the main reason why it is problematic that the individual's work capability is assessed in relation to different labour market concepts in examining their right to

sickness benefit and sickness compensation. The present regulations mean that many individuals remain in the sickness benefit system even though no more measures are available to enable them to gain an improved work capability. The proposal is therefore that the labour market concept against which the right to compensation has to be examined should be the same for sickness benefit and sickness compensation.

A new concept for the required duration of the reduced work capability should be introduced: "foreseeable future". The concept, which replaces the criterion "permanent" is taken from previous statements in the legislative history and case law and emphasises the foreseeability of the assessment of duration.

The assessment of whether work capability is reduced for the foreseeable future should not take account of time beyond the last point in time when sickness compensation can be paid out.

Sickness compensation is aimed at individuals that have a lasting reduction of their work capability for medical reasons. The Inquiry's proposal is a clarification and is taken from previous preparatory works and case law. "Foreseeable future" should be understood as the time for which a medical prognosis of the reduced work capability is possible to make.

For there to be a right to sickness compensation, there should not be any rehabilitation measures that can be expected to result in the individual regaining their work capability. When making this assessment, account should only be taken of rehabilitation measures where the individual is expected to gain or regain their work capability before the point in time when sickness compensation can no longer be paid out.

As regards the standard of proof for the assessment of whether there are any remaining rehabilitation possibilities that can give or give back the individual work capability, for it to be possible to grant sickness compensation it is sufficient that there can be presumed not to be any such rehabilitation possibilities.

In the present regulations a central point in the assessment of whether the individual is to be granted sickness compensation is whether rehabilitation possibilities can be presumed to lead to the conclusion that the individual can be presumed to regain some work capability. This assessment will continue to be important for the question of the right to compensation, but is likely to be of even greater importance, in view of the Inquiry's proposal of a change of labour market concept, harmonising it with the concept used in the examination of the right to sickness benefit. This means that the assessment of exhausted possibilities of rehabilitation will, along with the duration criterion, be the most important dividing line in the assessment of the right to sickness benefit and to sickness compensation.

A codified standard of proof should be introduced for the examination of the right to sickness compensation. There should be considered to be a right to sickness compensation if it is probable that work capability is reduced in the way required for the right to sickness compensation.

Against the background of the variation in the share of refusal decisions over time, despite unchanged regulations, the Inquiry has considered, in accordance with its remit, whether a new standard of proof, regulated in a statute, regarding sickness compensation and activity compensation can be expected to contribute to greater stability in application.

At present there is no legally regulated standard of proof in the examination of the right to sickness compensation. Here sickness compensation is in line with what applies to administrative matters in general: standards of proof are not part of the regulations. The introduction of a new standard of proof in the text of the law must be considered a very unusual measure. However, the Inquiry takes the view that, in general, more space should be given to evidential questions in administrative procedure. In the area of social insurance there is often no discussion of questions of proof in the legislative history. There is a need for guidance here, so as to provide better conditions for a foreseeable and more uniform application of rules concerning standards of proof for the legal examination. The position taken by the Inquiry on this question is therefore that a

standard of proof regulated by statute should be introduced and that the advantages of doing so outweigh the risks. The clearest advantage is the uniformity of processing and assessment that would result from greater clarity on this matter. With a clearly stated standard of proof, there is less risk that handling officers and decision-makers will make different or varying assessments. There will probably also be less risk that a higher or lower standard will be applied depending on which decision-maker handles the matter, so that some standards may be too high while others may be too low. Even when the question of the standard of proof is not explicit or regulated by law, the decision-maker at Försäkringskassan, and the members of the court in a review at a court, must nevertheless consider whether the requirements for the individual to be granted compensation have been met.

The Inquiry draws the conclusion that "probable" is a well-balanced standard of proof for this type of matter.

Sickness compensation to older individuals

The work capability of individuals who have at most five years left until the age when they can no longer receive payments of sickness compensation should be assessed in relation to paid work in a specified occupational group that contains jobs normally found in the labour market that the individual has experience of or other suitable work that is available to the individual.

The assessment of whether there are remaining rehabilitation possibilities should disregard measures intended to enable the individual to work in a job that they do not have previous experience of.

The Inquiry makes the assessment that the general changes proposed regarding the work capability concept, the duration requirement and the requirement that the possibilities of rehabilitation should be exhausted for all individuals will mean relaxations of the regulations that will, in practice, make it easier, especially for older individuals of working age, to be able to obtain sickness compensation. In the Inquiry's assessment, these changes will considerably reduce the risk of transitioning requirements being applied that can

be viewed as unreasonable in relation to the individual's age. For example, it will not be possible to base a refusal on an assessment that the possibilities of rehabilitation are not exhausted if, in practice, the measures would only be completed after the point in time when the individual can no longer receive sickness compensation.

The Inquiry makes the assessment that there are, in addition, reasons to make an additional adjustment of the labour market concept for persons with a long-lasting reduction of their work capability who are coming close to their pension. These special rules are in line with the approach that the individual's work capability should be examined in relation to jobs that it is reasonable and realistic that the individual can get. Against this background, the Inquiry considers that special rules for older individuals are needed to make sickness compensation a benefit that is fit for purpose.

As mentioned above, the Inquiry's terms of reference state that it is important that the individual's work capability is mobilised as far as possible: that the regulations are appropriately designed so that the right compensation is given to the right person; and that there is no question of departing from the principle that sickness compensation is only given to persons with a long-lasting reduction of their work capability. A long-lasting reduction of work capability will still be required, as will the absence of remaining rehabilitation measures, even for older individuals. With the Inquiry's proposal a reduction of work capability on account of sickness will still be required.

Furthermore, the current legislative history already states that reduced performance linked to natural ageing does not give the right to compensation at this level. This will also apply in the future. Sickness compensation will not be granted in cases of ailments arising from normal ageing that do not reduce the individual's work capability.

The right to activity compensation for reduced work capability

Current rules

Activity compensation for reduced work capability can be granted if the individual applies for the compensation or if Försäkringskassan replaces the individual's sickness benefit, rehabilitation benefit, annuity

or compensation for hospital care under the Social Insurance Code (SIC) with activity compensation.

For an individual to have the right to activity compensation their work capability has to be reduced for at least one year as a result of sickness or some other reduction of their physical or mental performance, Activity compensation is time-limited and is granted for 1–3 years at a time, at the earliest as of the month when the individual turns 19 and no later than until and including the month when the individual turns 30. The compensation can be granted as a full compensation or as three-quarters, one-half or one-quarter of the full level.

The Inquiry's Analysis

As regards activity compensation, the Inquiry has found that the increase that took place from the early 2000s up until 2015 in the number of young people receiving this compensation is explained by a combination of factors: an increase in mental ill health among young people; a population increase in the 19–29 age group; and younger and younger people applying for the compensation, which has also meant that they stay longer in the insurance scheme. Even though the compensation is time-limited, it is very common for individuals to be granted several periods of activity compensation. 60 per cent of recipients of activity compensation also move on to sickness compensation when they turn 30.

Since 2016 there has been a decline and the refusal rate has increased. As in the case of sickness compensation, this can chiefly be explained by changes in Försäkringskassan's application of the regulations. Like sickness compensation, activity compensation also has problems regarding stability in application of the regulations. For instance, the refusal rate has increased over time, from 13 per cent in 2014 to 40 per cent in 2019. However, it can be noted that the share of refusals in activity compensation has decreased slightly as of 2019.

The Inquiry does not make any appraisal of whether the changes in processing were necessary; nor does the Inquiry make any appraisal of whether the subsequent stricter application of the regulations is legally more correct. However, the Inquiry considers that it is problematic, not least from the perspective of legal certainty, that the shares of applications refused and granted can

swing so strongly without any amendment to either the legislation or case law.

The Inquiry's proposals

When determining an individual's right to activity compensation the assessment of the insured parson's work capability should be made in relation to the same labour market concept as is used in the examination of sickness benefit.

The Inquiry proposes that when determining the right to activity compensation, the assessment of the individual's work capability should be made in relation to the same labour market concept as is used when deciding the right to sickness benefit.

As mentioned above, a harmonisation of these concepts is judged to be an appropriate change, partly in order to remedy the problem that many individuals remain on long periods of sick leave even though no further measures are available to enable them to improve their work capability. This problem is most common for individuals who are over 30, but can also apply to some extent to individuals under 30 regarding the possibility of replacing sickness benefit with activity compensation if their work capability can be considered to be reduced for at least one year in jobs normally found in the labour market . In that case, the individual will, in other words, continue on sickness benefit even though it is compensation given on a day-to-day basis.

There are advantages to harmonising the labour market concept throughout the sickness insurance. It ought, for instance, to make it easier for the actors affected when examining the right to compensation. This applies, for example, to assessments made by health care of the individual's medical condition.

A codified standard of proof should be introduced for the examination of the right to activity compensation. There should be considered to be a right to activity compensation if it is probable that work capability is reduced in the way provided.

The Inquiry considers that a codification of the standard of proof should be introduced at the same time for sickness compensation and activity compensation. The Inquiry's assessment is that the same standard of proof should be introduced as for the right to sickness compensation, i.e. the standard of proof of "probable".

Work, studies, voluntary work, etc. during a period of sickness compensation or activity compensation

Current rules

Depending on whether an individual has been granted sickness compensation or activity compensation and when in time the decision was taken, different rules apply concerning their possibilities to work, study, participated in voluntary work, and other activities. In this part, the Inquiry has therefore divided the benefit recipients into three different groups.

Group 1 is persons granted sickness compensation under the rules that applied before 1 July 2008. This target group contains persons granted compensation as of the age of 16 at the earliest. The compensation is not time-limited but ends in the month when the person turns 65.

The rules for granting sickness compensation were amended on 1 July 2008. The regulations that applied before that date had less strict requirements for the right to sickness compensation. Persons in group 1 can work, study etc. without any effect on their right to compensation. It is only if they receive income for their work that they have to apply to work under the rules for so called sliding deductions. If a person earns more than a certain exempt amount, an amount corresponding to 50 per cent of their income is deducted from the sickness compensation to be paid.

Group 2 is persons granted sickness compensation under the rules that applied as of 1 July 2008. As for group 1, the position is that the compensation is not time-limited but ends in the month when the person turns 65.

Group 3 is persons who receive activity compensation for reduced work capability.

A common provision for persons in groups 2 and 3 is that if the work capability of these persons improves while they are receiving

compensation, they can work or study with so called dormant compensation. This means that their right to compensation stands, but no payment of compensation is made during the dormant period. If they work, their compensation can be partially dormant (at the same levels as compensation can be granted) for at least one calendar month.

If they study, the entire compensation is dormant, irrespective of whether their studies are full-time or part-time. Persons who belong to group 3 can also study for a maximum trial period of six months. The trial period means that the individual is allowed to retain their activity compensation while studying. The position for these individuals is that they also have the right to activities under the Social Insurance Code. These activities have to be intended to have a beneficial effect on the individual's medical condition or physical or mental performance.

The Inquiry's Analysis

Group 1 – sickness compensation under the rules before 1 July 2008

Few individuals in this target group use the possibility of working under the rules for sliding deductions. At the end of 2019 the group numbered around 144 000 individuals. In the same year just over 5 900 individuals were working under the sliding deduction rules.

One reason why few individuals in this group work is that, overall, the individuals in this group have low residual work capability. Other factors that have an effect are the onerous administration for work under the sliding deduction rules and concern about possible repayment demands that may not arise until the year after a period of work.

Groups 2 and 3 – sickness compensation under the rules as of 1 July 2008 and activity compensation for reduced work capability

A common feature of groups 2 and 3 is that, overall. these individuals have low residual work capability, which means that few use the possibilities of doing paid work or studying while they are receiving compensation.

Studies can be a way for individuals to gain or regain work capability and thereby come closer to the labour market. If it is not possible to retain partial compensation during part-time studies, this is a barrier to the individual being able to study while they are receiving compensation.

At the same time as these forms of compensation are intended to provide incentives to mobilise the work capability that individuals do have, they are also intended to provide security and good life circumstances for individuals whose work capability is wholly or partly reduced. So there is a conflict here between the objectives of generous compensation systems and drivers to leave the compensation for work and self-support. For the system to be seen as legitimate and fair, a well-considered balance is thus required between these two factors. For individuals, concern that this will lead to their work capability being reappraised and their compensation reduced or withdrawn can sow doubt about whether to get involved in voluntary work or undertake other forms of tasks in their leisure time.

One of the purposes of activity compensation is to stimulate young people to engage in activities while receiving compensation. Young people who have the right to activity compensation can also receive compensation for expenses for activities intended to have a beneficial effect on the individual's medical condition or physical or mental performance. However, there is a shortage of activities for persons with activity compensation. Försäkringskassan has also had difficulty in implementing its coordinating role concerning activities and there is no follow-up of the activities at the individual and general level.

The Inquiry's Proposals

Group 1 – sickness compensation under the rules before 1 July 2008

The exempt amounts under the sliding deduction rules should be based on the income base amount.

Many individuals working under the sliding deduction rules have incomes that fall within the exempt amount applicable to them. Doing so means that the individual does not risk having their work

income affect their payments of sickness compensation; it also reduces the risk that they will be liable to repay compensation paid at the reconciliation, which is not made until two years after they have worked under the sliding deduction rules. Under present legislation, exempt amounts for sliding deductions are calculated using the price base amount. To give these individuals incentives to work to a greater extent, the Inquiry proposes that exempt amounts should be calculated on the basis of the income base amount. Since the exempt amounts relate to income, the present calculation of these amounts using the price base amount do not, however, follow the general growth of earnings to a sufficiently high a degree. Instead, the exempt amounts have been eroded over time since incomes from work have increased faster than prices. This means that, in practice, a person working today under the sliding deduction rules can work less time before reaching their exempt amount compared to when the system was introduced in 2009. To ensure that the exempt amounts will follow earnings growth better, the Inquiry thus proposes that the income base amount also be used to calculate the exempt amounts for sliding deductions.

This alteration of the calculation may possibly also induce some individuals who currently do not work at all under the sliding deduction rules to start working since, thanks to this change, they will have higher margins before payment of their sickness compensation is affected. Hence, it is primarily the marginal effects for individuals on low incomes that will be reduced with this proposal.

Försäkringskassan should be commissioned to develop calculation support for sliding deductions of sickness benefit.

There is uncertainty among some people covered by the sliding deduction rules about what the financial consequences would be if they worked under these regulations. Several individuals who are considering working with sliding deductions also want to get help from Försäkringskassan in calculating their incomes. If individuals have incomes that are higher than was calculated, they risk needing to repay their compensation two years after working under the sliding deduction rules since their final sickness compensation is set when

the individual's pensionable income has been set by the Swedish Tax Agency.

Calculation support for sliding deductions can reduce the uncertainty concerning the financial effects for the individual of working under these regulations and can therefore mean that more people will dare to work under the sliding deduction rules. The Inquiry therefore recommends that Försäkringskassan should be commissioned to develop calculation support for sliding deductions of sickness benefit.

Group 2 – sickness compensation under the rules as of 1 July 2008 and group 3 – activity compensation for reduced work capability

> More flexible possibilities of working with dormant sickness compensation and activity compensation should be introduced: Sliding declarations of dormant compensation should be possible. The shortest possible period for which it should be possible to declare the compensation dormant should be one hour per calendar month.

At present few individuals make use of the possibility of doing paid work with dormant sickness compensation or activity compensation. One of the main explanations of the low uptake is that, in general, individuals who have been granted sickness compensation have very limited work capability and this capacity does not improve over time either. Another important explanation is that the nature of the labour market means that these individuals often have difficulty finding a job that suits them and an employer who is willing to receive them. There is also a concern among many individuals that their compensation may be withdrawn or reduced on being granted or after work with dormant compensation as well as a fear that they will only be able to cope with working for short periods at a time. The fact that the system of dormant compensation while working is not particularly flexible is yet another factor that can make it more difficult for individuals to work during a period with compensation since it does not provide scope for short periods of work.

With a system of dormant compensation that also permits short spells of work without the compensation having to be declared dor-

mant for a whole month, more individuals can be given scope to also use their residual work capability in more temporary work. This can also increase the possibilities that every individual can use the residual work capability they de facto possess. It is also conceivable that it would make it easier for individuals to accept a job opportunity that suits them even if it is of a more temporary and less extensive nature.

The Inquiry's assessment is that a more flexible rule of this kind could be a more suitable and more predictable system both for the individuals and for potential employers. A more flexible possibility of dormant compensation could also contribute to reducing the concern among individuals that work with dormant compensation risks leading to their benefit being withdrawn or reduced.

It should be possible to have sickness compensation and activity compensation declared partially dormant during a period of studies: When an individual studies, their compensation should be declared dormant to an extent that corresponds to how much they are studying, but with dormant compensation at one of the levels full, three-quarters, half or one quarter.

Extremely few individuals make use of the possibility of studying with dormant compensation. In the Inquiry's assessment it is desirable that more individuals test their study capacity, partly because studies can both be a path into working life and an end in themselves for greater quality of life. One barrier to individuals making use of the possibility of dormant compensation for studies is that it is not possible to have partial compensation when studying even when the person concerned intends to study part time. The present regulations providing that the whole of the compensation is declared dormant irrespective of the scope of the studies is, in the Inquiry's assessment, a major barrier to more people daring to use the possibility of studying with dormant compensation.

Voluntary work, leisure activities or other activities of a voluntary nature should not affect the right to sickness compensation unless they mean that the individual displays a work capability corresponding to paid work in a specified occupational group that contains jobs normally found in the labour market or other suitable work that is available to the individual.

However, an individual should always have the right to engage in tasks in the form of voluntary work or other undertakings of a voluntary nature, as long as their total scale is less than ten hours per week and they do not provide any income. In these cases no assessment should be made of work capability demonstrated.

There are major uncertainties about the limits that determine what kinds of activities an individual can take part in in their leisure time without this affecting their right to sickness or activity compensation. These uncertainties often have the effect that persons with sickness or activity compensation are reluctant to participate in e.g. voluntary organisations.

The Inquiry is therefore of the view that changes are required to the regulations that make it easier for individuals to participate in community life without a risk that these activities will entail that their sickness compensation will be reviewed and withdrawn. Here a balance needs to be struck between, on the one hand, greater possibilities that encourage individual individuals to participate more in community life and, on the other hand, the legitimacy aspect that persons who display great capacities and improvement compared with when the decision on their compensation was made should not be able to simply retain their compensation. In the Inquiry's assessment, the present proposal is balanced in terms of these opposing considerations.

Group 3 – activity compensation for reduced work capability

The trial period for studies should be extended to 12 months.

The trial period for studies gives individuals a possibility of studying without payment of their activity compensation being affected.

However, for many individuals a trial period of six months is too short. The trial period can also be shorter than six months' studies since a calendar month is used up irrespective of how many days the individual actually studies in that month. Moreover, it can be seen as unfair that the trial period is six months irrespective of the pace of the individual's studies since it can be felt that individuals who study full time are able to get more out of their studies during the period concerned than individuals studying part time are able to. It is also be good if more individuals test their study capacity, both because it can be a path into working life and because it in itself is a meaningful activity.

A new labour market policy framework programme should be set up for individuals who have been granted activity compensation and who need measures from the Swedish Public Employment Service, *Arbetsförmedlingen*, in order to gain or regain work capability.

The framework programme should include measures relating to employment preparation activities and vocational rehabilitation activities that are adapted to the needs of the individual.

The individuals who have activity compensation on account of reduced work capability are young and often have both mental ill health and a disability. This is a vulnerable group that is, in different ways, often in need of society's support to gain work capability and get possibilities of supporting themselves through paid work. However, activity compensation has not come to be characterised by the active approach that was envisaged when the benefit was introduced. For instance, the range of measures that the young people receive does not correspond to the needs and demands of the recipients of activity compensation. At present, Arbetsförmedlingen and Försäkringskassan collaborate to support young people granted activity compensation. Even more needs to be done in this regard, not least because the requirements to be granted activity compensation will, according to the proposals in this report, be slightly more generous. The Inquiry therefore proposes that the activities will be provided with special framework active labour market policy programme specifically aimed at young people with activity compensation.

Försäkringskassan should be commissioned to develop statistics on what activities under the Social Insurance Code individuals participate in.

Studies should be conducted of what activities have the most beneficial effect on the physical and mental performance of individuals.

The absence of continuous monitoring and evaluation of the activities the recipients of activity compensation take part in and the effects of these activities contributes to the difficulty in obtaining an overall picture of the activities conducted at an aggregated level. This also makes it more difficult for Försäkringskassan to assess which activities have worked in specific cases and which ones may be appropriate for particular individuals.

Groups 1–3

Försäkringskassan should be commissioned to provide targeted information to these target groups about the possibilities of work, studies, etc.

Information about the rules and how a reform works contributes to the impact that regulatory amendments have. To ensure that the proposed regulatory amendments regarding the conditions for work, etc. during a period with compensation will have an impact, the Inquiry therefore considers that the Government should give Försäkringskassan a commission on information measures targeted at the individuals affected about the new rules.

Benefits during Rehabilitation

Current rules

At present benefits during rehabilitation consist of sickness benefit for preventive purposes and rehabilitation compensation (which consists of two parts, rehabilitation benefit and special grant).

Sickness benefit for preventive purposes is only granted to an individual who is undergoing medical treatment or rehabilitation in order to prevent a sickness, shorten their period of sickness or to prevent or even remove work incapacity.

Rehabilitation allowance is granted for individuals who have reduced work capability and who are in need of vocational rehabilitation under the Social Insurance Code.

The Inquiry's Analysis

Today, both rehabilitation compensation and sickness benefit for preventive purposes (below preventive sickness benefit) see only limited use. The number of people that rehabilitation compensation has declined, both in absolute terms and as a share of persons receiving sickness benefit. More people receive preventive sickness benefit compared to twenty years ago, but they are still only a small fraction of the employed.

As regards the preventive sickness benefit, the present regime is not flexible and contains requirements that are hard to assess. In addition, the relevant actors often make different assessments of central requirements and concepts. This, along with lack of clarity in governance and about the purpose of the benefits, are, in the view of the Inquiry, probable explanations why the use of the benefit is limited.

The application of the regulations and the limited use of the benefit then have negative effects that entail administrative difficulties, different outcomes between individuals with travelling times of different lengths and a risk of non-delivery of essential treatment for economic reasons. At the same time, there is a view among the relevant actors that it should be possible to use the benefit more to prevent ill health, sickness, and sickness absence.

At present there is a requirement that the treatment must be based on science and proven experience to give the right to compensation. Försäkringskassan interprets this as a requirement of evidence-based health care. Several types of common treatment methods have difficulty meeting requirements of evidence-based measures. However, the Inquiry has also been able to find signs that the requirement is being applied more leniently in the processing of cases. The restriction to actual time and to at least two hours per day excludes many

from the compensation. This has an unfair impact on different individuals, especially considering that travelling time is included.

Unlike the situation regarding sickness benefit when work capability is reduced and sickness compensation, the granting rate is high, but the uptake is low.

As regards rehabilitation allowance, few insured parties use the benefit and there is also a clear trend of decreasing use. Previously individuals with diseases of the musculoskeletal system dominated the benefit, but now psychiatric diagnoses are must common (70 per cent). As regards what measures are granted, occupational rehabilitation is the most common by far; education seldom occurs. The main reason for the decline in use and the low use is a decrease in the occurrence of vocational rehabilitation measures. Moreover, rehabilitation benefit is granted later and later in sickness cases. Another factor that has contributed to this development is the change in Försäkringskassan's application as a result of a follow-up of legal quality by the Agency in 2016.

The Inquiry's proposals

The benefit preventive sickness benefit should be replaced by a new benefit that should be called *prevention allowance*.

Prevention allowance should consist of prevention benefit and prevention grant.

Prevention benefit should be granted to an individual who incurs an income loss because they are undergoing a preventive medical treatment or vocational treatment or measure in order to prevent sickness, to shorten their period of sickness or to wholly or partly prevent a deterioration of their work incapacity. The measure should be needed to be able to attain at least one of the purposes and measures can be combined. However, reduced work capability or sickness should not be a condition for the granting of the allowance.

It should also be possible to grant prevention allowance in the case of preventive vocational measures, in addition to medical treatment and rehabilitation. Measures included in the employer's preventive responsibility for the work environment should not be able to lead to a right to prevention allowance.

Prevention grant should compensate for additional costs that arise in conjunction with preventive treatment and measures for which prevention benefit can be granted.

The existing regulations for preventive sickness benefit are outdated and marred by some deficiencies. The reform proposal is intended to clarify the rules on preventive benefits and expand them so that also preventive measures of a vocational nature can be included. The purpose of this new allowance is to make it simpler to participate in preventive rehabilitation measures.

The treatment forms used today differ from those that were used when the current regulations were put in place. For example, it is not always medical professionals who perform the actual treatment, but it can nonetheless be an effective medical treatment. Most importantly, the Inquiry's proposal would mean that also vocational rehabilitation can be used for preventive purposes. The employer's preventive responsibilities under work environment regulation will not be affected by this new benefit, and only vocational measures that go beyond that responsibility will be covered by the new benefit.

The proposes that rehabilitation benefit should be granted on a sliding scale for an income loss corresponding to the time required for the rehabilitation.

For it to be possible to grant rehabilitation benefit, an individual's work capability must be reduced by at least a quarter. For measures exceeding 25 per cent, the compensation is on a sliding scale corresponding to the time required for the rehabilitation measure.

In cases where the individual is entitled to both rehabilitation benefit and sickness benefit at the same time, the individual should only be granted rehabilitation benefit. In that case the compensation should correspond to the total size of the reduction of the individual's work capability.

Days of rehabilitation benefit are included in the rehabilitation chain, but work capability should not be assessed against the fixed time limits in the chain.

One purpose of the proposal is that rehabilitation benefit should make it more possible than at present for the individual to be able to

participate in vocational rehabilitation in a flexible way while being able to receive compensation under the Social Insurance Code in cases where a loss of income arises. The Inquiry also considers that the present rules about rehabilitation benefit and sickness benefit impede flexible organisation of vocational rehabilitation.

The Inquiry can note that one conceivable disadvantage of the possibility of granting rehabilitation benefit on a sliding scale is that it may be more difficult for both the individual and Försäkringskassan to overview the compensation and how much compensation has to be paid. However, the Inquiry makes the assessment that the advantages in the individual receiving compensation for the actual loss of income they incur for their participation in the rehabilitation measure outweigh the disadvantages.

> Försäkringskassan should ensure that an assessment of the individual's need for rehabilitation is made as soon as possible, but no later than 60 days after the beginning of the individual's sick leave period.

One reason why vocational rehabilitation has become less common is that rehabilitation is being applied at a later stage of the sick leave period. As part of its coordinating role, Försäkringskassan is responsible for ensuring that the need for rehabilitation measures is investigated as early as possible in these cases. Försäkringskassan has to ensure, in consultation with the individual, that the need for rehabilitation is established as soon as possible and that the measures needed for effective rehabilitation are taken. The Inquiry considers that a greater focus is needed on early investigations so that the individual's need for rehabilitation can be made clear as soon as possible and adequate measures applied at the right time. In most instances the measures should be applied when there is still a clear link to the workplace. This is most common early in a sickness case. As their sickness absence gets longer, the individual's link to their workplace generally also gets weaker, and the employment contract may even be terminated.

Försäkringskassan should be commissioned to compile statistics over the rehabilitation measures that are compensated by the prevention allowance and rehabilitation allowance.

At present Försäkringskassan does not collect complete statistics of what rehabilitation measures receive compensation in the form of preventive sickness benefit and rehabilitation allowance. This lack of statistics makes it more difficult for Försäkringskassan to follow up whether the purpose of the rehabilitation carried out is achieved. A systematic follow up is of decisive importance in increasing knowledge about what measures are successful. This applies both at the individual level and system level. As previously mentioned, more studies are also needed of the effects of different forms of rehabilitation measures.

Against the background of the above-mentioned circumstances, the Inquiry considers that the Government should commission Försäkringskassan to develop statistics of what rehabilitation measures and preventive measures under the Social Insurance Code individuals take part in. The Government should also fund additional research on the effects of different rehabilitation measures. These statistics can for instance, be used for research on which measures are appropriate.

Impact of the Proposals

Assessing the impact of changes in social insurance systems is not an easy task. This is due partly to the inherent difficulties in assessing how many more or how many fewer that will be granted a certain benefit when rules change, partly due to the difficulties to assess changes in human behaviour in light of the new rules.

Through estimates of how the proposals will affect the number of benefit recipients, and analysis of e.g. the extent to which these recipients would otherwise receive other benefits, and changes in costs of administering the benefits, the Inquiry has been able to assess the impact that the proposals will have on the public finances. These impacts are summarised in table S.1.

Table S.1 Summary of changes to government expenditure due to the Inquiry's proposals

Million SEK

Increased governmnet expenditures	Year 1	Year 2	Long term
The right to sickness compensation			
Benefits	30–250	70–530	+0,5 % of GDP
Administration	30–90	10–70	
The right to activity compensation			
Benefits	130	390	
Administration	65	45	
Work, studies etc during time with sickness or activity compensation			
Benefits	-30	-30	
Administration	50	50	
Rehabilitation benefits			
Benefits	90	90	-400 to - 1 900
Administration	+	+	
Total			
Benefits	220–440	520–980	
Administration	145–205	105–165	

Source: Own calculations.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 27 kap. 6 och 7 §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 27 kap. 6 § ska utgå,

dels att 5 kap. 9 och 14 §§, 6 kap. 6 §, 23 kap. 2 och 3 §§, 24 kap. 3 §, 26 kap. 17 och 21 §§, 27 kap. 1, 15, 26 och 28 §§, 28 kap. 11 §, 29 kap. 1–3 §§, 30 kap. 9 §, 31 kap. 1–3, 8, 12 och 14 §§, 31 a kap. 4 och 7 §§, 33 kap. 1, 5, 6, 10–12 §§, 36 kap. 1, 9 a, 12, 15 b, 18 a, 19 och 22 §§, 37 kap. 6 och 7 §§, 41 kap. 4§, 46 kap. 18 §, 47 kap. 17 §, 103 c kap. 4 §, 103 d kap. 6 och 8 §§, 108 kap. 1 §, 110 kap. 57 § och rubrikerna närmast före 29 kap., 31 kap. 8 och 14 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya kapitel, 31 b–31 c kap., tolv nya paragrafer, 27 kap. 55 c §, 31 kap. 3 a och 15 §§, 33 kap. 6 a, 10 a och 20 a §§, 36 kap. 12 a–12 d och 24 a §§, 108 kap. 23 § och närmast före 27 kap. 55 c §, 31 kap. 15 §, 33 kap. 6, 6 a och 20 a §§ och 36 kap. 24 a § nya rubriker av följande lydelse,

dels att det närmast före 33 kap. 7 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Nedsatt arbetsförmåga vid aktivitetsersättning”.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

5 kap.

9 §[1]

Den som är bosatt i Sverige är försäkrad för följande förmåner:

Avdelning B Familjeförmåner

1. föräldrapenning på lägstanivå och grundnivå, (11 och 12 kap.)
2. barnbidrag, (15 och 16 kap.)

[1] Senaste lydelse 2018:1265.

3. underhållsstöd, (17–19 kap.)
4. adoptionsbidrag, (21 kap.)
5. omvårdnadsbidrag (22 kap.)

Avdelning C Förmåner vid sjukdom eller arbetsskada
6. sjukpenning i särskilda fall, (28 a kap.)

7. rehabilitering, bidrag till arbetshjälpmedel, *särskilt bidrag och* rehabiliteringspenning i särskilda fall, (29–*31 a* kap.)	7. rehabilitering, bidrag till arbetshjälpmedel, *rehabiliteringsbidrag, preventionsbidrag,* rehabiliteringspenning i särskilda fall *och preventionspenning i särskilda fall*, (29–*31 c* kap.)

8. sjukersättning och aktivitetsersättning i form av garantiersättning, (33 och 35–37 kap.)

Avdelning D Särskilda förmåner vid funktionshinder
9. merkostnadsersättning, (50 kap.)
10. assistansersättning, (51 kap.)
11. bilstöd, (52 kap.)

Avdelning E Förmåner vid ålderdom
12. garantipension, (55, 56, 65–67 och 69–71 kap.)
13. särskilt pensionstillägg, (73 kap.)
14. äldreförsörjningsstöd, (74 kap.)

Avdelning F Förmåner till efterlevande
15. efterlevandestöd, (77, 79 och 85 kap.)
16. garantipension till omställningspension, (77, 81 och 85 kap.)

Avdelning G Bostadsstöd
17. bostadsbidrag, (95–98 kap.)
18. bostadstillägg, och (100–103 kap.)
19. boendetillägg. (103 a–103 e kap.)

14 §[2]

Förmåner får lämnas om utlandsvistelsen kan antas vara längst sex månader. Äldreförsörjnings-	Förmåner får lämnas om utlandsvistelsen kan antas vara längst sex månader. Äldreförsörjnings-

[2] Senaste lydelse 2011:1513.

stöd enligt 9 § 14 kan dock lämnas endast om utlandsvistelsen kan antas vara längst tre månader. Sjukpenning i särskilda fall enligt 9 § 6 och rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 9 § 7 får för tid då en försäkrad vistas utomlands lämnas endast om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet.	stöd enligt 9 § 14 kan dock lämnas endast om utlandsvistelsen kan antas vara längst tre månader. Sjukpenning i särskilda fall enligt 9 § 6 och rehabiliteringspenning i särskilda fall *respektive preventionspenning i särskilda fall* enligt 9 § 7 får för tid då en försäkrad vistas utomlands lämnas endast om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet.

Förmåner enligt 9 § 8, 12, 13, 15 och 16 kan lämnas så länge den försäkrades bosättning i Sverige består.

6 kap.

6 §[3]

Den som arbetar i Sverige är försäkrad för följande förmåner:

Avdelning B Familjeförmåner

1. graviditetspenning, (10 kap.)

2. föräldrapenning på grundnivå eller sjukpenningnivå och tillfällig föräldrapenning, (11–13 kap.)

Avdelning C Förmåner vid sjukdom eller arbetsskada

3. sjukpenning, (24–28 kap.)

4. rehabilitering, rehabiliteringsersättning och bidrag till arbetshjälpmedel, (29–31 kap.)	4. rehabilitering, rehabiliteringsersättning, *preventionsersättning* och bidrag till arbetshjälpmedel, (29–31 *samt 31 b* kap.)

5. inkomstrelaterad sjukersättning och inkomstrelaterad aktivitetsersättning, (33, 34, 36 och 37 kap.)

6. arbetsskadeersättning, (39–42 kap.)

7. närståendepenning, (47 kap.)

Avdelning E Förmåner vid ålderdom

8. inkomstgrundad ålderspension, (55–64 och 69–71 kap.)

8 a. inkomstpensionstillägg, (74 a kap.)

[3] Senaste lydelse 2020:1239.

Avdelning F Förmåner till efterlevande

9. inkomstrelaterad efterlevandepension, (77, 78, 80 och 82–85 kap.)

10. efterlevandeförmåner från arbetsskadeförsäkringen, och (87 och 88 kap.)

11. efterlevandeskydd i form av premiepension. (89–92 kap.)

23 kap.

2 §

Förmåner vid sjukdom eller arbetsskada enligt denna avdelning är

– sjukpenning som lämnas vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga,

– rehabiliteringsåtgärder vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga,

– rehabiliteringsersättning i samband med rehabiliteringsåtgärder,

– preventionsersättning i samband med åtgärder som syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller förebygga nedsättning av arbetsförmågan,

– sjukersättning eller aktivitetsersättning när arbetsförmågan är långvarigt nedsatt,

– arbetsskadeersättning vid skada i samband med förvärvsarbete,

– statlig personskadeersättning vid skada i samband med vissa statliga eller kommunala verksamheter,

– krigsskadeersättning till sjömän vid skada utomlands,

– smittbärarersättning för inkomstförlust m.m., och

– närståendepenning i samband med ledighet för vård av en svårt sjuk person.

3 §[4]

I detta kapitel finns inledande bestämmelser om förmåner vid sjukdom och arbetsskada.

Vidare finns bestämmelser om

– sjukpenning m.m. i 24–28 a kap.,

– rehabilitering och rehabiliteringsersättning i 29–31 a kap.,

– preventionsersättning i 31 b–c kap.,

– sjukersättning och aktivitetsersättning i 32–37 kap.,

[4] Senaste lydelse 2011:1513.

– förmåner vid arbetsskada m.m. i 38–44 kap., och
– särskilda förmåner vid smitta, sjukdom eller skada i 45–47 kap.

24 kap.

3 §[5]

En försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger också till grund för beräkning av följande förmåner enligt denna balk:
– graviditetspenning,
– föräldrapenning på sjukpenningnivå,
– tillfällig föräldrapenning,
– rehabiliteringspenning enligt 31 kap.,

– preventionspenning enligt 31 b kap.,

– skadelivränta,
– smittbärarpenning, och
– närståendepenning.

26 kap.

17 §[6]

SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till ersättning i form av

1. sjukpenning,
2. ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning,

3. preventionsersättning,

3. rehabiliteringsersättning, eller

4. ersättning från arbetsskadeförsäkringen enligt 38–42 kap. som motsvarar ersättning enligt 1–3 eller någon annan jämförbar ekonomisk förmån.

4. rehabiliteringsersättning, eller

5. ersättning från arbetsskadeförsäkringen enligt 38–42 kap. som motsvarar ersättning enligt 1–3 eller någon annan jämförbar ekonomisk förmån.

Om det inte finns skäl som talar emot det gäller SGI-skydd också under tid då den försäkrade har ansökt om sådan ersättning som anges i första stycket 1 och väntar på ett slutligt beslut av Försäkringskassan i ärendet.

Första och andra styckena gäller endast för tid före 65 års ålder.

[5] Senaste lydelse 2011:1513.
[6] Senaste lydelse 2017:1305.

21 §

För en försäkrad som får sådan *behandling* eller rehabilitering som avses i *27 kap. 6 § eller* 29 kap. 2 § och då får livränta från arbetsskadeförsäkringen enligt 41 kap. eller motsvarande ersättning enligt annan författning, gäller vid sjukdom det som anges i andra stycket.

För en försäkrad som får sådan *preventionsåtgärd* eller rehabilitering som avses i 29 kap. 2 § och då får livränta från arbetsskadeförsäkringen enligt 41 kap. eller motsvarande ersättning enligt annan författning, gäller vid sjukdom det som anges i andra stycket.

Under den tid som livräntan betalas ut ska sjukpenningen beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

27 kap.

1 §[7]

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 §§,

– sjukanmälan i 17 och 18 §§,

– ersättningsnivåer i 19 §,

– förmånstiden och karens i 20–38 §§,

– allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§,

– särskilt högriskskydd i 40–44 §§,

– förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,

– bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–*55 b §§*, och

– bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–*55 c §§*, och

– arbetsgivarinträde m.m. i 56–61 §§.

15 §

Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får sådan behand-

Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får sådan behand-

[7] Senaste lydelse 2018:647.

ling som avses i *6 § eller* 31 kap. 3 § och som under denna tid får livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.	ling som avses i 31 kap. 3 § *eller 31 b kap. 3 §* och som under denna tid får livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.

26 §[8]

Som sjukperiod anses tid då en försäkrad

1. i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 2 §,

2. har rätt till sjukpenning enligt 6 §,

3. har rätt till rehabiliteringsersättning enligt 31 kap. 2 och 3 §§, eller	*2.* har rätt till rehabiliteringsersättning enligt 31 kap. 2 och 3 §§, eller
4. får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall enligt 112 kap. 2 a §.	*3.* får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall enligt 112 kap. 2 a §.

Om rätt till sjukpenning för den försäkrade uppkommer i omedelbar anslutning till en period med lön enligt 34 § sjömanslagen (1973:282), en sjuklöneperiod enligt lagen (1991:1047) om sjuklön eller en period när en arbetsgivare för sjömän som avses i sjömanslagen har betalat ut lön vid sjukdom med stöd av sådant kollektivavtal som avses i 56 §, ska sjukperioden enligt denna lag anses omfatta också sådana perioder.

28 §[9]

Till en försäkrad som har rätt till sjukpenning under medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering enligt 6 § lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.	*För en försäkrad som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån för den första dagen i en sjukperiod utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.*
Detsamma gäller för den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag	

[8] Senaste lydelse 2017:1305.
[9] Senaste lydelse 2018:647.

enligt 29 §, för den första dagen i en sjukperiod

Bedömning av arbetsförmågan under tid med rehabiliteringspenning

55 c §

Under tid för vilken den försäkrade får rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering ska bedömningen av arbetsförmågan enligt 46–49 §§ göras enligt den bestämmelse som var tillämplig vid den tidpunkt då rehabiliteringen påbörjades.

28 kap.

11 §[10]

Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. *Detta gäller dock inte sjukpenning som avses i 27 kap. 6 §.*

Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen.

III Rehabilitering *och* rehabiliteringsersättning

III Rehabilitering, rehabiliteringsersättning *och preventionsersättning*

29 kap.

1 §[11]

I denna underavdelning finns bestämmelser om

– rehabilitering i 30 kap.,

– rehabiliteringsersättning i 31 kap., *och*

– rehabiliteringsersättning i 31 kap.,

[10] Senaste lydelse 2015:453.
[11] Senaste lydelse 2011:1513.

– rehabiliteringspenning i särskilda fall i 31 a kap.	– rehabiliteringspenning i särskilda fall i 31 a kap., *– preventionsersättning i 31 b kap., och* *– preventionspenning i särskilda fall i 31 c kap.*

2 §

Rehabilitering enligt bestämmelserna i denna underavdelning ska syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering).

Preventionsåtgärder enligt bestämmelserna i denna underavdelning ska syfta till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid, och förebygga nedsättning av arbetsförmåga.

3 §[12]

Under den tid som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår kan rehabiliteringsersättning lämnas enligt bestämmelserna i 31 och 31 a kap.

Under den tid som preventionsåtgärder pågår kan preventionsersättning lämnas enligt bestämmelserna i 31 b och 31 c kap.

30 kap.

9 §

Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att *– den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och* *– de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.*	Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att *den försäkrades behov av rehabilitering snarast, och senast dag 60 i sjukperioden, klarläggs. Ett klarläggande inom denna tidsgräns behöver inte göras om det är uppenbart obehövligt.*

[12] Senaste lydelse 2011:1513.

Om den försäkrade inte bedöms ha behov av rehabilitering senast vid dag 60 i sjukperioden ska det fortlöpande under den fortsatta sjukperioden följas upp om ett sådant behov uppstår.

Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade även se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

31 kap.

1 §

I detta kapitel finns bestämmelser om

– ersättningsformer i 2 §,

– rätten till rehabiliteringsersättning i 3–7 §§,

– rehabiliteringspenning i 8–13 §§, och

– *särskilt bidrag* i 14 §.

– *rehabiliteringsbidrag* i 14 §.

2 §

Rehabiliteringsersättning lämnas i följande former:

1. Rehabiliteringspenning till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.

1. Rehabiliteringspenning till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering *eller utöver deltagandet har nedsatt arbetsförmåga enligt 3 a §.*

2. *Särskilt bidrag* till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

2. *Rehabiliteringsbidrag* till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

3 §

Vid sjukdom som sätter ned en försäkrads arbetsförmåga med minst en fjärdedel har den försäkrade rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att

1. förkorta sjukdomstiden, eller
2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas enligt 27 kap. 46–55 c §§.

3 a §

En försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och har rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning enligt 3 § har rätt till rehabiliteringspenning även för tid då hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt på det sätt som föreskrivs i 27 kap. 2–4 samt 46–55 §§. Den försäkrade ska för denna tid beviljas rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning.

Förmånsnivåer och arbetsförmåga	*Förmånens storlek* och arbetsförmåga
8 §	
Rehabiliteringspenning lämnas *enligt följande förmånsnivåer:*	Rehabiliteringspenning lämnas *för dag då den försäkrade gör inkomstförlust genom att han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete till följd av sådan rehabilitering som anges i 3 §.*
1. Hel rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrade saknar arbetsförmåga.	*Ersättning lämnas för den tid, avrundat nedåt till hela timmar, som den försäkrade gör inkomstförlust enligt första stycket.*
2. Tre fjärdedels rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst tre fjärdedelar men inte saknas helt.	
3. Halv rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med	

minst hälften men inte med tre fjärdedelar.

4. En fjärdedels rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel men inte med hälften.

Arbetsförmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den utsträckning den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

12 §[13]

Rehabiliteringspenningen ska minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. föräldrapenningsförmån,

2. *sjukpenning,*

3. sjukpenning eller livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 40–44 kap. eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning, dock endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka, eller

4. studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395), studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd eller ersättning till deltagare i teckenspråksutbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

2. sjukpenning eller livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 40–44 kap. eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning, dock endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka, eller

3. studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395), studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd eller ersättning till deltagare i teckenspråksutbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

Det som föreskrivs i första stycket gäller även för motsvarande förmån som lämnas till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

[13] Senaste lydelse 2017:528.

Särskilt bidrag	*Rehabiliteringsbidrag*
	14 §
Särskilt bidrag lämnas *under rehabiliteringstiden* för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med *rehabiliteringen*. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.	*Rehabiliteringsbidrag* lämnas för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med *rehabilitering enligt 3 § eller rehabilitering som en försäkrad som är beviljad sjukersättning eller aktivitetsersättning genomgår*. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.
	Hänvisning till tillämpliga bestämmelser om sjukpenning
	15 §
	När det gäller sådan rehabiliteringspenning som avses i 31 kap. 3 a § tillämpas bestämmelser i 27 kap. om
	– sjukresor i 5 §,
	– samordning med sjuklön i 9 §,
	– sjukpenning vid kortare sjukdomsfall i 10–16 §§,
	– sjukanmälan i 17–18 §§,
	– krav på läkarintyg efter sjunde dagen i 25 §,
	– karensavdrag i 27 och 27 a §§,
	– allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§ och särskilt högriskskydd i 40–44 §§,
	– utbetalning till arbetsgivare m.m. i 59–61 §§,
	Därutöver ska bestämmelser i 28 kap. tillämpas i fråga om

	– grundläggande bestämmelser i 2–6 §§,
	– beräkningsunderlag vid sjuklön i 8 §,
	– arbetstidsberäknad sjukpenning i 12–18 §§,
	– samordning med samtidig lön i 19–21 §§.

31 a kap.

4 §

En försäkrad som omfattas av 3 § och som på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i denna balk inte skulle ha rätt till hel rehabiliteringspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag, har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga under tid som anges i 31 kap. 3 §.	En försäkrad som omfattas av 3 § och som på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i denna balk inte skulle ha rätt till hel rehabiliteringspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag, har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga under tid som anges i 31 kap. 3 *eller 3 a §§*.

Med sjukdom likställs, förutom vad som föreskrivs i 27 kap. 2 § andra stycket, även annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Lag (2011:1513).

7 §[14]

Rehabiliteringspenning i särskilda fall lämnas med högst	
– 160 kronor per dag vid hel förmån,	– 160 kronor per dag vid hel förmån, *eller*
– 120 kronor per dag vid tre fjärdedels förmån,	*– ett belopp avrundat till närmaste hela krontal, varvid 50 öre avrundas uppåt, och som motsvarar den del av 160 kronor som ut-*

[14] Senaste lydelse 2011:1513.

– 40 kronor per dag vid en fjärdedels förmån.

gör den nivå på vilken förmån beviljats.

31 b kap. Preventionsersättning

Innehåll

1 §

I detta kapitel finns bestämmelser om

– ersättningsformer i 2 §,

– rätten till preventionsersättning i 3–6 §§,

– preventionspenning i 7–12 §§, och

– preventionsbidrag i 13 §.

Ersättningsformer

2 §

Preventionsersättning lämnas i följande former:

1. Preventionspenning till en försäkrad som deltar i förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering eller förebyggande arbetslivsinriktad åtgärd.

2. Preventionsbidrag till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med åtgärder enligt 1.

Rätten till preventionsersättning

Allmänna bestämmelser

3 §

En försäkrad har rätt till preventionsersättning när han eller hon genomgår en medicinsk be-

handling, medicinsk rehabilitering eller arbetslivsinriktad åtgärd som syftar till att

1. förebygga sjukdom,

2. förkorta sjukdomstiden, eller

3. förebygga nedsättning av arbetsförmågan.

Preventionsersättning kan inte beviljas för sådana arbetslivsinriktade åtgärder som omfattas av en arbetsgivares förebyggande ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160), Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller annan författning.

I fråga om en sådan åtgärd som avses i första stycket ska Försäkringskassan upprätta en preventionsplan. En sådan plan ska till sitt syfte och innehåll motsvara vad som är angivet i fråga om rehabiliteringsplan i 30 kap. 12–14 §§.

4 §

Preventionsersättning lämnas längst till och med månaden före den när den försäkrade fyller 65 år.

Preventionsersättning vid utbildning

5 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Familjehemsförälder

6 §

Om en familjehemsförälder får ersättning för vården av barn som omfattas av uppdraget för tid när preventionspenning kommer i fråga, bedöms rätten till preventionspenning med bortseende från den ersättningen.

Preventionspenning

Förmånens storlek

7 §

Preventionspenning lämnas för dag då den försäkrade gör inkomstförlust genom att han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete till följd av sådan åtgärd som anges i 3 §. Ersättning lämnas för den tid, avrundat nedåt till hela timmar, som åtgärden tar i anspråk.

Ersättningsnivå och beräkningsunderlag

8 §

Hel preventionspenning för dag motsvarar kvoten mellan

– den försäkrades beräkningsunderlag enligt 28 kap. 7 § 1 eller 2 och

– 365.

Vid beräkningen ska bestämmelserna i 27 kap. 21–24, 26 och

32 §§ samt 28 kap. 10 och 11 §§ tillämpas.

Beräkningsunderlag för familjehemsförälder

9 §

I fall som avses i 6 § ska preventionspenningens storlek beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst som inte omfattar den ersättning som den försäkrade får i egenskap av familjehemsförälder.

Samordning med andra förmåner

10 §

Preventionspenningen ska minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. föräldrapenningförmån,

2. sjukpenning,

3. sjukpenning eller livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 40–44 kap. eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning, dock endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som preventionspenningen är avsedd att täcka, eller

4. studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395), studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd eller ersättning till deltagare i teckenspråksutbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

Det som föreskrivs i första stycket gäller även för motsvarande förmån som lämnas till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

Arbetsgivarinträde

11 §

Bestämmelserna om arbetsgivarinträde och inträde av staten i vissa fall i 27 kap. 56–58 och 60 §§ ska tillämpas även när det gäller preventionspenning.

Preventionsbidrag

12 §

Preventionsbidrag lämnas för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med behandlingen eller rehabiliteringen enligt 3 §. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.

31 c kap. Preventionspenning i särskilda fall

Innehåll

1 §

I detta kapitel finns en inledande bestämmelse i 2 §.

Vidare finns bestämmelser om

– rätten till preventionspenning i särskilda fall i 3–5 §§,

– ersättningsnivåer i 6 §,

– beräkning av preventionspenning i särskilda fall i 7 och 8 §§,

– preventionspenning i särskilda fall vid sjukersättning i 9 §,

– preventionspenning i särskilda fall vid livränta enligt 41 eller 43 kap. i 10 §,

– förmånstiden i 11 §,

– behållande av rätten till preventionspenning i särskilda fall i 12 §,

– upphörande av rätten till preventionspenning i särskilda fall i 13 §, och

– arbetsgivarinträde m.m. i 14 §.

Inledande bestämmelse

2 §

Bestämmelserna i 31 b kap. gäller även i fråga om preventionspenning i särskilda fall, om inte annat följer av detta kapitel.

Rätten till preventionspenning i särskilda fall

3 §

En försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning kan betalas ut enligt 4 kap. 31 § lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken har i de fall och under de närmare förutsättningar som anges i detta kapitel

rätt till preventionspenning i särskilda fall. Detta gäller även för en försäkrad vars rätt till aktivitetsersättning upphör på grund av att han eller hon fyller 30 år.

4 §

En försäkrad som omfattas av 3 § och som på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i denna balk inte skulle ha rätt till preventionspenning för hel dag motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag, har rätt till preventionspenning i särskilda fall vid sådan åtgärd som anges i 31 b kap. 3 §.

5 §

Rätten till preventionspenning i särskilda fall inträder från och med dagen efter den då rätten till sådan tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning som avses i 3 § har upphört.

Ersättningsnivåer

6 §

Preventionspenning i särskilda fall lämnas med högst

– 160 kronor per dag vid hel förmån,

– ett belopp avrundat till närmaste hela krontal, varvid 50 öre avrundas uppåt, och som motsvarar den del av 160 kronor som

utgör den nivå på vilken förmån beviljats.

Beräkning av preventionspenning i särskilda fall

7 §

Preventionspenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka.

8 §

Preventionspenning i särskilda fall beräknas, om inte annat följer av 9 §, enligt följande:

1. För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas, uppgår preventionspenning i särskilda fall per hel dag för respektive förmånsnivå till de belopp som anges i 6 §.

2. För annan försäkrad än den som avses i 1, motsvarar preventionspenning i särskilda fall per dag för respektive förmånsnivå differensen mellan

– de belopp som anges i 6 § och

– den preventionspenning som lämnas per hel dag enligt 31 b kap.

Preventionspenning i särskilda fall vid sjukersättning

9 §

I det fall en försäkrad får sjukersättning lämnas hel preventionspenning i särskilda fall med högst

– 120 kronor per dag när sjukersättning lämnas som en fjärdedels förmån,

– 80 kronor per dag när sjukersättning lämnas som en halv förmån, och

– 40 kronor per dag när sjukersättning lämnas som tre fjärdedels förmån.

När preventionspenning i särskilda fall ska lämnas som förmån för del av dag, lämnas ersättning med ett belopp uppgående till en del av beloppen i första stycket som motsvarar en åttondel för varje hel timme som sådan åtgärd som anges i 4 § tagit i anspråk den aktuella dagen.

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst kan fastställas, motsvarar preventionspenning i särskilda fall per dag differensen mellan

– de belopp som framgår av första eller andra styckena och

– den preventionspenning som lämnas per hel dag enligt 31 b kap.

10 §

I det fall en försäkrad får livränta enligt 41 eller 43 kap., minskas preventionspenning i särskilda fall per dag enligt följande.

När preventionspenning i särskilda fall har beräknats enligt 8 §, ska det framräknade beloppet per dag minskas med ett belopp som motsvarar det livräntebelopp en-

ligt 41 eller 43 kap. som gäller vid tiden för beslutet delat med 365.

Livräntebeloppet avrundas till närmaste hela krontal och 50 öre avrundas nedåt.

Det som föreskrivs i första och andra styckena gäller endast om den försäkrade inte får sjukersättning för samma tid som livränta enligt 41 eller 43 kap.

Förmånstiden

11 §

När det kan lämnas preventionspenning på den nivå som föreskrivs i 27 kap. 21–24 §§, ska även preventionspenning i särskilda fall kunna lämnas.

Behållande av rätten till preventionspenning i särskilda fall

12 §

En försäkrad behåller sin rätt till preventionspenning i särskilda fall under tid då

1. han eller hon förvärvsarbetar,

2. en sådan situation föreligger som anges i 26 kap. 11, 12, eller 14–18 §§ som grund för SGI-skydd, eller

3. han eller hon deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande.

Rätten enligt första stycket gäller endast om den inte upphör på grund av 13 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela

1. föreskrifter om undantag från kravet på att den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program ska få aktivitetsstöd, och

2. föreskrifter om de villkor som gäller för att den försäkrade ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande.

Upphörande av rätten till preventionspenning i särskilda fall

13 §

Rätten till preventionspenning i särskilda fall upphör när det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor.

Arbetsgivarinträde m.m.

14 §

Bestämmelserna om arbetsgivarinträde m.m. i 31 b kap. 11 § gäller inte preventionspenning i särskilda fall.

33 kap.

1 §

I detta kapitel finns inledande bestämmelser i 2–4 §§.

Vidare finns bestämmelser om

– rätten till sjukersättning eller aktivitetsersättning i 5–8 §§,

– förmånsnivåer i 9–13 §§,

– förmånstiden i 14–20 §§,

– arbetsmarknadspolitiskt ramprogram för unga med aktivitetsersättning i 20 a §,

– aktiviteter under tid med aktivitetsersättning i 21–25 §§, och

– särskilda insatser för försäkrade med tre fjärdedels ersättning i 26–28 §§.

5 §

En försäkrad vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och som var försäkrad vid försäkringsfallet har, enligt närmare bestämmelser i denna underavdelning, rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Arbetsförmågan ska anses vara nedsatt om sannolika skäl talar för det.

Om försäkringsfallet har inträffat före ingången av det år då den försäkrade fyllde 18 år, gäller inte kravet att den försäkrade ska vara försäkrad vid försäkringsfallet.

Nedsatt arbetsförmåga vid sjukersättning

6 §

För rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan *kan anses stadigvarande* nedsatt *och* att åtgärder som avses i *27 kap. 6 § samt i 29–31* kap. inte *bedöms kunna leda* till att den försäkrade återfår *någon arbetsförmåga.*

För rätt till sjukersättning krävs att *det är sannolikt* att arbetsförmågan *kommer vara* nedsatt *under överskådlig tid. Dessutom ska det kunna antas* att åtgärder som avses i *29–31 b kap. inte leder* till att den försäkrade *får*

eller återfår arbetsförmågan i ett sådant arbete som anges i 10 §.

Vid bedömningen ska bortses från om den försäkrade kan få eller återfå arbetsförmågan först vid en tidpunkt som infaller efter det att den försäkrade uppnått den ålder till vilken sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 §.

Sjukersättning för äldre

6 a §

För en försäkrad som uppnått den ålder då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 § och som har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska vid bedömningen enligt 6 § första stycket andra meningen endast beaktas sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

10 §

När det bedöms hur nedsatt arbetsförmågan är ska Försäkringskassan beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom *förvärvsarbete på arbetsmarknaden*.

När det bedöms hur nedsatt arbetsförmågan är ska Försäkringskassan beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

10 a §

För en försäkrad som avses i 6 a § ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 10 § första stycket 1 endast göras mot sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av.

11 §

Bedömningen enligt 10 § ska göras

Bedömningen enligt 10 *och 10 a §§* ska göras

– efter samma grunder oavsett på vilket sätt prestationsförmågan är nedsatt, och

– i förhållande till ett heltidsarbete.

Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av arbete med skötsel av hemmet.

12 §

Under tid som den försäkrade genomgår *behandling eller rehabilitering* som avses i *27 kap. 6 § eller* 31 kap. 3 §, ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som *behandlingen eller rehabiliteringen* hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.

Under tid som den försäkrade genomgår *rehabilitering, behandling eller insats* som avses i 31 kap. 3 § *första stycket, 31 b kap. 3 § eller 33 kap. 20 a §*, ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som *rehabiliteringen, behandlingen eller insatsen* hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.

Arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning

20 a §

Försäkringskassan ska efter ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga snarast, och senast efter 60 dagar från att beslutet har

fattats, i samråd med Arbetsförmedlingen klarlägga om en försäkrad under den tid ersättningen ska lämnas kan delta i programmet Arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning, i syfte att få eller återfå arbetsförmåga.

Om den försäkrade inte bedöms kunna delta i programmet ska det fortlöpande under tiden den försäkrade uppbär ersättning utredas om han eller hon kan delta programmet.

Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen inte ske.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning.

36 kap.

1 §[15]

1 §I detta kapitel finns bestämmelser om
– samordning med andra förmåner 2–8 §§,
– förvärvsarbete som hinder för rätt till förmån i 9 §,
– aktivitetsersättning under prövotid i 9 a §,
– vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning i 10–18 §§,
– aktivitetsersättning efter tid för vilandeförklaring i 18 a–18 d §§,
– omprövning vid ändrade förhållanden i 19–24 §§,

– Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning i 24 a §

– ersättning utan ansökan i vissa fall i 25 27 §§,

[15] Senaste lydelse 2016:1291.

– ändring av ersättning i 28 §, och
– utbetalning av ersättning i 29 och 30 §§.

9 a §[16]

Försäkringskassan får efter ansökan av en försäkrad som under minst tolv månader har fått aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga besluta att han eller hon får studera utan att aktivitetsersättningen minskas med hänsyn till studierna (aktivitetsersättning under prövotid).

Under hela den tidsperiod som aktivitetsersättning kan lämnas enligt 33 kap. 18 § kan aktivitetsersättning under prövotid betalas ut under sammanlagt högst *sex* månader.

Om studierna avbryts under prövotiden eller beslutet avser kortare tid än *sex* månader, får Försäkringskassan senare fatta ett nytt beslut om aktivitetsersättning under prövotid. Ett sådant beslut får tillsammans med redan lämnad aktivitetsersättning under prövotid sammanlagt uppgå till högst *sex* månader.

Under hela den tidsperiod som aktivitetsersättning kan lämnas enligt 33 kap. 18 § kan aktivitetsersättning under prövotid betalas ut under sammanlagt högst *tolv* månader.

Om studierna avbryts under prövotiden eller beslutet avser kortare tid än *tolv* månader, får Försäkringskassan senare fatta ett nytt beslut om aktivitetsersättning under prövotid. Ett sådant beslut får tillsammans med redan lämnad aktivitetsersättning under prövotid sammanlagt uppgå till högst *tolv* månader.

12 §

Vilandeförklaring får avse hel sjukersättning eller aktivitetsersättning *eller en* sådan andel *av ersättningen* som anges i 33 kap. 9 §. När det bedöms hur stor del av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra. *Vid studier ska*

Vilandeförklaring *vid förvärvsarbete* får avse hel sjukersättning eller aktivitetsersättning, sådan andel som anges i 33 kap. 9 § *eller en sådan andel av ersättningen som uppgår till minst 1/168 per kalendermånad*. När det bedöms hur stor del av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av

[16] Senaste lydelse 2016:1291.

dock alltid den beviljade förmånen i sin helhet förklaras vilande.

det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra.

Vilandeförklaring vid studier får avse hel sjukersättning eller aktivitetsersättning eller en sådan andel av ersättningen som anges i 33 kap. 9 §. När det bedöms hur stor andel av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av de studier som den försäkrade avser att bedriva.

12 a §

Sjukersättning eller aktivitetsersättning för en försäkrad vars ersättning har förklarats vilande för förvärvsarbete enligt 10 § ska lämnas med ett preliminärt belopp och bestämmas slutligt i efterhand på grundval av den försäkrades reduceringstid.

12 b §

Slutlig sjukersättning eller aktivitetsersättning avseende viss kalendermånad ska bestämmas vid tidpunkten för utbetalning av ersättning efterföljande månad eller, om detta inte är möjligt, vid tidpunkten för utbetalning så snart som möjligt efter detta.

12 c §

Reduceringstiden beräknas med utgångspunkt i det antal timmar den försäkrade har ansökt om att få förvärvsarbeta den aktuella kalendermånaden.

Reduceringstiden beräknas till 1/168 av den försäkrades sjukersättning eller aktivitetsersättning per påbörjad arbetad timme.

12 d §

Bestäms den slutliga sjukersättningen eller aktivitetsersättningen för viss månad till lägre belopp än den som för samma månad har betalats ut i preliminär ersättning ska skillnaden betalas tillbaka. Bestäms den slutliga sjukersättningen eller aktivitetsersättningen till högre belopp än den som för viss månad har betalats ut i preliminär sjukersättning, ska skillnaden betalas ut.

15 b §[17]

Om aktivitetsersättning har förklarats vilande enligt 15 § tredje stycket och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen.

Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete. Vid studier ska alltid aktivitetsersättningen förlängas i sin helhet.

Vid studier förlängs perioden med aktivitetsersättning enligt första stycket i den omfattning som motsvarar omfattningen av de studier som pågår vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, förlängs perioden med aktivitetsersättning enligt första stycket i den omfattning som motsvarar den del av arbetsförmågan som fortfarande används

[17] Senaste lydelse 2016:1291.

för förvärvsarbete enligt följande nivåer:

1. Hel aktivitetsersättning ska lämnas när hela arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

2. Tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än hela men minst tre fjärdedelar av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

3. Halv aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än tre fjärdedelar men minst halva arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

4. En fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än halva men minst någon del av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

Vid arbete, när den försäkrade beviljats partiell förmån, förlängs perioden med aktivitetsersättning enligt första stycket enligt bestämmelserna i tredje stycket, dock inte i en högre omfattning än omfattningen i beslutet om rätt till ersättning.

18 a §[18]

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts enligt 16 § lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som *ersättningen tidigare var förklarad vilande*. Ersättningen lämnas utan någon ny

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts enligt 16 § lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som *anges i andra–femte styckena.* Ersättningen lämnas utan någon ny prövning av i

[18] Senaste lydelse 2012:933.

prövning av i vilken mån arbetsförmågan är nedsatt. Ersättning lämnas inte till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar eller *till en försäkrad som* studerar.

vilken mån arbetsförmågan är nedsatt.

Vid studier lämnas ersättningen enligt första stycket i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande.

Vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, lämnas ersättningen enligt första stycket i följande omfattning:

1. Hel aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad helt vilande.

2. Tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hel förmån men med minst tre fjärdedelar.

3. Halv aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än tre fjärdedelar men med minst hälften.

4. En fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hälften.

Vid arbete, när den försäkrade beviljats partiell förmån, lämnas ersättningen enligt första stycket enligt bestämmelserna i tredje stycket, dock inte i större omfattning än omfattningen i beslutet om rätten till ersättning.

Ersättning lämnas inte till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar eller studerar.

19 §

Om arbetsförmågan förbättras för en försäkrad som får sjukersättning, ska rätten till förmånen omprövas.

En försäkrad som har uppvisat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad arbetsförmåga.	En försäkrad som har uppvisat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad arbetsförmåga. *Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana arbeten som avses i 33 kap. 10 eller 10 a §§ ska dock rätten till sjukersättning inte omprövas.* *Utförande av sysslor av ideell karaktär som understiger tio timmar i veckan och som inte ger inkomst ska inte anses innebära att en försäkrad har uppvisat arbetsförmåga.*

22 §

Om arbetsförmågan väsentligt förbättras för en försäkrad som får aktivitetsersättning, ska rätten till förmånen omprövas.

En försäkrad som regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades ska antas ha en väsentligt förbättrad arbetsförmåga, om inte något annat framkommer.	En försäkrad som regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades ska antas ha en väsentligt förbättrad arbetsförmåga, om inte något annat framkommer. *Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana arbeten som avses i 33 kap. 10 § ska dock rätten till aktivitetsersättning inte omprövas.*

Utförande av sysslor av ideell karaktär som understiger tio timmar i veckan och som inte ger inkomst ska inte anses innebära att en försäkrad har uppvisat arbetsförmåga.

Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning

24 a §

För en försäkrad som är beviljad partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning ska en förläggning av arbetstiden som innebär att arbetstiden inte minskas varje dag i samma omfattning och som inte medför någon risk för försämring av den försäkrades sjukdom eller arbetsförmåga inte medföra att rätten till förmånen ska omprövas.

37 kap.

6 §

Sjukersättningen ska minskas med 50 procent av reduceringsinkomsten till den del den överstiger ett visst fribelopp, som för den som får

– hel sjukersättning är 1 *prisbasbelopp*,

– tre fjärdedels sjukersättning är 2,6 *prisbasbelopp*,

– två tredjedels sjukersättning är 3,6 *prisbasbelopp*,

– halv sjukersättning är 4,2 *prisbasbelopp*, och

– en fjärdedels sjukersättning är 5,8 *prisbasbelopp*.

– hel sjukersättning är 1 *inkomstbasbelopp*,

– tre fjärdedels sjukersättning är 2,6 *inkomstbasbelopp*,

– två tredjedels sjukersättning är 3,6 *inkomstbasbelopp*,

– halv sjukersättning är 4,2 *inkomstbasbelopp*, och

– en fjärdedels sjukersättning är 5,8 *inkomstbasbelopp*.

Avdraget enligt första stycket ska i första hand göras från inkomstrelaterad sjukersättning

7 §

Sjukersättning lämnas inte till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 *prisbasbelopp*.	Sjukersättning lämnas inte till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 *inkomstbasbelopp*.

41 kap.

4 §

Under tid när den försäkrade genomgår *behandling eller rehabilitering* som avses i *27 kap. 6 § eller* 31 kap. 3 § ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som åtgärden hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.	Under tid när den försäkrade genomgår *rehabilitering, behandling eller annan åtgärd* som avses i 31 kap. 3 § *eller 31 b kap.* 3 § ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som åtgärden hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.

46 kap.

18 §[19]

Smittbärarpenningen ska minskas med följande förmåner i den utsträckning förmånerna lämnas för samma tid:

1. graviditetspenning,
2. föräldrapenningsförmåner,
3. sjuklön eller sådan ersättning från Försäkringskassan som avses i 20 § lagen (1991:1047) om sjuklön,
4. sjukpenning enligt denna balk eller motsvarande äldre lag,
5. rehabiliteringspenning,

	6. *preventionspenning,*
6. livränta enligt denna balk eller motsvarande äldre författning på grund av smitta,	*7.* livränta enligt denna balk eller motsvarande äldre författning på grund av smitta,
7. närståendepenning, och	*8.* närståendepenning, och

[19] Senaste lydelse 2020:475.

8. statlig ersättning som lämnas för arbete i etableringsjobb.	*9.* statlig ersättning som lämnas för arbete i etableringsjobb.

Det som föreskrivs i första stycket gäller även motsvarande förmån som lämnas till smittbäraren på grundval av utländsk lagstiftning.

47 kap.

17 §

Närståendepenning lämnas inte i den utsträckning vårdaren för samma tid får

1. föräldrapenningsförmåner,
2. sjuklön eller sådan ersättning från Försäkringskassan som avses i 20 § lagen (1991:1047) om sjuklön,
3. sjukpenning,

4. rehabiliteringspenning, *eller*	4. rehabiliteringspenning,
	5. preventionspenning, eller
5. ersättning som motsvarar sjukpenning enligt någon annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall.	*6.* ersättning som motsvarar sjukpenning enligt någon annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall.

103 c kap.

4 §[20]

Boendetillägg kan lämnas till den som omfattas av 2 § och som

1. får sjukpenning enligt 27–28 a kap., *eller*	1. får sjukpenning enligt 27–28 a kap.,
2. får rehabiliteringspenning enligt 31 eller 31 a kap.	2. får rehabiliteringspenning enligt 31 eller 31 a kap., *eller*
	3. får preventionspenning enligt 31 b eller 31 c kap.

103 d kap.

6 §[21]

Den bidragsgrundande inkomsten är den ersättning som lämnas i form av

1. sjukpenning enligt 27 och 28 kap.,
2. sjukpenning i särskilda fall enligt 28 a kap.,

[20] Senaste lydelse 2015:963.
[21] Senaste lydelse 2011:1513.

3. rehabiliteringspenning enligt 31 kap.,	
4. rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 31 a kap., *eller*	4. rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 31 a kap.,
	5. preventionspenning enligt 31 b kap.,
	6. preventionspenning i särskilda fall enligt 31 c kap.,
5. aktivitetsstöd.	*7.* aktivitetsstöd.

Till den bidragsgrundande inkomsten enligt första stycket ska läggas sådan livränta som lämnas till den försäkrade enligt 41 eller 43 kap.

8 §[22]

Boendetillägget enligt 7 § lämnas med samma andel som den ersättning som grundar rätt till boendetillägg lämnas med.

Om såväl sjukpenning enligt 6 § 1 som sjukpenning i särskilda fall enligt 6 § 2 lämnas samtidigt ska en andelsberäkning göras i förhållande till den sjukpenning som lämnas enligt 6 § 2. Motsvarande gäller i de fall rehabiliteringspenning lämnas enligt 6 § 3 och 4.	Om såväl sjukpenning enligt 6 § 1 som sjukpenning i särskilda fall enligt 6 § 2 lämnas samtidigt ska en andelsberäkning göras i förhållande till den sjukpenning som lämnas enligt 6 § 2. Motsvarande gäller i de fall rehabiliteringspenning lämnas enligt 6 § 3 och 4 *eller preventionspenning lämnas enligt 6 § 5 och 6.*

108 kap.

1 §[23]

I detta kapitel finns bestämmelser om

– återbetalning av ersättning i 2–10 §§,
– eftergift i 11–14 §§,
– verkställighet m.m. av beslut om återkrav i 14 a §,
– ränta i 15–18 §§,
– dröjsmålsränta i 19 och 20 §§,
– eftergift av ränta och dröjsmålsränta i 21 §, och

– avdrag på ersättning (kvittning) i 22, 24 och 25 §§.	– avdrag på ersättning (kvittning) i 22, *23,* 24 och 25 §§.

[22] Senaste lydelse 2011:1513.
[23] Senaste lydelse 2013:747.

23 §

Försäkringskassan får vid en senare utbetalning av sjukersättning eller aktivitetsersättning till en försäkrad som är återbetalningsskyldig enligt 36 kap. 12 d § besluta att dra av ett belopp i avräkning på vad som betalats ut för mycket.

110 kap.

57 §[24]

Ersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till

1. behandling eller *rehabilitering enligt 27 kap. 6 §, eller*

2. rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. 7 § och 31 kap. 3 §.

1. behandling eller *åtgärder* enligt *31 b kap. 3 §*,

2. rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. 7 § och 31 kap. 3 §, *eller*

3. insatser enligt 33 kap. 20 a §.

Det som anges i första stycket gäller endast

1. omvårdnadsbidrag,
2. sjukpenning,
3. sjukersättning och aktivitetsersättning,
4. sjukvårdsersättning vid arbetsskada,
5. livränta till den försäkrade vid arbetsskada, och
6. merkostnadsersättning.

Det som i andra stycket föreskrivs om arbetsskada tillämpas också på motsvarande ersättningar enligt 43 och 44 kap.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 december 2022 i fråga om 5 kap. 9 §, 6 kap. 6 §, 27 kap. 55 c §, 30 kap. 9 §, 31 kap. 1–3 a, 8, 12, 14 och 15 §§, 31 a kap. 7 §, 31 b–31 c kap., 33 kap. 5–6 a, 10–12 och 20 a §§, 36 kap. 9 a, 12–12 d, 15 b och 18 a §§, 37 kap. 6 och 7 §§, 108 kap. 23 § och 110 kap. 57 § och i övrigt den 1 januari 2023.

2. Bestämmelserna i 5 kap. 9 §, 6 kap. 6 §, 27 kap. 55 c §, 30 kap. 9 §, 31 kap. 1–3 a, 8, 12, 14 och 15 §§, 31 a kap. 7 §, 31 b–31 c kap., 33 kap. 5–6 a, 10–12 och 20 a §§, 36 kap. 9 a, 12–12 d, 15 b och

[24] Senaste lydelse 2018:1265.

18 a §§, 37 kap. 6 och 7 §§ och 108 kap. 23 § i den nya lydelsen tillämpas dock för tid från och med den 1 januari 2023.

3. Den nya bestämmelsen i 33 kap. 20 a § ska tillämpas även i fråga om den som den 1 december 2022 hade rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har rätt till förmånen även för tid fr.o.m. den 1 januari 2023. Avseende en sådan försäkrad ska Försäkringskassan i samråd med Arbetsförmedlingen snarast utreda om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Denna utredning behöver inte göras om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet.

4. Äldre bestämmelser om sjukpenning samt sjukpenning i särskilda fall enligt 27 kap. 6 § respektive 28 a kap. 3 § tillämpas fortfarande i de fall Försäkringskassan senast före utgången av december 2022 har godkänt en sådan plan som avses i 6 § andra stycket.

5. De nya bestämmelserna i 27 kap. 55 c §, 30 kap. 9 §, 31 kap. 2–3 a, 8, 12 och 14 §§ och 31 a kap. 4 och 7 §§ tillämpas även på sjukperioder som har påbörjats före den 1 januari 2023. Bestämmelserna tillämpas dock första gången vid prövning av rätt till ersättning för dagar från och med den 1 januari 2023.

6. Äldre bestämmelser tillämpas fortfarande i fråga om förmåner som avser tid före den 1 januari 2023.

1.2 Förslag till lag om ändring i utsökningsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om utsökningsbalken att 7 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
1 §[1]	
Bestämmelserna i detta kapitel gäller i fråga om utmätning av	
1. arbetstagares lön, vare sig den utgår som tidlön, ackordslön, provision eller annan gottgörelse,	
2. annan ersättning för arbetsinsats av gäldenären, om dennes ställning är jämförlig med en arbetstagares,	
3. periodiskt vederlag för utnyttjande av patent, rätt till litterärt eller konstnärligt verk eller annan sådan rättighet eller för överlåtelse av rörelse,	
4. belopp som utgår som pension eller livränta,	
5. föräldrapenningsförmåner, sjukpenning, rehabiliteringspenning och närståendepenning enligt socialförsäkringsbalken samt annan ersättning som lämnas på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den utsträckning ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller ska återbetalas.	5. föräldrapenningsförmåner, sjukpenning, rehabiliteringspenning, *preventionspenning* och närståendepenning enligt socialförsäkringsbalken samt annan ersättning som lämnas på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den utsträckning ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller ska återbetalas.
Bestämmelserna i detta kapitel är inte tillämpliga när gäldenären är dödsbo eller annan juridisk person.	

[1] Senaste lydelse 2010:1229.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring att 23 b § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
23 b §[1]	
Normalarbetstiden utgör den genomsnittliga arbetstiden under den sökandes ramtid.	
Vid bestämmande av normalarbetstid ska utöver arbetad tid även beaktas tid som ersatts med sjuklön eller ersättning från Försäkringskassan vid tvist om sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön, eller med graviditetspenning, föräldrapenningsförmån, sjukpenning, rehabiliteringspenning, smittbärarpenning eller närståendepenning enligt socialförsäkringsbalken.	Vid bestämmande av normalarbetstid ska utöver arbetad tid även beaktas tid som ersatts med sjuklön eller ersättning från Försäkringskassan vid tvist om sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön, eller med graviditetspenning, föräldrapenningsförmån, sjukpenning, rehabiliteringspenning, *preventionspenning*, smittbärarpenning eller närståendepenning enligt socialförsäkringsbalken.
Det som sägs i andra stycket gäller endast månader som ingår i den fastlagda ramtiden och som innehåller förvärvsarbete i sådan omfattning att de skulle kunna tillgodoräknas i ett arbetsvillkor.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

[1] Senaste lydelse 2010:2030.

1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift att 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[1]	
Avgiften utgör 10,21 procent av ersättning i form av	
1. sjukpenning och rehabiliteringspenning enligt 24–28 *och* 31 kap. socialförsäkringsbalken samt arbetsskadesjukpenning enligt 40 kap. nämnda balk eller motsvarande ersättning som utgetts enligt nämnda balk eller annan författning eller på grund av regeringens förordnande, i den utsträckning ersättningen trätt i stället för en försäkrads inkomst av anställning enligt 59 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken eller inkomst av annat förvärvsarbete enligt 59 kap. 14 § första stycket 1–3 nämnda balk,	1. sjukpenning, rehabiliteringspenning och *preventionspenning* enligt 24–28, 31 *och 31 b* kap. socialförsäkringsbalken samt arbetsskadesjukpenning enligt 40 kap. nämnda balk eller motsvarande ersättning som utgetts enligt nämnda balk eller annan författning eller på grund av regeringens förordnande, i den utsträckning ersättningen trätt i stället för en försäkrads inkomst av anställning enligt 59 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken eller inkomst av annat förvärvsarbete enligt 59 kap. 14 § första stycket 1–3 nämnda balk,

2. föräldrapenningsförmåner enligt 11–13 kap. socialförsäkringsbalken,

3. närståendepenning enligt 47 kap. socialförsäkringsbalken,

4. ersättning enligt 20 § lagen (1991:1047) om sjuklön,

5. livränta enligt 41–44 kap. socialförsäkringsbalken eller annan motsvarande livränta som bestäms med tillämpning av 41 och 42 kap. nämnda balk,

7. omvårdnadsbidrag enligt 22 kap. socialförsäkringsbalken,

8. dagpenning från arbetslöshetskassa,

[1] Senaste lydelse 2020:478.

9. statlig ersättning som lämnas för arbete i etableringsjobb,

10. aktivitetsstöd till den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program,

14. ersättning till deltagare i teckenspråksutbildning för vissa föräldrar (TUFF),

15. dagpenning till totalförsvarspliktiga som tjänstgör enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och till andra som får dagpenning enligt de grunder som gäller för totalförsvarspliktiga, samt

16. bidrag från Sveriges författarfond och Konstnärsnämnden i den utsträckning som regeringen så föreskriver.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.5 Förslag till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)

Härigenom föreskrivs i fråga om inkomstskattelagen (1999:1229) att 11 kap. 30 § och 15 kap. 8 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
11 kap.	
30 §[1]	
Följande ersättningar i samband med sjukdom m.m. ska tas upp om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av tjänst:	
1. sjukpenning, rehabiliteringspenning och smittbärarpenning enligt socialförsäkringsbalken,	1. sjukpenning, rehabiliteringspenning, *preventionspenning* och smittbärarpenning enligt socialförsäkringsbalken,
2. sjukpenning enligt lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring,	
3. ersättning enligt 20 § lagen (1991:1047) om sjuklön, och	
4. ersättningar enligt andra lagar eller författningar vid sjukdom eller olycksfall i arbete eller i samband med militärtjänstgöring.	
Vidare ska sådan sjukpenning *och* rehabiliteringspenning som avses i 28 a *respektive 31 a kap.* socialförsäkringsbalken tas upp.	Vidare ska sådan sjukpenning, rehabiliteringspenning *och preventionspenning* som avses i 28 a, *31 a respektive 31 c kap.* socialförsäkringsbalken tas upp.
Även sjukersättning och aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken ska tas upp. Sådan ersättning som anges i 36 kap. 18 § samma balk ska dock inte tas upp.	
15 kap.	
8 §[2]	
Följande ersättningar i samband med sjukdom m.m. ska tas upp, om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av näringsverksamhet:	

[1] Senaste lydelse 2011:1516.
[2] Senaste lydelse 2010:1277.

1. sjukpenning, rehabiliteringspenning och smittbärarpenning enligt socialförsäkringsbalken, och	1. sjukpenning, rehabiliteringspenning, *preventionspenning* och smittbärarpenning enligt socialförsäkringsbalken, och

2. sjukpenning enligt lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. Lagen tillämpas första gången för det beskattningsår som börjar efter den 31 december 2022.

1.6 Förslag till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395)

Härigenom föreskrivs i fråga om studiestödslagen (1999:1395) att 3 kap. 25 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
25 §[1]	
Studiemedel får inte lämnas eller tas emot för den tid för vilken det lämnas	
1. studiehjälp enligt 2 kap.,	
2. aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning för att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program,	
3. sjukersättning, aktivitetsersättning eller rehabiliteringsersättning enligt socialförsäkringsbalken,	3. sjukersättning, aktivitetsersättning, *preventionsersättning eller* rehabiliteringsersättning enligt socialförsäkringsbalken,
4. statsbidrag som administreras av Specialpedagogiska skolmyndigheten för	
– kortare studier om funktionsnedsättning,	
– kortare studier på grundskole- eller gymnasienivå som är särskilt anpassade för personer med funktionsnedsättning, och	
– studier inom kommunal vuxenutbildning som särskild utbildning,	
5. statsbidrag som administreras av Sametinget för kortare studier i alfabetisering i samiska,	
6. utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå, eller	
7. studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd.	
Studiemedel får inte lämnas för den tid då den studerande tjänstgör enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt eller fullgör utbildning till reserv- eller yrkesofficer.	

[1] Senaste lydelse 2020:451.

Studiemedel får inte lämnas för högskoleutbildning på forskarnivå om den studerande är eller har varit anställd som doktorand.

Studiemedel får inte lämnas för den tid då den studerande beviljats studiestöd eller motsvarande studiefinansiering från ett annat land. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilken utländsk studiefinansiering som ska omfattas av detta stycke.

Regeringen får meddela föreskrifter om avvikelser från första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.7 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialavgiftslagen (2000:980) att 2 kap. 15 § och 3 kap. 10 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
15 §[1]	
En ersättning till en person vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse är avgiftsfri, till den del ersättningen motsvarar föräldrapenning, sjukpenning *eller* rehabiliteringspenning som arbetsgivare får uppbära enligt 11 kap. 13 §, 27 kap. 56 eller 57 § *eller* 31 kap. 13 § socialförsäkringsbalken.	En ersättning till en person vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse är avgiftsfri, till den del ersättningen motsvarar föräldrapenning, sjukpenning, rehabiliteringspenning *eller preventionspenning* som arbetsgivare får uppbära enligt 11 kap. 13 §, 27 kap. 56 eller 57 §, 31 kap. 13 § *eller 31 b kap. 11 §* socialförsäkringsbalken.
3 kap.	
10 §[2]	
Sjukpenning och rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken är avgiftsfri.	Sjukpenning, *preventionspenning* och rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken är avgiftsfri.

Detta gäller också arbetsskadesjukpenning enligt samma balk och motsvarande ersättning som utges enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

---

[1] Senaste lydelse 2010:1282.
[2] Senaste lydelse 2010:1282.

2. Lagen tillämpas på ersättning som utges efter den 31 december 2022.

1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter att 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Sjukförsäkringsavgifter ska finansiera kostnader för följande ersättningar som utges enligt socialförsäkringsbalken	
1. graviditetspenning enligt 10 kap., sjukpenning och ersättning för merkostnader för resor enligt 27 kap. samt ersättningar enligt 110 kap. 30 § för kostnader för utredning m.m. i ärenden om sjukdom och rehabilitering,	
2. rehabiliteringspenning och andra ersättningar enligt 31 *kap.*, och	2. rehabiliteringspenning, *preventionspenning* och andra ersättningar enligt 31 *och 31 b kap.*, och
3. inkomstrelaterad sjukersättning och inkomstrelaterad aktivitetsersättning enligt 34 kap.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

[1] Senaste lydelse 2010:1283.

1.9 Förslag till förordning om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning. Målgruppen för ramprogrammet är personer som uppbär aktivitetsersättning och som uppfyller villkoren enligt 33 kap. 20 a § socialförsäkringsbalken.

Syftet med det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning är att ge individuellt utformade insatser som medför att de försäkrade får eller återfår arbetsförmåga.

Anvisning till programmet

2 § Frågor om anvisning till programmet prövas av Arbetsförmedlingen efter samråd med Försäkringskassan.

3 § En anvisning till programmet innebär att den som anvisas erbjuds att ta del av programmet.

Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar delta i programmet ska 110 kap. 57 § socialförsäkringsbalken tillämpas.

4 § En anvisning till programmet kan ske på hel- eller deltid.

5 § Den som har anvisats till programmet får ta del av insatserna inom programmet så länge han eller hon har behov av det. Personen ska också uppbära aktivitetsersättning samt uppfylla villkoren enligt 33 kap. 20 a § socialförsäkringsbalken.

Programmets innehåll

6 § Det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning innefattar arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Insatserna ska vara flexibla och an-

passas till individens behov och förutsättningar.

Insatserna är

– vägledning och kartläggning av den försäkrades behov av stöd och insatser,

– arbetspraktik,

– arbetsträning,

– förstärkt arbetsträning,

– jobbsökaraktiviteter, och

– andra relevanta insatser som kan öka förutsättningarna för den försäkrades möjligheter till att få eller återfå arbetsförmåga.

En försäkrad får inom ramen för programmet även ta del av sådana insatser som följer av 5 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten förutsatt att den försäkrade uppfyller förutsättningarna för dessa.

Ersättning till den enskilde

7 § En person som deltar i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning uppbär aktivitetsersättning enligt 34 eller 35 kap. socialförsäkringsbalken.

För deltagare i programmet enligt denna förordning ska förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser inte tillämpas.

Bemyndiganden

8 § Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan får meddela de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna förordning.

Överklagande

9 § Beslut enligt denna förordning kan inte överklagas.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.10 Förslag till förordning om preventionsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelse

1 § Denna förordning innehåller föreskrifter om preventionsersättning enligt 31 b och 31 c kap. socialförsäkringsbalken.

Preventionsersättning vid utbildning

2 § Preventionsersättning får lämnas till den som genomgår

1. yrkesutbildning,
2. yrkeshögskoleutbildning,
3. allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning,
4. eftergymnasial utbildning, eller
5. orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.

3 § För en utbildning som kan finansieras med studiemedel enligt avdelning B i bilagan till studiestödsförordningen (2000:655) eller därmed jämförlig utbildning får preventionsersättning lämnas endast om utbildningen omfattar högst 44 studieveckor. Preventionsersättning får lämnas för del av en eftergymnasial utbildning endast om utbildningen kan slutföras inom den angivna tiden.

Preventionsbidrag

4 § Preventionsbidrag lämnas för

1. ordinarie kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet, dock inte till den del avgiften avser kostnader för kost eller logi,
2. kostnader för tal- och punktskriftsböcker,
3. merkostnader för läromedel åt personer med funktionsnedsättning som inte betalas av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,

4. hälften av andra skäliga kostnader för läromedel som inte betalas av kursanordnaren, och

5. skäliga resekostnader för studieresor och traktamente med 75 kronor per dag för sådana resor inom landet som medför övernattning och som är obligatoriska för utbildningen. Är det fördelaktigt från kostnadssynpunkt lämnas dock bidrag för kostnader för en sådan resa som sker till något annat land inom Norden.

I fråga om särskilt anpassat boende för personer med funktionsnedsättning lämnas preventionsbidrag enligt första stycket 1 även för kursavgifter som avser kostnader för logi.

5 § Till den som reser mellan bostaden och platsen för preventionsåtgärden lämnas preventionsbidrag för skäliga kostnader för resorna. Till den som genomgår preventionsåtgärd på sin ordinarie arbetsplats lämnas ersättning dock endast i den mån det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle ha haft om han hade förvärvsarbetat i sitt ordinarie arbete.

6 § Till den som har sin ordinarie bostad så långt från orten för preventionsåtgärden att avståndet överstiger rimligt pendlingsavstånd och som därför bor tillfälligt där eller som i annat fall har särskilda skäl att bo tillfälligt på orten för preventionsåtgärden under tiden för åtgärden lämnas preventionsbidrag för

1. kostnaden för resor mellan den ordinarie bostaden och orten för preventionsåtgärden vid åtgärdens början och slut samt vid uppehåll i åtgärden som är längre än tio kalenderdagar i följd, och

2. kostnaden för en resa i månaden för den bidragsberättigade eller för en familjemedlem eller en annan närstående upp till det belopp som svarar mot kostnaden för en resa tur och retur mellan orten för preventionsåtgärden och den ordinarie bostaden, samt

3. traktamente under tiden för preventionsåtgärden med 109 kronor per dag under högst fem dagar per kalendervecka.

Bestämmelsen i första stycket 2 tillämpas endast om preventionsåtgärden är förlagd till Sverige eller annat nordiskt land och omfattar minst 30 dagar.

Traktamente enligt första stycket 3 lämnas inte för tid då logikostnad ersätts enligt 4 § andra stycket eller 8 §.

7 § Resekostnader ersätts enligt följande grunder.

För resa med ett allmänt kommunikationsmedel ersätts skälig kostnad. Med skälig kostnad avses kostnaden för det billigaste färdsättet. Även om billigare färdsätt finns, ska kostnaden för resa med flyg anses skälig, om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med flyg. Vid bedömningen av om kostnaden för resa med flyg är skälig, ska beaktas om resmålet hade kunnat nås genom en billigare flygresa samma dag.

Kostnaden för resa med egen bil ersätts om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med bil. Ersättning lämnas dock med högst 185 öre per kilometer.

I andra fall ersätts resekostnaden med kostnaden för annat lämpligt färdmedel.

8 § För en försäkrad som avses i 6 § och som genomgår preventionsåtgärd under högst 30 dagar lämnas ersättning för styrkta logikostnader om kostnaderna är godtagbara med hänsyn till prisläget på orten.

9 § För en försäkrad som tillfälligt genomgår preventionsåtgärd på en annan ort än den ordinarie orten för preventionsåtgärder lämnas ersättning för styrkta logikostnader, om kostnaderna är godtagbara med hänsyn till prisläget på orten.

Det som sägs i första stycket gäller under de första 30 dagarna av tiden för preventionsåtgärd för den som

1. genomgår preventionsåtgärd på en ort som ligger på ett avstånd som överstiger rimligt pendlingsavstånd från såväl den ordinarie bostaden som den ordinarie orten för preventionsåtgärd, eller
2. i annat fall har särskilda skäl att bo på den ort där den tillfälliga preventionsåtgärden genomförs.

Om ett uppehåll görs i preventionsåtgärd enligt första stycket och uppehållet överstiger tio dagar i följd, anses ny tillfällig preventionsåtgärd föreligga.

10 § Om det är nödvändigt att en försäkrad med funktionsnedsättning som genomgår preventionsåtgärd åtföljs av en ledsagare i samband med åtgärden, får i de fall som avses i 6 § 1 och 2 ersättning lämnas för resa, uppehälle och förlorad arbetsförtjänst för ledsagaren. Sådan ersättning får även lämnas under högst tio dagar, om det är

önskvärt att en ledsagare deltar i träning av personen med funktionsnedsättning.

11 § Kostnaderna för resa och uppehälle för en ledsagare som avses i 10 § ersätts enligt följande.

Resekostnader ersätts enligt de grunder som anges i 7 § andra–fjärde styckena.

Traktamente för en hel dag får lämnas med högst 100 kronor. Vid flerdagsförrättningar får traktamentet dock uppgå till högst 200 kronor per dag. Ersättning lämnas för styrkt logikostnad, om kostnaden är godtagbar med hänsyn till prisläget på orten.

Förlorad arbetsförtjänst ersätts med den faktiska förlusten.

12 § Vid bedömningen av rätten till preventionsbidrag ska det bortses från merkostnader för behov som tillgodoses genom annat samhällsstöd.

13 § Preventionsbidrag betalas ut i efterskott. Bidrag får dock betalas ut i förskott, om det finns särskilda skäl.

Avbryts utbildningen skall förskottet återbetalas, om det inte finns särskilda skäl emot det.

Bemyndiganden

14 § Försäkringskassan får meddela de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna förordning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan att 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §[1]	
Med dagersättning avses i denna förordning följande förmåner enligt socialförsäkringsbalken:	
1. graviditetspenning,	
2. föräldrapenningsförmåner,	
3. sjukpenning,	
4. rehabiliteringspenning,	
5. smittbärarpenning, *och*	5. smittbärarpenning,
6. närståendepenning.	6. närståendepenning, *och*
	7. preventionspenning
Med dagersättning avses även	
1. dagpenning enligt förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga,	
2. aktivitetsstöd, utvecklingsersättning och etableringsersättning enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, och	
3. ersättning enligt 20 § lagen (1991:1047) om sjuklön.	

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

[1] Senaste lydelse 2017:839.

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning att 2–6, 10 och 12 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[1]	
Rehabiliteringsersättning får lämnas till den som genomgår	
1. yrkesutbildning,	1. yrkesutbildning,
	2. yrkeshögskoleutbildning,
2. allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning, *eller*	*3.* allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning,
	4. Eftergymnasial utbildning, eller
3. orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.	*5.* orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.
3 §	
För en utbildning som kan finansieras med studiemedel enligt avdelning B i bilagan till studiestödsförordningen (2000:655) eller därmed jämförlig utbildning får rehabiliteringsersättning lämnas endast om utbildningen omfattar högst *40* studieveckor, och	För en utbildning som kan finansieras med studiemedel enligt avdelning B i bilagan till studiestödsförordningen (2000:655) eller därmed jämförlig utbildning får rehabiliteringsersättning lämnas endast om utbildningen omfattar högst *44* studieveckor.
1. inte är en fortsättning eller en avslutning på en tidigare på-	*Rehabiliteringsersättning får lämnas för del av en eftergymnasial utbildning endast om utbild-*

[1] Senaste lydelse 2001:266.

börjad eftergymnasial utbildning, och

2. inte heller är en del av en längre sammanhållen eftergymnasial utbildning.

ningen kan slutföras inom den angivna tiden.

4 §[2]

Särskilt bidrag lämnas för

Rehabiliteringsbidrag lämnas för

1. ordinarie kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet, dock inte till den del avgiften avser kostnader för kost eller logi,

2. kostnader för tal- och punktskriftsböcker,

3. merkostnader för läromedel åt *handikappade* som inte betalas av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,

3. merkostnader för läromedel åt *personer med funktionsnedsättning* som inte betalas av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,

4. hälften av andra skäliga kostnader för läromedel som inte betalas av kursanordnaren *till den del kostnaderna överstiger 300 kronor sammanlagt för studietiden,* och

4. hälften av andra skäliga kostnader för läromedel som inte betalas av kursanordnaren, och

5. skäliga resekostnader för studieresor och traktamente med 75 kronor per dag för sådana resor inom landet som medför övernattning och som är obligatoriska för utbildningen. Är det fördelaktigt från kostnadssynpunkt lämnas dock bidrag för kostnader för en sådan resa som sker till något annat land inom Norden.

I fråga om särskilt *handikappanpassat boende* lämnas *särskilt bidrag* enligt första stycket 1 även för kursavgifter som avser kostnader för logi.

I fråga om särskilt *anpassat boende för personer med funktionsnedsättning* lämnas *rehabiliteringsbidrag* enligt första stycket 1 även för kursavgifter som avser kostnader för logi.

[2] Senaste lydelse 1993:981.

5 §[3]

Till den som *dagligen* reser mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen lämnas *särskilt bidrag* för skäliga kostnader för resorna *till den del kostnaderna överstiger 300 kronor per månad*. Till den som genomgår rehabilitering på sin ordinarie arbetsplats lämnas ersättning dock endast i den mån det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle ha haft om han hade förvärvsarbetat i sitt ordinarie arbete.

Till den som reser mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen lämnas *rehabiliteringsbidrag* för skäliga kostnader för resorna. Till den som genomgår rehabilitering på sin ordinarie arbetsplats lämnas ersättning dock endast i den mån det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle ha haft om han hade förvärvsarbetat i sitt ordinarie arbete.

6 §[4]

Till den som har sin ordinarie bostad så långt från rehabiliteringsorten att avståndet överstiger rimligt pendlingsavstånd och som därför bor tillfälligt där eller som i annat fall har särskilda skäl att bo tillfälligt på rehabiliteringsorten under tiden för rehabiliteringen lämnas *särskilt bidrag* för

Till den som har sin ordinarie bostad så långt från rehabiliteringsorten att avståndet överstiger rimligt pendlingsavstånd och som därför bor tillfälligt där eller som i annat fall har särskilda skäl att bo tillfälligt på rehabiliteringsorten under tiden för rehabiliteringen lämnas *rehabiliteringsbidrag* för

1. kostnaden för resor mellan den ordinarie bostaden och rehabiliteringsorten vid rehabiliteringens början och slut samt vid uppehåll i rehabiliteringen som är längre än tio kalenderdagar i följd, och
2. kostnaden för en resa i månaden för den bidragsberättigade eller för en familjemedlem eller en annan närstående upp till det belopp som svarar mot kostnaden för en resa tur och retur mellan rehabiliteringsorten och den ordinarie bostaden, samt
3. traktamente under rehabiliteringstiden med 109 kronor per dag under högst fem dagar per kalendervecka.

[3] Senaste lydelse 1993:981.
[4] Senaste lydelse 1993:981.

Bestämmelsen i första stycket 2 tillämpas endast om rehabiliteringen är förlagd till Sverige eller annat nordiskt land och omfattar minst 30 dagar.

Traktamente enligt första stycket 3 lämnas inte för tid då logikostnad ersätts enligt 4 § andra stycket eller 8 §.

10 §

Om det är nödvändigt att en *handikappad* försäkrad som genomgår rehabilitering åtföljs av en ledsagare i samband med rehabiliteringen, får i de fall som avses i 6 § 1 och 2 ersättning lämnas för resa, uppehälle och förlorad arbetsförtjänst för ledsagaren. Sådan ersättning får även lämnas under högst tio dagar, om det är önskvärt att en ledsagare deltar i träning av *den handikappade*.	Om det är nödvändigt att en försäkrad *med funktionsnedsättning* som genomgår rehabilitering åtföljs av en ledsagare i samband med rehabiliteringen, får i de fall som avses i 6 § 1 och 2 ersättning lämnas för resa, uppehälle och förlorad arbetsförtjänst för ledsagaren. Sådan ersättning får även lämnas under högst tio dagar, om det är önskvärt att en ledsagare deltar i träning av *personen med funktionsnedsättning*.

12 §

Särskilt bidrag betalas ut i efterskott. Bidrag får dock betalas ut i förskott, om det finns särskilda skäl.	*Rehabiliteringsbidrag* betalas ut i efterskott. Bidrag får dock betalas ut i förskott, om det finns särskilda skäl.

Avbryts utbildningen skall förskottet återbetalas, om det inte finns särskilda skäl emot det.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan att 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Försäkringskassan får meddela ytterligare föreskrifter om verkställighet av	
1. socialförsäkringsbalken när det gäller socialförsäkringsskyddet, graviditetspenning, föräldrapenningsförmåner, adoptionsbidrag, omvårdnadsbidrag, sjukpenning, rehabilitering, rehabiliteringsersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, smittbärarersättning, närståendepenning, merkostnadsersättning och boendetillägg,	1. socialförsäkringsbalken när det gäller socialförsäkringsskyddet, graviditetspenning, föräldrapenningsförmåner, adoptionsbidrag, omvårdnadsbidrag, sjukpenning, rehabilitering, rehabiliteringsersättning, *preventionsersättning*, sjukersättning, aktivitetsersättning, smittbärarersättning, närståendepenning, merkostnadsersättning och boendetillägg,
2. socialförsäkringsbalken när det gäller ansökan om bostadstillägg till sjukersättning eller aktivitetsersättning,	
3. bestämmelserna i 110 kap. 14 § 1 och 2 socialförsäkringsbalken om förfrågningar och besök,	
4. lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hivsmittade, och	
5. lagen (1991:1047) om sjuklön i fråga om utbetalning av ersättning enligt 20 § lagen om sjuklön.	
Innan Försäkringskassan meddelar föreskrifter om socialförsäkringsskyddet ska myndigheten inhämta ett yttrande från Pensionsmyndigheten, om föreskrifterna gäller frågor som rör även den myndighetens verksamhet.	

[1] Senaste lydelse 2018:1617.

Innan Försäkringskassan meddelar föreskrifter om bidrag vid adoption av utländska barn, ska myndigheten inhämta ett yttrande från Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten att 9 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
9 §[1]	
De arbetsmarknadspolitiska programmen är arbetsmarknadspolitiska insatser som syftar till att stärka den enskildes möjligheter att få eller behålla ett arbete. Bestämmelser om programmen finns i	
1. lagen (2000:625) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten,	
2. förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program,	
3. förordningen (2007:414) om jobb- och utvecklingsgarantin,	
4. förordningen (2007:813) om jobbgaranti för ungdomar,	
5. förordningen (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga,	
6. förordningen (2017:820) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare, *och*	6. förordningen (2017:820) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare,
7. förordningen (2018:42) om särskilt anställningsstöd.	7. förordningen (2018:42) om särskilt anställningsstöd, *och*
	8. förordningen (0000.000) om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning.
I förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser finns bestämmelser om att den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program kan få ersättning.	I förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser finns bestämmelser om att den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program kan få ersättning. *I socialförsäkringsbalken finns dock bestämmelser om ersättning för den*

[1] Senaste lydelse 2020:623.

som deltar i arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning

En anvisning till ett program ska vara arbetsmarknadspolitiskt motiverad. Det betyder att en anvisning får göras endast om den framstår som lämplig både för den enskilde och ur ett övergripande arbetsmarknadspolitiskt perspektiv.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1155) om Polisens utlandsstyrka

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1999:1155) om Polisens utlandsstyrka att 11 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

11 §

Vid skada som medför nedsatt arbetsförmåga under tjänstgöringstiden utomlands i Polisens utlandsstyrka har den skadade under denna tid rätt till bibehållna tjänstgöringsförmåner. Den skadade har då inte rätt till sjukpenning enligt 24–28 kap. socialförsäkringsbalken.

Vid sådan skada som omfattas av och som inträffar under tid som avses i 5 § lagen (1999:568) om utlandsstyrkan inom Försvarsmakten och som medför nedsatt arbetsförmåga efter tjänstgöringstidens slut ska Polismyndigheten, under tiden från tjänstgöringstidens slut och så länge sjukdomsfallet varar, som tillägg till sjukpenning enligt socialförsäkringsbalken betala en andel av den grundlön den skadade hade under den sista hela tjänstgöringsmånaden i Polisens utlandsstyrka. Tillägget ska utgöra tio procent av lönen till den del denna motsvarar en årslön som inte överstiger den högsta sjukpenninggrundande inkomst som kan beräknas enligt 25 kap. socialförsäkringsbalken, och högst nittio procent av lönen till den del den motsvarar en årslön som överstiger samma belopp.

Andra stycket tillämpas på motsvarande sätt om den som tjänstgjort i Polisens utlandsstyrka till följd av sjukdomen eller skadan uppbär ersättning enligt *27 kap. 6 § eller* 31 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.	Andra stycket tillämpas på motsvarande sätt om den som tjänstgjort i Polisens utlandsstyrka till följd av sjukdomen eller skadan uppbär ersättning enligt 31 kap. 3 § *eller 31 b kap. 3 §* socialförsäkringsbalken.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.16 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg att 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 §[1]
En försäkrad som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program men inte får aktivitetsstöd på grund av att han eller hon är avstängd från rätt till sådan ersättning enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall enligt 28 a kap. 18 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken, rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 31 a kap. 13 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken och boendetillägg enligt 103 c kap. 9 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken när han eller hon enligt den förordningen	En försäkrad som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program men inte får aktivitetsstöd på grund av att han eller hon är avstängd från rätt till sådan ersättning enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall enligt 28 a kap. 18 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken, rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 31 a kap. 13 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken, *preventionspenning i särskilda fall enligt 31 c kap. 12 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken* och boendetillägg enligt 103 c kap. 9 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken när han eller hon enligt den förordningen

[1] Senaste lydelse 2017:834.

1. inte medverkat till att upprätta en individuell handlingsplan, inte lämnat en aktivitetsrapport till Arbetsförmedlingen inom utsatt tid eller inte besökt eller tagit kontakt med Arbetsförmedlingen eller en kompletterande aktör vid en överenskommen eller på annat sätt bestämd tidpunkt,

2. vid ett tillfälle avvisat någon insats, aktivitet eller annan arbetsmarknadspolitisk åtgärd inom programmet, eller

3. utan giltig anledning lämnat sitt arbete eller på grund av otillbörligt uppträdande skilts från sitt arbete.

En försäkrad behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg även när han eller hon utan att vara avstängd från rätt till aktivitetsstöd inte får sådan ersättning.	En försäkrad behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall, *preventionspenning i särskilda fall* och boendetillägg även när han eller hon utan att vara avstängd från rätt till aktivitetsstöd inte får sådan ersättning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.17 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser att 5 kap. 2 a § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 kap.
	2 a §[1]
Aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning får inte lämnas till programdeltagaren för en tidsperiod för vilken deltagaren får rehabiliteringspenning, rehabiliteringspenning i särskilda fall, hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken.	Aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning får inte lämnas till programdeltagaren för en tidsperiod för vilken deltagaren får rehabiliteringspenning, rehabiliteringspenning i särskilda fall, *preventionspenning*, *preventionspenning i särskilda fall*, hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

[1] Senaste lydelse 2020:381.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

Av utredningens direktiv[1] framgår att utredaren ska

- se över regelverket för rätten till sjukersättning respektive aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga,
- se över regelverket för att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning samt
- se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utgångspunkten för uppdraget avseende förmånerna sjukersättning och aktivitetsersättning är att de ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Regelverkets krav för att en försäkrad ska beviljas förmånerna ska bli mer ändamålsenliga och i möjligaste mån ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. I denna del av uppdraget ingår att

- se över regelverket för rätten till sjukersättning inklusive utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder,
- se över regelverket för rätten till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

[1] Dir. 2020:31, dir. 2020:100.

Arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning

Enligt utredningens direktiv är dagens regelverk svårt att överblicka under vilka omständigheter och i vilken omfattning personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning kan arbeta, studera, ha ideella uppdrag eller ägna sig åt fritidsaktiviteter. Detta skapar en risk för att personer avstår från att delta i samhällslivet eftersom de inte vet hur deras försörjning kan komma att påverkas. Uppdraget i denna del består i att

– göra det mer förutsebart och enklare att arbeta, studera, ta uppdrag, m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Förmåner vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken

Utgångspunkten för uppdraget avseende förmåner vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbaken är att skapa ett mer modernt regelverk som är anpassat till den rehabilitering som erbjuds i dag och som kan bidra till att förebygga ohälsa och ge stöd vid såväl rehabilitering som omställning till annat arbete. I denna del av uppdraget ingår att

– lämna förslag på hur nuvarande förmåner vid rehabilitering kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt som säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen.

2.2 Utredningens arbetssätt

Utredningen har haft hjälp av en expertgrupp respektive två referensgrupper. Utredningen har även samrått med andra relevanta aktörer och utredningar.

Expertgrupp

Expertgruppens sammansättning framgår av utredningens missiv.

Expertgruppen sammanträdde vid åtta tillfällen under utredningstiden.

Parlamentariskt sammansatt referensgrupp

Sammansättningen av denna referensgrupp framgår av utredningens missiv.

Den parlamentariska referensgruppen sammanträdde vid fem tillfällen under utredningstiden.

Referensgrupp sammansatt av arbetsmarknadens parter m.fl.

Utredningen inrättade också en referensgrupp sammansatt av arbetsmarknadens parter m.fl. Denna grupp bestod av representanter för Arbetsgivarverket, DHR, Funktionsrätt Sverige, Förbundet Unga rörelsehindrade, LO, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Saco, Svenskt Näringsliv, Sveriges kommuner och regioner och TCO.

Syftet med denna referensgrupp var att inhämta särskild kunskap i sakfrågor.

Denna referensgrupp sammanträdde vid åtta tillfällen under utredningstiden.

Andra kontakter

Utredningen har haft möten med andra utredningar under arbetet, bl.a. Delegationen för senior arbetskraft (S 2018:10) och Utredningen om bostadsbidrag och underhållsstöd – minskad skuldsättning och ökad träffsäkerhet, BUMS (S 2018:13).

Utredningen har även haft möten med bl.a. Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Arbetsförmedlingen, Samhall, OECD samt LO-TCO Rättsskydd.

Utredningen har även anordnat två forskarseminarier med deltagande av forskare som har kunskap om de förmåner som ingår i utredningens uppdrag.

Kunskapsinhämtning om arbete, studier och uppdrag m.m. under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning

När det gäller utredningens uppdrag att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning anges i direktiven att regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller och att det annars finns en risk att de försäkrade avstår från möjligheter att delta i samhällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas.

I syfte att samla in information om varför redan befintliga möjligheter till arbete etc. inte används i så stor utsträckning, ställde utredningen ett antal frågor till organisationerna DHR, Funktionsrätt Sverige, Förbundet Unga rörelsehindrade och RSMH. Svaren är del av kunskapsunderlaget gällande hur regelverket när det gäller arbete, studier etc. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras och enklare och mer förutsebart. Svaren framgår i sammanfattad form i kapitel 15.

Aktgranskning

Utredningen har granskat ett antal beslut i vilka Försäkringskassan bifallit eller avslagit ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Granskningen har avsett besluten och inte hela akterna i ärendena. Se vidare kapitel 5 och 10 samt bilaga 3.

3 Allmänna utgångspunkter

Socialförsäkringar syftar till att skydda individer mot en viss social risk. På sjukförsäkringsområdet är den sociala risken att människor p.g.a. sjukdom eller funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga och därför inte kan försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det är dock inte sjukdomen eller funktionsnedsättningen i sig som avgör rätten till ersättning utan den effekt som denna har på den försäkrades möjligheter att arbeta. Villkoren i sjukförsäkringen avgör bl.a. i vilken grad arbetsförmågan måste vara nedsatt för att den försäkrade ska vara berättigad till ersättning.

Ett viktigt perspektiv i sammanhanget är att grupperna som får sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning och sjukersättning är heterogena. Vissa individer har arbetat men har genom skador, sjukdomar eller olyckor fått nedsatt arbetsförmåga och därför behövt lämna arbetsmarknaden, tillfälligt eller mer permanent. Andra personer har aldrig förvärvsarbetat. Ersättningarna bör ge ett skydd för samtliga dessa grupper.

Det är inte sjukdomen eller funktionsnedsättningen som sådan som innebär att en person inte kan försörja sig, utan ifall sjukdomen eller funktionsnedsättningen medför att denne inte kan arbeta och få inkomst. Den sociala risken existerar därmed i ett samspel mellan en persons förmåga och kraven i de arbeten som (vid ett visst givet tillfälle) finns på arbetsmarknaden. Arbetsförmåga är därmed ett begrepp som är svårt att definiera och bedöma. Vilka effekter sjukdomar och nedsättningar i arbetsförmågan får för användande av sjukförsäkringsförmåner kan från statens håll styras bland annat med hjälp av regelverket för sjukförsäkringen. Liksom bl.a. Arbetsförmågeutredningen (S 2008:01) har anfört anser denna utredning att begreppet arbetsförmåga inom sjukförsäkringen i hög grad är såväl ett politiskt som ett medicinskt begrepp. Arbetsförmåga behöver definieras och bedömas inom ramen för ett välfärdspolitiskt samman-

hang. Att genom lagstiftning avgöra vilka personer som kan respektive inte kan försörja sig själva genom förvärvsarbete är i praktiken i hög grad en politisk fråga om vilka som ska avkrävas att försöka försörja sig själva eller inte.

Begreppet arbetsförmåga har dock även skiftande definitioner och bedöms på olika sätt inom olika delar av välfärdspolitiken. Exempelvis finns skillnader i synsätt mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Enligt det förstnämnda ska arbetsförmågans nedsättning bedömas och enligt det senare ska förmågan att utföra ett arbete bedömas. Bedömningen av det arbetslöshetsförsäkringsrättsliga begreppet ”arbetsförhet” är inte heller en strikt medicinsk bedömning och skillnaden mellan de olika begreppen blir särskilt märkbar när personer rör sig mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Detta är dock naturligt då det rör sig om två olika trygghetssystem som fyller olika syften.

En grundläggande avvägning som behöver göras när förmåner inom sjukförsäkringen utformas är att reglerna å ena sidan måste vara utformade så att individen ges ett skydd mot den aktuella sociala risken samtidigt som de individer som skulle kunna försörja sig genom arbete inte ges tillgång till förmånen. En viktig del i denna avvägning är den så kallade arbetslinjen. Den har i olika former under lång tid varit viktig vid utformningen av de svenska socialförsäkringarna. Sveriges ambitioner vad gäller välstånd och välfärd kräver ett högt arbetskraftsdeltagande. Människor ska i så hög utsträckning som möjligt försörja sig genom arbete och den som inte kan det ska genom rehabilitering eller aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder få hjälp att komma tillbaka. Arbetslinjen ställer även krav på deltagande i sådana insatser och på att människor är beredda söka arbete och att ta sådana arbeten som finns tillgängliga för dem. När välfärdssystem utformas ska de utformas på ett sätt som skapar incitament till arbete. Värt att notera i detta sammanhang är att människor under vissa premisser förväntas vara beredda på omställning, alltså att ta sig tillbaka till arbetsmarknaden som sådan, inte enbart till arbeten de har erfarenhet av eller utbildat sig till. Återgång i arbete kan således förutsätta omställning till ett nytt arbete.

I arbetslinjen finns även en omsorg om individen. Arbete ger, utöver försörjning, även mening och sammanhang. Det är därför viktigt att inte ge upp om människors förmåga att genom förvärvsarbete kunna försörja sig själva. Betydande resurser satsas därför på att se

till så att människor inte lämnar arbetskraften i förväg eller i onödan och på att ge stöd så att människor ska kunna få eller återfå arbetsförmåga.

Alla de förmåner som berörs av detta betänkande har en stark koppling till arbetslinjen. Syftet med den nya förmånen preventionsersättning är att förebygga nedsatt arbetsförmåga och rehabiliteringsersättningen ska underlätta återgång i arbete vid nedsatt arbetsförmåga. Sjukersättningen kräver, såväl i dag som med utredningens förslag, att arbetsförmågan är långvarigt nedsatt samt att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda. Den som får aktivitetsersättning ska som huvudregel även delta i insatser som syftar till att personen ska få eller återfå arbetsförmåga. För de som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning finns regler som ska göra det möjligt att ta tillvara eventuell kvarvarande arbetsförmågan.

Arbetslinjen har samtidigt en bortre gräns. Det finns en punkt där det inte längre går att motivera, varken ur individens eller samhällets perspektiv, att fortsätta med insatser som syftar till att en person ska få eller återfå arbetsförmåga och att ställa krav på att individen ska delta i dessa. Var den gränsen går beror till viss del på vilka resurser samhället är beredda att satsa på sådant som rehabilitering och anpassade arbeten men också på vilka effekter man bedömer att sådana insatser kommer att få. Samtidigt måste individens perspektiv beaktas så att inte den hypotetiska samhälleliga nyttan i fortsatta insatser leder till en för individen orimlig situation.

Dessa avvägningar blir särskilt tydliga vad gäller äldre personer i arbetsför ålder. Det kan exempelvis vara rimligt att satsa relativt mycket resurser för att en person som förväntas ha många år kvar i arbetslivet ska kunna återgå i arbete. Ju närmare pension individen kommer desto mindre motiverat kan det samtidigt anses vara att exempelvis satsa på omställning till ett yrke som individen saknar erfarenhet av. Vid någon punkt är det inte längre rimligt för samhället att fortsätta att kräva att den försäkrade ställer om till ett nytt arbete.

Forskning visar att det finns utrymme för arbetstagare i Sverige att ha ett längre arbetsliv än vad som tidigare varit normen. Den höjda medellivslängden leder inte enbart till fler år, utan därutöver fler år med god hälsa. Även om en sådan utveckling kan sägas gälla generellt för befolkningen finns det och kommer sannolikt alltid att finnas personer som inte gynnas av den positiva utvecklingen som gäller på gruppnivå, och därmed inte kan jobba så länge. Det är lätt

att dra slutsatsen att det finns en oöverbryggbar målkonflikt mellan å ena sidan arbetslinjen och strävan att fler ska arbeta längre och å andra sidan möjligheter att lämna arbetslivet före pensionsåldern. Samtidigt kan dock den typen av ventil som sjukersättningen erbjuder vara en förutsättning för att en mer allmän politik som strävar mot ett högt arbetskraftsdeltagande ska framstå som rimlig och ha legitimitet hos befolkningen.

Grundläggande principer som utgångspunkt för utredningens arbete

Ett antal utgångspunkter har, utöver vad som redogjorts för ovan, varit viktiga principer som legat till grund för utredningens arbete.

En av dessa centrala utgångspunkter är att reglerna ska vara utformade så att de ger en god rättssäkerhet. Vid utformningen av lagstiftningen behöver beaktas att det i socialförsäkringarna ska göra en individuell bedömning, med utgångspunkt i den försäkrades specifika förutsättningar. Förmånerna bör även vara lätta att förstå för individen och lätta att administrera för ansvariga myndigheter. Det bör även råda stabilitet i tillämpningen och möjligheterna att förhindra och kontrollera fusk och missbruk ska vara goda. Vidare bör reglerna vara så träffsäkra som möjligt så att rätt person får rätt ersättning. Förmånerna bör slutligen vara konstruerade på ett sätt som gör att de uppfattas som legitima av medborgarna.

Rättssäkerhet

En central utgångspunkt vid utformningen av regler inom socialförsäkringen är god rättssäkerhet. Detta är ett av rättsstatens mest centrala begrepp. En lagstadgad definition av begreppet saknas emellertid. Ett problem härvid är naturligtvis att fixera vad rättssäkerhet är för något. En central del är legaliteten. Att myndigheterna håller sig till lagen och inte väger in andra förhållanden är avgörande för att motverka godtycke i förvaltningen. Den stora vinsten här är förutsägbarheten. Förutom detta kan framhållas kravet på rättvisa. Detta är ett mycket vagt begrepp, men många regler kan sägas i någon utsträckning ha sin grund i ett rättvisetänkande, till exempel jävsbestämmelser, likhetsprincipen, eller objektivitetsprincipen. Det hand-

lar här inte om rättvisa i en etisk mening utan rättvisan är i stället kopplad till förfarandet.

En definition är att ”rättssäkerhet råder när man kan lita på att myndigheter styrs av rättsregler och tillämpar dem på ett likformigt, sakligt och opartiskt sätt”.[1] En annan sammanfattande definition är att rättsskipning och annan myndighetsutövning ska vara förutsebar och enhetlig och bedrivas med hög kvalitet.

I den rättsvetenskapliga forskningen brukar man skilja mellan formell respektive materiell rättssäkerhet. Den formella rättssäkerheten betonar rättsordningens förutsebarhet och allas likhet inför lagen medan den materiella rättssäkerheten snarare betonar innehållet i rättsnormerna. En central del av den formella rättssäkerheten är att enskilda personer ska kunna förutse de rättsliga konsekvenserna av ett visst handlande eller i en viss fråga. En instiftad bestämmelse ska vara klar, tydlig och precis i sin utformning och enskilda ska kunna förutsätta att domstolar och andra myndigheter följer och tillämpar regeln.

För att rättssäkerhetens principer ska kunna upprätthållas finns det regler inom förvaltningsrätten som ger uttryck för dessa principer. Exempel på sådana bestämmelser är 41 § förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL, om jäv och bestämmelserna i 30 § FPL om att rättens avgörande ska grundas på vad som förekommit i målet och att det av beslutet ska framgå de skäl som bestämt utgången. Motsvarande bestämmelser om jäv och att beslut ska vara motiverade finns även i förvaltningslagen (2017:900) – FL[2]. Andra exempel på regler i FL som direkt berör rättssäkerheten är rätten att få ta del av och yttra sig över inkomna uppgifter i 25 § och rätten att överklaga i 40–45 §§. Några av bestämmelserna är särskilt intressanta för handläggningen i ärenden om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det är regler som berör att myndigheten ska bistå de försäkrade med vägledning och information (serviceskyldigheten), att ärenden ska utredas tillräckligt, att de som söker en förmån ska behandlas lika och att tillämpningen av regelverket ska vara förutsebar och transparent.

Förutsebarheten är en central, om inte den mest centrala delen, i rättssäkerhetstänkandet. Förutsebarhet förutsätter tydliga regler och korrekt och lojal rättstillämpning. I detta är den viktigaste principen legalitetsprincipen, vilken utgör en garant för förutsebarheten. Ett

[1] ISF 2010:4 Rättssäker förvaltning, s. 36.
[2] 16 och 32 §§ FL.

problem vid tillämpningen av denna är dock att många materiella regler är mycket vagt utformade, till exempel att sjukersättning kan beviljas om en persons arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. I detta finns förstås ett stort mått av bedömningsutrymme. När lagstiftaren lämnar över ett stort bedömningsutrymme till myndigheterna riskerar tillämpningen att bli mer oförutsägbar vilket i sin tur riskerar att medföra en olikformig tillämpning. Samtidigt kan ett stort bedömningsutrymme även innebära ett större utrymme att ta rimliga hänsyn till omständigheter i det enskilda fallet. Det går att ifrågasätta och reflektera över vad som utgör likhet och likabehandling, speciellt inom ramarna för en lagstiftning som ska tillämpas med hänsyn till individuella faktorer.[3]

Att socialförsäkringen tillämpas enhetligt och konsekvent är således angeläget både från de enskilda försäkrades och från det allmännas synpunkt. Det är viktigt att regelverket är tydligt eftersom det bidrar till förutsägbarhet och stabilitet i socialförsäkringen. För att socialförsäkringssystemet ska kunna fylla sin avsedda funktion är det från ett allmänt perspektiv samtidigt viktigt att socialförsäkringen tillämpas rättvist och lika och att förmåner beviljas enligt de förutsättningar som lagstiftaren har fastställt.[4]

Förutom den rättssäkerhet som innebär legalitet, objektivitet, likabehandling och förutsebarhet finns också den *materiella rättssäkerheten*. Här är innebörden i det närmaste att det slutliga resultatet av tillämpningen av lagbestämmelserna blir rättvist eller rättfärdigt, något som också kan beskrivas som en strävan efter ”materiellt riktiga beslut”. I strävan efter likabehandling finns en risk för standardisering och en konflikt med att varje ärende också ska bedömas utifrån den försäkrades individuella förutsättningar. En strikt tillämpning utifrån ett likabehandlingsperspektiv kan i värsta fall innebär en minskad materiell rättssäkerhet. Särskilt om t.ex. omfattande ”objektiva” kriterier ställs upp för prövning av rätt till ersättning.

Ett viktigt inslag i den materiella rättssäkerheten är också frågan om bevisning och beviskrav, dvs. den styrka på medicinsk och annan utredning som den enskilde behöver lägga fram för att få rätt till ersättning från socialförsäkringen. Ett alltför högt beviskrav som enskilda har svårt att leva upp till motverkar materiellt korrekta

[3] Jfr t.ex. Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2017:1 och Altermark, *Avslagsmaskinen*, 2020, s. 58.
[4] Jfr SOU 2018:5, s. 129.

beslut, vilket talar för att ett inte alltför högt beviskrav generellt bör gälla. Detta måste i sin tur ställas mot den omfattande utredningsskyldighet som gäller inom socialförsäkringen och som innebär att ett ärende ska vara så utrett som dess beskaffenhet kräver för att ett beslut ska kunna fattas. Oklarheter kring vilket beviskrav som ska gälla kan också innebära svårigheter i handläggningen och att lika fall bedöms olika.

En viktig rättssäkerhetsprincip inom socialförsäkringen är också den om den individuella bedömningen. Man kan i den allmänna försäkringen sägas vara försäkrad ”i befintligt skick”. Detta innebär att bedömningen ska utgå från den person man är och inte i förhållande till en ”vanlig” person eller i än mindre grad till en särskilt socialt och kompetensmässigt gynnad person. Att någon hänsyn tas till vem man är och var i livet man befinner sig är en viktig del av försäkringens själva grundidé. Det är ”skadan” som försäkras och skadan uppstår i relation till den man tidigare var.

I arbetsskadeförsäkringen är principen om befintligt skick en uttalad och grundläggande princip. Det är exponeringens effekt i den enskilda fallet som ska bedömas, inte hur en viss exponering typiskt sett påverkar en ”normalperson”. Även i sjukförsäkringen, inklusive rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning, är den individuella bedömningen av stor betydelse.

Arbetsoförmåga på grund av sjukdom är och har alltid varit själva kärnan i sjukförsäkringens ersättningsbegrepp. Med tiden har den medicinska knytningen kommit att renodlas allt mer och allt färre andra faktorer har tillåtits spela en roll i lagstiftningen. Med regelförändringarna av sjukförsäkringen 1 juli 2008 försvann möjligheterna att ta hänsyn till s.k. särskilda skäl – faktorer som den försäkrades ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och liknande. Här finns en målkonflikt i balansen mellan å ena sidan den medicinska renodlingen av försäkringen och å andra sidan det bedömningsutrymme som innefattar principen om den individuella bedömningen.

Att inte ta hänsyn till befintligt skick vid en bedömning av rätt till ersättning är som att utgå från att med undantag från sjukdomen och dess direkta konsekvenser är allt annat lika. I verkligheten är det att röra sig väldigt långt från en försäkring som kompenserar någon för en förlorad eller minskad förmåga till egen försörjning. Svårigheten här blir främst att avgöra hur stor hänsyn som ska tas till det

befintliga skicket utan att samtidigt väga in de faktorer som inte ska vägas in enligt gällande regelverk.

Principen om befintligt skick kan komma till uttryck på olika sätt. Det finns både en mer begränsad och en mer omfattande tolkning av hur begreppet kan komma att spela en roll inom ramen för en bedömning av arbetsförmåga. I den proposition som behandlade den så kallade medicinska renodlingen av arbetsförmågebegreppet återfinns resonemang som illustrerar skillnaden.[5] Där behandlas möjligheten att i vissa fall ta hänsyn även till andra faktorer än de rent medicinska vid bedömningen av arbetsförmåga. I propositionen refereras till sjuk- och arbetsskadeberedningen som skiljer på individuella hänsynstaganden som ligger inom själva ersättningsrekvisitet ”sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga” vilket inrymmer att ta hänsyn till att en och samma sjukdom kan sätta ned olika personers arbetsförmåga olika mycket, respektive de hänsyn som ska tas till vad som ”rimligen kan begäras av den försäkrade med hänsyn till hans eller hennes utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter”. Den senare formen av hänsyn sorterades in under ”särskilda skäl” och skulle endast tas i undantagsfall medan den första formen betraktades som förenlig med den medicinska renodlingen.

Vid bedömning av det svåra begreppet arbetsförmåga och om en viss försäkrad har sådan förmåga eller inte är det befintliga skicket av central betydelse. Samma sjukdom kan få mycket skilda medicinska konsekvenser för olika människor. Medan en trettioårig, tidigare fullt frisk person kan fortsätta arbeta trots en inträffad skada exempelvis i form av ett svårt benbrott kan samma skada få helt andra följder för en multisjuk sextioåring som redan före skadan t.ex. lider av höftbesvär. Det finns också många personer som trots svåra skador eller funktionsnedsättningar kan arbeta. Samtidigt innebär detta inte att exakt samma krav kan ställas på andra individer med samma sorts svåra sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar. Sjukförsäkringen bör därför inte heller vara baserad på schematiska bedömningar eller vara kopplad till vissa diagnoser eller liknande. Sådana individuella hänsyn är inte att tillämpa särskilda skäl p.g.a. exempelvis ålder, utan ingår i vad som är en individuell bedömning, men gränsen är av naturliga skäl ofta mycket svår att dra. Det går inte heller att komma

[5] Prop. 1996/97:28.

ifrån att individuella faktorer som den enskildes motivation för arbete spelar in i hur den faktiska förmågan också kommer att yttra sig.

Principen får också betydelse exempelvis vid bedömningen av det varaktighetskriterium som finns inbyggt i nuvarande regelverk för sjukersättningen. En prognos om framtida nedsatt arbetsförmåga innehåller från hälso- och sjukvårdens perspektiv typiskt sett en helhetsbedömning. Förutom en prognos av sjukdomens utveckling kommer faktorer som den enskildes livssituation, förändringar av andra förhållanden och den enskildes motivation att ha betydelse för vilken förmåga till arbete som finns. I avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen har slagits fast att det är just den individuella bedömningen och utredningen i varje enskilt fall som ska anses vara avgörande för varaktighetsbedömningen och rätten till ersättningen när det inte går att dra några säkra slutsatser om en viss sjukdom, t.ex. vid mer diffusa sjukdomstillstånd.[6]

Med ett för snävt bedömningsutrymme finns en risk att det uppstår en alltför stelbent tillämpning som gör att människor faller utanför systemet av skäl som inte bedöms som rimliga med hänsyn till syftet med förmånen. Det behöver därför finnas ett bedömningsutrymme när en enskilds rätt till en viss förmån ska bedömas. Samtidigt kan ett för brett bedömningsutrymme vara problematiskt sett ur ett förutsebarhets- och rättssäkerhetsperspektiv.

Träffsäkerhet

Ytterligare en viktig utgångspunkt vid utformandet av socialförsäkringsförmåner är träffsäkerhet, dvs. att rätt personer ska beviljas förmåner på rätt premisser och omfattas av rätt ersättningssystem. Den som är berättigad till en viss förmån ska också få den. I detta ligger också att för den som beviljats en ersättning ska kriterierna för ersättningen, även efter tidpunkten för beviljandet fortsatt vara uppfyllda. Träffsäkerhet handlar således också om att säkerställa att den som inte är berättigad eller som inte längre är berättigad till förmånen inte heller ska få den. Förmånerna måste också utformas på ett sådan sätt att de fyller det avsedda syftet. Förebyggande sjukpenning, vars syfte bl.a. är att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och arbetsoförmåga hos enskilda försäkrade, måste exempelvis vara tillämpbar

[6] Se HFD 2011 ref. 63 I-III och HFD 2013 ref. 60.

i de faktiska fall när en person befinner sig i denna situation och riskerar att drabbas av arbetsoförmåga. Detta kan för sjukersättningens och aktivitetsersättningens del beskrivas som att regelverkets krav för att en försäkrad ska beviljas en viss förmån måste vara ändamålsenliga och i möjligaste utsträckning ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga.

Vad gäller sjukersättningen och aktivitetsersättning är relationen till sjukpenningen central. Sjukersättning är en fortsättning på sjukpenning i den meningen att sjukersättning ska beviljas den som efter att vanligtvis ha varit sjukskriven en längre tid bedöms ha en mer långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Systemet förutsätter alltså att en del personer kommer att lämna sjukpenningen för att de uppfyller villkoren för rätt till sjukersättning. Om regelverket kring sjukersättning är för restriktivt kommer vissa personer att fortsätta ha sjukpenning trots att de borde beviljas sjukersättning.

De regelverk som styr ersättningarna ska vara lätta att administrera och lätta att förstå för enskilda, samtidigt som de bör vara svåra att missbruka. Att regelverk ska vara lätta att administrera och lätta att förstå hänger i hög grad samman med rättssäkerhet, förutsebarhet och legitimitet för försäkringen. Det är också viktigt sett till att ärenden ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. För att uppnå detta är det bl.a. viktigt med enkla och klara regler som är lätta att överblicka och som leder till det avsedda resultatet.

En del av frågan om administrationen av systemen är möjligheten till kontroll och att motverka missbruk. Försäkringskassans arbete för att förebygga och bekämpa felaktigheter i socialförsäkringen är både omfattande och komplext. Centralt är att på ett kostnadseffektivt sätt reducera mängden fel. Kontroller har flera dimensioner. Det handlar både om att underlätta för människor att göra rätt i förhållande till villkoren i försäkringen samt om möjligheten att upptäcka fusk och missbruk av försäkringen.

Möjligheten till god kontroll ger också möjlighet att ha mer generösa ersättningar medan sämre kontroll riskerar att leda till att personer som egentligen inte ska ha ersättning får det. Om kontrollmöjligheterna är små kan därför också systemen bli onödigt strikta för att stävja missbruk.

Stabilitet i tillämpningen

Stabilitet i tillämpningen av försäkringen är eftersträvansvärt och tillsammans med rättssäkerhet avgörande för tilltron till sjukförsäkringen. Sjukersättning och aktivitetsersättning har karaktär av rättighetslagstiftning och olikheter i beviljandegraden över tid som inte har en tydlig och rimlig förklaring i ett förändrat regelverk eller rättspraxis kan bl.a. bidra till bristande förutsebarhet för enskilda och därigenom också minskad legitimitet för försäkringen när det framstår som att tillämpningen är rättsosäker och beroende av andra faktorer än det gällande regelverket. Stabiliteten i tillämpningen är därför viktig framför allt avseende dessa effekter. Även små justeringar av regelverket kan få stora effekter i tillämpningen. Det kan i sin tur leda till att stabiliteten påverkas kraftigt även av mindre svängningar i exempelvis myndighetskultur eller andra typer av styrning genom exempelvis mål i regleringsbrev. Det innebär även att rättspraxis kan få stort genomslag vad gäller hur bedömningsutrymmet tillämpas. Variationer i tillämpningen kan också påverkas av hur stort bedömningsutrymme det finns i lagstiftningen. Ju större bedömningsutrymme och ju otydligare regelverk desto större är risken för en tillämpning som är instabil över tid. Otydligheter kan finnas i såväl de materiella reglerna som de processuella, där exempelvis ett outtalat eller otydligt beviskrav kan medföra att tillämpningen skiljer sig åt mellan olika bedömare. Även om en förändring av tillämpningen, exempelvis i en mer restriktiv riktning, kan anses ha inneburit en mer korrekt tillämpningen av regelverket, innebär en kraftig variation i tillämpningen *i sig* ett problem avseende bl.a. rättssäkerhet, förutsebarhet och tilltron till försäkringen.

Legitimitet

Legitimitet är ett komplext begrepp, närmast synonymt med trovärdighet. En myndighets verksamhet brukar anses som legitim om medborgarna är beredda att acceptera även sådana beslut som går dem emot.

Legitimiteten hos en myndighet eller grupp av myndigheter beror av en rad både inre och yttre faktorer, Frågan om legitimitet måste ses i ett långt tidsperspektiv; en viss förändring avsedd att bidra till

den långsiktiga uppbyggnaden av legitimiteten kan i vissa fall leda till försämrat stöd i det korta perspektivet.

Legitimitet i sjukförsäkringen handlar i hög grad om att hitta för (majoriteten av) medborgarna acceptabla regler för när personer anses kunna försörja sig själv genom arbete respektive när de ska kunna få ersättning från det offentliga i form av sjukförsäkring. I detta ingår behov av rättssäkerhet i systemet samt att det ska vara en träffsäker försäkring. Varken oerhört restriktiva eller mycket generösa villkor för rätt till ersättning ger bra förutsättningar för att systemet ska ha legitimitet. För att försäkringen ska accepteras och ha god legitimitet bland medborgarna bör systemet också vara tydligt, förutsebart och begripligt vad gäller de regler och villkor som gäller i försäkringen.

Systemet bör vara konstruerat på ett sätt som ses som legitimt av medborgarna, så att det inte upplevs som att ersättning beviljas under fel premisser. I ljuset av sjukförsäkringens historia finns skäl att vara på sin vakt mot regler som kan bidra till att legitimera en ”mjuk” försäkringstillämpning, men det finns också anledning att överväga hur försäkringens legitimitet ska försvaras. Samtidigt som ersättningarna ska ge incitament att tillvarata den arbetsförmåga som individer har, ska de också ge en social trygghet och skapa goda livsförutsättning för individer där arbetsförmågan helt eller delvis är nedsatt. Här finns således en målkonflikt mellan generösa ersättningssystem och drivkrafter till arbete och egen försörjning. För att systemet ska uppfattas som legitimt och rättvist krävs således en väl avvägd balans mellan dessa faktorer.

Det är också angeläget att personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning som får förbättrad arbetsförmåga har möjligheter att återgå till arbetslivet. Detta är viktigt både ur ett individuellt och samhällsekonomiskt perspektiv. Det är också högst relevant sett till förutsättningarna för rätt till ersättning. Bland annat ska en person ha nedsatt arbetsförmåga med minst 25 procent för att ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Ifall en försäkrad som har sådan ersättning får förbättrad arbetsförmåga ska han eller hon ges stöd för att kunna lämna försäkringen och försörja sig genom förvärvsarbete. Samtidigt finns vissa målkonflikter förknippat med detta, bl.a. att försäkrade kan uppleva att de genom att uppvisa arbetsförmåga riskerar att få sin ersättning minskad eller indragen. Andra sysslor än förvärvsarbete, exempelvis engagemangen i ideella föreningar, kan

också bedömas motsvara arbetsförmåga. Det kan ha en hämmande effekt för försäkrade som vill och orkar delta i sådana aktiviteter.

Samtidigt är en grundförutsättning för rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning att den försäkrade har en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Eftersom det handlar om bedömning av förmåga att arbeta, kan denna förmåga således uppvisas även genom att man utför andra sysslor – som är av viss omfattning och av viss karaktär för att kunna anses motsvara förmågor som kan användas i förvärvsarbete – än regelrätt förvärvsarbete. Om det inte finns någon gräns för när sådana andra sysslor ska anses visa på arbetsförmåga och kunna medföra att beviljad ersättning omprövas riskerar försäkringen att tappa sin legitimitet.

4 Bakgrund – befolkning, arbetsmarknad och hälsa

Behovet av såväl sjuk- och aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som rehabiliteringsförmåner påverkas av befolkningens och arbetskraftens utveckling och sammansättning. Antalet äldre har stor betydelse för hur många som kan tänkas bli aktuella för sjukersättning, liksom antalet 19–29-åringar har för aktivitetsersättningen. Antalet personer i befolkningen med en funktionsnedsättning som sätter ner arbetsförmågan och hur detta antal fördelar sig mellan olika åldersgrupper påverkar utvecklingen av både sjukersättningen och aktivitetsersättningen.

Såväl sjukersättningen som aktivitetsersättningen har till syfte att kompensera inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga till följd av medicinska orsaker. Arbetsförmågan ska bedömas mot alla förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden, inklusive skyddade och subventionerade arbeten. Situationen på arbetsmarknaden får enligt dagens regelverk inte vägas in men utgör samtidigt en mycket viktig del av den kontext inom vilken sjukersättningen och aktivitetsersättningen måste analyseras. Även för förståelsen av de båda rehabiliteringsförmånerna är det viktigt att ha kunskap om situationen på arbetsmarknaden och hur denna har utvecklats på senare år. I nedanstående avsnitt ges en övergripande beskrivning av hur befolkningsstrukturen, arbetsmarknaden och hälsan utvecklats sedan ett par decennier tillbaka. Det ger perspektiv och förståelse för några av de utmaningar som dessa välfärdsystem står inför framöver.

4.1.1 Befolkningsutvecklingen

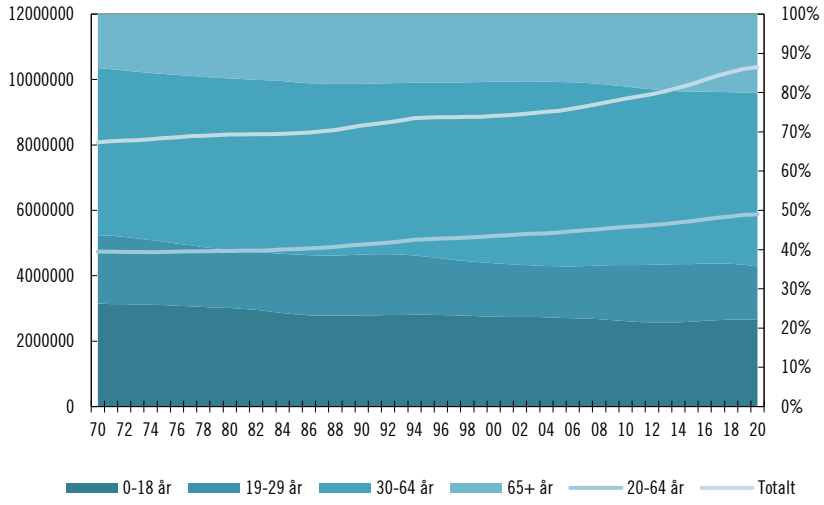
Hur befolkningen utvecklas påverkar antalet personer som kan få sjuk- eller aktivitetsersättning eller någon annan av socialförsäkringens förmåner. En växande befolkning innebär att antalet potentiella ersättningstagare i socialförsäkringen ökar och en minskande befolkning att de minskar. För aktivitetsersättningens utveckling är det antalet personer i åldrarna 19–29 år som är intressant medan utvecklingen av övriga yrkesverksamma åldersgrupper påverkar antalet personer som kan få sjukersättning eller andra socialförsäkringsförmåner.

Sveriges befolkning uppgår i dag till drygt 10 miljoner personer. Under 2000-talet har Sveriges befolkning vuxit med nästan 1,5 miljoner människor och under detta årtionde passerat såväl 9 som 10 miljoner. Det kan jämföras med en befolkningsökning på knappt 1 miljon under de trettio år som föregick millennieskiftet (1970–2000), se figur 4.1.

Hur snabbt befolkningen växer påverkas av dels hur många som föds och avlider, dels hur många som invandrar och utvandrar. Under 2000-talet, när befolkningstillväxten varit särskilt stark, har både ett ökat barnafödande och en ökad invandring bidragit till befolkningsökningen. Invandringsöverskottet har emellertid varit den viktigaste faktorn bakom befolkningstillväxten och har under samtliga år varit mer än dubbelt så stort som födelseöverskottet.

Medan befolkningen totalt sett vuxit med nästan 1,5 miljon under 2000-talet har befolkningen i åldern 20–64 år bara ökat med omkring 650 000 personer. Därmed har den yrkesverksamma delen av befolkningen ökat betydligt långsammare än den icke yrkesverksamma. Det är en trend som pågått i flera decennier. Andelen äldre än 65 år i befolkningen har ökat från omkring 15 procent i början av 1970-talet till 20 procent 2019. Samtidigt har andelen unga vuxna i åldrarna 19–29 år minskat liksom andelen barn i åldrarna 0–18 år. Den stora gruppen av den yrkesverksamma befolkningen, de mellan 30–64 år, har med små variationer över åren legat förhållandevis stabilt kring 45 procent av befolkningen.

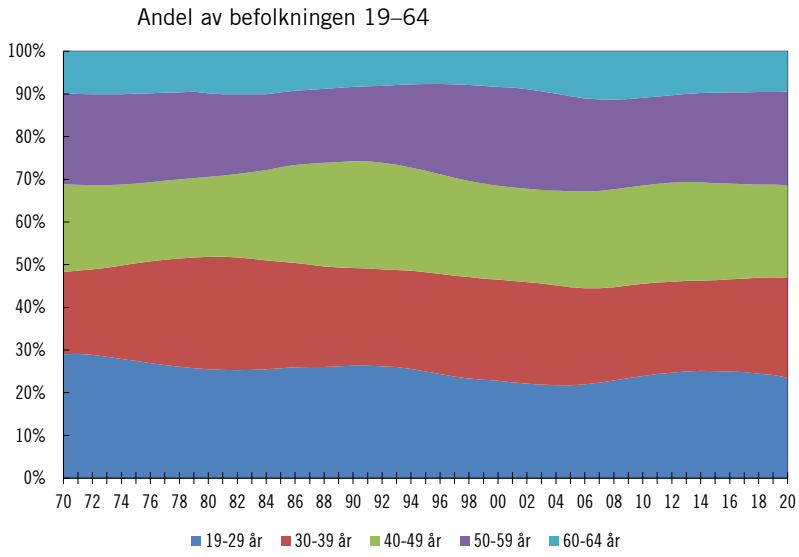
Figur 4.1 Befolkningen utveckling totalt och olika åldersgruppers andel av befolkningen 1970–2020



Källa: SCB, Befolkningsstatistiken.

Inom den yrkesverksamma delen av befolkningen 19–64 år har fördelningen mellan olika åldersgruppers varit förhållandevis stabil, se figur 4.2. Åldersgruppen 60–64 år utgör i dag omkring 10 procent av befolkningen i åldern 20–64 år, vilket är ungefär lika stor andel som 1970. Det samma gäller för gruppen 50–59 år som legat stabilt kring 20 procent av den befolkningen 20–64 år. Den yngsta ålderskategorin, 19–29 år, har minskat sin andel av den yrkesverksamma befolkningen medan åldersgruppen 30–39 år ökat sin andel i motsvarande grad.

Figur 4.2 Yrkesverksamma befolkningens fördelning mellan olika åldersgrupper



Källa: SCB, Befolkningsstatistiken.

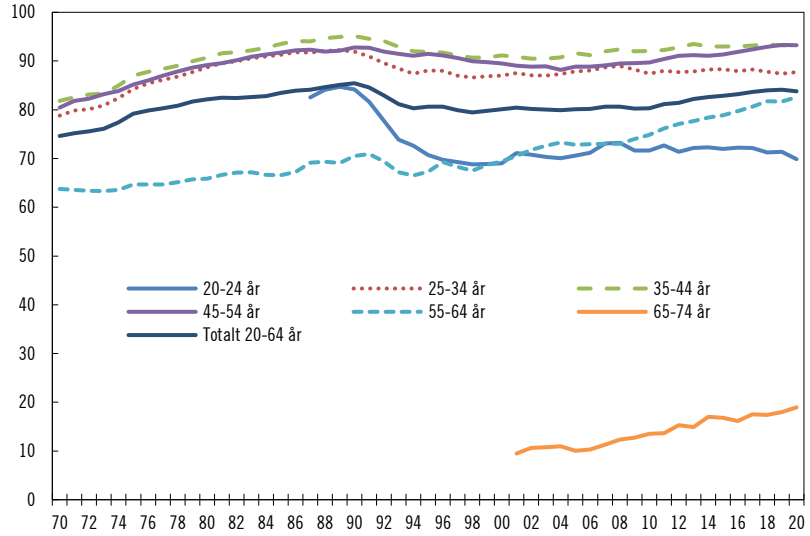
4.1.2 Sysselsatta, arbetslösa och utbildningsnivå

Under 1970- och 1980-talen ökade andelen av befolkningen som deltog i arbetskraften snabbt. Mellan 1970 och 1990 ökade arbetskraftsdeltagandet från 75 till 85 procent. Utvecklingen drevs framför allt av ett ökat arbetskraftsdeltagande bland kvinnor. Andelen kvinnor i arbetskraften, 20–64 år, ökade under dessa år från 62 till 82 procent. Under nittiotalskrisen bromsades utvecklingen upp och arbetskraftsdeltagandet minskade till 80 procent under krisens inledande år. Därefter låg arbetskraftsdeltagandet stabilt kring 80 procent fram till slutet av 2000-talet. Sedan slutet av 2000-talet har andelen som deltar i arbetskraften återigen ökat och uppgick 2020 till 83,7 procent.

För flertalet åldersgrupper har utvecklingen följt det generella mönstret för befolkningen som helhet. För de äldre åldersgrupperna syns dock en tydlig trend mot ett ökat arbetskraftsdeltagande. Utvecklingen är speciellt påtaglig för gruppen 55–64 år där arbetskraftsdeltagandet 2020 uppgick till nästan 84 procent, vilket är bara aningen lägre än genomsnittet för befolkningen. Kring millennieskiftet var arbetskraftsdeltagandet i denna grupp drygt 10 procentenheter lägre

än genomsnittet i befolkningen och i slutet av 1980-talet var motsvarande skillnad omkring 16 procentenheter. En liknande utveckling syns även i gruppen 65–74 år. Sedan början av 2000-talet har arbetskraftsdeltagandet i denna grupp ökat från 10 till 20 procent.

Figur 4.3 Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper



Källa: SCB (AKU).

Även sysselsättningen har utvecklats positivt. Sysselsättningskurvan pekade starkt uppåt under 1970- och 1980-talen men föll kraftigt i samband med nittiotalskrisen. En viss återhämtning skedde sedan relativt snabbt men under ett antal år efter krisen ökade antalet sysselsatta i samma takt som befolkningen. Sysselsättningsgraden låg därför med vissa konjunkturella variationer stabilt kring 73–75 procent under det första decenniet av 2000-talet. Sedan 2010 har dock antalet sysselsatta ökat snabbare än befolkningstillväxten i åldersgruppen 20–64 år och sysselsättningsgraden har återigen ökat. Under 2020 var omkring 78 procent av befolkningen 20–64 år sysselsatta, se figur 4.4. Det var omkring 3,5 procentenheter högre än 1970 och 2 procentenheter högre än 2000. Sysselsättningsgraden är dock fortfarande lägre än toppnoteringen från 1990 då omkring 83 procent av befolkningen 20–64 år var sysselsatta.

I takt med att det kvinnliga arbetskraftsdeltagandet ökade under 1970- och 1980-talen minskade andelen som inte deltog i arbetskraften. Under nittiotalskrisen steg andelen av befolkningen som inte deltog i arbetskraften kraftigt och låg sedan under nästan två decennier relativt stabilt kring 20 procent. Sedan 2010 har andelen som inte deltar i arbetskraften återigen börjat minska. I dag är det omkring 16 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år som inte delar i arbetskraften.

Demografiska förändringar, förändringar på produkt- och tjänstemarknader samt förändringar i hur arbete organiseras är faktorer som drivit utvecklingen på arbetsmarknadens under de senaste decennierna. Som ett relativt litet land med en begränsad inhemsk marknad har det varit centralt för svenska företag att kunna verka internationellt. Hur svensk ekonomi och Sveriges arbetsmarknad utvecklas påverkas således av utvecklingen i andra länder. Under de senaste årtiondena har denna utveckling bland annat inneburit att jobb försvunnit inom tillverkningsindustrin till förmån för en växande tjänstesektor, kraven på utbildning har ökat och det ställs i dag andra krav på kunskap och kompetens i arbetslivet än tidigare.

Historiskt har strukturella förändringar av denna karaktär varit av godo även om omställningarna inte alltid varit enkla. Företag har slagits ut, människor har blivit arbetslösa och välståndet har ibland blivit mer ojämnt fördelat. Samtidigt har farliga och lågt betalda arbeten fasats ut och nya bättre, mer välbetalda arbetsuppgifter har vuxit fram. På lång sikt har det inneburit en ökad produktivitet och tillväxt och det samlade välståndet i ekonomin har därigenom stärkts.

Strukturomvandlingen har varit en viktig del i den svenska arbetsmarknadsmodellen där arbetskraften har givits möjlighet till utbildning och stöd till omställning genom en aktiv arbetsmarknadspolitik. Det har varit en modell som utarbetats i långsiktig samverkan mellan arbetsmarknadens parter, näringslivet och den offentliga sektorn. Strukturomvandlingen har inneburit att sysselsättningsstrukturen succesivt förändrats. Antalet sysselsatta i industrin har minskat sedan en lång tid tillbaka samtidigt som sysselsättningen i tjänstesektorn ökat. En viktig del i denna utveckling är att industrin i hög grad har automatiserat sin produktion. Det har framför allt påverkat antalet sysselsatta i tillverkningsindustrin.[1] Den minskade sysselsättningen i

[1] Heyman, F. (2016), "Job Polarization, Job Tasks and the Role of Firms", Economics Letters, vol 145, s. 246–251.

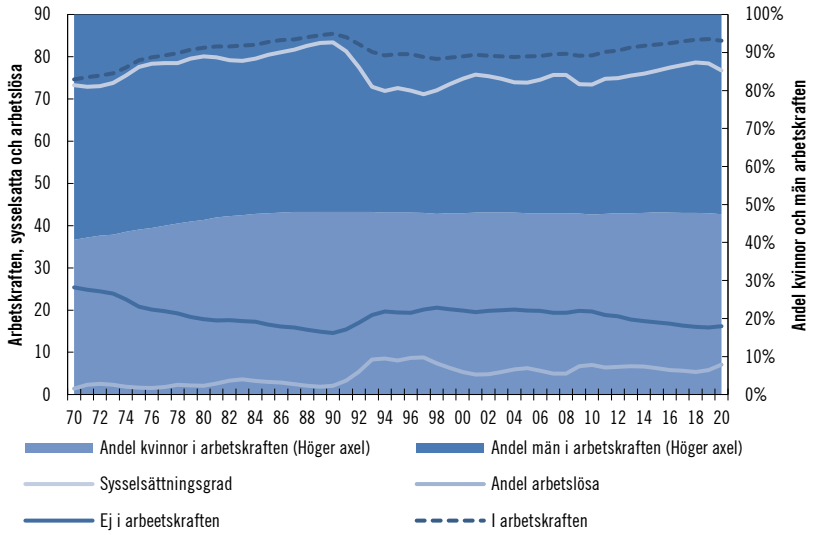
industrisektorn har kompenserats mer än väl av en ökning i tjänstesektorn. Den totala sysselsättningen har därför ökat. Digitalisering och automatisering kan på sikt även komma att påverka tjänstesektorn men har i dag inte kommit lika långt som i industrin. Möjligheterna till effektivisering skiljer sig dock mellan olika delar av tjänstesektorn beroende på arbetsuppgifternas karaktär. I vissa serviceyrken, som frisör eller kock, kan en automatisering vara svår medan andra typer av arbeten, som lagerarbete och butiksbiträde, kan vara enklare att automatisera.[2]

En långsiktig trend på arbetsmarknaden är att efterfrågan på arbetskraft har polariserats. En polarisering som skett både inom och mellan företag. Sysselsättningen har ökat i yrken som för 2–3 decennier sedan låg i botten och toppen av lönefördelningen samtidigt som efterfrågan på arbetskraft minskat relativt sett i yrken i mitten av lönefördelningen.[3] Några av förklaringarna till denna utveckling är automatisering och robotisering av mer rutinmässiga arbeten samt mer globala värdekedjor och offshoring[4] av jobben. De medellöneyrken som har minskat är mer rutinmässiga arbeten som är lättare att automatisera. I nedre delen av lönefördelningen finns många serviceyrken som är svåra att automatisera. I den övre delen av lönefördelningen finns jobb som är mer ”abstrakta” och kräver en större del av humankapital och är därför svåra att automatisera.

[2] Häkkinen Skans Ida, ”Teknologisk utveckling och förändringar på arbetsmarknaden”, Ekonomiska kommentarer nr 7 2019, Riksbanken.
[3] Se t.ex. Adermon, A. och M. Gustavsson (2015), ”Job Polarization and Task-Biased Technological Change: Evidence from Sweden, 1975–2005”, Scandinavian Journal of Economics, 117 (3), s. 878–917 och Hensvik, L. och O. N. Skans (2019), ”Occupation-Specific Employment Growth is Skill-Biased in Favor of Workers with Technical and Verbal Abilities and Social Maturity”, Uppsala universitet, nationalekonomiska institutionen, working paper.
[4] Med offshoring avses lokalisering av en del av företagets produktionsprocess som t.ex. tillverkning eller support till ett annat land.

Figur 4.4 Befolkningen i arbetsför ålder 20–64 år

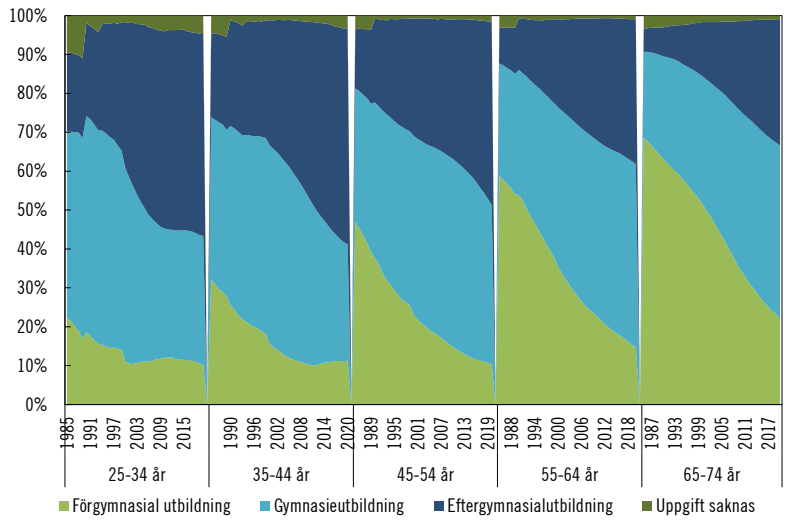
Utveckling av antalet i befolkningen, arbetskraften, ej i arbetskraften och sysselsatta sedan 1970



Källa: SCB, AKU.

Arbetslösheten var under hela 1970-talet låg i relation till dagens nivåer och varierade kring 2 procent. Minskad sysselsättning i industrin till följd av kriser i framför allt varvs- och textilindustrin möttes av en utbyggnad av den offentliga sektorn och en rad devalveringar som förbättrade den svenska industrins konkurrenskraft. Mot slutet av 1970-talet började arbetslösheten stiga och några år in på 1980-talet var den uppe i 3,5 procent. Undre senare delen av 1980-talet präglades den svenska ekonomin av en kraftig högkonjunktur och efterfrågan på arbetskraften steg snabbt. Arbetslösheten sjönk tillbaka och låg 1989 återigen under 2 procent. Under de första åren på nittiotalet steg arbetslösheten kraftigt i kölvattnet av lågkonjunkturen. Under åren 1992–1996 var arbetslösheten som högst, en bit över 8 procent. Under första decenniet på 2000-talet låg arbetslösheten relativt stabil på en nivå kring 5–6 procent innan den ökade i samband med finanskrisen 2008. Efter finanskrisen låg arbetslösheten under ett antal år på ca 6,5 procent för att sedan minska. Under 2020 har dock arbetslösheten återigen stigit till omkring 7 procent, vilket tydligt kan kopplas med covid-19-pandemin.

Figur 4.5 Utbildningsnivå i befolkningen 25–74 år, 1985–2020



Källa: SCB, AKU.

En effekt av den automatisering och robotisering som skett i industrin är att efterfrågan på högutbildad arbetskraft ökat. Det återspeglas också i hur utbildningsstrukturen i samhället har utvecklats. Utbildningsnivån i befolkningen, 25–74 år har generellt sett höjts sedan mitten av 1980-talet. Den allmänna trenden är att andelen med förgymnasial och gymnasial utbildning har minskat medan andelen med eftergymnasial utbildning ökat. 2020 hade över 50 procent av alla kvinnor och 38 procent av alla män en eftergymnasial utbildning om minst 2 år. I mitten av 1980-talet var motsvarande andel omkring 10 procent för både kvinnor och män. Under samma period har andelen med grundskoleutbildning minskat från nästan hälften av befolkningen till 15 procent för kvinnor och 20 procent för män.

I ålderskategorierna 25–34 år och 35–44 år har över hälften av befolkningen en eftergymnasial utbildning. Andelen sjunker sedan i de äldre åldersgrupperna men även i åldersgruppen 66–74 år är det omkring en tredjedel av befolkningen som har en eftergymnasial utbildning. Bland de äldre åldersgrupperna är det andelen med förgymnasial utbildning som har minskat medan andelen med gymnasieutbildning ökat svagt. I de yngre åldersgrupperna har både andelen med förgymnasial utbildning och gymnasieutbildning minskat.

Den högre utbildningsnivån kan vara en faktor som påverkat arbetskraftsdeltagandet positivt. Orsakerna till detta kan vara flera. Preferenserna för arbete kan öka med utbildningen och de ekonomiska incitamenten att vara kvar i arbetslivet kan vara större. Utbildningsnivån har också betydelse för vilka typer av arbeten som utvecklas på arbetsmarknaden. En högre utbildad arbetskraft möjliggör en mer humankapitalintensiv produktion och arbetsförhållanden och hälsan blir ofta bättre.

Den ökade utbildningsnivån gör också att det blir svårare för personer med kort utbildning att få och behålla en anställning. Sysselsättningsgraden hos personer som saknar gymnasieutbildning är markant lägre än vad den är för personer med längre utbildning. Den svåra situationen för korttidsutbildade[5] är dock inte unik för Sverige utan är liknande i samtliga EU-länder.

Av de personer som har en kort utbildning är det en relativt liten andel som finns i yrken med låga krav på utbildning. Bland de korttidsutbildade som förvärvsarbetar var det 2018 endast 15 procent som hade yrken utan eller med låga krav på utbildning.[6] I stället arbetade närmare åtta av tio inom yrken som ofta kräver högre utbildning. Många korttidsutbildade som förvärvsarbetar är äldre och där arbetslivserfarenhet kompenserar för de formella utbildningskraven. Då utbildningskraven ökat på den svenska arbetsmarknaden är det dock troligt att avgående personal med kort utbildning på sikt ersätts med personer med längre utbildning, vilket gör det svårare och svårare för personer med kort utbildning att få ett arbete.

4.1.3 Utveckling av anställningsformer, arbetstillfällen och arbetsgivare

Sedan lång tid tillbaka har normen på arbetsmarknaden varit en tillsvidareanställning på heltid hos en arbetsgivare som omfattas av kollektivavtal, där arbetstagaren både är anställd av och utför arbete åt arbetsgivaren. Den anställningsformen har under de senaste 30 åren, med små konjunkturella variationer, omfattat drygt två tredjedelar av arbetskraften. Övriga sysselsatta omfattar de som antingen är anställda utan att täckas av kollektivavtal, har en visstidsanställning, är

[5] Med korttidsutbildade avses person utan gymnasieutbildning.
[6] Arbetsförmedlingen (2018), ”Perspektiv på arbetsmarknaden för personer med kort utbildning”, Arbetsförmedlingen 2018:5.

anställda av ett bemannings- eller egenanställningsföretag, är företagare, har fler än ett arbete/arbetsgivare eller arbetar ”svart”. Knappt 10 procent av alla sysselsatta utgörs av anställda som inte täcks av kollektivavtal. Andelen företagare är ungefär lika stor. Det betyder att omkring 20 procent av alla sysselsatta inte täcks av kollektivavtal. Visstidsanställda utgör ca 15 procent av alla sysselsatta och sysselsatta med flera olika anställningar eller som kombinerar företagande med en anställning knappt 9 procent.

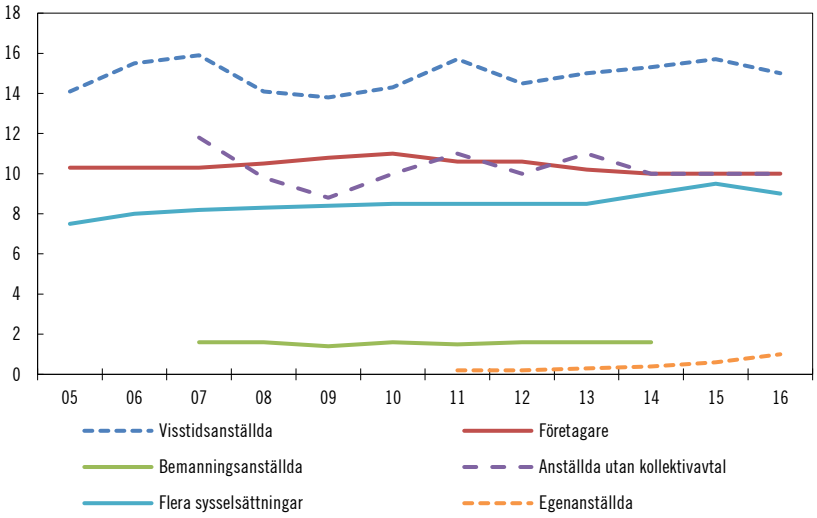
Under senare år har det på flera håll framförts att arbetsmarknaden är på väg att omstruktureras och att traditionella tillsvidareanställningar försvinner till förmån för mer flexibla arbetsformer.[7] En mer uppdragsbaserad arbetsmarknad, där varje arbetstagare själv ansvarar för att hitta sina egna uppdrag, har vuxit fram inom vissa områden. Genom lokala och globala digitala plattformar kan uppdragsgivare och uppdragstagare snabbt matchas och även samverka globalt om uppdragen kan utföras på distans. Dessa s.k. gig-jobb har ökat både arbetsgivarnas och arbetstagarnas möjligheter till ett mer flexiblare arbete. Men med denna typ av arbeten har också anställningarna blivit mer osäkra och ett större ansvar vilar på den enskildes initiativförmåga att aktivt hitta passande uppdrag på dessa plattformar. En framtida risk är att denna utveckling kan leda till en ökad tudelning på arbetsmarknaden, där vissa grupper av anställda har trygga och välbetalda jobb medan andra grupper har mer begränsad anställningstrygghet och lågt betalda arbeten. Det skulle i så fall öka inkomstskillnaderna i ekonomin.

Någon tydlig generell trend som stöder denna utvecklingstendens är dock svårt att belägga statistiskt. Andelen sysselsatta i dessa atypiska sysselsättningsformer har under det senaste decenniet karakteriserats av en betydande stabilitet. Tidsbegränsade anställningar har över tid ökat bland unga och utrikes födda. För dessa grupper är tidsbegränsade anställningar en viktig ingång till arbetsmarknaden. Antalet tidsbegränsade arbeten varierar och mellan olika branscher. Högst andel med tidsbegränsade anställda, 42 procent, återfinns inom hotell- och restaurangverksamhet. Även inom personliga och kulturella tjänster, utbildning samt vård och omsorg med är andelen med tidsbegränsade anställningar relativt stor. I dessa branscher utgjorde de tidsbegränsade anställningarna mellan 20 och 30 procent 2020.

[7] Se t.ex. Österberg (2016), ”Stora utmaningar när Sverige digitaliseras” och Widman (2017) ”Gig-jobben tar över”.

Den totala andelen av de sysselsatta som är tidsbegränsat anställda har dock varit ungefär oförändrad det senaste decenniet. Antalet egenföretagare, som många av de s.k. gig-anställda kan klassas som, har minskat som andel av alla sysselsatta. Sammantaget finns det inga starka indikationer i statistiken på att nya, mer flexibla sysselsättningsformer i någon högre grad skulle ha trängt undan tillsvidareanställningar i Sverige. Det mesta tyder därför på att tillväxten av gig- och plattformsekonomin inte har varit tillräckligt stor för att ge något starkt utslag på den totala andelen atypiskt sysselsatta på den svenska arbetsmarknaden.[8]

Figur 4.6 Andelen sysselsatta i olika atypiska sysselsättningsformer 2005–2016



Källa: Arbetsmarknadspolitiska rådet (2017), ”Olika vägar till jobb”.

Andelen med flera sysselsättningar har ökat svagt (med 1,5 procentenheter). Det kan indikera att en del arbetstagare numera tar uppdrag från flera olika uppdragsgivare. Det kan vidare ha skett betydande förändringar inom dessa sysselsättningsformer. Exempelvis har behovs- och timanställningarna liksom så kallad allmän visstid (ALVA) ökat medan andelen visstidsanställda som har vikariat minskat. Även bemannings- och egenanställningar har ökat snabbt de senaste åren

[8] Arbetsmarknadspolitiska rådet (2017).

men från en mycket låg nivå. Dessa sysselsättningsformer står fortfarande bara för omkring två procent av sysselsättningen.[9] Det har således skett en förskjutning från mer trygga anställningsformer som vikariat till mindre trygga anställningsformer som allmänna visstidsanställningarna och behovsanställningar, trots att den totala andelen med tidsbegränsade anställningar varit relativt stabil under denna tidsperiod.

Överlappning mellan de olika sysselsättningsformerna som i figur 4.6 kategoriserat som atypiska är stor. För att på ett aggregerat plan få en uppfattning om de atypiska anställningarnas omfattning på arbetsmarknaden gjorde Arbetsmarknadspolitiska rådet 2017 en uppskattning utifrån ett antal olika antaganden baserat på kollektivavtalens täckningsgrad för visstids- och tillsvidareanställda. Uppskattningen landade vid att andelen atypiskt sysselsatta sannolikt låg mellan 35 och 39 procent 2015. Det betyder att 61–65 procent av alla sysselsatta var tillsvidareanställda i en annan bransch än bemanningsbranschen, täcktes av kollektivavtal och inte hade något arbete vid sidan av sin anställning. Mellan 2008 och 2015 ökade denna andel bara med drygt en procentenhet. Omfattningen av de atypiska sysselsättningsformerna har alltså inte förändrats särskilt mycket de senaste åren.[10]

Skyddade och subventionerade arbeten

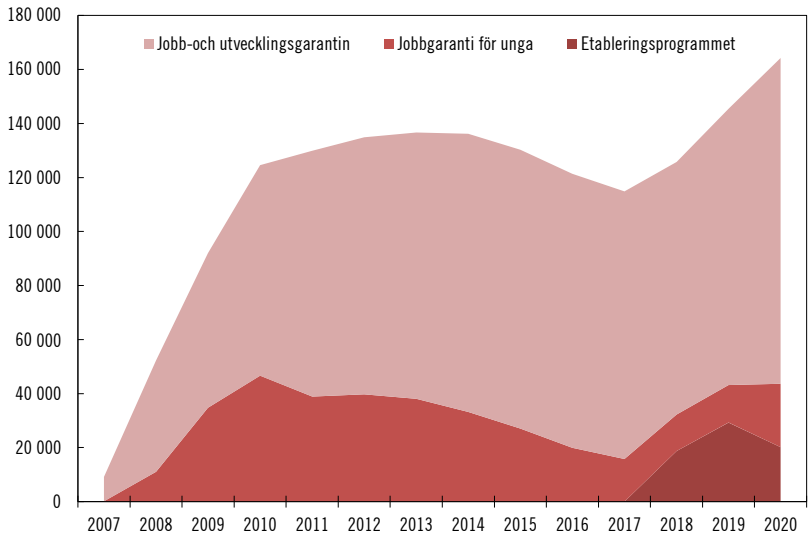
Utvecklingen på den svenska arbetsmarknaden har under de senaste åren varit mycket stark. Som beskrivits i föregående avsnitt har återhämtningen i sysselsättningen efter finanskrisen 2008 varit påtaglig, med undantag för den kraftiga sysselsättningsminskning som skett under 2020 som en effekt av covid-19-pandemin. Utvecklingen på arbetsmarknaden karaktäriserats av en stadigt ökad sysselsättningsgrad samtidigt som arbetslösheten fallit påtagligt. Oavsett konjunktur- och arbetsmarknadsläge finns det dock personer som, av olika anledningar, har svårt att hitta ett arbete. En grundläggande princip i den svenska arbetsmarknadspolitiken har därför under lång tid varit att aktiva arbetsmarknadsåtgärder – som syftar till att öka de arbets-

[9] Larsson (2017), ”Anställningsformer och anställningstider 2017”, Landsorganisationen.
[10] Arbetsmarknadspolitiska rådet (2017), ”Olika vägar till jobb”.

lösas chanser att hitta ett arbete – ska prioriteras framför passiva kontantstöd.

Antalet personer i arbetsmarknadspolitiska program varierar tydligt med konjunkturen. Över tid har också antalet arbetsmarknadspolitiska program varierat. De arbetsmarknadspolitiska programmen kan delas in i två huvudgrupper: program med aktivitetsstöd och subventionerade anställningar. Inom program med aktivitetsstöd finns tre ramprogram; Jobb- och utvecklingsgarantin, Jobbgarantin för ungdomar och Etableringsprogrammet för nyanlända. I september 2020 var drygt 120 000 personer sysselsatta i jobb- och utvecklingsgarantin, ca 24 000 personer i jobbgarantin för ungdomar och ca 20 000 personer i etableringsprogrammet för nyanlända. Omkring 30 000 av de som finns i jobb- och utvecklingsgarantin har en funktionsnedsättning. I jobbgarantin för ungdomar finns drygt 2 000 personer och i etableringsprogrammet för nyanlända ca 300 personer med en funktionsnedsättning.

Figur 4.7 Arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd



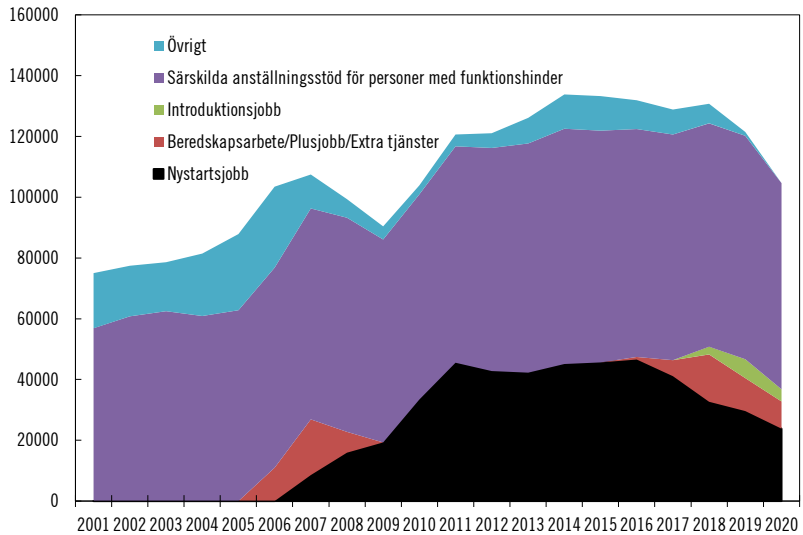
Källa: Arbetsförmedlingen.

I gruppen subventionerade anställningar finns anställningar där arbetsgivaren får ett ekonomiskt bidrag till lönekostnaderna för den anställde. Det största programmet bland de subventionerade anställ-

ningarna är nystartsjobb som 2020 omfattade nästan 24 000 personer. Andra typer av stöd är extratjänst med 9 000 personer och introduktionsjobb med 4 000 personer. Därutöver finns särskilda stöd för personer med funktionsnedsättning där lönebidrag för trygghet i anställning är vanligast och under 2020 omfattade nästan 32 000 personer följt av lönebidrag för anställning med nästan 24 000 personer och lönebidrag för utveckling i anställning drygt 10 000 personer.

Under åren 2001–2015 ökade det årsgenomsnittliga antalet personer med anställningsstöd från ca 75 000 till nästan 134 000 personer 2015. Under de senaste åren har genomsnittet minskat något och uppgick 2020 till drygt 100 000 personer. Majoriteten av dessa anställningar, omkring 60 procent, riktades till personer som till följd av en funktionsnedsättning hade nedsatt arbetsförmåga. Under de senaste tio åren har antalet anställningar med särskilda anställningsstöd varit relativt konstant och i genomsnitt omfattat ca 73 000 personer. Inom gruppen har det dock skett en förflyttning från lönebidrag för anställning till lönebidrag för trygghet i anställning.

Figur 4.8 Antal personer med subventionerade anställningar



Källa: Arbetsförmedlingen.

Övriga anställningsstöd är riktade till personer som av andra anledningar har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden. Det handlar främst om långtidsarbetslösa och nyanlända, men även i viss mån om ung-

domar. Störst av dessa stöd, sett till antalet anställningar, är nystartsjobben som introducerades 2007. De växte kraftigt i antal fram till 2010 då ca 45 000 personer hade anställning med nystartsjobb och var det klart dominerande anställningsstödet vid sidan om de särskilda anställningsstöden. Under de senaste åren har antalet nystartsjobb minskat och omfattade 2020 knappt 24 000 personer, dvs. ungefär var fjärde person med anställningsstöd.

Inriktningen på anställningsstöden har förändrats över tid. Under 2018 ersatte introduktionsjobben ett antal mindre stöd som instegsjobb, riktat mot nyanlända, samt särskilt- och förstärkt särskilt anställningsstöd som främst riktades till långtidsarbetslösa. Introduktionsjobben är i dag, trots dessa sammanslagningar, ett relativt litet stöd sett till antal personer.

Extratjänster och moderna beredskapsarbeten har utgjort en desto större del av de subventionerade anställningarna. Dessa ökade kraftigt under 2018 och uppgick i genomsnitt under året till drygt 17 000 personer. Genomsnittet för 2019 blev drygt 11 000 personer.

För personer med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga finns också möjligheten för Arbetsförmedlingen att anvisa ett skyddat arbete. Skyddat arbete finns i formerna skyddat arbete hos Samhall Aktiebolag och skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare. Dessa arbeten kan bli aktuella för personer vars arbetsförmåga är så nedsatt till följd av en funktionsnedsättning att personen inte kan få något annat arbete och vars behov inte kan tillgodoses genom andra insatser. Inom ramen för sitt arbetsmarknadspolitiska uppdrag erbjuder Samhall två olika anställningsformer. Majoriteten av medarbetarna har en anställning för skyddat arbete. Samhall erbjuder även tidsbegränsade LFU-anställningar till personer med funktionsnedsättning och som långa tider varit utan arbete.

I Samhalls uppdrag ingår att rusta medarbetarna så att minst 1 500 personer ur det arbetsmarknadspolitiska uppdraget varje år lämnar Samhall för ett nytt jobb på den ordinarie arbetsmarknaden. Antalet medarbetare 2020 var totalt sett ca 25 100, varav 20 900 var anställda inom ramen för skyddat arbete i Samhall, 2 300 hade en tidsbegränsad anställning (LFU), 350 personer var anställda för bolagets uppdrag att erbjuda arbete åt personer med tre fjärdedels sjukersättning och 1 500 var praktikanter. År 2020 började omkring 7 400 personer arbeta på Samhall. Av dessa började ca 4 400 personer inom ramen för skyddat arbete och LFU, omkring 3 100 påbörjade praktik

inom jobb- och utvecklingsgarantin. Under 2020 slutade ca 6 600 personer och av dessa gick ca 1 100 till ett nytt arbete, 995 hade en tidsbegränsad anställning inom ramen för LFU som upphörde, 2 700 hade en tidsbegränsad praktik som upphörde och 1 800 personer slutade till följd av pension eller övriga avgångar.

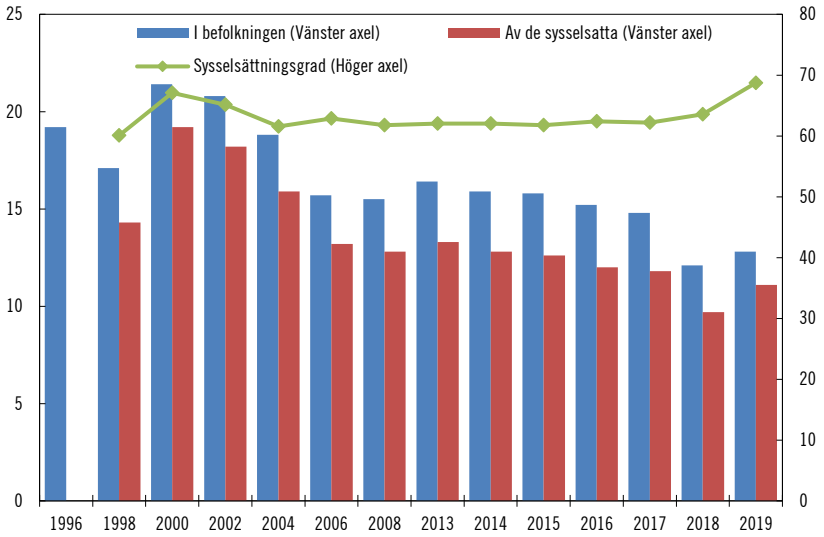
4.1.4 Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

Under åren 2001–2019 ökade det årsgenomsnittliga antalet personer med anställningsstöd från ca 75 000 till omkring 121 000 personer. Majoriteten av dessa anställningar, omkring 60 procent riktades till personer som till följd av en funktionsnedsättning hade en nedsatt arbetsförmåga.

Antal personer i befolkningen, 16–64 år med funktionsnedsättning har minskat sedan mitten av 1990-talet.[11] Kring millennieskiftet uppgav närmare 1,2 miljoner att de hade en funktionsnedsättning och 2019 hade antalet minskat till omkring 800 000 personer. Samtidigt har befolkningen i arbetsför ålder ökat med omkring 650 000 personer. Andelen i befolkningen som uppger att de har en funktionsnedsättning har således sjunkit från ca 20 procent till 13 procent under åren 2000–2019. I befolkningen 16–64 år är det ungefär lika många kvinnor som män som uppger att de har en funktionsnedsättning.

[11] Med funktionsnedsättning avses nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (definition enligt Socialstyrelsens termbank).

Figur 4.9 Andel med funktionsnedsättning i befolkningen och de sysselsatta 16–64



Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

Totalt sett var det knappt 70 procent av dem som 2019 uppgav att de hade en funktionsnedsättning där funktionsnedsättningen påverkade arbetsförmågan. Sedan 2008 har denna andel ökat med nästan 10 procentenheter. Under alla år har andelen varit större bland kvinnor än män. Andelen kvinnor som uppgav att deras funktionsnedsättning påverkade arbetsförmågan var 2006 ca 65 procent medan motsvarade andel bland män uppgick till 55 procent. Under perioden fram till 2019 hade andelen kvinnor ökat till 73 procent och andelen män till 65 procent.

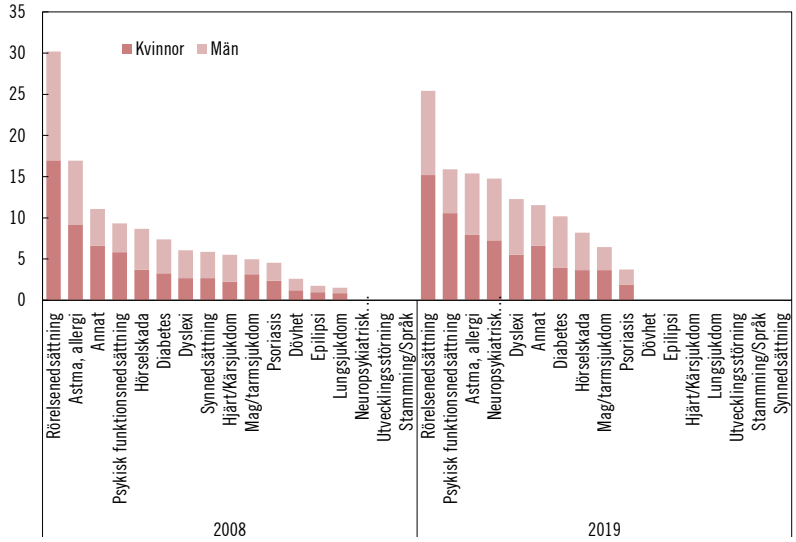
Den vanligaste typen av funktionsnedsättning är nedsatt rörelseförmåga. Omkring en fjärdedel av de som uppger att de har en funktionsnedsättning uppger att de har en nedsatt rörelseförmåga. Andelen har minskat något över tid men har samtliga år under perioden 2008–2019 varit den vanligaste funktionsnedsättningen. Andra vanliga funktionsnedsättningar är astma och allergier, psykiska och neuropsykiatriska diagnoser, dyslexi och diabetes. Dessa funktionsnedsättningar har omkring 10–15 procent av dem med en funktionsnedsättning. Andelen som uppger astma och allergier som funktionsnedsättning har legat på ungefär samma nivå sedan 2008 medan andelen som upp-

ger psykiska eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, dyslexi eller diabetes har ökat.

Vissa typer av diagnoser är vanligare hos kvinnor än hos män. Det gäller funktionsnedsättningar som rörelsenedsättning, psykiska och mag- och tarmsjukdomar. Andra diagnoser är vanligare bland män som t.ex. diabetes, dyslexi och hörselskador.

Bland de som uppger att funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan är det framför allt rörelsenedsättningar och psykiska funktionsnedsättningar som är vanligt. Omkring 90 procent av dem som har dessa typer av funktionsnedsättning uppger att det påverkar deras arbetsförmåga medan bara omkring hälften av dem som har astma, allergi eller dyslexi anser att det påverkar arbetsförmågan. Av de som har diabetes är det en väldigt liten andel som uppger att det påverkar deras arbetsförmåga.

Figur 4.10 Vanligaste funktionsnedsättningarna, andel av befolkningen 16–64 år



Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

Egenskaperna hos dem som har en funktionsnedsättning avviker i vissa fall från befolkningen som helhet. Andelen män i befolkningen som helhet är något större än andelen kvinnor. Bland dem som har en funktionsnedsättning är det dock fler kvinnor än män och skill-

naden mellan andelen kvinnor och män är ännu större hos dem som har en nedsatt arbetsförmåga.

Åldersstrukturen hos de som uppger en funktionsnedsättning avviker också från befolkningen som helhet. Andelen personer som har en funktionsnedsättning är tydligt överrepresenterade bland de äldre (50–64 år) i förhållande till befolkningen som helhet och i motsvarande grad underrepresenterade bland de i åldrarna 30–49 år, medan det är ungefär lika vanligt förekommande som i befolkningen som helhet bland de yngre (16–29 år).

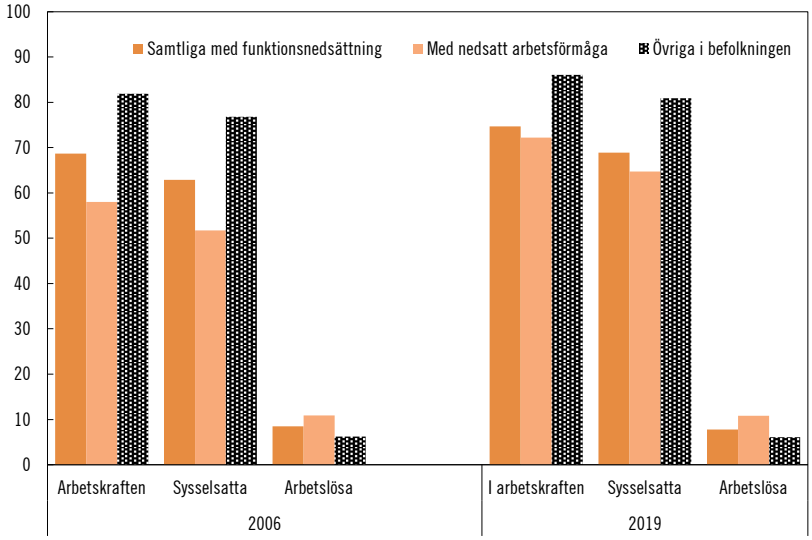
Utbildningsbakgrunden hos dem som har ett funktionshinder skiljer sig också från befolkningen som helhet. Andelen med eftergymnasial utbildning är något lägre än i befolkningen och andelen med gymnasieutbildning är något högre. Utbildningsstrukturen mellan de som har en funktionsnedsättning och de som uppger att funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan skiljer sig dock väldigt lite.

Arbetslivet för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning deltar i lägre utsträckning i arbetskraften, har en lägre sysselsättningsgrad och en högre arbetslöshet än övriga befolkningen. I förhållande till situationen i början av 2000-talet deltar en större andel av de med funktionsnedsättning i arbetskraften i dag, framför allt i gruppen där funktionsnedsättningen innebär en nedsatt arbetsförmåga. Samma mönster syns även för de sysselsatta medan arbetslösheten bland personer med en funktionsnedsättning är på ungefär samma nivå 2006 som 2019.

Sedan början av 2000-talet har andelen av den sysselsatta befolkningen som har en funktionsnedsättning minskat från knappt 20 procent till 11 procent, se figur 4.1. Minskningen har följt ungefär samma utveckling som befolkningen 16–64 år, vilket gör att sysselsättningsgraden hos de som uppger en funktionsnedsättning har varit stabil sedan början av 2000-talet. Dock har det under det senaste året skett en kraftig ökning av antalet sysselsatta som uppger en funktionsnedsättning, och sysselsättningsgraden har ökat med 5 procentenheter mellan 2018 och 2019 till nästan 70 procent. Sysselsättningsgraden hos de som uppger en funktionsnedsättning är dock fortfarande betydligt lägre än i befolkningen som helhet där sysselsättningsgraden 2019 uppgick till 78 procent.

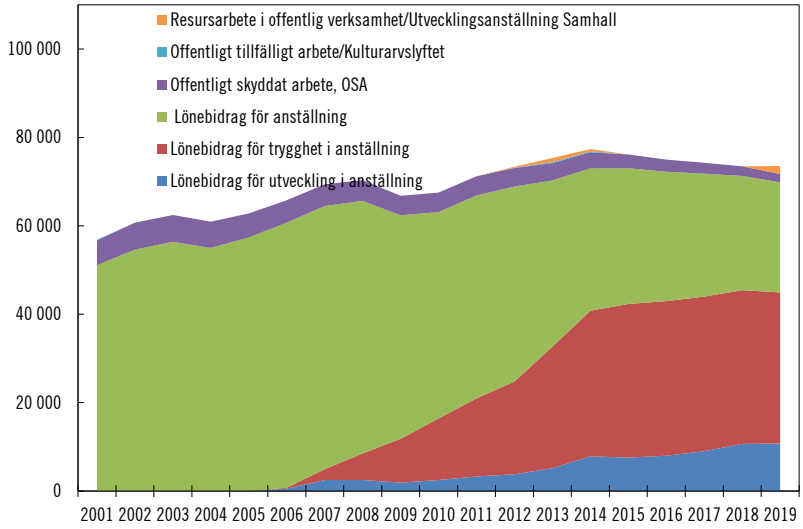
Figur 4.11 Andelen i arbetskraften, sysselsatta och arbetslösa för personer med funktionsnedsättning och i övriga befolkningen 16–64 år



Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

För arbetslösa med funktionshinder finns ett antal olika stödprogram via arbetsförmedlingen. Det största stödet är lönebidrag för trygghet i anställning som 2019 omfattade drygt 34 000 personer. Det är den anställningsform som tillsamman med lönebidrag för utveckling i anställning har vuxit kraftigast under de senaste 10 åren. Samtidigt som dessa stöd ökat i betydelse har antal personer med lönebidrag för anställning minskat men är trots detta det näst största programmet för personer med funktionsnedsättning med ca 25 000 personer 2019. Offentligt skyddat arbete omfattade 2019 ca 2 000 personer och har sett över tid minskat. Personer med resursarbete i offentlig anställning eller utvecklingsanställning hos Samhall var 2019 ca 1 700 personer.

Figur 4.12 Särskilda stöd för arbetslösa personer med funktionsnedsättning



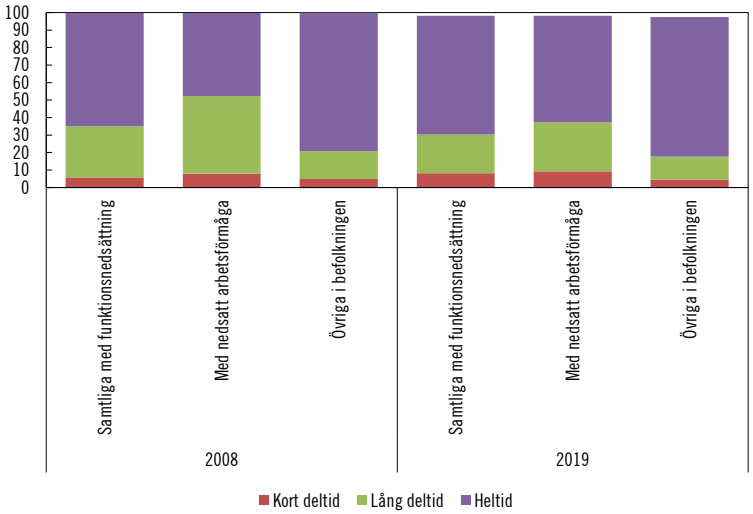
Källa: Arbetsförmedlingen.

En övervägande majoritet av de sysselsatta som har en funktionsnedsättning arbetar heltid. I gruppen som helhet är det nästan 70 procent medan andelen är lite lägre, 60 procent, bland dem där funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan. I förhållande till övriga befolkningen, där nästan 80 procent av de sysselsatta är heltidsarbetande, är det en lägre andel som arbetar heltid. Däremot är både lång och kort deltid vanligare bland dem med en funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. Störst andel deltidsarbetande finns i gruppen där funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan. I denna grupp är det omkring 10 procent som arbetar kort deltid och 60 procent som arbetar lång deltid. Framför allt är det andelen som arbetar lång deltid som skiljer denna grupp från andra med funktionsnedsättning medan andelen som arbetar kort deltid är ungefär lika stora.

Sett över tid finns en tendens till en ökad andel heltidsarbetande bland personer med funktionsnedsättning. I förhållande till situationen 2008 har andelen heltidsarbetande ökat bland personer med funktionsnedsättning. Ökningen är relativt svag i gruppen som helhet men bland de vars funktionsnedsättning påverkar arbetsförmågan har andelen heltidsarbetande ökat med drygt 10 procentenheter, från strax under 50 procent till omkring 60 procent. Ökningen har framför allt

skett åren fram till 2013 och andelen har sedan dess i princip legat stabil kring 60 procent. För samma grupp finns under de senaste åren en svag trend mot att det långa deltidsarbetandet minskar och det korta ökar.

Figur 4.13 Arbetstid för sysselsatta med funktionsnedsättning och övriga befolkningen 15–64 år



Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

Det är vanligare att kvinnor än män med funktionsnedsättning arbetar deltid och det är fler män än kvinnor som arbetar heltid. Bland sysselsatta kvinnor med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga var det 2019 knappt 50 procent som arbetade heltid medan motsvarande andel för män var nästan 77 procent. Omkring 40 procent av kvinnorna arbetade lång deltid och ca 10 procent kort deltid medan motsvarade andel bland männen var 17 procent respektive 6 procent. Sett över tid har heltidsarbete ökat bland både kvinnor och män medan det långa deltidsarbetet har minskat. Kort deltid har ökat bland kvinnor med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmågan medan andelen bland män i princip varit oförändrat. Andelen anställda respektive företagare är ungefär lika stor bland personer med funktionsnedsättning som i befolkningen totalt. Inte heller finns det några tydliga skillnader när det gäller arbete inom offentlig eller privat sektor mellan befolkningen och personer med funktionsned-

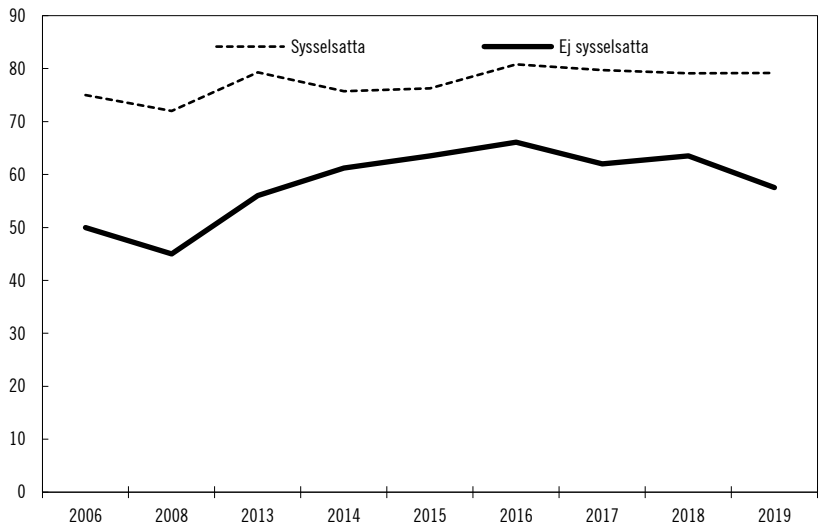
sättning oavsett arbetsförmåga. Personer med funktionsnedsättning arbetar i samma yrken som befolkningen som helhet, men andelen i chefsyrken är mindre.

Även när det gäller anställningsformer finns små skillnader mellan personer med funktionsnedsättning och övriga befolkningen. Av de anställda med funktionsnedsättning är 85 procent tillsvidareanställda. I gruppen med nedsatt arbetsförmåga är motsvarande andel 84 procent och i befolkningen totalt har 86 procent.

Anpassade arbetsförhållanden och upplevd diskriminering

Personer med en funktionsnedsättning kan behöva stöd i sitt arbete och anpassning av arbetsförförhållandena för att få en fungerande arbetssituation. Som beskrivits ovan var det omkring 68 procent av personerna med en funktionsnedsättning som också hade en nedsatt arbetsförmåga 2019. Det motsvarade omkring 550 000 personer. I denna grupp är det nästan 80 procent som anger att de är i behov av anpassningar eller stöd för att kunna utföra sitt arbete. Sett över tid har denna andel varierat mellan 70–80 procent men har sedan 2016 legat stabilt kring 80 procent.

Figur 4.14 Andel som anger att anpassning behövs för att kunna arbeta, sysselsatta och ej sysselsatta med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga

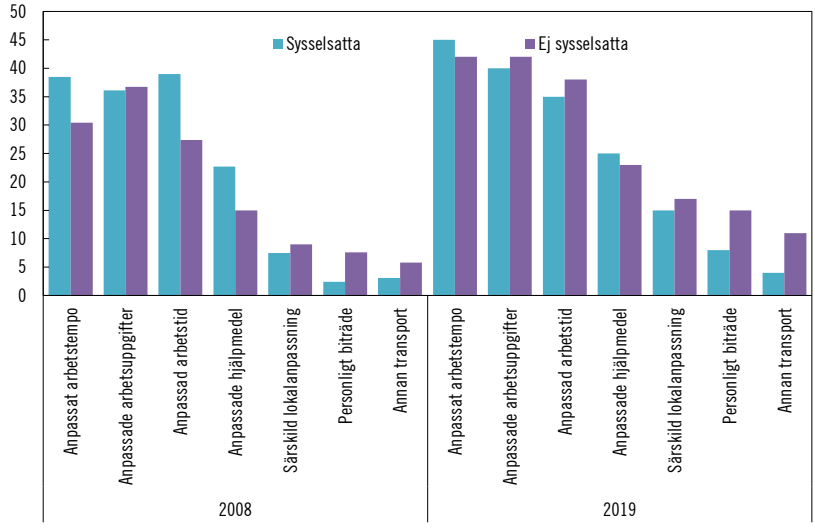


Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

Av de som inte är sysselsatta uppger 58 procent av personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga att de skulle kunna utföra ett arbete om de fick en eller flera anpassningar eller stöd. Sedan början av 2000-talet har denna andel ökat från omkring 50 procent till som mest 66 procent 2016. Sedan 2016 har andelen minskat med nästan 10 procentenheter.

Den vanligaste anpassningen av arbetssituationen är ett anpassat arbetstempo, följt av anpassade arbetsuppgifter och arbetstider. En högre andel kvinnor än män har behov av anpassad arbetstid eller anpassat arbetstempo. Bland de sysselsatta med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsbetsförmåga är det en större andel som klarar sig med en eller två anpassningar än bland de som inte är sysselsatta. För många av de som inte är sysselsatta krävs tre eller fler anpassningar för att de ska kunna arbeta. Över tid syns inga tydliga skillnader i behovet av antalet anpassningar för de som är sysselsatta medan det för de som inte är sysselsatta finns en tendens till att fler anpassningar behövs i dag för att kunna ta ett arbete jämfört med 2008.

Figur 4.15 Andel som har behov av anpassning för att kunna arbeta, personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga



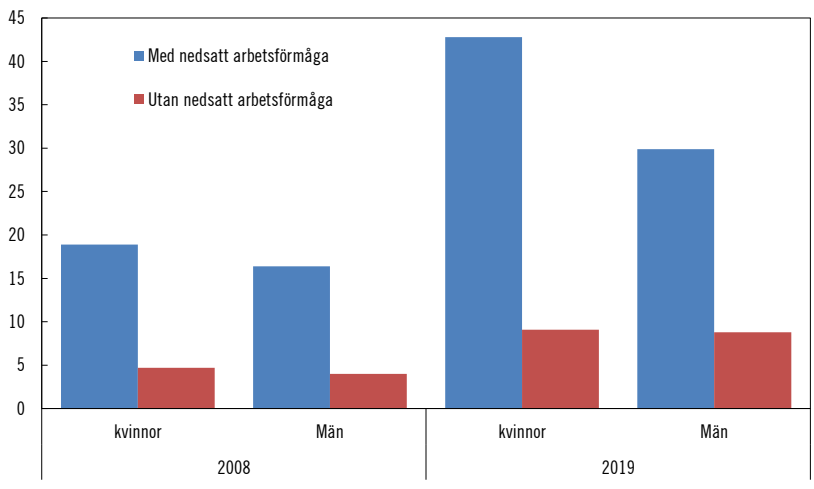
Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

Av samtliga personer med funktionsnedsättning är det knappt 30 procent som upplevt någon form av diskriminering. Andelen är större bland kvinnor än män. Det är framför allt de som har en nedsatt arbetsförmåga som upplevt diskriminering. I denna grupp är andelen över 40 procent bland kvinnor och omkring 30 procent bland män. Bland de som inte har nedsatt arbetsförmåga är andelen knappt 10 procent för både kvinnor och män.

Den vanligaste typen av diskriminering bland personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga är negativa attityder hos arbetsgivaren. Det är nästan dubbelt så vanligt som kränkningar, diskriminering vid tillsättning av jobb och mobbning. Bland personer med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga är det drygt 20 procent som någon gång de senaste fem åren upplevt negativa attityder hos en arbetsgivare.

Både bland dem som har nedsatt arbetsförmåga och de som inte har nedsatt arbetsförmåga tycks andelen som upplevt diskriminering i arbetslivet har ökat över tid. År 2008 var det omkring 17 procent som upplevt diskriminering i arbetslivet, vilket kan jämföras med nästan 40 procent 2019. Även skillnaderna mellan kvinnor och män tycks ha förändrats. År 2008 var det ett par procentenheter fler kvinnor än män som upplevt diskriminering medan skillnaden 2019 ökat till nästan 15 procentenheter.

Figur 4.16 Andel med funktionsnedsättning som upplevt diskriminering i arbetslivet



Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

4.2 Utvecklingen av hälsa och sjukfrånvaro i befolkningen

Möjligheten att kunna delta i arbetslivet beror i stor utsträckning på människors hälsa. Hälsan i befolkningen kan mätas på ett antal olika sätt. Vanliga mått på hälsoutvecklingen är mortalitet och självskattad hälsa. Även hälsoutvecklingen bland de äldre kan vara en viktig indikator för den allmänna folkhälsoutvecklingen. Om hälsan och arbetsförmågan har ökat i högre åldrar är det rimligt att utgå från att hälsan och arbetsförmågan även ökat bland de yngre.

Mortaliteten går att mäta exakt men har nödvändigtvis ingen exakt koppling till människors förmåga att delta i arbetslivet. Om en förändring i mortaliteten skulle hänföras till grupper som står lång ifrån arbetsmarknaden påverkar den i liten utsträckning människors benägenhet att delta i arbetslivet. Mycket talar dock för att mortaliteten har en har en tydlig, om än inte perfekt, korrelation med den relativa storleken på dem som ur ett hälsoperspektiv har förutsättningar att ingå i arbetskraften. En ökad mortalitet skulle då leda till att färre i varje åldersgrupp ur hälsohänseende har möjlighet att delat i arbetslivet och en minskad mortalitet skulle innebära det omvända.

Den självskattade hälsoutvecklingen har en tydligare koppling till människors faktiska arbetsförmåga och möjligheter att delta i arbetslivet än mortaliteten. Med självskattade hälsoindikatorer finns dock en risk att tillförlitligheten är sämre då uppgifterna bygger på människor egna subjektiva värderingar och uppskattningar av den egna arbetsförmågan.

Samtliga av dessa mått har således sina styrkor och svagheter men kompletterar varandra och kan tillsammans ge en bra bild över hälsoutvecklingen i samhället. I nedanstående avsnitt ges utifrån dessa mått en övergripande beskrivning av hälsoutvecklingen under de senaste decennierna.

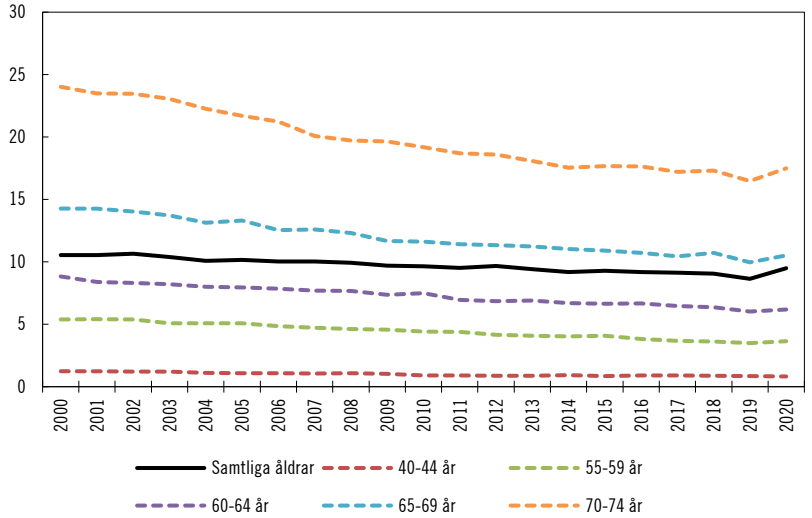
4.2.1 Mortalitet

Mortaliteten har under de senaste tjugo åren haft en svagt nedåtgående trend sett till befolkningen som helhet. Undantaget är dock 2020 då mortaliteten steg relativt kraftigt till följd av covid-19-pandemin och får till följd att mortalitet befinner sig på samma nivå 2020 som i början av 2000-talet. Uppdelat på olika åldersgrupper blir dock

trenden tydligare. Av figur 4.18 framgår mortalitetens utveckling under de senaste tjugo åren uppdelat på olika åldersgrupper. Störst minskning har skett bland de äldre men även i de yngre åldersgrupperna syns en svag minskning under den aktuella perioden.

Figur 4.17 Mortalitet i olika åldersgrupper

Dödsfall per 1000 av medelfolkmängden



Källa: SCB.

Sett i ett längre perspektiv kan det konstateras att mortaliteten för män under perioden 1960–1980 i stort sett var stabil. Först efter 1980 började mortaliteten för män att avta. För kvinnor har utvecklingen gått mot en minskad mortalitet ända sedan 1960-talet.[12] Utvecklingen har dock varit kraftigare för män än för kvinnor vilket lett till att mortaliteten mellan kvinnor och män i dag nästan har konvergerat.

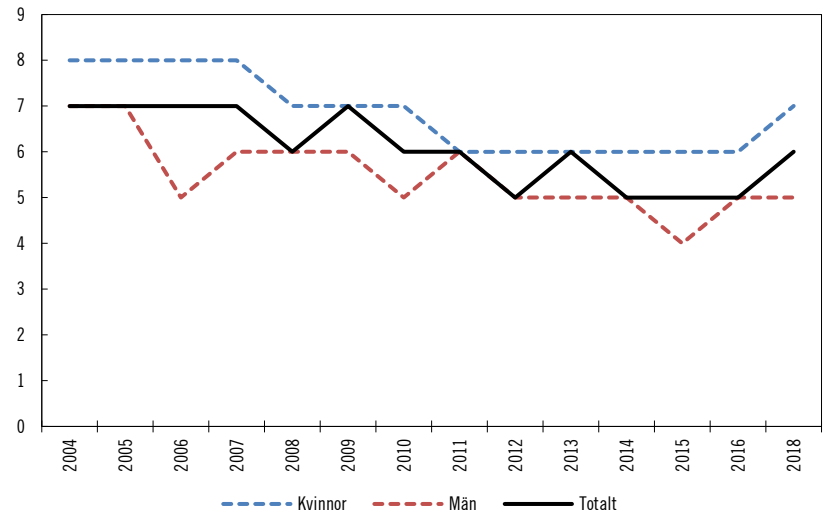
[12] Johansson et al (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

4.2.2 Självskattad hälsa

I den Nationella folkhälsoenkäten ställs frågor om hur den enskilde individen upplever sitt hälsotillstånd.[13] En av frågorna rör det självskattade allmänna hälsotillståndet. Måttet har haft en bra prediktionsförmåga på en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt. Undersökningarna i Sverige pekar på att vuxnas självskattade allmänna hälsotillstånd utvecklats sämre bland kvinnor och yngre, jämfört med män och äldre, från 1980- och 1990-talet och framåt. En mängd olika faktorer kan påverka den självskattade hälsan. Socioekonomisk status, bostadsområde, graden av socialt och emotionellt stöd och stress är några av förklaringsfaktorerna.[14]

Figur 4.18 Dålig eller mycket dålig självupplevd hälsa, kvinnor och män

Andel av befolkningen 16–84 år



Källa: Folkhälsomyndigheten.

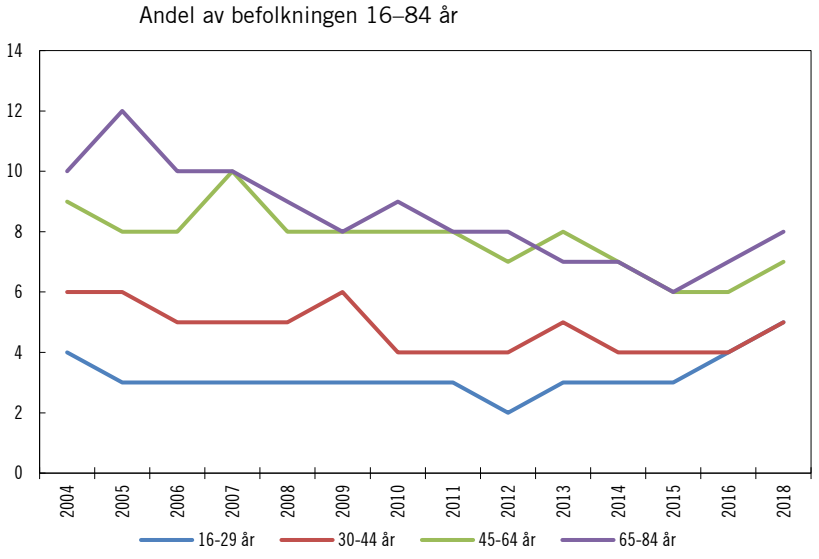
Under perioden 2004–2018 har andelen invånare som uppgav en dålig eller mycket dålig hälsa varierat mellan 5 och 7 procentenheter, med en nedåtgående trend. Andelen som uppgav en dålig eller mycket dålig

[13] Följande frågor i Nationella folkhälsoenkäten ligger till grund för statistiken: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? och Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?
[14] Folkhälsomyndigheten, Självskattat allmänt hälsotillstånd.

hälsa var genomgående under perioden högre eller lika hög bland kvinnor som bland män. Sett över hela perioden 2004–2018 har andelen som uppgav en dålig eller mycket dålig hälsa minskat för både kvinnor och män. För kvinnor var andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa 1 procentenhet 2018 än 2004. För män var motsvarande andel 2 procentenheter lägre 2018 än 2004.

Omkring 6 procent av befolkningen 16–84 år uppgav 2018 att de hade en dålig eller mycket dålig hälsa. Andelen var högre bland kvinnor än bland män. För kvinnor har andelen som angett att de haft en dålig eller mycket dålig hälsa legat stabilt kring 6 procent under ett antal år på 2010-talet. I undersökningen 2010 har dock andelen ökat med nästan en procentenhet samtligt som andelen män som uppger dålig eller mycket dålig hälsa legat kvar på samma nivå som 2016, ca 5 procent. Sett till olika åldersgrupper var andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa störst bland de äldre och minst bland de yngre.

Figur 4.19 Dålig eller mycket dålig självupplevd hälsa, åldersgrupper



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Den nedåtgående trenden avseende personer som uppger dålig eller mycket dålig hälsa syns framför allt bland de äldre. För åldersgruppen 65–84 år minskade andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa från 10 till 6 procent mellan 2004 och 2015. Sedan 2015 har andelen som uppger dålig eller mycket dålig hälsa ökat och uppgick 2018 till omkring 8 procent. En liknande utveckling syns för åldersgruppen 45–64 år. Även för denna åldersgrupp syns en långsiktig nedåtgående trend mellan 2004 och 2015. Utveckling planade sedan ut och har under det senaste året ökat. Andelen i åldersgruppen 45–64 år som uppger dålig eller mycket dålig hälsa har sett över hela perioden minskat med 2 procentenheter från 9 till 7 procent.

I de yngre åldersgrupperna är den nedåtgående trenden inte lika tydlig som för de äldre. Under perioden 2004–2015 sjönk andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa med 2 procentenheter för att sedan plana ut och öka under 2016–2018. Sett över hela perioden 2004–2018 minskade andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa med 1 procentenhet. För de allra yngsta åldrarna i undersökningen, 16–29 år, har andelen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa varit relativt stabil under perioden 2004–2015 för att sedan öka med 2 procentenheter under åren 2015–2018. Sett över hela perioden 2004–2018 innebär det en ökning av andelen som uppger dålig eller mycket dålig hälsa med ca 1 procentenhet.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

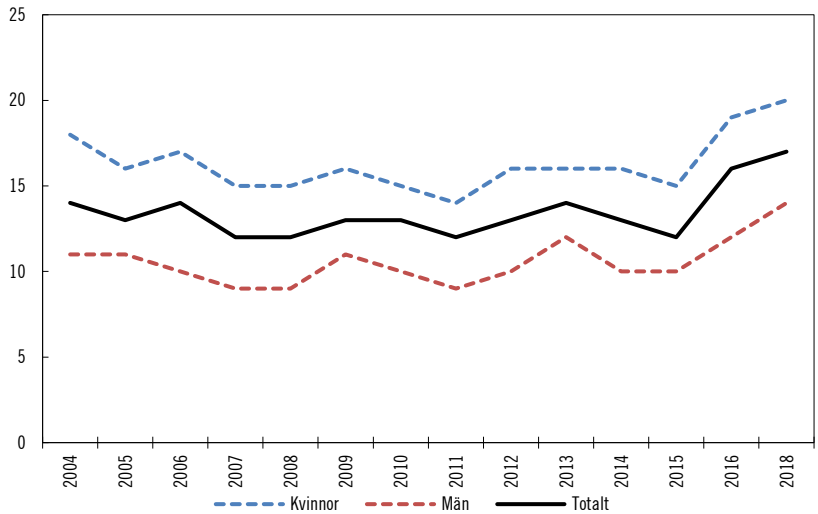
Psykisk ohälsa är ett betydande folkhälsoproblem, både i Sverige och i resten av världen. Begreppet psykisk ohälsa omfattar ett antal tillstånd med olika svårighetsgrad, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiska sjukdomar. Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna och har sedan 1990-talet tillhört de diagnoser som bidrar mest till hälsoförlust i världen. Det beror dels på att depression drabbar många, dels på att sjukdomsförloppet många gånger är långdraget. Sedan 2014 tillhör psykiatriska diagnoser som depression, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa de vanligaste orsakerna till sjukskrivning i Sverige, särskilt bland kvinnor.

Indikatorn ”Nedsatt psykiskt välbefinnande” visar hur stor andel av befolkningen i åldern 16–84 år som angett höga värden på själv-

skattningsskalan General Health Questionnaire, GHQ.[15] Höga värden på GHQ-skalan visar på en ökad risk för vanligare former av psykiatrisk problematik som depression och ångestsyndrom. År 2018 var det 17 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, och högre bland yngre än bland äldre. Andelen som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat sedan 2006, både bland kvinnor och män, i de flesta åldersgrupper och i samtliga utbildningsgrupper.[16]

Figur 4.20 Nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor och män

Andel av befolkningen 16–84 år



Källa: Folkhälsomyndigheten.

[15] Folkhälsomyndigheten, Nedsatt psykiskt välbefinnande.
[16] Bedömning av följande påståenden gällande de senaste två veckorna: Jag har känt mig glad och på gott humör, Lugn och avslappnad, Aktiv och kraftfull, Pigg och utvilad när jag vaknat, Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig. Frågor gällande de senaste veckorna: Har du ständigt känt dig olycklig och nedstämd? Har du förlorat tron på dig själv? Har du ständigt känt dig spänd? Har du tyckt att du varit värdelös? Har du känt att du inte kunnat klara dina problem? Har du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv*? Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv? (Anm. Föregående fråga har förändrats över tid.) Känner du dig för närvarande stressad? Har du något/några av följande besvär eller symtom? Huvudvärk eller migrän? Ängslan, oro eller ångest? Trötthet? Sömnsvårigheter?

År 2018 uppgav 17 procent av befolkningen 16–84 år att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen var högre bland kvinnor (20 procent) än bland män (14 procent). Skillnaden mellan kvinnor och män kvarstod när hänsyn togs till ålder, utbildningsnivå, födelseland och län.

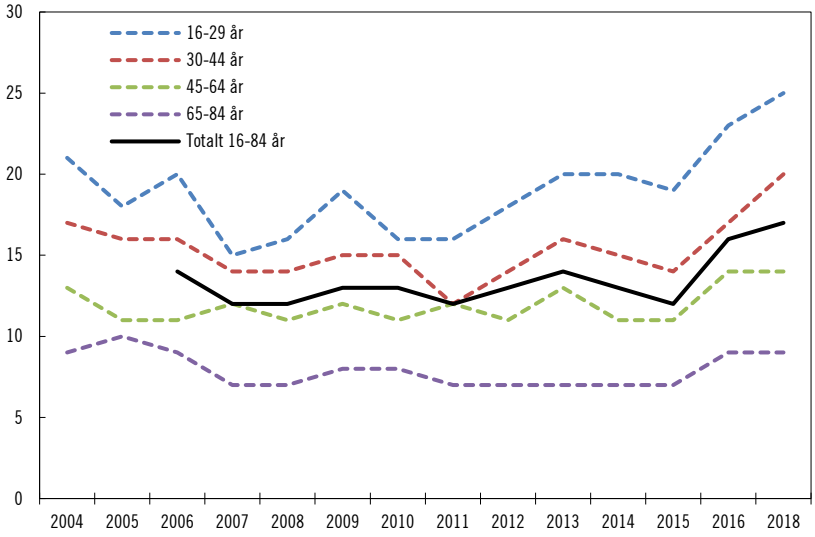
Under perioden 2004–2015 varierade andelen som uppgav ett nedsatt psykiskt välbefinnande kring 13 procent. Andelen har varit högre för kvinnor än för män under samtliga av dessa år. Under de senaste åren har den psykiska ohälsan ökat såväl för kvinnor som för män. För kvinnor har ökat med 5 procentenheter för män har den ökat med 4 procentenheter.

Andelen invånare med nedsatt psykiskt välbefinnande var högst i den yngsta åldersgruppen och lägst i den äldsta. I alla åldersgrupper uppgav kvinnor oftare än män nedsatt psykiskt välbefinnande. I åldersgruppen 16–29 år uppgav 25 procent nedsatt psykiskt välbefinnande 2018. Motsvarande andel i åldersgruppen 30–44 år var 20 procent och i gruppen 45–64 år 14 procent. I åldersgruppen 65–84 år var andelen 9 procent. Skillnaden mellan referensgruppen 30–44 år och övriga åldersgrupper kvarstod när hänsyn togs till kön, utbildningsnivå, födelseland och län.

Andelen som angav nedsatt psykiskt välbefinnande ökade i alla åldersgrupper under 2004–2018, med undantag för den äldsta åldersgruppen. För samtliga åldersgrupper har andelen ökat sedan 2015. Ökningen är tydligast bland de yngre och påbörjade redan i början av 2010-talet. I den yngsta åldersgruppen 16–29 år var andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande 6 procentenheter högre 2018 jämfört med 2006. I åldersgruppen 30–44 år var andelen 4 procentenheter högre, och i åldersgruppen 45–64 år 3 procentenheter högre. Skillnaden i andelen som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande mellan referensgruppen 30–44 år och åldersgruppen 16–29 ökade under perioden.

Figur 4.21 Nedsatt psykiskt välbefinnande, åldersgrupper

Andel av befolkningen 16–84 år



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Vidare kan framhållas att den trend som i undersökningen framträder sedan 2015 mot att fler anger ett nedsatt psykiskt välbefinnande även bekräftas i statistik från Försäkringskassan om diagnoser för personer med sjukpenning. Enligt Försäkringskassan ökade sjukskrivningarna till följd av psykiatriska diagnoser kraftigt mellan 2010 och 2016. Sedan dess har dessa sjukfall stått för nästan en tredjedel av alla startade sjukfall och omkring hälften av alla pågående sjukfall. Sjukfrånvarons utveckling har de senaste åren därför till stor del drivits av psykiatriska diagnoser.[17]

4.2.3 Utvecklingen av hälsan hos äldre

Av speciellt intresse för utredningens uppdrag är hälsoutvecklingen bland de äldre. Generella förbättringar av folkhälsan syns ofta i långsiktiga trender, som inte kan avläsas från år till år. Även om utredningen främst fokuserar på utvecklingen de senaste decennierna kan en jämförelse över en längre tidsperiod vara motiverad.

[17] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020, s. 37.

Utvecklingen av hälsan bland de äldre kan ses som en indikator på hela befolkningens hälsoutveckling. Om hälsan och arbetsförmågan har ökat i högre åldrar är det rimligt att utgå från att hälsan och arbetsförmågan ökat även för yngre åldersgrupper. I en rapport från Delegationen för senior arbetskraft har hälsotillståndet hos 70-åringar studerats i de så kallade H70-studierna.[18] Uppföljningsundersökningar har genomförts vid 75 års ålder och senare fram till och med årskullen som är född 1944.[19] Bland annat studeras äldres kognitiva, fysiska och psykiska förmågor.

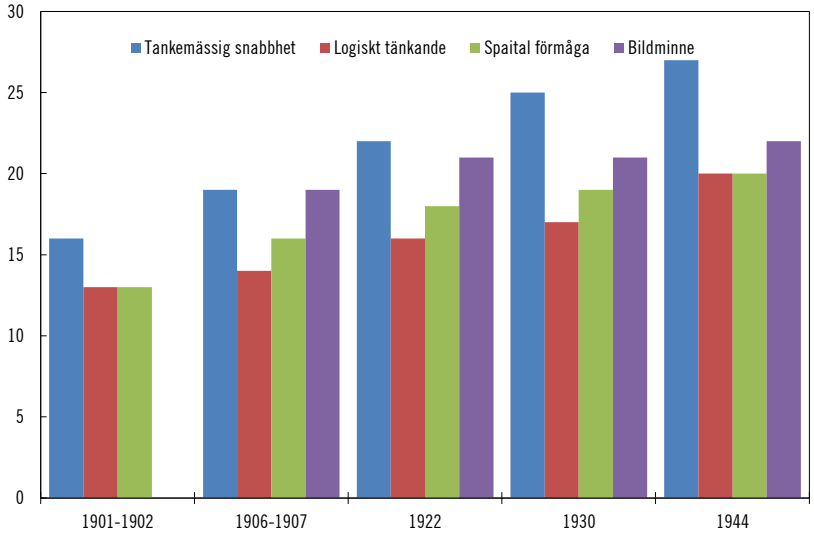
Vad gäller den kognitiva förmågan har det skett en successiv och dramatisk förbättring av kognitiv funktion hos 70-åringar sedan 1970-talet. Av figur 4.23 framgår att såväl tankemässig snabbhet och logiskt tänkande som spatial förmåga och bildminne har förbättrats. Det innebär exempelvis att 79-åringar födda 1930 hade en bättre kognitiv funktion än 70-åringar födda 1901–1902 och 1906–1907.

Delegationen för senior arbetskraft framhåller dessutom att en skillnad mellan årskullarna är att sämre kognitiva testresultat vid 70 år var kopplade till en ökad risk för demens och död under de följande fem åren i årskullen född 1901–1902, men inte i årskullen som var född 1930. Förekomsten av demens förändrades dock inte mellan 70 och 75 år vare sig i mätningar på 1970-talet eller på 2000-talet. Bland 85-åringar, där förekomsten av demens är högre, har noterats en minskad förekomst av demens mellan årskullarna födda 1901–1902 (30 procent) och 1923–1924 (23 procent).[20]

[18] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 10–11.
[19] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 10–11.
[20] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 15–19.

Figur 4.22 Äldres kognitiva förmåga

Testresultat hos 70-åringar



Källa: H 70-studierna, Göteborgs universitet.

Även den fysiska förmågan är en viktig faktor för äldres möjligheter att arbeta i högre åldrarna. I H70-studierna har det gjorts undersökningar 1981–1982 (på personer födda 1911–1912), 2000–2001 (på personer födda 1930) och 2014–2015 (på personer födda 1944).

Senare årskullar av 70-åringar presterar mycket bättre på flera test av fysisk funktion. Det skedde en rejäl förbättring mellan de födda 1930 och de födda 1944 i balanstestet. För testet att kunna kliva upp på en 50 cm hög pall sågs en liknande, men inte riktigt lika dramatisk förändring. Vidare ökade gånghastigheten rejält hos 70-åringar mellan 1981–1982 och 2000–2001 hos både kvinnor och män, och en förbättring kan också ses mellan 2000 och 2014 hos kvinnor. Utvecklingen skiljde sig dock åt inom olika utbildningsgrupper. Andelen med låg gånghastighet minskade hos kvinnor med högre utbildning och hos män med låg utbildning, medan den ökade hos kvinnor med låg utbildning. Detta är enligt Delegationen för senior arbetskraft ett exempel på att åldrandet inte är rättvist.

Även lungfunktionen hos 75-åringar har testats. Mellan 1975–1976 och 2005–2006 ökade lungfunktionen med 20 procent hos män

och med 10 procent hos kvinnor. Detta visar enligt Delegationen för senior arbetskraft att äldre i dag orkar mer än tidigare.

Även tre hörselundersökningar av 70-åringar har gjorts inom H70-studierna. Enligt Delegationen för senior arbetskraft hade 53 procent av männen och 27 procent av kvinnorna nedsatt hörsel i undersökningen 1971–1972. Andelen var i stort sett oförändrad 1992–1993, men hade sjunkit till 28 procent hos männen och 23 procent hos kvinnorna 2014–2015.[21]

Depressiva symtom och depressiva sjukdomar har minskat betydligt hos 70-åringar födda 1944 jämfört med tidigare årskullar. Förekomsten av djup depression var oförändrad mellan äldre årskullar undersökta på 1970-talet och de som undersöktes på 2000-talet. Däremot ökade andelen 75-åringar som hade mild depression mellan 1976–1977 och 2005–2006. Att ha ett litet socialt nätverk var en riskfaktor för depression mellan 70 och 75 år i årskullen född 1901–1002, men inte i årskullen född 1930, enligt Delegationen för senior arbetskraft.[22]

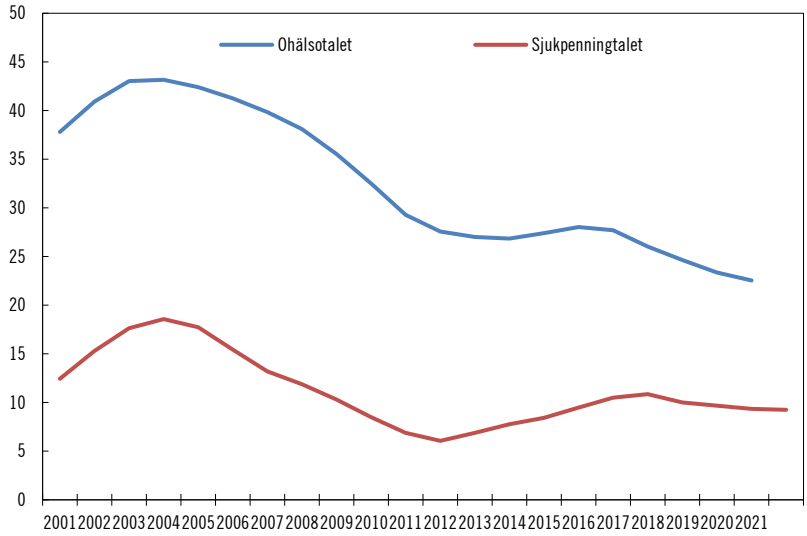
4.2.4 Sjukfrånvarons utveckling

Sjukfrånvarons utveckling har kännetecknats av stora variationer. Under 1990-talet ökade sjukfrånvaron kraftigt och nådde i början av 2000-talet historiskt höga nivåer. Ett av de stora problemen var att sjukskrivningstiderna blivit allt längre. Regeringen lanserade därför 2003 ett mål för minskad ohälsa som innebar att sjukskrivningarna skulle halveras fram till 2008 samtidigt som antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar skulle minska. Med halveringsmålet kom administrationens fokus att tydligare riktas mot en mer försäkringsmässig, likformig och rättssäker tillämpning av regelverket. Det genomfördes stora förändringar i administrationen av sjukförsäkringen. Länsförsäkringskassorna och Riksförsäkringsverket (RFV) slogs ihop och bildade den nya Försäkringskassan. Ett omfattande arbete med att kartlägga arbetsförmågan hos långtidssjukskrivna och personer med tidsbegränsad sjukersättning sattes igång och många av dessa beviljades sjukersättning. Det innebar att sjukskrivningarna vände nedåt redan 2003, vilket och drev ner både sjukpenningtalet och ohälsotalet

[21] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 19–20.
[22] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 23–24.

trots att de nybeviljade sjukersättningar fortsatte att öka fram till 2005 innan de också började minska.

Figur 4.23 Sjukpenning- och ohälsotalet



Källa Försäkringskassan.

I juli 2008 infördes rehabiliteringskedjan tillsammans med en bortre tidsgräns för sjukpenning. Sjukfall som blev längre än 914 dagar övergick då i normalfall till Arbetsförmedlingens arbetslivsintroduktion (ALI). Efter tre månaders ALI utan att återfå arbetsförmåga kunde personer som uppnått maxtid påbörja en ny sjukpenningperiod. Den bortre tidsgränsens införande hade en tydlig effekt på sjukpenningtalet. För dem som hade pågående sjukfall när den bortre tidsgränsen infördes fanns övergångsregler. Det innebar att det var en stor grupp som uppnådde maxtid samtidigt i januari 2010 och därmed pressade ner sjukpenningtalet till den lägsta nivån någonsin (6,0 dagar). Det innebar å andra sidan en stor grupp efter ett antal månader återvände till sjukförsäkringen efter ALI hos arbetsförmedlingen. Delar av den ökning som följde från mitten av 2010 förklarades inledningsvis av personer som återvände till sjukförsäkringen efter genomförd ALI. För många av dessa personer blev sjukfallen långa, ofta så pass långa att de uppnådde maxtiden flera gånger.

Samtidigt som förändringarna i sjukpenning infördes avskaffades möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning och kraven för att kunna beviljas sjukersättning skärptes, se vidare kapitel 5. Förändringarna medförde en kraftig nedgång i antalet nybeviljade sjukersättningar. Även för nybeviljade aktivitetsersättningar märktes en liten nedgång som sannolikt kan kopplas till regelförändringarna 2008 och då framför allt införandet av ett vidare arbetsmarknadsbegrepp.

Efter den kraftiga minskningen av sjukfrånvaron under 2000-talets första decennium vände utvecklingen 2010 och sjukfrånvaron började återigen öka. Mellan 2010 och 2016 steg sjukpenningtalet från 6,0 till 10,8, men var fortfarande betydligt lägre än toppen i mitten av 2000-talet. Ökningen kan förklaras av både ett ökat inflöde av nya sjukfall och att sjukfallens längd ökade. När längden på sjukfallen ökar påverkar det även nybeviljandet av sjukersättning. En stor del av de personer som beviljas sjukersättning kommer från långa sjukskrivningar som sedan övergår till sjukersättning. Antalet nybeviljade sjukersättningar steg därför under åren 2010–2016. Ålderspensionsavgångar gjorde dock att det samlade antalet personer med sjukersättning fortsatte att minska och det tog därför ett tag innan ökningen i sjukpenningtalet fick genomslag på ohälsotalet. I början av 2014 var dock ökningen av sjukpenningtalet tillräckligt stor för att det också skulle få genomslag på ohälsotalet.

I september 2015 lanserade regeringen ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro som riktade sig till alla berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Programmet innebar bland annat ett mål om att sjukpenningtalet, vid utgången av 2020, skulle understiga 9,0 dagar, samtidigt som antal personer som nybeviljades sjukersättning i genomsnitt inte bör överstiga 18 000 per år under perioden 2016–2020.[23] Samma höst fick även Försäkringskassan i uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess som skulle bidra till att bryta den uppåtgående utvecklingen.[24] Fokus i arbetet låg på bedömningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning.[25]

De psykiatriska diagnoserna har påverkat sjukfrånvaron i såväl upp som nedgångar av sjukfrånvaron. Under åren 2003–2010 när sjukfrån-

[23] Regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, 2015-09-24.
[24] Regeringsuppdrag till Försäkringskassan att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess, S2015/07316/SF.
[25] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvaron 2018, s. 16.

varon minskade var det de psykiatriska diagnoserna som *minskade* snabbast. När sjukskrivningarna ökade, 2010–2016, var det de psykiatriska diagnoserna som *ökade* snabbast. Psykiatriska diagnoser leder ofta till längre sjukfall än andra sjukskrivningsdiagnoser. Ökningen av de psykiatriska diagnoserna under åren 2010–2016 medförde att de psykiatriska diagnoserna kom att bli den vanligaste diagnosgruppen både för nya och pågående sjukfall. Ökningstakten var också högre bland kvinnor, vilket gjorde att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ökade.

Den stärkta handläggningen av sjukpenningärenden som skedde efter 2015 ledde till att ökningen av sjukfrånvaron i vissa län började bromsas redan i början av 2016 medan en vändning på riksnivå kunde ses först under 2017. Vändningen skedde både genom att antalet startade sjukfall minskade och att sjukfallen avslutades snabbare. Avsluten skedde framför allt under det första och andra sjukskrivningsåret, bland annat till följd av fler avslag, i synnerhet vid dag 181 när arbetsförmågan bedömdes mot normalt förekommande arbete. Detta minskade antalet sjukfall längre än 180 dagar ytterligare.

Däremot ökade antalet långa sjukfall som varade mer än 2 år under åren 2016–2018, en utveckling som dock tycks ha planat ut under det senaste året. Att de långa sjukfallen ökade kraftigt var dels en effekt av att färre än tidigare gått över till sjukersättning, dels att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffades i februari 2016. Den bortre tidsgränsen medförde att antalet sjukfall som var kortare än 915 dagar i någon mening överskattades under åren då den bortre tidsgränsen var i bruk. När tidsgränsen togs bort började därför antalet sjukfall kortare än 915 dagar att stegvis minska samtidigt som de som var längre än 915 dagar ökade kraftigt.

Ökningen av de långa sjukfallen ska dock sättas i relation till den samlade utvecklingen av antalet personer i sjukförsäkringen. Totalt sett har gruppen som under lång tid får ersättning från sjukförsäkringen minskat kraftigt över tid. Eftersom antalet personer med sjukersättning har minskat betydligt mer än vad antalet långa sjukfall har ökat, så har det totala antalet personer som under längre tid försörjs av sjukförsäkringen minskat. Vid toppen 2006 var antalet ca 600 000, varav 90 procent hade sjukersättning, 3 procent aktivitetsersättning och 8 procent sjukpenning. Nu är gruppen ungefär hälften så stor, 327 000, där andelen med sjukersättning minskat till 77 procent, medan 9 procent har aktivitetsersättning och 14 procent har

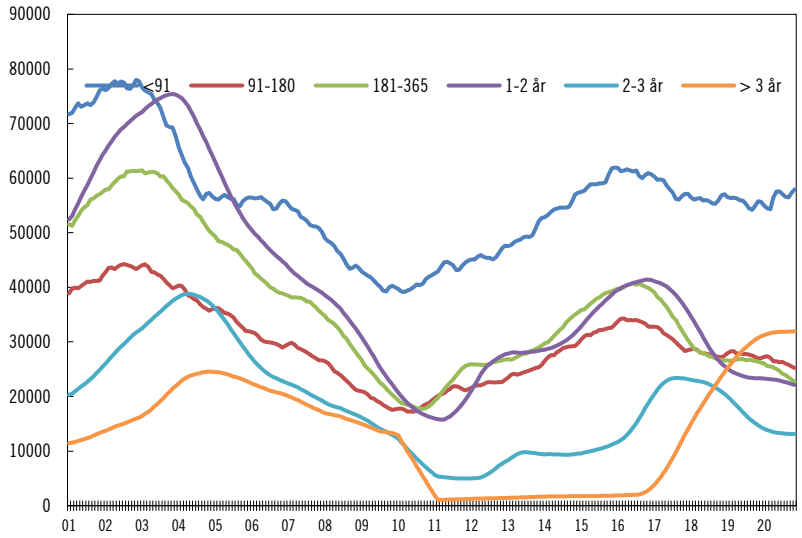
sjukpenning. Utvecklingen är liknande för kvinnor och män, men kvinnor utgör dels en större andel av totalen, dels en större andel av de långa sjukfallen medan män har en större andel med aktivitetsersättning.

Att under lång tid få ersättning från sjukförsäkringen är särskilt vanligt inom psykiatriska diagnoser. Det är dessa som till stor del drev ökningen av antalet långa sjukfall mellan 2010 och 2017. De står nu för mer än hälften av den totala gruppen som under lång tid får ersättning från sjukförsäkringen.

Minskningen av antalet personer med pågående sjukfall avtog under 2018. Det berodde både på antalet startade sjukfall, deras längd och att antalet långa sjukfall stabiliserades. Som en konsekvens av detta slutade sjukpenningtalet att minska under hösten 2018. En bit in på 2019 började antalet pågående sjukfall återigen att minska, främst på grund av att de nya sjukfallen minskade. Sjukfallens längd har dock fortsatt att vara förhållandevis stabil.

Under 2019 pågick i genomsnitt 114 000 sjukfall varje månad för kvinnor och 60 000 för män. Det är en minskning för både kvinnor och män i förhållande till 2018. Den sammantagna minskningstakten låg på 3 procent i december 2019. Det är en förhållandevis långsam minskning jämfört med 2017 då sjukfallen minskade med 6 procent, och ännu mindre i relation till de stora variationerna innan dess. Under 2009 och 2010 låg exempelvis den årliga minskningstakten på 20 procent för att därefter vända och under 2011 komma upp i en ökningstakt på 15 procent.

Figur 4.24 Pågående sjukfall fördelat på fallängder

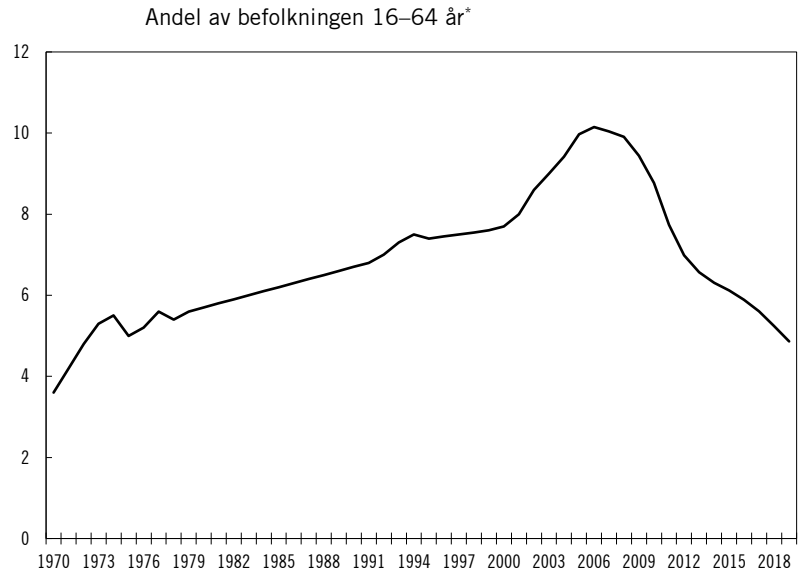


Källa: Försäkringskassan.

En viktig aspekt att belysa när utvecklingen på arbetsmarknaden från 1970 fram till mitten av 2000-talet berörs är utvecklingen av antalet förtidspensionärer. Att arbetslöshetsnivåerna kunde hållas på så pass låga nivåer som de gjorde under 1970-och 1980-talet, trots omfattande kriser inom framför allt varvs- och textilindustrin, var mycket en effekt av en serie reformer av förtidspensionssystemet. Detta system förändrades under denna period från att ha varit en strikt försäkring för dem som av hälsoskäl fått en nedsatt arbetsförmåga till att även omfatta dem som av arbetsmarknads- eller regionala skäl hade svårt att få ett arbete. Under 1990-talet rullades dessa reformer successivt tillbaka och vid 1990-talet slut var det inte längre möjligt att få förtidspension av arbetsmarknadsskäl.[26]

[26] För en mer detaljerad beskrivning av förändringar av förtidspensionens regelverk under 1970- och 1980-talen se kapitel 5.

Figur 4.25 Andel förtidspensionärer/personer med sjuk- eller aktivitetsersättning



Källa Försäkringskassan.
Anm.: Från 2003 redovisas andel av befolkningen 19–64 år.

Omkring 3,6 procent av befolkningen 16–64 år var förtidspensionerade 1970. Därefter steg utvecklingen snabbt. Redan 1975 hade andelen ökat till 5,5 procent. Under slutet av 1970-talet och hela 1980-talet fortsatte andelen stiga trots ett förbättrat sysselsättningsläge och den brist på arbetskraft som rådde i slutet av 1980-talet. En liten ökning av den annars jämt ökande trenden av andelen förtidspensionärer skedde i början av 1990-talet och sammanfaller med de regeländringar som gjordes under 1990-talets början. Antalet förtidspensionärer fortsatte öka under hela 1990-talskrisen, då en stor del av den äldre arbetskraften förtidspensionerades eller fick avtalspension. Den största ökningen kom dock under första hälften av 2000-talet. Den sedan lång tid tillbaka växande andelen långtidssjuka började succesivt avföras från arbetskraften genom att de beviljades förtidspension och från 2003 sjukersättning. De som hade förtidspension/sjukersättning blev under denna period också allt yngre. Som mest var nästan 10 procent av befolkningen 16–64 år förtidspensionerade 2005, alltså en större andel än de öppet arbetslösa under detta år.

Sedan 2006 har andelen förtidspensionärer succesivt minskat. Detta efter en ökning som varade under 25 år. En anledning till detta är demografisk, genom att de stora 1940-talskullarna successivt övergått till ålderspension. Nya striktare regler har också bidragit till att antalet nybeviljade förtidspensioner minskat från en årlig nivå kring 70 000 individer 2005 till några tusen individer 2019.

Rätten till sjukersättning – kapitel 5–9

5 Rätten till sjukersättning – regelverk och handläggning

Sjukersättning och aktivitetsersättning är ersättningar som beviljas för att kompensera inkomstbortfall till följd av medicinskt grundad arbetsoförmåga av mer bestående karaktär. En försäkrad vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan kan ha rätt till någon av dessa ersättningar.

Sjukersättning är en ersättning för inkomstförlust för personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har en nedsatt arbetsförmåga som bedöms bestå under all överskådlig framtid. Arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel och förmågan att arbeta bedöms mot alla förvärvsarbeten på arbetsmarknaden, inklusive anpassade och skyddade arbeten. Om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning, oavsett om ett sådant arbete är tillgängligt eller inte. Sjukersättning kan lämnas längst till och med månaden före den månad då den försäkrade fyller 65 år.

Sedan den 1 februari 2017 kan försäkrade beviljas hel sjukersättning från och med juli det år personen fyller 19 år, i stället för som tidigare fr.o.m. det år då han eller hon fyller 30 år. En förutsättning för att kunna beviljas sjukersättning när man är 19–29 år är att arbetsförmågan är stadigvarande *helt* eller i det närmaste helt nedsatt i förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden. Fr.o.m. 30 år kan försäkrade beviljas en fjärdedel, halv, tre fjärdedels eller hel sjukersättning.

5.1 Bakgrund

5.1.1 Sjukförsäkringssystemet

Syftet med det svenska sjukförsäkringssystemet är att ersätta den som gör inkomstförlust till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Sjukförsäkringen omfattar i huvudsak sjukpenning, samordnad rehabilitering, sjukersättning och aktivitetsersättning och dessa olika ersättningstyper kan ses som en helhet.

Försäkringskassans uppgift är att verka för en väl fungerande sjukförsäkringsprocess som ger rätt ersättning i rätt tid, syftar till att tillvarata den försäkrades arbetsförmåga och underlätta och påskynda återgång i arbete. Tillvaratagandet av den försäkrades arbetsförmåga går som en röd linje inom sjukförsäkringen.

Socialförsäkringen är indelad i en arbetsbaserad och en bosättningsbaserad försäkring. Den arbetsbaserade försäkringen gäller för socialförsäkringsförmåner som täcker inkomstbortfall. Den bosättningsbaserade försäkringen avser i princip ersättningar för olika kostnader och rena bidrag samt förmåner som betalas med garantibelopp.[1] Sjukpenningen är en arbetsbaserad försäkring medan sjukersättning och aktivitetsersättning kan vara det ena eller det andra eller både och.

Av utredningens direktiv framgår att det bl.a. är förutsättningarna för att bevilja sjukersättning och aktivitetsersättning som ska utredas. Utredningen ska också analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till regelverket för *sjukpenning*. Kopplingen mellan sjukersättning och sjukpenning ingår som en naturligt led i denna utredning. Gränsdragningen för de försäkrade med långvarigt nedsatt arbetsförmåga som fortsätter ha sjukpenning och vilka som beviljas sjukersättning beror både på regelverket avseende sjukpenningen och regelverket avseende sjukersättningen. Därför redogörs även för regelverket för sjukpenning och hur ersättningarna förhåller sig till varandra. Rätten till sjukpenning och relationen mellan ersättningstyperna redovisas i avsnitt 5.2.3.

[1] Se t.ex. prop. 1998/99:119 s. 79.

5.1.2 Bakgrund till reglerna om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga

Nuvarande regler om rätt till sjukersättning trädde i kraft den 1 juli 2008 och innebär det historiskt sett mest strikta regelverket för beviljade av ersättning. Bakgrunden till ersättningsformen och idéerna bakom en försäkring för den med långvarigt nedsatt arbetsförmåga går emellertid långt tillbaka.

Förtidspension lämnades till personer som inte alls kunde antas (åter-)inträda på arbetsmarknaden innan ålderspensioneringen. Sjukbidraget var begränsat i tid och kunde beviljas för maximalt tre år, även om det kunde förnyas i flera omgångar. Utgångspunkten för sjukbidrag var dock att den sjuke förväntades att kunna återfå sin förvärvsförmåga. Såväl sjukbidrag som förtidspension kunde beviljas från och med 16 års ålder.

Förändringar under 1960-tal – lagen om allmän försäkring

Redan vid införandet av lagen om allmän försäkring år 1962 framhölls, att i bedömningen av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga vid en mer långvarig nedsättning skulle ett invaliditetsbegrepp, som kan beskrivas som en arbetsinvaliditet grundad på medicinska faktorer, tillämpas. De medicinska faktorer som kunde grunda rätt till sjukersättning var, förutom en kroppslig eller psykisk sjukdom, ett följdtillstånd efter sjukdom eller en medfödd funktionsnedsättning. Ersättningen syftade dock inte till att fungera som en lytesersättning utan skulle kompensera de försörjningsekonomiska konsekvenser som skada eller sjukdom gav upphov till.

1970-talet – andra grunder än rent medicinska

Förtidspension har kunnat beviljas även på andra grunder än strikt medicinska och sjukdomsrelaterade; på 1970-talet infördes dels de s.k. äldre-reglerna, dels förtidspension av arbetsmarknadsmässiga skäl. Äldrereglerna innebar att möjligheterna för äldre förvärvsarbetande att få förtidspension eller sjukbidrag ökade genom att kraven på medicinska skäl till en nedsatt arbetsförmåga minskade. Det angavs att bedömningen för äldre främst skulle avse den försäk-

rades förmåga och möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han eller hon tidigare utfört eller genom annat tillgängligt arbete.

1990-tal – renodling av försäkringen

I praxis utvecklades den s.k. äldre-regeln till att avse 60-åringar eller äldre, men även yngre personer kom att räknas till gruppen. Därför infördes år 1992 en uttrycklig skrivning om att den mildare tillämpningen endast skulle gälla försäkrade som hade fyllt 60 år.[2]

1997 togs äldrereglerna bort. Möjligheten att ta viss hänsyn till faktorer utöver de rent medicinska kvarstod dock. Vid bedömningen av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga kunde även beaktas den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning m.m. I förarbetena anfördes att möjligheten att i begränsad omfattning väga in andra förhållande utöver de rent medicinska borde ses som en möjlighet till ett mer balanserat synsätt i ärenden där en bedömning på grundval av enbart medicinska kriterier skulle ge ett icke acceptabelt resultat.[3] (Möjligheten att ta hänsyn till sådana ”särskilda skäl” kvarstod fram till lagändringarna i juli 2008.)

1997 ändrades åter regeln om rätt till förtidspension. Syftet var då att minska utgifterna för socialförsäkringen genom att renodla försäkringen till att endast ge ersättning om arbetsförmågan var nedsatt på grund av ohälsa dvs. det skulle finnas medicinska orsaker till nedsättningen, inte arbetsmarknadsmässiga. Arbetslinjen skulle stärkas och mindre vikt skulle läggas vid faktorer som den försäkrades utbildning eller liknande. Även en partiell arbetsförmåga skulle tas tillvara. Om en försäkrad hade svårigheter att ta tillvara den återstående arbetsförmågan var det i första hand att anse som ett arbetsmarknadsproblem.[4] Trots den medicinska renodlingen av försäkringen infördes även en möjlighet att ta individuella hänsyn när en strikt medicinsk bedömning skulle ge ett ”oacceptabelt resultat”. Om det fanns särskilda skäl fick Försäkringskassan vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beakta den försäkrades ålder samt bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.

[2] SFS 1991:1976.
[3] Prop. 1996/97:28 s. 19.
[4] Prop. 1996/97:28 s. 9–10, SFS 1996:1543.

Förändringar 2003 – individen i fokus

I förarbetena vid införande av ytterligare regeländringar 2003 underströks att den enskilde har ett stort ansvar för att återgå i arbete trots skador och sjukdomar samt för sin egen försörjning.[5] Dessutom ansågs det att tillkomsten av dåvarande socialförsäkringslagen samt EG:s förordning (EEG) nr 1408/71 (nu: förordning (EG) nr 883/2004) motiverade vissa ändringar i systemet.[6]

Förtidspension och sjukbidrag ersattes 2003 av sjukersättning och aktivitetsersättning. Ersättning för långvarig nedsättning av arbetsförmåga återfinns sedan dess i sin helhet inom sjukförsäkringssystemet,[7] i stället för som tidigare som en del av pensionssystemet. Förtidspension ersattes av sjukersättning, medan sjukbidrag ersattes av tidsbegränsad sjukersättning och aktivitetsersättning. Gränsen höjdes också för åldern man tidigast kan få ersättning vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan, från 16 år till tidigast halvårsskiftet det år då personen fyller 19 år.

Bedömningen av arbetsförmågan för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning är oförändrad. Det innebär att en person som fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska hänsyn tas till den försäkrades förmåga att försörja sig själv. Det gäller i första hand möjligheten att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Ersättningen kan beviljas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedel. Vilken grad beror på i vilken omfattning arbetsförmågan bedöms vara nedsatt.

Förändringar juli 2008 och framåt – nu gällande regler

I samband med införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan den 1 juli år 2008 ändrades också sjukersättningsreglerna i skärpande riktning jämfört med den möjlighet till förtidspension eller sjukbidrag som hade gällt tidigare. I förarbetena till införandet av de nya bestämmelserna anfördes att kraven genom ändringen skulle skärpas

[5] Prop. 2002/03:89, s. 26.
[6] Ds 2000:39 s. 97.
[7] SFS 2001:489, prop. 2000/01:96.

så att sjukersättning endast ska kunna beviljas i de fall rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Nedsättningen av arbetsförmågan skulle vara stadigvarande och med detta begrepp avsågs att nedsättningen bedöms bestå för all överskådlig framtid. Från samma tidpunkt avskaffades ersättningsformen tidsbegränsad sjukersättning. Övergångsbestämmelser, som innebar att den som hade beviljats tidsbegränsad sjukersättning kunde få denna förlängd med ytterligare en period, gällde t.o.m. december 2012.[8]

Socialförsäkringsbalken (SFB) trädde i kraft den 1 januari 2011. Den är en sammanhållen och heltäckande socialförsäkringslag och ersätter ungefär 30 av de tidigare gällande socialförsäkringsförfattningarna, däribland lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Bestämmelserna om rätten till sjukersättning har varit i stort sett oförändrade sedan 1 juli 2008. Genom den lagändring som trädde i kraft den 1 februari 2017 kan även unga få hel sjukersättning från och med juli månad det år de fyller 19 år. Anledningen till att personer under 30 år tidigare inte kunde få sjukersättning var att lagstiftaren ville säkerställa att så stora insatser som möjligt skulle ha genomförts för att ta tillvara unga människors kapacitet och förmåga till utveckling. När bestämmelserna om sjukersättning och aktivitetsersättning infördes anfördes följande i förarbetena:

> Det är också principiellt viktigt att det görs klart för såväl den enskilde som samhället i sin helhet att ingen skall behöva bli pensionerad i mycket unga år, innan omfattande insatser har gjorts för att så långt det är möjligt ta tillvara kapacitet och utvecklingsmöjligheter bland unga som är svårt sjuka eller funktionshindrade.[9]

Utifrån denna skrivning motiverade regeringen också tidsbegränsningen i aktivitetsersättningen. Syftet var att de ungas potential till arbete därigenom skulle prövas regelbundet.

Dessa resonemang återkom när förslaget att åter införa en stadigvarande ersättning för unga, denna gång en möjlighet för personer under 30 år att få rätt till hel sjukersättning, diskuterades. Under remissbehandlingen framfördes att det är viktigt att unga inte ”fastnar” i sjukersättning i stället för att ta tillvara en arbetsförmåga.[10] Regeringens avsikt med införandet av hel sjukersättning från 19 år är att

[8] Prop. 2007/08:136.
[9] Prop. 2000/01:96, s. 71.
[10] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 52.

det alltid kommer att finnas en liten grupp unga som har så omfattande funktionsnedsättningar att det är osannolikt att de någonsin kommer kunna arbeta. Regeländringen syftade till att öka tryggheten för denna förhållandevis lilla grupp personer samtidigt som renodlingen av aktivitetsersättningen i och med detta skulle öka så att det blir tydligare vilka som är i behov av aktiva insatser.

5.1.3 EU-rätten och Sveriges internationella åtaganden

För att en person ska ha rätt till en förmån enligt socialförsäkringsbalken krävs att svensk lagstiftning är tillämplig samt att personen är försäkrad i Sverige, omfattas av det svenska socialförsäkringsskyddet och uppfyller de särskilda förmånsvillkoren. Dessutom måste hänsyn tas till olika internationella och nationella regelverk som också kan medföra en begränsning i tillämpligheten av den svenska lagstiftningen. En avvikelse från en bestämmelse i socialförsäkringsbalken kräver i princip att det finns ett gränsöverskridande inslag i ärendet. Med det menas exempelvis att den enskilde bor och arbetar i olika länder eller har förmåner från ett annat land. Avvikelsen kan exempelvis gälla vem som är försäkrad, beräkning av förmåner och utbetalningar vid utlandsvistelse.[11]

Socialförsäkringen i Sverige är uppdelad i tre delar; en bosättningsbaserad del, en arbetsbaserad del och en övrig del.[12] Det finns sedan lång tid tillbaka inget krav på svenskt medborgarskap som grund för tillhörighet till försäkringarna. Det är en följd av en ”allmänt accepterad internationell målsättning”, som också manifesteras i många internationella konventioner”[13] och dessutom anses ett sådan krav omöjligt att upprätthålla inom ramen för EU:s regelsystem.

EU-rätten, tidigare EG-rätten, är bindande för svenska domstolar och svenska myndigheter, inklusive Försäkringskassan. Förordningar från EU är bindande rättsakter som alla EU-länder ska tillämpa i sin helhet. De är alltså överordnade nationell rätt vid eventuella konfliktsituationer. På det socialförsäkringsrättsliga området är EU-rätten i princip enbart uppbyggd kring processuella lagvalsregler, vilka syftar till att öka en persons möjligheter att använda sin rätt till fri rörlighet

[11] Hessmark m.fl., Socialförsäkringsbalken – en kommentar, avd. A–C, s. 94.
[12] 3 kap. 1 § SFB.
[13] Prop. 1998/99:119 s. 81 f.

över nationsgränserna samt rätten för en EU-medborgare att bosätta sig varsomhelst i unionen.

EU-domstolens praxis är central och ska följas av Försäkringskassan. EU-domstolens tolkning av rättsreglerna kan ofta betyda ganska stora förändringar i de nationella myndigheternas sätt att tillämpa nationell lag. De klargöranden om rättstillämpning och rättstolkning som görs ska i princip tillämpas av Försäkringskassan omedelbart – någon implementeringsperiod e.d. finns inte.

Inom EU finns regler som syftar till att samordna medlemsstaternas trygghetssystem för personer som rör sig inom unionen. Mycket få av EU-rättens socialförsäkringsregler innehåller materiella regler om t.ex. omfattningen av en försäkringsförmån. De viktigaste förordningarna är Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 492/2011 av den 5 april 2011 om arbetskraftens fria rörlighet inom unionen och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Den senare kompletteras av förordning 987/2009, som lägger fast de processuella reglerna för samordningen av medlemsstaternas sociala trygghetssystem. Bestämmelserna syftar till att förverkliga den fria rörligheten inom EU och till att samordna, men inte harmonisera, medlemsstaternas socialförsäkringslagstiftningar. Regleringen bygger på ett antal grundprinciper, bl.a. på att endast en medlemsstats lagstiftning ska vara tillämplig, på likabehandling och på att utbetalning av förmåner inte får hindras eller minskas på grund av att förmånstagaren eller familjen bor i en annan medlemsstat.

Fortfarande är det en stor del av den rättspraxis som finns som har tillkommit med utgångspunkt i de tidigare förordningarna; (EEG) nr 1612/68 (om arbetskraftens fria rörlighet) och (EEG) nr 1408/71 (om samordning av medlemsstaternas socialförsäkringssystem).

Inom EU används ofta begreppet ”social security” eller social trygghet. Exakt vad som utgör social trygghet, social försäkring, socialt bistånd eller social hjälp är svårt att definiera, inte bara i Sverige utan också i de flesta andra medlemsstater. EU-domstolen (f.d. EG-domstolen, inte att förväxla med Europadomstolen till skydd för grundläggande mänskliga fri- och rättigheter) har också haft en del att säga i dessa frågor. Ofta används begreppet social trygghet som synonymt med sociala försäkringar, särskilt i den svenska debatten, men det är riktigare att säga att social trygghet är ett vidare begrepp och omfattar

sociala försäkringar likaväl som pension och t.ex. socialt bistånd enligt socialtjänstlagen.

Den uppehållsrätt som följer av EU-medborgarskapet och som manifesteras i det s.k. rörlighetsdirektivet ger i sig inte rätt till sociala förmåner. För att kvalificera sig för rätt till sociala förmåner enligt socialförsäkringsbalken krävs att den enskilde är bosatt i Sverige och/eller har arbetat här.

När socialförsäkringen diskuteras utifrån ett internationellt perspektiv används i Sverige ibland begreppet social trygghet (social security) som mer eller mindre synonymt med socialförsäkring. I olika internationella överenskommelser om minimistandard och samordning är det också vad som förekommer under det begreppet som bäst stämmer överens med det som har brukat räknas som socialförsäkring. Social trygghet uppfattas emellertid i allmänhet som ett något vidare begrepp än socialförsäkring.

Vid tillämpning av europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen hänförs sjukersättning och aktivitetsersättning till kategorin ”disability insurance” eller ”förmåner vid invaliditet”.[14] Det vore dock något missvisande att i den inhemska diskussionen tala om invaliditetsförmåner då tanken närmast leder till förmåner som bestäms efter en medicinsk invaliditet. Sjukersättning och aktivitetsersättning, liksom tidigare förtidspension, bygger i huvudsak på ett ekonomiskt invaliditetsbegrepp. Det är således i första hand de försörjningsekonomiska konsekvenserna av det medicinska tillståndet som ersättningen är inriktad på att kompensera.[15]

Om en person har arbetat eller bott i minst två medlemsländer kan han eller hon få sin sjukersättning eller aktivitetsersättning beräknad med hänsyn till bestämmelserna i förordning 883/2004. I och med att förordning 883/2004 går före de svenska bestämmelserna krävs att tillämparen, i första hand Försäkringskassan, är uppmärksam på att en bestämmelse i förordningen kan påverka tillämpligheten av socialförsäkringsbalken. En person som omfattas av förordning 883/2004 kan t.ex. ha rätt till bosättningsbaserade förmåner från Sverige, även om han eller hon inte bor i Sverige. Inkomstrelaterad

[14] Sveriges lagstiftningsförteckning enligt artikel 9 i förordning 883/2004.
[15] Se Hessmark m.fl., Socialförsäkringsbalken – en kommentar.

sjukersättning och aktivitetsersättning ska minskas med invaliditetsförmåner som betalas ut från andra länder.[16]

Utöver EU-rätten kan även andra internationella konventioner, avtal om social trygghet och åtaganden komma att få betydelse. År 2006 antogs exempelvis konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning av FN:s generalförsamling. Konventionen tar upp de åtgärder som är nödvändiga för att säkra rättigheterna för människor med funktionsnedsättning. Sverige undertecknade konventionen 2007 och ratificerade den året efter. Konventionen är vägledande i strategin för att genomföra funktionshinderspolitiken. Hela den offentliga sektorn ska arbeta med konventionen som grund.

Ett annat exempel är den nordiska konventionen om social trygghet, som är ett multilateralt avtal mellan Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige. Den är införlivad med svensk rätt i lagen (2013:134) om nordisk konvention om social trygghet. Av artikel 8 framgår att en person är berättigad till grundpension som han eller hon har förvärvat rätt till i ett nordiskt land, på samma villkor som gäller enligt förordning 883/2004 eller som följer av denna konvention.

5.2 Gällande regelverk

5.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till sjukersättning

En försäkrad kan få ett beslut om sjukersättning antingen genom att han eller hon ansöker om det eller genom att Försäkringskassan byter ut den försäkrades sjukpenning, rehabiliteringspenning, livränta eller ersättning för sjukhusvård enligt socialförsäkringsbalken till sjukersättning. Ett utbyte bör göras när den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel och alla rehabiliteringsmöjligheter bedöms vara uttömda.[17]

För att en försäkrad ska beviljas sjukersättning krävs att flera förutsättningar är uppfyllda. Den enskilde måste som ett första kriterium vara försäkrad för sjukersättning. Bedömningen av denna omständighet styrs av socialförsäkringsbalken och internationella regelverk som Sverige har antagit tillsammans med andra länder. Bestämmelser om när en person är försäkrad för sjukersättning genom bosättning eller arbete finns i socialförsäkringsbalken. I förordning 883/2004 och i

[16] 34 kap. 14 § SFB.
[17] 33 kap. 5 och 6 §§ SFB, 36 kap. 25 § och prop. 2007/08:136, s. 88–89.

internationella avtal om social trygghet finns bestämmelser om tillämplig lagstiftning om det är svensk lagstiftning som ska gälla när rätten till förmånen bedöms. Kravet på att endast den som är försäkrad vid tidpunkten för försäkringsfallet ska kunna beviljas sjukersättning, medför att personer som är arbetsoförmögna på grund av sjukdom eller funktionshinder redan när de bosätter sig i Sverige inte har rätt till sjukersättning i form av garantiersättning som är en bosättningsbaserad förmån.[18] Detta innebär att en försäkrad inte kan beviljas sjukersättning i form av garantiersättning trots att han eller hon i övrigt uppfyller villkoren för rätt till sjukersättning. Undantaget från kravet om att vara försäkrad vid tidpunkten för försäkringsfallet för rätt till den bosättningsbaserade garantiersättningen, gäller dock enligt 33 kap. 5 § SFB för den vars försäkringsfall inträffat före ingången av det år han eller hon fyllde 18 år. Med detta avses att personen är boende i Sverige. För att kunna få inkomstrelaterad sjukersättning krävs att han eller hon har arbetat i Sverige. För att en person ska ha rätt till inkomstrelaterad sjukersättning ska han eller hon vara försäkrad för en sådan arbetsbaserad förmån både vid den tidpunkt då försäkringsfallet inträffar och från och med den tid då ersättningen ska betalas ut.[19]

De materiella förutsättningarna innebär att den försäkrades arbetsförmåga i förvärvsarbete ska vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Vidare måste ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering bedömas inte kunna medföra att arbetsförmågan kan förbättras.

Sjukersättning beviljas tills vidare och vid ansökan kan ersättningen beviljas högst tre månader tillbaka från månaden för ansökningstillfället. Sjukersättning utges tidigast från och med den månad då den försäkrade fyller 19 år. Ersättning från 19 års ålder utges alltid som hel sjukersättning och partiell ersättning är i denna situation inte möjlig.[20]

Sjukersättning lämnas längst till månaden före den försäkrades 65-årsdag.[21] Ålderspension i form av garantipension kan enligt nuvarande regelverk tidigas tas ut från 65 års ålder.

[18] Se prop. 2000/01:96 s. 79.
[19] 33 kap. 5 § och 34 kap. 2 § SFB jämfört med 6 kap. 6 § SFB.
[20] 33 kap. 16 § SFB.
[21] 33 kap. 15–16 §§ SFB.

En medicinskt renodlad försäkring

En förutsättning för att en försäkrad ska ha rätt till sjukersättning är att han eller hon har nedsatt arbetsförmåga och att denna endast beror på sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Det finns enligt gällande regelverk inte möjlighet att ta hänsyn till andra, individuella faktorer vid denna bedömning. Av förarbetena framgår att man med detta menar att ersättning från sjukförsäkringen, däribland sjukersättning, enbart ska komma i fråga när arbetsförmågan är nedsatt av medicinska orsaker. Vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning ska därför hänsyn inte tas till den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. Situationen på arbetsmarknaden får inte heller vägas in i bedömningen av rätten till sjukersättning.[22] Till skillnad från bestämmelserna om bedömningen av rätt till sjukpenning, där det anges i lag[23] att hänsyn inte får tas till andra omständigheter än rent medicinska, framgår detta avseende sjukersättningen endast av förarbetsuttalanden.

En grundläggande förutsättning för rätt till sjukersättning är således att den försäkrade har en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. De medicinska faktorer som sätter ned arbetsförmågan kan alltså vara en kroppslig eller psykisk sjukdom, ett följdtillstånd efter sjukdom eller en medfödd eller förvärvad funktionsnedsättning.

Begreppet sjukdom saknar legaldefinition. Det normativa riktmärke i förarbetsuttalandena om att Försäkringskassan vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden avgränsar möjligen sjukdomsbegreppet något, men definierar det inte. I motiven till regleringen av sjukförsäkringen har dock uttalats att begreppet omfattar det som betecknas som sjukdomar enligt både vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning. Därmed avsågs varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen. Fysiologiska problem som grundas på t.ex. normalt åldrande eller graviditet ska således inte beaktas som sjukdomar, samtidigt som åkommor som grundar sig i yttre påverkan exempelvis genom virus, bakterier eller olyckor omfattas av

[22] Prop. 2007/08 :136, s. 67 och 88.
[23] 27 kap. 3 § SFB.

begreppet. Även om uttalandet fortfarande anses vara vägledande för vad som avses med sjukdom har begreppet kommit att successivt utvidgas.[24]

Sjukdomsbegreppet inom ramen för sjuk- och aktivitetsersättningen ska, liksom när det gäller sjukpenning, ses som ett medicinskt begrepp. Vissa skillnader finns emellertid. I 33 kap. 5 § SFB anges att det för rätt till sjukersättning ska vara fråga om ”sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan”. Av förarbeten gällande sjukersättning och aktivitetsersättning framgår att den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdtillstånd efter sjukdom. Den kan även vara en medfödd funktionsnedsättning.[25]

I förarbetena till införandet av sjukersättning i stället för förtidspension uttalades att det möjligen kan ses som naturligt att ha ett gemensamt socialförsäkringsrättsligt sjukdomsbegrepp för både sjukpenning och sjukersättning. Men det skulle innebära en förändring av det begrepp som tidigare användes vid beviljande av sjukbidrag/förtidspension.[26] Rekvisiten föreslogs därför bli kvar oförändrade.[27] Någon ändring av rättsläget vad gäller de medicinska kvalifikationskraven var inte avsedd. Därmed behölls skrivningen om sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, en skrivning som ursprungligen härstammar från Socialförsäkringskommittén.[28] De ville ha en lagteknisk skrivning som kunde inkludera fler än de personer som drabbats av mer eller mindre akut sjukdom. Den utredningen ansåg att nedsatt arbetsförmåga till följd av ”sjukdom, psykisk efterblivenhet, vanförhet eller annat lyte” skulle kunna ge rätt till förtidspension. Utgångspunkten i Socialförsäkringskommitténs förslag var den som fortfarande gäller; invaliditetsbedömningen skulle inriktas på den försäkrade och hennes eller hans medicinska status.[29] Sjukdomsbegreppet inom sjukersättningen kan således anses vidare än när det gäller rätt till sjukpenning (och motsvarar det som gäller för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall). Skrivningen om nedsättning av ”prestationsförmågan” gör att distinktionen mellan rekvisiten sjukdom eller annan nedsätt-

[24] Se t.ex. RÅ 2009 ref. 102.
[25] Prop. 2007/08:124, s 40.
[26] Ds 2000:39 s. 109.
[27] Prop. 2000/01:96, s. 179.
[28] SOU 1961:29
[29] SOU 1961:29 s. 68.

ning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan å ena sidan och arbetsförmågebegreppet å andra inte klart går att skilja från varandra.[30]

Närliggande sjukdomsbegreppet är begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder. Efter att sjukersättning infördes som förmån den 1 januari 2003 har Socialstyrelsen ändrat definitionen och användningen av begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning. Ett av motiven var att det rådde en begreppsförvirring kring funktionshinder och funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning definieras som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning uppstår till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana skador, tillstånd eller sjukdomar kan vara av bestående eller övergående natur.

Funktionshinder definieras som en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Funktionshinder uppstår när en person med en funktionsnedsättning möter bristande tillgänglighet eller andra former av barriärer i den omgivande miljön. Denna miljörelaterade syn på funktionshinder har integrerats i svensk lagstiftning.[31] Trots definitionen finns begreppet ”funktionshindrad” med i socialförsäkringens 33 kap. som en egenskap hos den försäkrade (se t.ex. ”funktionshindrade som går i skolan”, 33 kap. 8 § SFB).

Tidigare användes termen ”handikapp”, som en beskrivning av förhållandet mellan en individ och omgivningen. Begreppet avråds som synonym till såväl funktionsnedsättning som funktionshinder. Begreppet handikapp förekommer i vissa sammansatta ord som till exempel handikappforskning. Enligt Socialstyrelsen innebär den förändrade terminologin att det inte är logiskt att prata om personer med funktionshinder. Den främsta anledningen är att uttrycket indikerar att funktionshindret är en individuell egenskap eller ett tillstånd. En person har inte ett funktionshinder utan hindret uppstår i förhållande till omgivningen. Frasen ”personer med funktionsnedsättning” bör användas vid avgränsning och benämning av personer eller grupper.[32]

[30] Jfr Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 207–208.
[31] Prop. 1992/93:159, s. 53.
[32] Försäkringskassan, vägledning 2013:2, version 9, s. 21–22.

En individuell prövning – den försäkrades befintliga skick

En grundläggande princip inom sjukförsäkringen är den individuella prövningen och att den försäkrade är försäkrad i ”befintligt skick”. Den som har förlorat sin arbetsförmåga – eller aldrig haft någon – ska få ersättning från socialförsäkringen. Bedömningen ska baseras på den enskildes faktiska förmåga – dennes befintliga skick.

En och samma sjukdom och diagnos kan påverka olika personer på olika sätt. Detta får också till följd att det inte är tillräckligt att konstatera att en försäkrad har en viss sjukdom eller funktionsnedsättning; det är avgörande för bedömningen att konsekvenserna av sjukdomen för just den individen finns beskrivna. Inte heller är det möjligt att utifrån enbart exempelvis en fastställd diagnos göra generella antaganden om huruvida, till vilken grad och på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt, utan en individuell prövning av den försäkrades arbetsförmåga måste göras. Grundläggande för arbetsförmågebedömningen är att en och samma sjukdom av olika orsaker sätter ned olika individers arbetsförmåga olika mycket.

Det kan tyckas finnas en viss motsättning i det att bedömningen ska utgå från individen, samtidigt som ingen hänsyn får tas till faktorer utöver de rent medicinska. Men trots att den tidigare undantagsregeln, enligt vilken vissa hänsyn kunde tas till exempelvis ålder eller utbildningsnivå, är borttagen innebär den relativa arbetsförmågan att hänsyn ändå måste tas till hur sjukdom och arbetsförhållanden påverkar individen.

Arbetsförmåga och arbetsmarknad

För rätt till sjukersättning krävs att den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. De faktorer som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga ska, som nämnts ovan, uteslutande vara av medicinsk art. Den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter ska inte och får inte beaktas.

Arbetsförmåga är ett relativt, svårdefinierat begrepp. Någon definition ges inte heller i vare sig lag eller förarbeten, där det i stället beskrivs vad det inte är.

> Arbetsförmåga är inte något statiskt, objektivt påvisbart tillstånd, arbetsförmågan måste bedömas i förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter.[33]

Begreppet tillämpas av vitt skilda aktörer, såsom den försäkrade själv, arbetsgivare, behandlande läkare och Försäkringskassan. De olika aktörerna har skilda utgångspunkter och tolkningarna av begreppet blir därför också skiftande. Det torde inte framstå som förvånande för någon att dessa olika utgångspunkter och skilda perspektiv på definitioner leder till problem i tillämpningen. Detta är emellertid inte något som diskuteras i motiven till regleringen. I förarbetena anges arbetsförmåga vara den försäkrades möjlighet att trots sjukdom ha förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Utgångspunkten för nuvarande lagstiftning är enligt förarbetena att

> så många människor som möjligt ska ges förutsättningar att försörja sig själva genom förvärvsarbete. Sjukersättning ska därför i fortsättningen endast komma ifråga om den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt. Det måste således röra sig om kroniska sjukdomar och irreversibla skador där ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras.[34]

Med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom och på vilket sätt den sätter ned funktionsförmågan, ska Försäkringskassan i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.[35] Det är uttalat att bedömningen av arbetsförmågan ska göras på samma grunder oavsett orsaken till den nedsatta prestationsförmågan.

Den försäkrades arbetsförmåga måste således ställas i relation till ett visst arbete, vissa arbetsuppgifter eller en viss arbetsmarknad. Det är förmågan att utföra något arbete som finns på den relevanta arbetsmarknaden som ska bedömas för rätt till den sökta ersättningen och bedömningen ska göras generellt utifrån den försäkrades förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete. Inom såväl socialförsäkringen generellt som i sjukförsäkringen specifikt förekommer olika arbetsmarknadsbegrepp. De olika begreppen markerar skillnader i bedömningen av arbetsförmågan, eftersom de anses omfatta olika stora delar av arbetsmarknaden, men de påverkar inte hur prövningen i övrigt ska

[33] Prop. 1996/07:28, s. 14.
[34] Prop. 2007/08:36, s. 88.
[35] 33 kap. 10 § SFB.

gå till. När det gäller exempelvis sjukpenning ska prövningen göras mot förvärvsarbeten som är ”normalt förekommande” på arbetsmarknaden,[36] medan arbetsmarknadsbegreppet inom sjukersättningen, liksom aktivitetsersättning, alltså utgörs av ”förvärvsarbete” på arbetsmarknaden. Detta brukar beskrivas som att den försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot hela arbetsmarknaden vid en prövning av rätt till sjukersättning. Denna arbetsmarknad inkluderar normalt förekommande arbeten enligt skrivningarna i 27 kap. 48 § SFB men också i viss utsträckning anpassade arbeten samt olika typer av subventionerade anställningar, såsom anställningar med lönebidrag, arbeten på Samhall eller andra skyddade eller särskilt anpassade arbeten. Dessa former av förvärvsarbeten, regleringar kring dessa och vad som krävs för att en försäkrad faktiskt ska kunna få exempelvis ett skyddat arbete, diskuteras närmre i avsnitt 8.1. Även med beaktande av olika typer av stöd är det viktigt att betona att det ska vara fråga om förvärvsarbete; verksamheter som erbjuds personer som har en funktionsnedsättning och som har ett rehabiliterande eller livskvalitetshöjande syfte omfattas inte av begreppet förvärvsarbeten på arbetsmarknaden. Det gäller exempelvis insatser i form av daglig verksamhet enligt LSS eller sysselsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Det krävs inte att ett förvärvsarbete, även anpassat eller skyddat arbete, finns tillgängligt för den försäkrade – bedömningen är i den meningen hypotetisk även om bedömningen ska ske med en verklig arbetsmarknad i åtanke.[37] Till skillnad från förutsättningarna för rätt till sjukpenning – där det är möjligt för Försäkringskassan att betala ut sjukpenning till dess att den försäkrade får ett reellt erbjudande om en anställning med lönebidrag – beviljas sjukersättning inte om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett förvärvsarbete, även om det inte finns någon reell möjlighet för den försäkrade att få ett särskilt anpassat arbete. Något egentligt arbetsmarknadsbegrepp – såsom sjukpenningens ”normalt förekommande arbete” – förekommer inte här.

Att kunna försörja sig genom förvärvsarbete innebär att klara att arbeta som mest heltid och få en lön i enlighet med kollektivavtal eller annars gängse lönesättning inom det arbetet eller yrkesområ-

[36] 27 kap. 48 § SFB.
[37] HFD 2019 ref. 48.

det.[38] Vilken arbetstid den försäkrade haft tidigare påverkar därmed inte bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan kan anses vara nedsatt. Kravet på försörjning innebär också att det krävs att den fastställda arbetsförmågan utgör en förmåga som efterfrågas i det faktiska arbetslivet och uppgår till sådan omfattning att den försäkringen faktiskt kan försörja sig utifrån den.[39] Omständigheten att den försäkrade kan delta i exempelvis daglig verksamhet kan inte jämställas med en arbetsförmåga i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Den försäkrade kan inte anses ha en arbetsförmåga bara för att han eller hon klarar av att utföra vissa begränsade arbetsuppgifter som förekommer i förvärvsarbeten.[40]

Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av arbete med skötsel av hemmet. Hänsyn till hemarbete tas framför allt för den som inte alls eller endast till viss del har yrkesarbetat tidigare, medan hemarbete av den som tidigare yrkesarbetat på heltid som huvudregel inte ska ingå i bedömningen.[41]

Vid bedömningen av nedsatt arbetsförmåga i relation till förutsättningarna för sjukersättning är även relationen till tid av vikt. Det handlar framför allt om att nedsättningen av arbetsförmågan inte får vara tillfällig eller kortvarig, utan bedömningen handlar framför allt om huruvida nedsättningen är tillräcklig även med ett framtida perspektiv – dvs. om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt. Detta varaktighetskrav berörs i nästa avsnitt.

Stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan

Rätten till sjukersättning förutsätter förutom nedsatt arbetsförmåga i förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden också att arbetsförmågan är *stadigvarande* nedsatt. Tidigare kunde tidsbegränsad sjukersättning beviljas men den möjligheten finns sedan år 2008 inte längre. Det nuvarande varaktighetsbegreppet innebär att arbetsförmågan ska bedömas vara nedsatt under en tidsrymd som i förarbetena beskrivs som ”för all överskådlig framtid”. Något närmare uttalande om vad detta kan anses motsvara i faktisk tid finns inte. Det ska enligt förarbetena röra sig om kroniska sjukdomar och irreversibla skador där

[38] 33 kap. 11 § SFB och prop. 1996/97:28, s. 23.
[39] Jfr även här HFD 2019 ref. 48 om kravet på ekonomiskt värde för en arbetsgivare.
[40] Jfr HFD 2019 ref. 48 och Försäkringskassan Domsnytt 2019:27.
[41] Se även RÅ 1997 ref. 3.

ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras. Bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt eller om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga ska utgå från den kunskap som är tillgänglig vid prövningstillfället. Det kan dock inte rimligen vägas in att det i framtiden skulle kunna komma fram behandlingsmetoder eller arbetshjälpmedel som gör att arbetsförmåga då kan återvinnas.[42]

Nedsättningen av arbetsförmågan ska således förväntas kvarstå under all överskådlig framtid. Det finns däremot varken i lagtext eller i förarbeten stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern.43 Det ska göras en uppföljning av den försäkrades arbetsförmågan vart tredje år. Detta ska göras fram till att den försäkrade har fyllt 60 år. Då behövs det inte längre göras någon uppföljning.[44]

Den tidigare ersättningen förtidspension baserades på en invaliditetsgrund. Ett särskilt villkor för rätt till förtidspension var att nedsättningen av arbetsförmågan var varaktig. Detta varaktighetskrav omfattade inte bara de medicinska faktorerna utan även de arbetsmarknadsmässiga och sociala förhållandena. Kravet på varaktighet innebar inte att nedsättningen nödvändigtvis måste vara att anse som livsvarig. Villkoret betraktades som uppfyllt om det kunde antas att invaliditeten skulle bestå åtskilliga år framåt i tiden. Om nedsättningen av förvärvsförmågan inte kunde anses varaktig kunde sjukbidrag beviljas i stället för förtidspension. En förutsättning för detta var att nedsättningen kunde antas bestå under ”avsevärd tid”, vilket avsåg en tidsrymd som inte understeg ett år.[45]

Villkoret ”varaktig” nedsättning kunde således anses vara uppfyllt om det kunde antas att invaliditeten skulle bestå åtskilliga år framåt i tiden, medan ”avsevärd tid” utgjordes av en tidsrymd om minst ett år. För nu gällande bestämmelser om rätt till sjukersättning gäller kriteriet att nedsättningen av arbetsförmågan ska förväntas kvarstå under ”all överskådlig framtid”. Hur långt framåt i tiden detta begrepp ska anses innebära i faktiskt antal år eller motsvarande diskuteras inte i förarbetena och har inte närmare klarlagts i rättspraxis. I rättsfallet

[42] Prop. 2007/08:136, s. 88 och 103.
[43] HFD 2011 ref. 63 I.
[44] 33 kap. 17 § SFB.
[45] Se prop. 2000/01:96, s. 180 och SOU 1989:101, s. 114.

HFD 2011 ref. 63 III argumenterade klaganden för att all överskådlig framtid inte kunde anses utgöra en längre tidsrymd än tre år – den tidpunkt då arbetsförmågan vid beviljad sjukersättning åter ska utredas. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade sig inte i denna fråga utöver att slå fast att kravet inte innebär att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. I motiven till nuvarande bestämmelser understryks att kraven skärps så att sjukersättning endast ska kunna beviljas i de fall rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Det är emellertid inte lika klart om begreppet ”stadigvarande” nedsättning avsågs utgöra en skärpning i jämförelse med tolkningen av det tidigare begreppet, eller om skärpningen av kraven endast syftar till uttömmandet av rehabiliteringsåtgärder.[46]

Rehabiliteringsmöjligheterna ska bedömas vara uttömda

Utöver att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt krävs slutligen också att medicinska eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsmöjligheter bedöms vara uttömda, och att den försäkrade därmed saknar förutsättningar för att återfå någon arbetsförmåga.[47] Däremot finns inte något krav på att sådana rehabiliteringsåtgärder ska ha utförts i praktiken. Det är också rehabiliteringsåtgärder som kan antas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmåga som ska beaktas. Andra åtgärder av mer habiliterande art med syfte att t.ex. uppehålla livskvaliteteten, ska inte beaktas i detta hänseende. Kravet på att den försäkrade ska genomgå en rehabiliteringsåtgärd för att ha rätt till sjukersättning gäller endast om åtgärden bedöms kunna medföra att arbetsförmågan kan förbättras. Denna förbättring av arbetsförmågan kan dock ligga längre fram i tiden och behöver inte vara omedelbar. Också i de fall då rehabiliteringsåtgärder kan antas leda till förbättrad arbetsförmåga efter att den försäkrade fyllt 65 år, och alltså inte längre kan ha sjukersättning, utgör dessa ett hinder för att sjukersättning ska kunna beviljas.[48]

Emellanåt används begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga av Försäkringskassan och i domstolarna såsom innefattande bedömningen att rehabiliteringsmöjligheter som kan ge arbetsförmåga åter

[46] Se Hessmark m.fl. avseende uttalanden i prop. 2007/08:136, s. 103.
[47] 33 kap. 6 § SFB. Se även HFD 2011 ref. 63 I–III.
[48] Se HFD 2019 ref. 69.

ska vara uttömda. I förarbetena anges också att stadigvarande nedsatt arbetsförmåga innebär en nedsättning under all överskådlig framtid och att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda. Av lagtexten i 33 kap. 6 § SFB framgår emellertid att dessa bedömningar är skilda från varandra och ska göras i två moment. Högsta förvaltningsdomstolen har också delat upp bedömningarna i dessa frågor och först tagit ställning till om arbetsförmågan varit stadigvarande nedsatt och först därefter huruvida ytterligare medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna medföra att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.[49] En sådan uppdelning möjliggör även en prövning utifrån olika beviskrav i de olika delarna. Det framgår inte uttryckligen av domarna från Högsta förvaltningsdomstolen om en sådan uppdelning är avsedd. I vissa äldre kammarrättsavgöranden anges uttryckligen att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i två moment.[50] Det första rör frågan om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt och det andra om någon arbetsförmåga kan bedömas återfås genom medicinsk behandling eller rehabilitering.

I praktiken torde distinktionen emellertid ha en begränsad betydelse då det är bedömningen av förhållandena i sak som är avgörande för den försäkrades rätt till sjukersättning. Domstolens uppdelning av bedömningen möjliggör visserligen att det skulle kunna sättas olika beviskrav för de olika momenten i bedömningen.[51] Högsta förvaltningsdomstolen har dock inte uttalat att det skulle finnas en sådan uppdelning med olika beviskrav i respektive led.

Bevisfrågor diskuteras närmre i avsnitt 7.8.

Olika nivåer av sjukersättning

Fyra olika nivåer av sjukersättning kan beviljas med hänsyn till arbetsförmågans nedsättning – hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning.[52] För den som är mellan 19–29 år kan dock endast hel sjukersättning beviljas.[53] Ersättningen kan beviljas som inkomstrelaterad ersättning eller garantiersättning. Till skillnad från vad som gäller vid sjukpenning ersätts den försäkrade inte utifrån sjukpenning-

[49] Se HFD 2013 ref. 60.
[50] Se t.ex. Kammarrätten i Jönköpings dom den 15 juni 2011 i mål nr 3684-10.
[51] Jfr Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 93.
[52] 33 kap. 9 § SFB.
[53] 33 kap. 16 § SFB.

grundad inkomst – SGI – utan inkomstunderlaget vid inkomstrelaterad ersättning baseras i stället på antagandeinkomst.[54]

Hel sjukersättning lämnas när den försäkrades arbetsförmåga är helt eller i det närmaste helt nedsatt. Det måste röra sig om en betydande funktionsnedsättning för att den försäkrade ska bedömas helt sakna arbetsförmåga.[55] Uttrycket ”helt eller i det närmaste helt nedsatt” menar att uttrycka samma nedre gräns i fråga om graden av nedsättning som det mer teoretiska ”sju åttondelar”.[56] Även om det i ett enskilt fall anses möjligt att fastställa att en individ har en återstående arbetsförmåga av mycket liten omfattning måste då också tas hänsyn till vilka de reella möjligheterna är att utföra förvärvsarbete med användande av en sådan marginell arbetsförmåga.[57] Det finns möjlighet för en försäkrad som har beviljats hel sjukersättning att använda en liten återstående arbetsförmåga i exempelvis ideellt eller politiskt arbete eller annat deltagande i samhällslivet utan att rätten till ersättning ifrågasätts. I förarbetena uttrycks att det formella kravet på hel nedsättning kunde därmed innebära att individen avstår från sådan önskvärd aktivitet.[58]

Förutsättningarna för rätt till hel sjukpenning respektive hel sjukersättning skiljer sig åt. Till skillnad från vad som gäller vid bedömningen av rätt till hel sjukpenning (se avsnitt 5.2.3) där det krävs att den försäkrade *helt* saknar arbetsförmåga räcker det för rätt till hel sjukersättning att arbetsförmågan är i *det närmaste* helt nedsatt.[59] Det innebär att den som har tre fjärdedels sjukpenning i vissa fall kan beviljas hel sjukersättning.

Av motivuttalanden i anslutning till att den äldre motsvarigheten en fjärdedels förtidspension infördes framgår att möjligheten till en fjärdedels förtidspension borde tillämpas med restriktivitet. För att en så – relativt sett – liten nedsättning av arbetsförmågan som en fjärdedel ska kunna konstateras föreligga ställs höga krav på att det finns ett klart samband mellan de medicinska faktorerna och nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga.[60]

[54] 34–35 kap. SFB.
[55] Prop. 2007/08:136, s. 67.
[56] Prop. 1997/98:111, s. 69.
[57] Prop. 1997/98:111, s. 48.
[58] Prop. 1997/98:111, s. 69.
[59] 33 kap. 9 § SFB jämfört med 27 kap. 45 § SFB.
[60] Prop. 1992/93:31, s. 65 och 83, jfr även HFD 2011 ref. 63 I–III.

5.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen

Högsta förvaltningsdomstolen har i ett antal fall prövat och klargjort bl.a. förutsättningarna för att beviljas sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008, vad som avses med begrepp som stadigvarande nedsatt, vilka återstående rehabiliteringsåtgärder som ska beaktas och vilka krav som ställs upp för att den försäkrade ska anses ha arbetsförmåga i förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Nedan redogörs för de mest relevanta avgörandena sedan förändringarna i reglerna fr.o.m. juli 2008.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2011 ref. 63 I–III – om förutsättningarna för sjukersättning och innebörden av begreppet ”stadigvarande nedsatt”

I tre domar meddelade den 19 oktober 2011 klargjorde Högsta förvaltningsdomstolen bland annat vad begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga ska anses innebära samt andra förutsättningar vid bedömningen av rätt till sjukersättning. Målen avsåg tillämpning av bestämmelser i den upphävda lagen om allmän försäkring (1962:381), AFL, men med motsvarande bestämmelser i nuvarande socialförsäkringsbalkens 33 kap.

HFD redogjorde för att två frågor ska besvaras vid bedömningen, där den första avser huruvida den försäkrades arbetsförmåga kan anses vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. Om så visar sig vara fallet ska, för att sjukersättning ska kunna beviljas, också ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering bedömas inte kunna medföra att arbetsförmågan kan förbättras. Det krävs däremot inte att några rehabiliteringsåtgärder faktiskt har vidtagits.

Vidare konstaterade HFD att begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga enligt motivuttalanden ska tolkas så att nedsättningen förväntas kvarstå under all överskådlig framtid. Det finns däremot, konstaterade HFD, varken i lagtext eller motiv stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. HFD poängterade i sammanhanget också att den försäkrades arbetsförmåga ska utredas på nytt minst vart tredje år.

I det första avgörandet (mål nr 4686-10) rörde bedömningen i sak en person som primärt haft sjukdomen Sjögrens syndrom sedan ett antal år tillbaka. Hon uppvisade symtom i form av bl.a. en mycket

uttalad permanent trötthet, periodvis ledvärk i fingrarna och hade lätt att få feber av fysisk ansträngning. Hon var anställd inom Samhall och hade där ett kontorsarbete. Hon hade arbetat heltid under flera års tid, därefter varit sjukskriven med 25 procent en period och sedan åter arbetat heltid. Vid tidpunkten för ansökan om sjukersättning var hon åter sjukskriven med 25 procent sedan ca fem månader tillbaka. Hon hade enligt uppgift haft mycket korttidsfrånvaro när hon arbetat heltid och hade haft möjlighet att gå ifrån och sova under arbetsdagen. Den medicinska utredningen bestod huvudsakligen av två läkarutlåtanden i vilka det intygades att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt med 50 procent livslångt, respektive med 25 procent. Högsta förvaltningsdomstolen fann att oavsett vilka bevekelsegrunder den försäkrade må ha haft för att återgå till heltidsarbete under den senare perioden kunde hennes arbetsförmåga inte anses ha varit stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel fr.o.m. den ansökta tidpunkten.

I det andra avgörandet (mål nr 7299-10) var det fråga om en person med en medfödd funktionsnedsättning som ända sedan barndomen varit föremål för insatser i syfte att höja hans funktionsförmåga. Han hade sedan han gick ut särskolegymnasium haft daglig verksamhet i kombination med sjukbidrag respektive aktivitetsersättning. Han hade aldrig förvärvsarbetat. Under tiden med aktivitetsersättning hade han inte nått dithän att ett skyddat arbete hade varit aktuellt. Enligt det läkarutlåtande som fanns i målet hade den försäkrade aldrig haft någon arbetsförmåga och den bedömdes heller inte komma att utvecklas på något vis. Försäkringskassan hade inte presenterat någon utredning i målet som tydde på motsatsen. Eftersom han fortfarande vid 30 års ålder stod långt från den skyddade arbetsmarknaden anförde Högsta förvaltningsdomstolen att det inte föreföll sannolikt att ytterligare rehabiliterande insatser skulle vara framgångsrika. Högsta förvaltningsdomstolen gjorde bedömningen att rehabiliteringsåtgärder inte kunde antas kunna leda till att den försäkrade skulle kunna uppnå någon arbetsförmåga. Han var därmed berättigad till hel sjukersättning.

I det tredje avgörandet (mål nr 242-11) konstaterade Högsta förvaltningsdomstolen att den försäkrades besvär var sådana att hennes arbetsförmåga kunde antas vara nedsatt under förhållandevis lång tid. Utredningen gav enligt domstolen emellertid inte stöd för slut-

satsen att hennes arbetsförmåga kunde antas ha varit stadigvarande nedsatt från den tidpunkt som prövningen avsåg.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2013 ref. 44 – vilka medicinska rehabiliteringsåtgärder måste en försäkrad genomgå för att inte nekas ersättning?

I målet hade den försäkrade varit sjukskriven under ett antal år till följd av ryggbesvär. Han hade under flera år haft halv sjukersättning. Försäkringskassan beslutade att avslå hans ansökan om sjukersättning med motiveringen att den försäkrade av läkare blivit rekommenderad en steloperation i den nedre delen av ryggen, men på grund av riskerna avböjt erbjudandet. Enligt Försäkringskassan var förutsättningarna för rätt till sjukersättning därmed inte uppfyllda eftersom möjlig medicinsk rehabilitering fanns att tillgå.

I den medicinska utredning som förelåg i målet framkom skilda bedömningar om prognosen för en förbättring av arbetsförmågan efter en operation, men det stod klart att det förelåg risker med ett sådant ingrepp.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att kravet på att den försäkrade ska genomgå en rehabiliteringsåtgärd för att ha rätt till sjukersättning endast gäller om åtgärden bedöms kunna medföra att arbetsförmågan i sjukersättningshänseende kan förbättras. Frågan i det aktuella målet var om den försäkrade, oberoende av denna bedömning, kan vägra att genomgå en medicinsk rehabiliteringsåtgärd och ändå ha rätt till sjukersättning. Högsta förvaltningsdomstolen besvarade denna fråga jakande. Den försäkrade kan således ha giltig anledning att vägra att medverka till en medicinsk rehabilitering och ändå ha rätt till sjukersättning.

En operation betraktas som en sådan medicinsk rehabiliteringsåtgärd som en försäkrad under speciella omständigheter kan behöva underkasta sig för att få behålla sin förmån. En tillämpning av indragnings- eller nedsättningsmöjligheten för att förmå en försäkrad att underkasta sig en sjukvårdsåtgärd av sådant slag som en operation, måste dock ske med största försiktighet (FÖD 1984:46, jfr även prop. 1946:312 kapitel 231).

Operationer som kan bli aktuella är sådana som om de inte utförs innebär att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt i förhållande till förvärvsarbete på hela arbetsmarknaden. En sådan operation

kan vara av ett ingripande slag. Utgångspunkten bör därför vara att den försäkrades ställningstagande som huvudregel bör godtas. Denna utgångspunkt för prövningen hindrar dock inte att den försäkrade i vissa fall kan anses sakna giltig anledning att vägra att genomgå en operation.

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg mot denna bakgrund att den försäkrade hade giltig anledning att vägra att genomgå den aktuella operationen. Sjukersättning kunde därför inte vägras på denna grund (jfr dock HFD 2019 ref. 69 där den försäkrades arbetsförmåga ansågs kunna förbättras genom en njurtransplantation).

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2013 ref. 60 – vilka faktorer ska tas hänsyn till vid den individuella bedömningen av rätt till sjukersättning?

Högsta förvaltningsdomstolen meddelade den 8 oktober 2013 i mål nr 7151-12 en dom som avser förutsättningarna för rätt till sjukersättning och vilka faktorer som kan beaktas vid bedömningen. HFD anförde att begreppet ”stadigvarande nedsatt arbetsförmåga” ska tolkas så att nedsättningen förväntas kvarstå under all överskådlig framtid. Det finns däremot varken i lagtext eller i förarbeten stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. Arbetsförmågan ska utredas på nytt minst vart tredje år. Avgörande för bedömningen i de fall där inga generella slutsatser kan dras beträffande bedömningen av nedsättningens varaktighet över tid är det underlag i form av medicinsk och annan utredning som föreligger i det enskilda fallet.

I målet hade den försäkrade en typ av sjukdomsbesvär – främst fibromyalgi och utmattningssyndrom – av vilka inga generella slutsatser kan dras beträffande bedömningen av nedsättningens varaktighet över tid.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att vid bedömningen av om arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt bör avseende också fästas vid om den försäkrade under tidigare perioder bedömts vara arbetsoförmögen liksom varaktigheten för dessa perioder och arbetsoförmågans orsak. Utöver den medicinska utredningen lade domstolen också vikt vid Arbetsförmedlingens bedömning.

Enligt den medicinska utredningen från framför allt behandlande läkare var den försäkrades arbetsförmåga helt nedsatt, med ett litet utrymme att på sikt arbeta i en omfattning om upp till en fjärdedel.

Den andra frågan i bedömningen av rätt till sjukersättning som domstolen besvarade var huruvida den försäkrades arbetsförmåga skulle kunna förbättras genom ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att den försäkrade hade deltagit i flera rehabiliteringsinsatser, såsom utredning vid Försäkringsmedicinskt center, arbetsprövning och insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering med funktionsutredning vid Arbetsförmedlingen och specialistläkarbedömning. Hon deltog vidare i arbetslivsintroduktion med efterföljande fördjupad kartläggning och arbetslivsinriktad rehabilitering och fick avbryta en arbetsprövning om tio timmar i veckan på grund av tilltagande värk.

HFD bedömde att ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte kunde antas leda till mer än en fjärdedels arbetsförmåga och att den försäkrade hade rätt till tre fjärdedels sjukersättning.

HFD 2019 ref. 48 – begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden

I dom HFD 2019 ref. 48, meddelad den 11 oktober 2019, redogjorde Högsta förvaltningsdomstolen för begreppet ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden” och hur detta begrepp ska tolkas och tillämpas. Den primära frågan i målet var hur det ska avgöras om en försäkrad har en sådan arbetsförmåga att han eller hon kan försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.

Målet gällde en man, född år 1986, med omfattande funktionsbegränsningar kopplade till grunddiagnosen Aspergers syndrom. Begränsningarna bestod bland annat i nedsatta exekutiva funktioner och stora svårigheter till social anpassning som medförde att kontakt med andra människor blev mycket uttröttande och krävde långa återhämtningsperioder. Mannen hade svårigheter att reglera sömnen och besvärades av ångesttendenser, frånvaroattacker och låg stresströskel, samt saknade rutiner och struktur i vardagen. Därtill fanns tendenser till tvångstankar och tvångshandlingar, och en ökad känslighet för olika sinnesintryck. Hans stora ensidighet i sina intressen resulterade i att han endast sysselsatte sig med programmering och annan datorbaserad verksamhet. Försäkringskassan beviljade mannen

hel sjukersättning då bedömningen var att han inte kunde möta arbetslivets basala krav oavsett anpassning. Han hade tidigare haft aktivitetsersättning, och kartläggningsmöten med Arbetsförmedlingen hade då visat att Arbetsförmedlingen inte hade några insatser som kunde föra honom närmare arbete. Det fanns inte heller något som talade för att medicinska behandlings- eller rehabiliteringsinsatser skulle förbättra hans arbetsförmåga inom överskådlig tid och de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatserna bedömdes som mer eller mindre obefintliga. Det allmänna ombudet för socialförsäkringen överklagade beslutet, och yrkade att det skulle upphävas alternativt ändras på så sätt att mannen beviljades endast tre fjärdedels sjukersättning. Det allmänna ombudet menade att även om det inte fanns några rehabiliteringsinsatser som kunde förbättra arbetsförmågan, skulle mannen kunna klara ett anpassat arbete inom sitt intresseområde, främst programmering. Ett sådant anpassat arbete kunde enligt Allmänna ombudet anses utgöra ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden.

Förvaltningsrätten avslog överklagandet med motiveringen att de anpassningar i arbetet som skulle krävas för att mannen skulle ha en arbetsförmåga var så omfattande att det inte ansågs utgöra ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Allmänna ombudets överklagan till kammarrätten avslogs sedermera då kammarrätten delade förvaltningsrättens bedömning. Det allmänna ombudet överklagade till Högsta förvaltningsdomstolen och yrkade ändring av Försäkringskassans beslut och underinstansernas domar så att mannen skulle förklaras berättigad till tre fjärdedels sjukersättning. Grunden för yrkandet var oklarheten i hur anpassat ett arbete kan vara och ändå anses utgöra ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden, och ombudet ville få klarhet i dels om begreppet förvärvsarbete innefattar ett krav på att arbetet ska ha ett ekonomiskt värde för arbetsgivaren, dels mot vilket arbetsmarknad som bedömningen ska göras emot. Ombudet menade att mannen saknade arbetsförmåga mot arbeten som inte anpassats efter den försäkrades funktionsnedsättningar, men att mannen sannolikt skulle ha en fjärdedels arbetsförmåga i ett för honom optimalt anpassat arbete inom hans specialområden. Den försäkrade yrkade att överklagande skulle avslås då han helt saknade arbetsförmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde i domen att prövningen av arbetsförmåga inom ramen för sjukersättning inte ska göras i förhållande till ordinarie arbetsuppgifter, förvärvsarbeten som är nor-

malt förekommande eller arbeten som finns tillgängliga, utan prövningen ska ske i relation till hela den nationella arbetsmarknaden. Domstolen framhöll att en grundförutsättning vid bedömningen av arbetsförmågan är att den relateras till ett förvärvsarbete. Utgångspunkten är arbeten som finns på den öppna arbetsmarknaden, varför åtgärder eller olika verksamheter som erbjuds med rehabiliterande och livskvalitetshöjande syften, exempelvis daglig verksamhet, inte utgör ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Däremot kan anpassade arbeten på den öppna arbetsmarknaden till viss del omfattas av begreppet, men i vilken utsträckning beror på om anpassningen kan anses rimlig ur en arbetsgivares synvinkel. Även subventionerade anställningar, exempelvis skyddade arbeten, anställningar med lönebidrag och anställningar vid Samhall, inryms i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden (se HFD 2011 ref. 63 I–III).

Även om arbetsmarknadsbegreppen är olika menade Högsta förvaltningsdomstolen att ledning kan hämtas från annan praxis när det gäller själva prövningen av rätten till ersättning. Av rättsfallet HFD 2018 ref. 51 I och II, som visserligen rörde sjukpenning, följer att prövningen av sjukdomens påverkan på den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom att arbeta kan bedömas mer abstrakt eller hypotetisk. Den behöver därmed inte relateras till vissa konkreta arbeten inom exempelvis vissa yrkesområden eller typer av arbete. Prövningen av arbetsförmågan förutsätts emellertid vara verklighetsförankrad. I sjukersättningshänseende innebär detta att utgångspunkten för prövningen är att den försäkrade, för att kunna försörja sig, ska kunna utföra ett arbete på ett sådant sätt att någon är villig att betala för det. Bedömningen ska således handla om huruvida det kan anses realistiskt att den försäkrade kan förväntas bli erbjuden åtminstone ett anpassat arbete eller en subventionerad anställning. Därför måste det, enligt Högsta förvaltningsdomstolen, kunna ställas basala krav på produktivitet, som exempelvis att arbetsuppgifterna utförs någorlunda självständigt och med viss kvalitet inom en viss tid. Behov av anpassningar i arbetet kan se olika ut mellan olika individer. Allt från mindre anpassningar, exempelvis i form av anpassad arbetsplats, eller något större anpassningar genom justerad prestationsnivå eller anpassad arbetstid, till betydande anpassningar som kräver en avsevärt tillrättalagd arbetsmiljö eller kontinuerligt stöd från en annan person för att den försäkrade ska kunna utföra sitt arbete. Om anpassningarna behöver vara så omfattande att det saknas

ett tillräckligt stort ekonomiskt värde för en arbetsgivare, kan arbetet inte betraktas som ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Domstolen framhöll att prövningen således ska omfatta om det framstår som realistiskt att en arbetsgivare typiskt sett skulle vara villig att anpassa arbetet i den utsträckning som krävs med hänsyn till den försäkrades behov.

Högsta förvaltningsdomstolens slutsats var att bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga i relation till förvärvsarbeten på arbetsmarknaden inte enbart kan utgå från den försäkrades förmågor utan måste sättas i samband med hur dessa kan omsättas i ett arbete som har ett ekonomiskt värde för en arbetsgivare. Enbart förmågan att utföra vissa avgränsade arbetsgifter som förekommer i förvärvsarbete på arbetsmarknaden är alltså inte tillräckligt för att den försäkrade ska bedömas ha arbetsförmåga, utan hans eller hennes förmågor måste i stället vägas mot de arbetshindrande faktorerna. Domstolen exemplifierade detta genom ett scenario där en försäkrads behov av omfattande och kontinuerlig handledning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter i regel får anses innebära att det saknas ett ekonomiskt värde för en arbetsgivare, oavsett om arbetet blir väl utfört eller inte. Då kan arbetet inte betraktas som ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Domstolen framhöll också att vid prövningen av förmågor i förhållande till hinder i arbetsförmågan kan ledning många gånger sökas i Arbetsförmedlingens bedömning av den försäkrades arbetsförmåga (jfr HFD 2018 ref. 51 I och II).

I det aktuella målet bedömde domstolen att den försäkrades arbetsförmåga var helt nedsatt i förhållande till förvärvsarbeten på arbetsmarknaden. Hans stadigvarande funktionsnedsättningar ansågs medföra omfattande begränsningar, och medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering skulle sannolikt inte kunna förbättra arbetsförmågan. Domstolen konstaterade att oavsett anpassning skulle den försäkrade inte kunna möta arbetslivets krav, och inte heller ansågs det realistiskt att en arbetsgivare skulle vara villig att genomföra sådana omfattande anpassningar som krävdes för att han skulle kunna utföra ett arbete som någon är villig att betala för.

HFD 2019 ref. 69 – rehabiliteringsåtgärder som kan leda till förbättrad arbetsförmåga först efter 65 år

I detta avgörande prövade Högsta förvaltningsdomstolen frågan om hur reglerna om återstående rehabiliteringsåtgärder ska tolkas när sådana åtgärder bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga, men först efter att denne fyllt 65 år.

HFD slog fast att vid prövningen av rätt till sjukersättning ska det inte bortses från rehabiliteringsåtgärder av det skälet att de bedöms kunna förbättra arbetsförmågan först efter det att den försäkrade har fyllt 65 år.

I målet hade den försäkrade ansökt hos Försäkringskassan om tre fjärdedels sjukersättning med hänvisning till att han led av kronisk grav njursvikt som innebar besvär med fysisk och psykisk trötthet. Vid tidpunkten för ansökan var han 62 år.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att det mot bakgrund av att sjukersättning endast kan beviljas till månaden innan den försäkrade fyller 65 år kan förefalla naturligt att prövningen av arbetsförmågan ska begränsas till den tid som sjukersättning kan lämnas och att man också ska bortse från rehabiliteringsmöjligheter som visserligen kan leda till att arbetsförmåga återfås, men där detta kan beräknas ske först efter 65-årsdagen.

HFD anförde vidare att en sådan ordning emellertid skulle innebära att en försäkrad som närmar sig pensionsåldern bedöms annorlunda än en yngre person. Det framgår av förarbeten och praxis att prövningen av om en försäkrads arbetsförmåga är nedsatt ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom och att annat än de medicinska faktorerna – såsom exempelvis den försäkrades ålder – inte ska beaktas. Detta innebär, enligt HFD:s slutsatser, att man vid prövningen inte ska bortse från rehabiliteringsåtgärder av det skälet att de bedöms kunna förbättra arbetsförmågan först efter det att den försäkrade har fyllt 65 år.

Det framgick i målet av den medicinska utredningen att den försäkrades arbetsförmåga bedömdes kunna förbättras vid en njurtransplantation. Då möjligheterna till medicinsk rehabilitering därmed inte var uttömda kunde hans arbetsförmåga inte anses ha varit stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel.

5.2.3 Regelverket för rätt till sjukpenning

Utredningen har i uppdrag att analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till regelverket för sjukpenning. Nedan redogörs därför översiktligt för detta regelverk. Regelverket kring sjukersättningen och aktivitetsersättningen kan svårligen analyseras utan en koppling till sjukförsäkringen i dess helhet; reglerna om sjukpenning och sjukersättning måste ses i ett sammanhang där förutsättningar för en typ av ersättning också påverkar närliggande ersättningar och förutsättningarna för förändringar av sådana bestämmelser. I utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum anförde bl.a. att

> Sjukersättning är en fortsättning på sjukpenningen i den meningen att sjukersättning ska beviljas den som efter att normalt ha varit sjukskriven en längre tid bedöms ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Systemet förutsätter alltså att en del personer kommer att lämna sjukpenningen för sjukersättning. Om regelverket kring sjukersättning är för restriktivt konstruerat eller tillämpas för restriktivt kommer vissa personer fortsätta ha sjukpenning trots att de borde ha sjukersättning. Det minskar utrymmet för även mindre förändringar av sjukpenningens bestämmelser.[61]

Reglerna om sjukpenning och sjukersättning är nära sammankopplade och kompenserar den enskilde i grunden för samma sak – inkomstförlust till följd av nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom. Sjukersättning utgör en fortsättning på sjukpenningen såtillvida att den beviljas när nedsättningen av arbetsförmågan bedöms nedsatt under all överskådlig tid.

Sjukpenningens regelverk bygger på fasta tidsgränser som reglerar mot vad arbetsförmågan ska bedömas. Nuvarande regler för rätt till sjukpenning infördes den 1 juli 2008. Detta regelverk brukar kallas för rehabiliteringskedjan. De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Fr.o.m. dag 91 ska det vid bedömningen även beaktas om den försäkrade kan försörja sig genom omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren. Fr.o.m. dag 181 bedöms arbetsförmågan i stället mot ”normalt förekommande arbete”.[62] Sedan den 15 mars 2021 finns en

[61] SOU 2019:2, s. 31.

[62] Begreppet ”normalt förekommande arbete” används såväl i detta betänkande som generellt för att, aningen förenklat, beskriva rekvisitet i 27 kap. 48 § SFB om ”sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne”.

ny möjlighet att skjuta upp denna bedömning. Om övervägande skäl talar för att den försäkrade kommer att återfå arbetsförmågan i ordinarie arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar.[63] Förändringen innebar ett steg mot en mer generös bedömning. Före lagändringen krävdes att den försäkrade med stor sannolikhet skulle kunna återgå i sådant arbete.

Prövningen mot normalt förekommande arbete kan också skjutas upp om det skulle anses oskäligt att göra en sådan prövning. Från och med dag 366 kan en prövning mot normalt förekommande arbete skjutas upp endast om det kan anses oskäligt att göra en sådan prövning. Arbetslösa personer prövas mot normalt förekommande arbete fr.o.m. dag 1 i rehabiliteringskedjan. Egenföretagare bedöms de första 180 dagarna mot sitt arbete.

För att undvika att ett kortare uppehåll mellan två sjukperioder ska medföra att prövningen i rehabiliteringskedjan börjar om från början finns en bestämmelse om sammanläggning av sjukperioder. Bestämmelsen anger att vid beräkningen av hur länge en försäkrad har haft nedsatt arbetsförmåga ska dagar i sjukperioder läggas samman om färre än 90 dagar förflutit mellan de olika perioderna.

Den 1 februari 2016 ändrades regeln i 27 kap. 24 § SFB om ett maximalt antal dagar med sjukpenning. Regeln innebar dessförinnan att för flertalet försäkrade var rätten till sjukpenning begränsad till totalt maximalt 2 1/2 år. I och med att denna begränsning togs bort upphörde den bortre tidsgräns för hur länge sjukpenning kunde betalas ut. Enligt gällande rätt är det endast den försäkrades sjukdom och den nedsatta arbetsförmågan som avgör om sjukpenning ska beviljas. Så länge denna nedsättning kvarstår föreligger också rätt till sjukpenning.

Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen anfört att risken med nu gällande regler i stor är att försäkrade blir inlåsta i långvariga perioder med sjukpenning i stället för att kunna beviljas sjukersättning, eftersom rätten till sjukpenning fr.o.m. dag 181 bedöms mot ett mildare arbetsmarknadsbegrepp än det som gäller för rätten till sjukersättning.[64]

[63] 27 kap. 48 § SFB.
[64] S2017/06851/SF, se vidare avsnitt 7.3.

5.2.4 Rättspraxis avseende bedömning av rätt till sjukpenning

Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden 2018 ref. 51 I och II – arbetsmarknadsbegreppet normalt förekommande arbete och hur ska bedömningen göras?

Högsta förvaltningsdomstolen meddelade i juni 2018 två domar som båda rörde en försäkrads arbetsförmåga, begreppet normalt förekommande arbete och hur det ska avgöras om en försäkrad har en förmåga att försörja sig genom ett sådant arbete.

Det ena målet rörde en 59-årig kvinna som arbetade halvtid som affärsbiträde. Hon led av artros i fingerlederna vilket yttrade sig i nedsatt kraft i händer och nedsatt greppförmåga i pekfinger-tumme. Hennes arbetsuppgifter hade så långt det var möjligt anpassats efter besvären. Frågan i målet var om hon var berättigad till halv sjukpenning på den grunden att hon inte kunde försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det andra målet rörde en 43-årig man som arbetade en fjärdedel av heltid på ett bilföretag. Han led av kraftig artros i båda knäna, svår övervikt, diabetes och högt blodtryck och hade svårt att gå, stå och röra sig. Frågan i målet var om han var berättigad till tre fjärdedels sjukpenning på den grunden att han inte kunde försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade i fråga om begreppet normalt förekommande arbete att det rör sig om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning till dennes medicinska besvär. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna ingår inte i begreppet normalt förekommande arbete. Med arbetsmarknaden avses den nationella arbetsmarknaden. Domstolen konstaterade att det står klart att bedömningen av arbetsförmågan inte ska göras mot konkreta arbeten i den meningen att det måste finnas ett arbete tillgängligt. Däremot är det inte lika klart om bedömningen ska relateras till arbeten inom vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Efter ett längre resonemang utifrån förarbeten och praxis landade domstolen i slutsatsen att det inte krävs att Försäkringskassan, för att kunna avslå en ansökan om sjukpenning, hänvisar till konkreta typer av arbeten som den försäkrade kan utföra. Av stor betydelse för Högsta förvaltningsdomstolens slutsats i denna del är att lagstiftningen efter 2008 inte längre gör det möjligt att vid bedömningen av arbetsförmågan mot

normalt förekommande arbete ta hänsyn till andra faktorer hos individen än dennes sjukdom. En bedömning av arbetsförmågan mot konkreta typer av arbeten skulle, enligt domstolen, inte vara meningsfull om inte hänsyn får tas till exempelvis utbildning hos den försäkrade. Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att bedömningen av arbetsförmågan ska vara verklighetsförankrad. Även om bedömningen inte görs i förhållande till konkreta typer av arbeten måste bedömningen ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid. Försäkringskassan har därför anledning att beakta eventuella prövningar av den försäkrades arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. I ett förarbetsuttalande från 1996 sades det att det i första hand kommer att vara personer som helt klart har en arbetsförmåga som kan användas på den öppna arbetsmarknaden som inte ska ha rätt till sjukpenning. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen skulle detta uttalande förstås så att den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer. Den kvarvarande arbetsförmågan måste därför vara tillräcklig för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller till exempel arbetsprestationer och arbetstakt.

I målet som rörde kvinnan som arbetade som affärsbiträde landade Högsta förvaltningsdomstolen i slutsatsen att kvinnan inte kunde anses ha förmåga att försörja sig själv genom normalt förekommande arbete i högre utsträckning än genom sitt ordinarie halvtidsarbete och att hon därför hade rätt till halv sjukpenning. Domstolen konstaterade att hon hade nedsatt kraft i händerna samt nedsatt funktion och greppförmåga. Hon hade även svårt med finmotorik och med vridande rörelser samt med att lyfta, arbeta statiskt och att utföra kontorsarbete. Det rörde sig om en betydande begränsning av handfunktionen. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen torde de allra flesta arbeten ställa krav på att händerna kan användas. Det är, enligt domstolen, svårt att föreställa sig arbeten där kvinnan skulle kunna klara att utföra samtliga arbetsuppgifter i normal arbetstakt och dessutom i en tidsmässig omfattning som översteg halvtid. I målet som rörde mannen som arbetade på ett bilföretag konstaterade Högsta förvaltningsdomstolen att mannen hade en komplex sjukdomsbild men att

det som framför allt påverkade arbetsförmågan var hans orörlighet. Däremot framgick det inte på vilket sätt hans sjukdomar hindrade honom från att utföra ett i huvudsak stillasittande arbete. Sådana arbeten var normalt förekommande på arbetsmarknaden. Därmed hade mannen förmåga att försörja sig genom normalt förekommande arbete och han hade därför inte rätt till sjukpenning.

5.3 Handläggning av sjukersättningsärenden

5.3.1 Ett ärende initieras

Handläggningen av ett ärende startar antingen genom att den försäkrade lämnar in en ansökan om sjukersättning eller att en handläggare på Försäkringskassan påbörjar en utredning om utbyte av den försäkrades sjukpenning till sjukersättning.[65]

5.3.2 Utredning och bedömning av rätt till sjukersättning

När en person ansöker om sjukersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga ska han eller hon bifoga ett läkarutlåtande till sin ansökan.[66] Om det finns särskilda skäl behöver läkarutlåtande inte bifogas. För bedömning av rätt till sjukersättning kan det även finnas andra medicinska underlag utöver läkarutlåtandet som kan ge relevant medicinsk information om den försäkrades begränsningar på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Exempel på sådana är

- psykologutlåtande
- neuropsykiatrisk utredning
- utredning genomförd av arbetsterapeut
- läkarintyg
- journalanteckningar från hälso- och sjukvården.

[65] Försäkringskassan kan även initiera utbyte till sjukersättning om den försäkrade har rehabiliteringspenning, livränta eller ersättning för sjukhusvård enligt socialförsäkringsbalken.
[66] 3 § förordningen (2002:986).

Försäkringskassan kan även t.ex. beställa en försäkringsmedicinsk utredning.[67] En försäkringsmedicinsk utredning ska belysa om och hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet. I fokus står förmågan att utföra ett antal fördefinierade aktiviteter. Aktivitetsbegränsningarna ska graderas utifrån enhetliga nivåbeskrivningar. Det ska framgå vilka undersökningsfynd och testresultat som läkaren har baserat sin bedömning på. Det ska också framgå hur prognosen för de olika aktivitetsbegränsningarna är och om det utifrån etablerad medicinsk kunskap finns några medicinska risker att utföra vissa aktiviteter.

Aktivitetsförmågeutredning (AFU) är en form av försäkringsmedicinsk utredning som har fokus på att ge en helhetsbild, inte bara av den försäkrades funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, utan också av kvarvarande förmåga till aktivitet. Målet med AFU är en mer rättssäker och likformig utredning av aktivitetsförmåga och att öka den försäkrades delaktighet och förståelse för fattade beslut. Utredarna ska vara oberoende, det vill säga inte vara den försäkrades ordinarie läkare eller andra professioner som behandlar den försäkrade. Läkaren som utför AFU:n ska göra en bedömning baserat på personens självskattning och testresultat och redovisa denna i utredningen. Utredningen innebär en standardiserad undersökning av individen, med ett antal standardiserade test, vissa obligatoriska, vissa valbara utifrån den enskildes situation. En utvidgad utredning görs om den utredande AFU-läkaren anser att det behövs. Det kan t.ex. behövas om det finns obesvarade frågor om den försäkrades aktivitetsbegränsningar. Den försäkrades funktionsnivå kan också vara oklar eller resultaten motstridiga. I dessa fall får individen, utöver AFU-läkaren, även träffa en eller flera andra yrkesroller såsom arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog.

Den medicinska utredningen

Medicinsk prognos och rehabiliteringsinsatser

Ett av kriterierna för rätten till sjukersättning är att arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt. Därför behövs uppgift om de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som redovisas i

[67] Försäkringskassan kan begära att den försäkrade genomgår läkarundersökning av en viss läkare eller vistas på vårdinrättning för försäkringsmedicinsk utredning (110 kap. 14 och 22 §§ SFB).

medicinska underlag kan komma att förändras med tiden. Det behövs både uppgift om medicinsk prognos och om vilka medicinska rehabiliteringsinsatser som prövats eller som eventuellt planeras. Med medicinsk prognos avses prognosen för funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen. Med hjälp av den medicinska prognosen ska handläggaren kunna göra en prognos för varaktigheten av den försäkrades arbetsförmåga. Pågår t.ex. medicinsk behandling som kan leda till att aktivitetsbegränsningarna minskar eller försvinner? Tidsperspektivet är viktigt för att kunna bedöma om kriteriet om stadigvarande nedsatt arbetsförmåga är uppfyllt. Medicinska rehabiliteringsinsatser kan till exempel vara medicinering, samtalsstöd, kognitiv beteendeterapi eller andra insatser som hälso- och sjukvården kan erbjuda.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som består av två delar. Den ena delen är övergripande principer vid sjukskrivning och den andra delen är rekommenderade sjukskrivningstider för olika sjukdomstillstånd. Rekommendationerna är avsedda att vara vägledande för bedömning av arbetsförmågan och ska inte uppfattas som styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Av kommentaren till beslutsstödet framgår också att avsteg från rekommendationerna kan göras, t.ex. vid samsjuklighet. Även om beslutsstödet har tagits fram som ett stöd för sjukskrivningar bedömer Försäkringskassan att det även kan ha ett vägledande värde i ärenden som rör rätten till sjukersättning. Frågan har prövats i domstol där bl.a. Kammarrätten i Göteborg i dom den 16 februari 2011 i mål nr 5927-10 har uttalat att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd inte är tillämpligt i ärenden som gäller sjukersättning.

Den försäkringsmedicinska rådgivaren

Den försäkringsmedicinska rådgivaren (FMR) ska hjälpa handläggarna på Försäkringskassan med bl.a. medicinsk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan Försäkringskassan och läkare inom hälso- och sjukvården. FMR har en rådgivande funktion i medicinska frå-

gor.[68] Hans eller hennes uppgift är att bedöma kvalitet och innehåll i tillgängligt medicinskt material om det medicinska tillståndet och dess konsekvenser. FMR kan hjälpa handläggaren att tolka det medicinska underlaget och ge stöd när handläggaren ska bedöma vilka konsekvenser sjukdomen eller funktionsnedsättningen har för den försäkrades arbetsförmåga, behov av rehabilitering och förutsättningar för att få arbetsförmåga efter rehabilitering. FMR undersöker eller behandlar däremot inte själv den försäkrade. Det ingår inte heller i uppdraget att ta ställning till den försäkrades rätt till ersättning från socialförsäkringen (prop. 1994/95:147 s. 36–37). Det sistnämnda innebär att FMR inte ska besvara frågor om arbetsförmåga eller arbetsförmågans nedsättning. Arbetsförmåga är en försäkringsjuridisk term som handläggaren och beslutsfattaren inom sjukersättning har att ta ställning till. Konsultation med FMR används exempelvis:

– Vid diagnoser där det finns en stor variation i besvärens svårighetsgrad (spännvidd).
– När handläggaren behöver hjälp att formulera frågor till den läkare som har utfärdat underlaget.
– När handläggaren behöver stöd att värdera tyngden i de beskrivna funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna.
– När handläggaren behöver stöd att bedöma om det finns en tydlig och logisk koppling mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.
– När handläggaren behöver hjälp att värdera uppgifter om genomförd och planerad medicinsk behandling, tidsperspektiv för planerade behandlingsinsatser och förväntade effekter av dessa.
– När handläggaren behöver hjälp att tolka det försäkringsmedicinska beslutsstödet i relation till informationen i det enskilda ärendet.

De medicinska uppgifterna är grunden för att bedöma rätten till sjukersättning. Samtidigt finns det även andra faktorer som ska vägas in vid bedömning av rätt till ersättning som exempelvis det den försäkrade klarar av att göra i hemmet, hans eller hennes bisyssla eller ideella arbete m.m. (se kapitel 14).

[68] Prop. 1994/95:147, s. 36.

Utredning med andra aktörer

Det kan också vara aktuellt att begära in kompletterade uppgifter från andra aktörer. När det gäller yngre personer kan det t.ex. vara aktuellt att kontakta barnhabiliteringen eller skolan för information. Om den försäkrade har eller har haft arbetsgivare kan denne t.ex. redovisa vilka krav som arbetet ställde eller ställer, eventuella rehabiliteringsinsatser som vidtagits och arbetstidens omfattning och förläggning. Om den försäkrade har varit i kontakt med Arbetsförmedlingen kan uppgifter finnas där som ger information om hans eller hennes förmåga. Arbetsförmedlingen kan ha gjort vissa utredningar som t.ex. bedömning av arbetspsykolog eller arbetsterapeut. Arbetsförmedlingen kan också ha uppgifter om arbetslivsinriktade insatser har prövats. Försäkringskassan ska beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. Detta innebär att Arbetsförmedlingens utredning kan vara vägledande, men den behöver inte vara avgörande för Försäkringskassans bedömning av en persons arbetsförmåga.[69]

Den som ansöker om sjukersättning kan också ha eller ha haft kontakt med kommunen. Det kan ha varit aktuellt för att få ekonomisk hjälp (försörjningsstöd) eller för att få ta del av sociala rehabiliteringsinsatser som stöd och insatser i hemmet, praktik, sysselsättning, daglig verksamhet eller missbruksvård.

Avstämningsmöte

Avstämningsmöte är den metod som används när Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer behöver utreda och bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Andra aktörer som deltar är exempelvis intygsskrivande läkare, arbetsgivaren, företagshälsovården och Arbetsförmedlingen. Om den försäkrade begär det kan också en facklig representant delta. Avstämningsmötet kan jämföras med den multidisciplinära bedömning som i vissa fall förekommer inom företagshälsovården. Det ska däremot inte vara en muntlig förhandling om den försäkrades rätt till ersätt-

[69] Försäkringskassans vägledning 2013:2 version 9 samt Domsnytt 2018:015 och 2019:027.

ning.[70] I en del fall kan ett avstämningsmöte avslutas med ett omställningsmöte (se nedan).

Försäkringskassan kan när som helst under ett pågående ersättningsärende kalla till ett avstämningsmöte om det behövs för att utreda arbetsförmåga och rehabiliteringsmöjligheter.[71] Avstämningsmöte som utredningsmetod regleras i 110 kap. 14 § SFB och Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2010:35) om avstämningsmöte. Avstämningsmöte kan bli aktuellt vid olika tidpunkter i ett sjukförsäkringsärende då Försäkringskassan bedömer att så är lämpligt.[72]

Omställningsmöte

Med syftet att säkerställa en bra övergång mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen erbjuds ett omställningsmöte till en person som får avslag på ansökan om sjukersättning eller som inte längre har rätt till sjukersättning. En del i samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är att skapa rutiner för personer som lämnar Försäkringskassan och har möjlighet att ta del av erbjudanden från Arbetsförmedlingen.[73] Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett överenskommet arbetssätt för omställningsmöten som används av båda myndigheterna och tydliggör vad som ska göras och vilken myndighet som ansvarar för vad.

Omställningsmöte är aktuellt för försäkrade som är arbetslösa, eller som är anställda men som inte bedöms kunna gå tillbaka till sin arbetsgivare. Omställningsmötet genomförs efter att beslutet är fattat. Syftet med ett omställningsmöte är att den försäkrade ska få den information som behövs för att övergången till Arbetsförmedlingen ska bli så bra som möjligt för den försäkrade, utan att viktig information från andra aktörer går förlorad. Under omställningsmötet ska aktörerna tillsammans med den försäkrade börja planera för det stöd som han eller hon kan behöva för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. Efter mötet ska personen veta vad Arbetsförmedlingen kan erbjuda och villkoren för ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Om det passar bäst att ha ett kombinerat avstämnings- och omställningsmöte eller att ha mötena var för sig avgör handläggaren i varje

[70] Prop. 2002/03:89, s. 28 f.
[71] 110 kap. 14 § SFB.
[72] Prop. 2004/05:21, s. 70–74.
[73] Prop. 2009/10:45, s. 23.

enskilt ärende. Omställningsmöte ska emellertid inte erbjudas till den som har ett pågående sjukpenningärende och som får avslag på ansökan om sjukersättning, eftersom det i detta fall fortfarande finns ett pågående ersättningsärende.

Huvudsyftet med omställningsmötet är att den försäkrade ska ha blivit erbjuden en kontakt med Arbetsförmedlingen. På så sätt är tanken att det har skapats en bra övergång mellan myndigheterna för den försäkrade, utan att man förlorar viktig information. Handläggaren erbjuder ett omställningsmöte i samband med att han eller hon informerar den försäkrade om att Försäkringskassan överväger att avslå ansökan om sjukersättning. Omställningsmötet ska erbjudas både muntligt och skriftligt. Att erbjuda mötet muntligt bedöms vara viktigt för att säkerställa att den försäkrade förstår syftet med mötet, det vill säga att det handlar om information om arbetsmarknaden och vad Arbetsförmedlingen kan erbjuda. Om den försäkrade även vill ha ett möte för att diskutera ett negativt beslut ska handläggaren även erbjuda honom eller henne ett särskilt samtal om detta. Handläggaren ska också informera om att de val den försäkrade gör om att aktivt söka arbete eller inte kan påverka framtida sjukpenninggrundande inkomst, ersättning från arbetslöshetskassa och/eller ersättning från andra instanser.

5.3.3 Utbytesärenden

Försäkringskassan har möjlighet att bevilja den som har sjukpenning sjukersättning utan ansökan (36 kap. 25 § SFB). Man kan då säga att sjukpenningen byts ut mot sjukersättning. Det finns ingen tidsgräns eller på förhand bestämd tidpunkt för när under ett sjukfall Försäkringskassan ska pröva om det finns förutsättningar för ett utbyte. Det är ingen skillnad i bedömningen om den försäkrade ansöker om sjukersättning eller om Försäkringskassan initierar ett utbyte av sjukpenning mot sjukersättning – kriterierna för rätten till sjukersättning är lika i båda fallen. Ett utbyte bör göras när den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt och alla rehabiliteringsmöjligheter bedöms vara uttömda.[74]

[74] 33 kap. 5 och 6 §§ SFB och prop. 2007/08:136, s. 88–89.

6 Rätten till sjukersättning – regelverket i andra nordiska länder

Av utredningsdirektivet framgår att utredningen bör kartlägga motsvarande förhållanden i övriga nordiska länder vad gäller villkoren för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga. I följande avsnitt redovisas denna kartläggning, som omfattar såväl motsvarigheter till sjukersättningen som till aktivitetsersättningen.

6.1 Danmark

6.1.1 Villkor för rätt till ersättning

I Danmark kan personer som har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga beviljas förtidspension. Ersättningen beviljas endast om arbetsförmågan är helt nedsatt samt om alla rehabiliteringsmöjligheter är uttömda.[1] Enligt huvudregeln beviljas förtidspension endast till personer över 40 år, även om det i undantagsfall även är möjligt att bevilja förtidspension från 18 års ålder. Personer som är under 40 år kan beviljas ”ressourceforløb for unge”. Denna ersättning är tidsbegränsad upp till fem år i taget. Syftet med ressourceforløb är att stärka insatserna för personer under 40 år och som har nedsatt arbetsförmåga genom stöd av (kommunala) rehabiliteringsteam. Vidare är intentionen att personer under 40 år och som har nedsatt arbetsförmåga i så stor utsträckning som möjligt ska beviljas en tidsbegränsad ersätt-

[1] Före 2013 fanns det flera olika former av förtidspension i Danmark. Två av dem kunde enbart beviljas av hälsomässiga orsaker och de två andra kunde beviljas av både hälsomässiga och sociala orsaker. Det äldre systemet fortsätter att existera parallellt med det nya, med äldre regler för personer som har beviljats förtidspension enligt den tidigare lagstiftningen.

ning med fokus på återgång i arbete, i stället för mer permanent förtidspension.

Personer som har mindre än sex år kvar till ålderspension och som inte klarar av att arbeta mer än 15 timmar per vecka sett till personens senaste arbete kan beviljas seniorpension. Övriga villkor för rätt till seniorpension innefattar att personen ska ha haft en långvarig anknytning till arbetsmarknaden med sammanlagt minst 20–25 års sysselsättning. Man har inte rätt till seniorpension om arbetsförmågan endast är nedsatt under en kortare period.

I Danmark finns också en frivillig form av förtidspension som kallas efterlön. Denna ersättning har ingen anknytning till arbetsförmåga/arbetsoförmåga. Om en person har efterlön kan han eller hon gå i pension fyra år innan hen når (ålders-) pensionsåldern. För att omfattas av ersättningen behöver personen ha varit medlem i en a-kassa, ha betalt efterlönsbidrag i 30 år och påbörjat betalningarna senast på sin 30-årsdag.[2]

Den 1 januari 2022 kommer nya regler för pensionssystemet i Danmark börja tillämpas, som innebär att personer som arbetat ett visst antal år fr.o.m. denna tidpunkt kommer ha rätt att gå i s.k. tidig pension, före ordinarie pensionsålder. T.ex. ska personer som är födda före 1965 och som vid 61 års ålder har arbetat i minst 44 år kunna gå i pension tre år tidigare än den gällande pensionsåldern, personer som har arbetat i 43 år kunna gå i pension två år tidigare och personer som har arbetat i 42 år kunna gå i pension ett år tidigare.[3]

6.1.2 Finansiering och administration av försäkringen

I Danmark delar staten och kommunerna både på finansiering och administration av sjukförsäkringen. Kommunerna sköter administrationen samt fattar beslut om och betalar ut förmåner. Staten ersätter därefter kommunerna. Ersättningssystemet mellan stat och kommun är utformat så att staten inledningsvis ersätter 100 procent och därefter trappas andelen som ersätts av staten ned och efter ett år står kommunen för hela summan. De ekonomiska förmånerna vid sjukdom och arbetsskada finansieras via skattesystemet.

[2] Enligt äldre regler var det kortare krav på kvalifikations-/inbetalningstid.
[3] För yngre personer gäller högre ålder än 61 år samt att antal år man minst ska ha arbetat ökar. Detta är kopplat till höjningar av pensionsåldern.

6.2 Finland

6.2.1 Villkor för rätten till ersättning

I Finland kan personer som på grund av sjukdom, lyte eller skada inte klarar av att skaffa sig inkomster för sin försörjning beviljas sjuk- eller invalidpension, vilka ger ersättning vid inkomstbortfall vid långvarig arbetsoförmåga. Sjukpensionen hör till folkpensionssystemet och invalidpensionen till arbetspensionssystemet.

Ersättningen kan bestå av tills vidare beviljad invalid- eller sjukpension eller rehabiliteringsstöd för viss tid (invalid- eller sjukpension för viss tid) och inom arbetspensionssystemet även av partiell invalidpension eller partiellt rehabiliteringsstöd. Invalid- respektive sjukpension omvandlas till ålderspension när åldern för ålderspension uppnås. Folkpension kan beviljas den som omfattas av den finländska sociala tryggheten och som inte får någon arbetspension alls eller som får en mycket liten arbetspension.

Invalidpension

Rätten till invalidpension regleras genom flera arbetspensionslagar, som har olika definitioner av arbetsförmåga.

Enligt lagen om pension, som gäller för arbetstagare i privat sektor, gäller att en arbetstagare har rätt till invalidpension, om hans eller hennes arbetsförmåga på grund av sjukdom, lyte eller skada uppskattas vara utan avbrott nedsatt med minst två femtedelar åtminstone ett år. Invalidpensionen beviljas som full pension, om arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt med minst tre femtedelar. I annat fall beviljas invalidpensionen som delinvalidpension.

Vid bedömningen av i vilken utsträckning arbetsförmågan är nedsatt beaktas arbetstagarens återstående förmåga att skaffa sig förvärvsinkomster genom sådant tillgängligt arbete som han eller hon skäligen kan förutsättas utföra. Dessutom beaktas även arbetstagarens utbildning, tidigare verksamhet, ålder, boningsort och andra därmed jämförbara omständigheter. Om arbetsförmågan varierar beaktas arbetstagarens årliga inkomster.

Utöver nämnda faktorer ska arbetsoförmågans yrkesmässiga karaktär betonas vid bedömningen av rätt till invalidpension för en arbetstagare som fyllt 60 år.

Arbetstagare i staten, kommunerna och kyrka kan dock få invalidpension även om de på grund av sjukdom, handikapp eller kroppsskada endast är oförmögna att sköta sitt befintliga arbete. Innebörden av detta är att en yrkesbaserad definition av arbetsoförmåga tillämpas för alla försäkrade inom den offentliga sektorn, men inom den privata sektorn enbart för försäkrade över 60 år. Invalidpension bestäms utifrån den arbetspension som den försäkrade tjänat in och pensionen för återstående tid fram till pensionsålder.

Innan pensionsanstalten fattar beslut om invalidpension ska den utreda huruvida arbetstagaren har rätt till förmånen rehabilitering och se till att arbetstagarens möjligheter till rehabilitering enligt annan lagstiftning har klarlagts.

Sjukpension

Den som har fyllt 16 år och är arbetsoförmögen har fram till uppnåendet av åldern för ålderspension rätt till sjukpension.

Som arbetsoförmögen betraktas den som till följd av sjukdom, lyte eller skada är oförmögen att utföra sitt sedvanliga arbete eller något annat därmed jämförbart arbete som med beaktande av personens ålder, yrkesskicklighet och övriga omständigheter bör anses vara lämpligt för honom eller henne och trygga en skälig försörjning.

Arbetsoförmågans yrkesmässiga karaktär ska betonas vid bedömningen av arbetsoförmågan hos den som fyllt 60 år.

Sjukpension beviljas alltid den som är permanent blind eller rörelsehindrad, likaså den som till följd av sjukdom, lyte eller skada varaktigt är i ett sådant tillstånd av hjälplöshet att han eller hon inte kan klara sig utan en annans hjälp.

Sjukpension beviljas inte den som får ålderspension i förtid.

Den som inte fyllt 20 år beviljas sjukpension tidigast från ingången av månaden efter den under vilken hans eller hennes rätt till rehabiliteringspenning upphörde. Den vars yrkesinriktade rehabilitering fortsätter när han eller hon fyller 20 år beviljas inte sjukpension förrän rehabiliteringen eller utbetalningen av rehabiliteringspenning upphör.

Sjukpension kan dock beviljas den som fyllt 16 år och som enligt utredningar inte anses ha möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering eller vars yrkesinriktade rehabilitering avbrutits på grund av sjukdom eller upphört som resultatlös.

Innan beslut om sjukpension fattas ska det utredas huruvida sökanden har rätt till rehabilitering enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner. Vid behov ska sökanden hänvisas till rehabilitering enligt annan lagstiftning.

Arbetslivspension

Det finns också möjlighet att beviljas arbetslivspension. Förmånen kan beviljas dem som är födda 1955 eller senare. För dem som är födda år 1965 eller senare kommer arbetslivspension att kunna beviljas två år före åldersklassens lägsta pensionsålder.
En arbetstagare har rätt till arbetslivspension när han eller hon har fyllt 63 år, om

1. arbetstagaren har arbetat minst 38 år i ett arbete som ska försäkras enligt arbetspensionslagarna och som har varit ansträngande och slitsamt,
2. arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom, lyte eller skada, men dock mindre än vad som krävs för rätt till full invalidpension,
3. arbetstagarens möjligheter att fortsätta i arbetet är bestående försvagade av nämnda skäl, och
4. arbetet, vid tidpunkten för uppnåendet av den nedre åldersgränsen för arbetslivspension eller efter det när pensionsansökan blir anhängig, fortsätter eller arbetet upphörde för högst ett år sedan.

Till tid i arbete räknas även moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningsperioder för högst tre år och kortare frånvaroperioder under anställningsförhållandet på grund av sjukdom eller permittering samt tillfällig arbetslöshet.

För att ett arbete ska bedömas vara ansträngande och slitsamt krävs det att en eller flera av följande faktorer i betydande grad har ingått i arbetet:

1. arbetsrörelser som kräver stor muskelstyrka eller som belastar musklerna långvarigt,
2. särskilt hög belastning på andnings- och cirkulationsorganen,

3. belastande och besvärliga arbetsställningar,
4. upprepade arbetsrörelser som kräver styrka eller stor snabbhet eller arbetsrörelser som samtidigt kräver att handen griper, gör en vridande rörelse och använder kraft,
5. interaktivt arbete som är särskilt krävande och medför exceptionell psykisk belastning, eller
6. arbete med uppgifter som kräver ständig vaksamhet eller särskild uppmärksamhet och där det finns hög risk för olycksfall eller olycka eller uppenbar risk för våld.

Vid bedömning av om en eller flera av nämnda faktorer i betydande grad ingår i ett arbete ska exceptionella fysikaliska faktorer, användning av skyddsutrustning som ökar belastningen, skiftarbete som inbegriper återkommande nattarbete eller som på annat sätt är belastande och återkommande långa arbetspass beaktas som faktorer som ökar ansträngningen och slitaget.

Hur ansträngande och slitsamt ett arbete är bedöms med hänsyn till helheten av samverkan mellan samtliga nämnda faktorer.

6.2.2 Finansiering och administration av försäkringen

I Finland administreras sjukförsäkringen av myndigheten Folkpensionsanstalten, FPA. Den inkomstrelaterade delen av försäkringsskyddet vid varaktig arbetsoförmåga, invalidpension, administreras dock av privata försäkringsbolag och andra arbetspensionsanstalter samlade under centralorganet Pensionsskyddscentralen, PSC. Ekonomiska förmåner vid sjukdom finansieras genom avgifter från arbetsgivare och arbetstagare samt via skattemedel.

6.3 Island

6.3.1 Villkor för rätt till ersättning

På Island består förtidspensionen av två delar, en grundläggande som grundar sig på bosättning och en del som grundar sig på arbete och som administreras i form av pensionsfonder. Personer som är 18–67 år kan ansöka hos Tryggingastofnun om att få en bedömning av

hur mycket arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Bedömning av nedsatt arbetsförmåga gäller vanligtvis under en begränsad period, med möjlighet att ansöka om förlängning. För den del som grundar sig på arbete så ansöker personen direkt hos aktuell pensionsfond. Om arbetsförmågan är nedsatt på grund av arbetsskada ska ansökan däremot göras hos Sjúkratryggingar Íslands.

Rätt till bosättningsbaserad förtidspension grundas på bosättning på Island mellan 18 och 66 års ålder. Grundläggande krav för att beviljas ersättning är att personen har varit bosatt på Island de närmsta tre åren före ansökan. Boende i annat nordiskt land likställs med boende på Island. Det är dock alltid ett krav att man har bott på Island i minst ett år från 16 års ålder. Utöver det krävs att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt med minst 50 procent på grund av sjukdom eller funktionshinder.

Den arbetsbaserade delen från pensionsfonden kräver att arbetsförmågan är nedsatt med minst 50 procent och att personen får en minskad inkomst på grund av nedsättningen. Rätt till arbetsbaserad förtidspension gäller anställda vars arbetsgivare betalar in till pensionsfonden och egenföretagare i åldern 16–70 år. För att få del av den arbetsbaserade delen krävs att det gjorts inbetalningar till pensionsfonden för personen i fråga i minst två år.

Förtidspensionens grundförmåner delas in i förtidspension, åldersrelaterat pensionstillägg (som är högre ju yngre personen är när pensionsuttaget påbörjas) och pensionstillägg. Schablonbeloppet minskas om personen har andra inkomster och bortfaller helt om inkomsten överskrider en viss nivå. För full förtidspension krävs att man har varit bosatt på Island i minst 40 år.

Den arbetsbaserade pensionen beräknas på det sätt som respektive pensionsfond reglerar i sina stadgar, utgångspunkten är i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt och antalet intjänade pensionspoäng.

6.3.2 Finansiering och administration av försäkringen

På Island finansieras sjukförsäkringen via skatter. Folkpensionssystemet (förtidspensioner) och arbetsskadeförsäkringen finansieras genom socialförsäkringsavgifter från arbetsgivare och skatter. Islands sjukförsäkringssystem förvaltas av det statliga Sjúkratryggingar Íslands.

Den statliga försäkringskassan Tryggingastofnun Ríksins administrerar förtidspensionerna (folkpension).

6.4 Norge

6.4.1 Villkor för rätten till ersättning

Vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan kan en försäkrad i Norge ha rätt till arbeidsavklaringspenger alternativt uföretrygd.

Arbeidsavklaringspenger

Syftet med arbeidsavklaringspenger (arbetsavslutningsersättning) är att säkra inkomster för personer som på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga och som får aktiv behandling, deltar i arbetsinriktade åtgärder eller får annan uppföljning i syfte att få eller behålla arbete. För att en enskild ska ha rätt till arbeidsavklaringspenger måste ett antal villkor vara uppfyllda.

Den försäkrade ska bland annat vara mellan 18 och 67 år gammal. Om ansökan lämnas in efter att den försäkrade fyllt 62 måste denne som huvudregel haft en pensionsgrundande inkomst motsvarande minst ett grundbelopp året innan den försäkrades arbetsförmåga blev nedsatt med minst hälften.

Den försäkrade ska ha en minskad arbetsförmåga med minst hälften och sjukdom, skada eller funktionsnedsättning ska vara en väsentligt bidragande orsak till den nedsatta arbetsförmågan.

För att få eller behålla arbete som han eller hon kan utföra ska den försäkrade behöva aktiv behandling, arbetsinriktade åtgärder, eller efter att ha prövat sådan behandling eller sådana åtgärder fortfarande anses ha en viss möjlighet att få ett jobb och få en annan uppföljning från beslutsmyndigheten.

Den försäkrade ska aktivt bidra i processen att komma i arbete (det så kallade aktivitetskravet). Aktivitetskraven bestäms i en aktivitetsplan som ändras vid behov.

Ersättningen ska enligt huvudregeln betalas ut så länge som det är nödvändigt för att den försäkrade ska kunna genomföra bestämda aktiviteter i syfte att komma i arbete, men inte längre än tre år.

Om den försäkrade har delvis nedsatt arbetsförmåga så minskas ersättningen så att förmånen motsvarar den förlorade arbetsförmågan. Det ska alltid bedömas om den försäkrade har en arbetsförmåga som inte använts.

Uføretrygd

Syftet med uføretrygd (funktionsnedsättningsförmån) är att säkra inkomster för personer som på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning har en permanent minskad försörjningsförmåga. För att en enskild ska ha rätt till uføretrygd ska ett antal villkor vara uppfyllda.

Den försäkrade ska vidare vara mellan 18 och 67 år gammal. Om den försäkrade ansöker efter att denne har fyllt 62 år behöver han eller hon haft en pensionsgrundande inkomst på minst folketrygdens grundbelopp året före invaliditetsdagen eller minst tre gånger grundbeloppet de senaste tre åren före denna tid.

Den försäkrade ska ha en permanent sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Vid bedömningen utgår man från ett sjukdomsbegrepp som är vetenskapligt baserat och allmänt erkänt i medicinsk praxis. Sociala eller ekonomiska problem kan inte ge rätt till förmånen. Det medicinska tillståndet ska leda till en permanent funktionsnedsättning av sådan karaktär och grad att det utgör huvudorsaken till den minskade försörjningsförmågan.

Den försäkrades förmåga att utföra inkomstgenererande arbete ska som huvudregel vara permanent nedsatt med minst hälften. Vid bedömningen av arbetsförmågan läggs vikt vid den försäkrades ålder, förmågor, utbildning, yrkesbakgrund och arbetsmöjligheter på bostadsorten eller andra platser där det är rimligt att den försäkrade tar arbete. Inkomstmöjligheterna i alla arbeten som den försäkrade kan utföra jämförs med de inkomstmöjligheter den försäkrade hade innan denne fick funktionsnedsättningen.

Den försäkrade ska vidare ha genomgått lämplig behandling för att förbättra sin försörjningsförmåga och genomfört eller har försökt genomföra individuella och lämpliga arbetsinriktade åtgärder utan att förmågan förbättrats, om det inte är uppenbart att arbetsinriktade åtgärder inte är lämpliga. Vid bedömningen av om en behandlingsåtgärd eller en arbetsinriktad åtgärd är lämplig ska beaktas den försäkrades

ålder, förmågor, utbildning, yrkesbakgrund och jobbmöjligheter. Även om den försäkrade kan få ett jobb om han eller hon pendlar eller flyttar ska beaktas.

Ersättningen är inte renodlat medicinskt. Den försäkrades funktionsnedsättningsgrad bestäms genom att intjäningsförmågan före funktionsnedsättningen jämförs med intjäningsförmågan med funktionsnedsättningen. Om den försäkrade har förlorat hela sin intjäningsförmåga ska funktionsnedsättningsgraden sättas till 100 procent. Om den försäkrade tappat endast en del av intjäningsförmågan ska funktionsnedsättningsgraden motsvara den förlorade intjäningsförmågan. Funktionsnedsättningen graderas i steg om fem procentenheter. Det ska alltid övervägas om funktionsnedsättningsgraden ska vara lägre än 100 procent.

6.4.2 Finansiering och administration av försäkringen

I Norge administreras sjukförsäkringen av den statliga myndigheten arbeids- og velferdsetaten, NAV, som bildades genom en samlokalisering av landets försäkringskassa, arbetsförmedling och kommunala socialtjänster). De ekonomiska förmånerna vid sjukdom finansieras via statsbudgeten och de statliga utgifterna finansieras i sin tur genom avgifter från arbetsgivare och arbetstagare.

7 Rätten till sjukersättning – problemanalys

I utredningsdirektiven anges att för att ett beslut om avslag på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning ska uppfattas som rimligt, när den försäkrade har arbetsförmåga i ett för denna anpassat arbete måste det vara realistiskt att denne kan få ett sådant lämpligt arbete inom en rimlig tid. Det konstateras även i direktiven att Riksrevisionen i en granskning[1] har uppmärksammat den diskrepans som finns mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

I detta sammanhang uppmärksammas särskilt situationen för äldre personer i förvärvsarbetande ålder.

Ett annat problem som framhålls i direktiven är skillnader i beviljandegraden mellan kvinnor och män.

Ett tredje problem rör stabiliteten i tillämpningen. Andelen avslag på nyansökningar har varierat stort över tid trots ett oförändrat regelverk. Stora variationer över tid riskerar att påverka tilltron till försäkringen negativt.

I samtliga fall finns det flera tänkbara orsaker, såväl externa som interna. De externa förklaringarna är sådana som ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen av detta. Det kan till exempel handla om demografiska förändringar, i folkhälsan eller av arbetsmarknaden. De interna förklaringarna är sådana som handlar om reglernas innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter eller samarbete mellan myndigheter.

I följande avsnitt redovisar utredningen sin problemanalys kopplad till dessa frågor.

[1] RiR 2018:9.

7.1 Sjukersättningens utveckling över tid

I detta avsnitt redovisas hur antalet ersättningstagare har utvecklats inom sjukersättningen under perioden 2003–2019. Beskrivningen görs genomgående efter ålder, kön och diagnos. Utvecklingen av ansökningar, avslag och bifall samt in- och utflödet av ersättningstagare i försäkringen redovisas. Det görs separata redovisningar dels av utvecklingen av antalet ersättningstagare, dels av utvecklingen av antalet nybeviljade ersättningar.

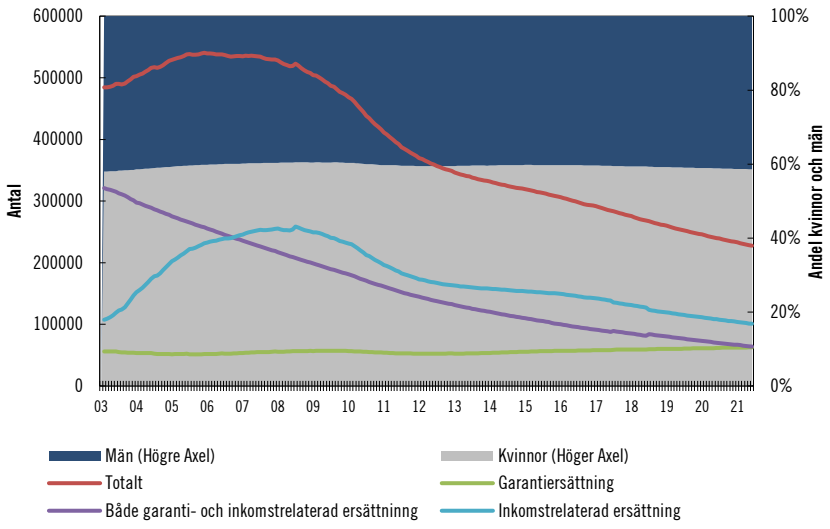
När det gäller analyser av orsakerna till den utveckling som redovisas här, återfinns dessa i avsnitt 7.2.

7.1.1 Antal personer med sjukersättning

Sedan mitten av 2000-talet har antalet individer som har sjukersättning succesivt minskat. Sedan högsta noteringen 2005, då ca 540 000 personer hade sjukersättning, har antalet personer med sjukersättning minskat varje år och antalet ersättningstagare har sedan dess mer än halverats. I december 2019 uppgick antalet personer med sjukersättning till knappt 250 000. Av dessa var omkring 60 procent kvinnor och 40 procent män, en fördelning som varit stabil sedan början av 2000-talet.

Den kraftigaste nedgången skedde från mitten av 2008 till början av 2012. En viktig orsak till denna utveckling är de regelförändringar som trädde i kraft den 1 juli 2008 som innebar skärpta krav för att beviljas stadigvarande sjukersättning, samtidigt som den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades. Därefter har antalet med sjukersättning fortsatt att minska om än i en lägre takt. Minskningen av antalet personer med sjukersättning har också inneburit en att en betydligt lägre andel av befolkningen har sjukersättning i dag än i början av 2000-talet. Som andel av befolkningen 20–64 år har antalet med sjukersättning mer än halverats från ca 5,5 procent till 2,3 procent under perioden 2000–2019.

Figur 7.1 Antal personer med sjukersättning och andel kvinnor och män



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Personer med sjukersättning kan ha garantiersättning eller inkomstrelaterad ersättning. I de fall där den inkomstrelaterade ersättningen understiger garantinivån kompletteras den inkomstrelaterade ersättning med garantiersättning så att individens totala ersättning kommer upp till garantinivån. Dessa individer får således ersättning från både den inkomstrelaterade och den garanterade delen av försäkringen.

Det minskade antalet personer med sjukersättning sedan 2005 har inneburit en förändrad fördelning av ersättningsformerna hos personer med sjukersättning. I början av 2000-talet utgjorde gruppen med både inkomstrelaterad ersättning och garantiersättning nästan 60 procent av samtliga med sjukersättning. Det innebar att en majoritet hade haft ett arbete under ett fåtal år och prövat sin arbetsförmåga men inte orkat/kunnat arbeta tillräckligt länge för att få all sjukersättning från den inkomstrelaterade delen. Sedan 2003 har denna grupp minskat årligen och gått från drygt 300 000 till 79 000 individer 2019, vilket innebär att denna grupp i dag utgör knappt 30 procent av samtliga med sjukersättning. Det är således denna grupp som svarar för den största minskningen av antalet med sjukersättning undre den aktuella perioden. Totalt sett utgör i denna grupp nästan

90 procent av den totala minskningen av antalet personer med sjukersättning.

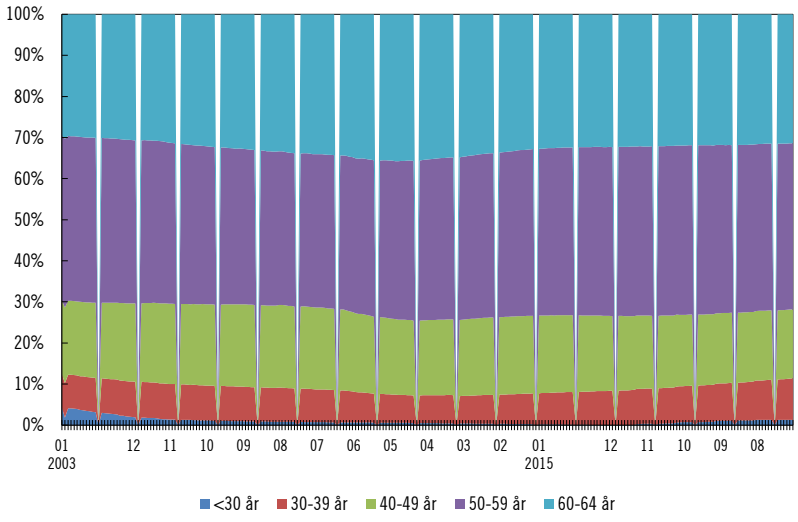
Sedan 2007 har också antalet med enbart inkomstrelaterad ersättning minskat efter en relativt kraftig ökning under perioden 2003–2007. Uppgången under åren 2003–2007 gör att antalet med enbart inkomstrelaterad ersättning sett över hela perioden 2003–2019 bara minskat med ca 35 000 personer. Som andel av det totala antalet med sjukersättning har dock gruppen ökat och utgjorde 2019 nästan hälften (45 procent) av samtliga ersättningstagare. Det innebär att gruppen med inkomstrelaterad ersättning i dag utgör den största andelen av dem med sjukersättning. Den största andelen av de personer som har sjukersättning i dagsläget har således arbetat tillräckligt länge för att få hela sin ersättning från försäkringens inkomstrelaterade del.

För gruppen som enbart har garantiersättning har utvecklingen gått i motsatt riktning i förhållande till dem med inkomstrelaterad ersättning. Antalet personer med garantiersättning har legat stabilt kring 55 000 personer fram till mitten av 2010-talet men har sedan dess ökat svagt och uppgick 2019 till nästen 62 000 personer. En tydlig trend under de senaste åren är således att fler kommer in i sjukersättningen utan att ha prövat sin arbetsfråga på den reguljära arbetsmarknaden tillräckligt länge för att upparbeta en inkomstrelaterad ersättning. Utvecklingen under den senaste femårsperioden för gruppen med enbart garantiersättning tillsammans med den utveckling som beskrivits för övriga ersättningstagare, gör att andelen med garantiersättning har mer än fördubblats sedan 2003. Som andel av de personer som har sjukersättning har gruppen med garantiersättning ökat från 10 till 25 procent under perioden 2003–2019.

Åldersfördelning

Trots den stora minskningen av antalet personer med sjukersättning har fördelningen mellan olika åldersgrupper varit förhållandevis konstant under perioden 2003–2019. Små förskjutningar har skett, företrädesvis för kvinnor där andelen äldre 60–64 år ökat svagt och andelen yngre än 50 år minskat i motsvarande grad. För män syns en förändring i dessa åldersgrupper under slutet av 2000-talet men andelarna vänder sedan tillbaka till de nivåer som var under 2000-talets början.

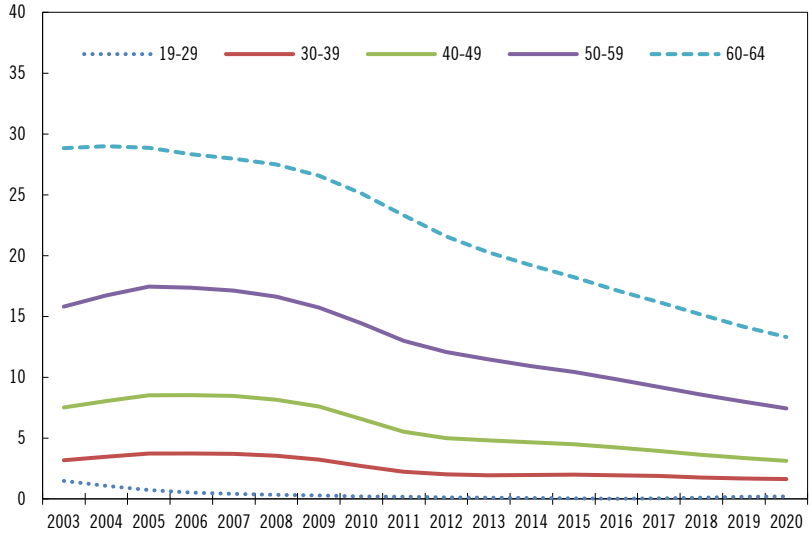
Figur 7.2 Åldersfördelning



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Ett annat perspektiv på olika åldersgruppernas utveckling är hur andelen med sjukersättning i respektive åldersgrupp har utvecklats. Med detta perspektiv ser utvecklingen av olika åldersgrupper lite annorlunda ut. De äldsta åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år är fortfarande de åldersgrupper där andelarna av respektive ålderskategori är högst, även om de har minskat över tid. När sjukersättningen infördes 2003 hade 30 procent av alla i åldersgruppen 60–64 år och drygt 15 procent av alla i åldersgruppen 50–59 år sjukersättning. För båda dessa åldersgrupper har andelarna succesivt minskat över tid och 2019 var det 13 respektive 8 procent av respektive åldersgrupp som hade sjukersättning. Även för åldersgrupperna 40–49 år och 30–39 år har andelen personer med sjukersättning minskat över tid. Minskningen är dock inte lika markant som hos de äldre åldersgrupperna.

Figur 7.3 Andelen av befolkningen med sjukersättning i olika åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

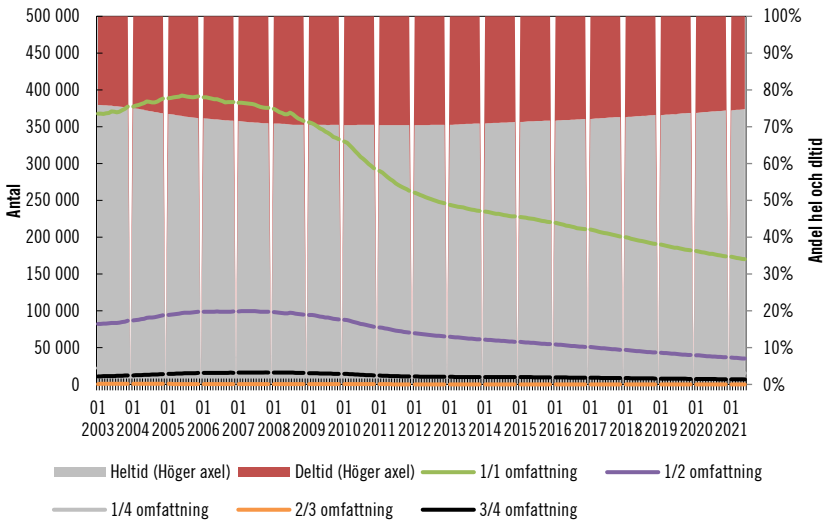
Hel eller partiell ersättning

Två tredjedelar av alla personer med sjukersättning har hel sjukersättning. Denna fördelning har med små förändringar gällt under hela den studerade perioden 2003–2019. Andelen med hel ersättning är något högre bland män (80 procent) än kvinnor (70 procent).

Partiell ersättning kan ges som tre fjärdedels, två tredjedels, halv eller en fjärdedels ersättning av heltid.[2] Den vanligaste partiella ersättningsandelen har sedan sjukersättningen introducerades 2003 varit halv ersättning. Andelen med halv ersättning har dock minskat med nästan 10 procentenheter sedan 2003 och utgjorde 2019 omkring 60 procent av samtliga partiella ersättningar. Den minskade andelen med halv ersättning har inneburit en ökad andel av andra partiella ersättningsandelar. Framför allt är det andelen med en fjärdedels ersättning som ökat. Denna andel har sedan början av 2000-talet ökat med drygt 5 procentenheter och utgjorde 2019 drygt 25 procent.

[2] Även två tredjedelars sjukersättning var tidigare möjligt att beviljas och antalet personer med denna förmånsnivå har succesivt minskat sedan inga nya fall tillkommit. I dag är de färre än 50 personer.

Figur 7.4 Personer med hel respektive partiell ersättning

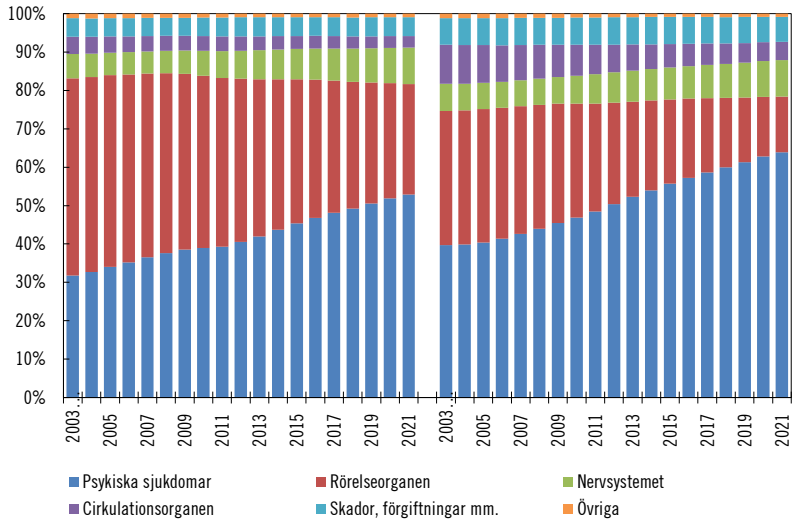


Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Diagnoser

I början av 2000-talet var sjukdomar i rörelseorganen eller muskuloskeletala sjukdomar den vanligaste diagnosen bland dem som hade sjukersättning. Knappt 40 procent av dem med sjukersättning härrörde från dessa typer av diagnoser. Tillsammans med psykiatriska diagnoser utgjorde de nästan 70 procent av det totala antalet med sjukersättning. Sett över tid har andelen av de personer med sjukersättning som har diagnoser inom det psykiatriska och muskuloskeletala diagnosspektret varit konstant kring 70 procent. En tydlig förändring har dock skett mellan dessa diagnosgrupper där andelen psykiatriska diagnoser vuxit och andelen med sjukdomar i rörelseorganen har minskat. I slutet av 2019 svarade personer med psykiatriska diagnoser för nästan hälften av samtliga med sjukersättning och andelen med sjukdomar i rörelseorganen uppgick till 20 procent.

Figur 7.5 Olika diagnosers andel av antalet personer med sjukersättning



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

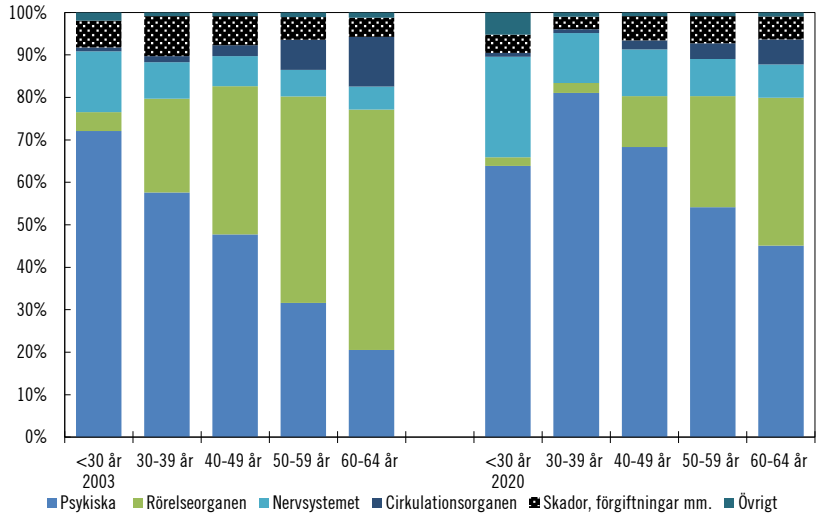
Den allmänna utvecklingstrenden för olika diagnosgrupper gäller även för kvinnor respektive män. Några intressanta skillnader mellan kvinnors och mäns diagnoser är dock värda att notera. Psykiatriska diagnoser är vanligare bland män med sjukersättning än bland kvinnor medan förhållandet är det omvända för diagnoser i rörelseorganen.[3] En större andel män än kvinnor har sjukersättning på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen. Andelen har dock över tid minskat för både kvinnor och män. Ungefär lika stor andel kvinnor som män har sjukdomsdiagnoser som härrör till nervsystemet.

Det finns ett tydligt åldersmönster i hur vanliga de olika diagnosgrupperna är bland personer med sjukersättning. Psykiatriska diagnoser är vanligast i de yngre åldersgrupperna och andelen avtar med stigande ålder. Dock kan man konstatera att andelen med psykiatriska diagnoser ökat över tid i samtliga åldersgrupper. Tydligast är ökningen bland de allra äldsta 60–64 år där andelen med psykiatriska diagnoser ökat från ett fåtal procent till nästan 40 procent mellan 2003 och 2019. År 2019 var psykiatriska diagnoser den enskilt största diagnosgruppen i samtliga ålderskategorier och utgjorde minst hälften

[3] Totalt sett är det dock fler kvinnor än män som har sjukersättning på grund av psykiska diagnoser och sjukdomar i rörelseorganen.

av alla med sjukersättning i alla ålderskategorier, förutom den äldsta 60–64 år.

Figur 7.6 Diagnoser fördelat efter ålder



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

7.1.2 Nybeviljade sjukersättningar

Ett annat perspektiv på utvecklingen inom sjukersättningen är hur antalet nybeviljade ersättningar har utvecklats. En uppdelning av nybeviljandet görs på ålder, kön och diagnos. Vidare studeras om det beviljas hel eller partiell ersättning. Avslutningsvis redovisas utvecklingen av olika typer av ärenden. Sjukersättning kan antingen initieras av Försäkringskassan som ett utbytesärende eller av individen själv genom en ansökan. I de fall individen själv ansöker om ersättning skiljer utredningen på de ansökningar som föregåtts av ett sjukpenningärende och övriga ansökningar.

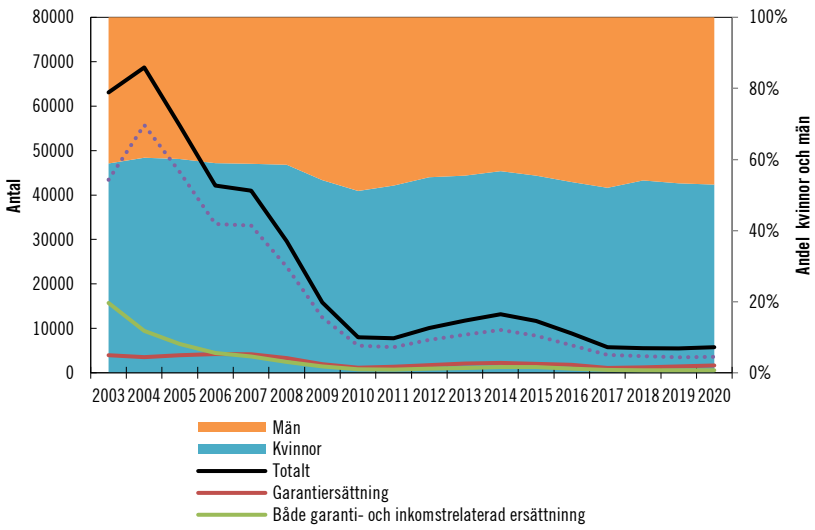
Antal nybeviljade

Antalet nybeviljade sjukersättningar minskade kraftigt under perioden 2004–2010. Under denna period föll antalet nybeviljade fall från nästan 70 000 personer till 6 000 personer per år. I samband med att

de nya reglerna för rätt till sjukersättning infördes i juli 2008 stannade utvecklingen kort upp men har sedan dess fortsatt att minska i ungefär samma takt. Minskningen har framför allt skett av dem med inkomstrelaterad ersättning men även nybeviljandet av dem med garantiersättning eller både garanti- och inkomstrelaterad ersättning avtog under denna period, om än i mindre omfattning. Som andel av samtliga nybeviljade sjukersättningsärenden har de med garantiersättning ökat, medan andelen med båda ersättningstyperna varit konstant och andelen med inkomstrelaterad ersättning minskat. Vid utgången av 2019 svarade gruppen med enbart garantiersättning för 26 procent av de nybeviljade sjukersättningarna och de med inkomstrelaterad ersättning för knappt 65 procent. Det minskade inflödet i sjukersättningen under åren efter 2008 gällde i större utsträckning kvinnor än män. Andelen män med sjukersättning ökade därför under dessa år med nästan 10 procentenheter.

Efter 2010 ökade nybeviljandet av sjukersättning och under perioden 2011–2015 ökade nybeviljandet med drygt 5 000 personer. Ökningen var något större för kvinnor än för män, vilket ökade andelen kvinnor i med sjukersättning under dessa år. Efter 2015 har utvecklingen återigen vänt nedåt för att under de senaste åren mellan 2018 och 2019 öka svagt.

Figur 7.7 Antal nybeviljade sjukersättningar



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

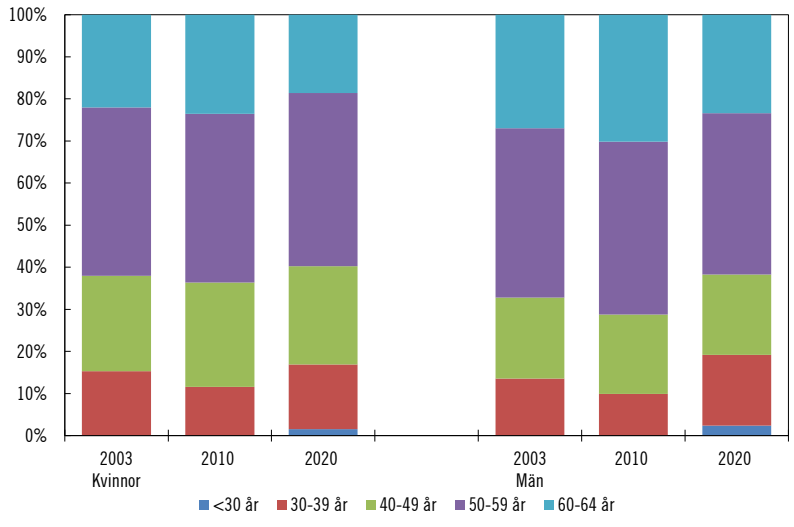
Ålder

Trots de kraftiga förändringarna i nybeviljandet har åldersstrukturen på dem som beviljats sjukersättningen förändrats relativt lite. En liten förskjutning har dock skett från de äldre till yngre. Andelen personer över 50 år som nybeviljats sjukersättning har minskat med ca 5 procentenheter sedan 2003. Fortfarande utgör de som är äldre än 50 år den största gruppen av de som nybeviljas sjukersättning och gruppen uppgick 2019 till strax över 60 procent.

För kvinnor har fördelningen mellan de olika åldersgrupperna varit stabil över åren. De små förändringar som skett av åldersstrukturen kan således förklaras av männen. Andelen män under 50 år som nybeviljades sjukersättning minskade mellan åren 2003 och 2010. Under denna period sjönk andelen några procentenheter och uppgick 2010 till ca 30 procent. Under perioden 2010–2019 vände utvecklingen och andelen män under 50 år som nybeviljades sjukersättning uppgick 2019 till knapp 40 procent.

På det stora hela är åldersstrukturen mellan kvinnor och män som nybeviljas ersättning likartad. Några skillnader kan dock noteras. Bland kvinnor som nybeviljas sjukersättning är en något större andel yngre än 50 år medan det bland männen finns en lite större andel i åldersgruppen över 60 år.

Figur 7.8 Åldersstruktur nybeviljade sjukersättningsärenden



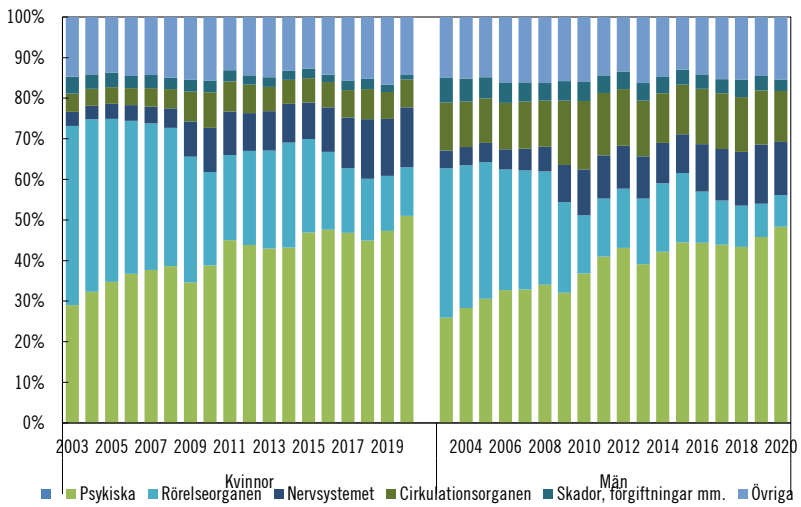
Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Diagnoser

Psykiatriska diagnoser har varit den största diagnosgruppen bland nybeviljade sjukersättningar sedan 2006. Sedan dess har andelen av de nybeviljade ärenden som kan hänföras till psykiatriska sjukdomar succesivt ökat. Samtidigt som de psykiatriska diagnoserna ökat har sjukdom i rörelseorgan succesivt minskat. År 2006 utgjorde psykiatriska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen ungefär lika stora andelar av de nybeviljade sjukersättningsärendena, ca 35 procent var. År 2017 utgjorde psykiatriska sjukdomar omkring 45 procent av alla nybeviljade ärenden och sjukdomar i rörelseorganen omkring 10 procent.

Utvecklingen över tid och förskjutningen från sjukdomar i rörelseorganen till psykiatriska sjukdomar har varit likartad för både kvinnor och män. Några mindre skillnader finns dock vad gäller olika diagnosers andel av de nybeviljade ärendena. Män har en lite större andel av sjukdom i cirkulationsorganen och kvinnor har en lite större andel av sjukdomar i rörelseorganen. I övrigt utgör de övriga diagnosgrupperna ungefär lika stor andel hos kvinnor som hos män.

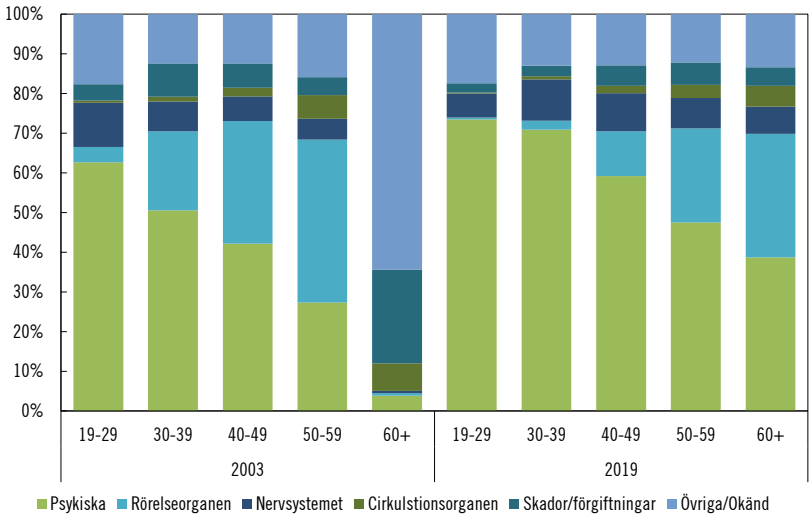
Figur 7.9 Nybeviljade sjukersättningar utifrån diagnos, kvinnor och män



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Psykiatriska sjukdomar är en vanligare orsak till nybeviljad sjukersättning bland yngre än bland äldre. I åldersgrupperna under 40 år var andelen av de nybeviljade sjukersättningsärendena som har psykiatriska diagnoser ca 60–70 procent 2019. Andelen sjunker sedan högre upp i åldrarna och utgör ca 30 procent i åldersgruppen 60–64 år. I alla åldersgrupper är dock psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till att beviljas sjukersättning.

Figur 7.10 Nybeviljade sjukersättningar utifrån diagnos, ålder



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Personer kan beviljas sjukersättning både efter att de själva har ansökt om ersättningen (ansökningsärenden), och genom att Försäkringskassan har initierat en prövning av ett eventuellt utbyte av sjukpenning till sjukersättning (utbytesärenden).[4] Ansökningsärenden delas i sin tur upp i två grupper: ärenden där personen inte tidigare har haft sjukpenning (ansökan utan sjukfall) och ärenden där personen har haft sjukpenning (ansökan med sjukfall).

Före regeländringarna 2008 var det oftast Försäkringskassan som tog initiativ till prövning av rätten till sjukersättning. Det handlade då i normalfallet om personer som hade sjukpenning som beviljades

[4] I nybeviljade ersättningar ingår ej personer som tidigare haft aktivitetsersättning. Dessa ärenden ingår således inte i utbytesärenden.

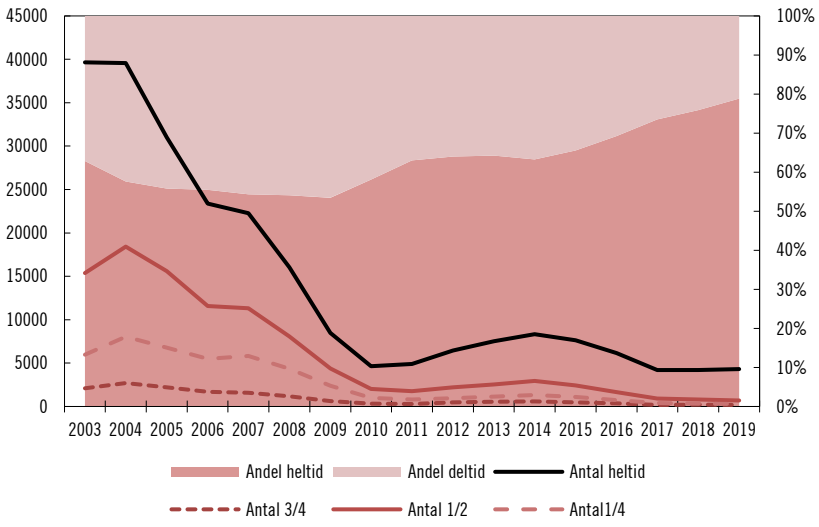
sjukersättning. Efter 2010 har det varit en jämnare fördelning mellan utbytesärenden och ansökningsärenden.

Hel respektive partiell ersättning

Hel sjukersättning är den absolut vanligaste ersättningsomfattningen inom sjukersättningen. Sett över tid har andelen som har ersättning på heltid ökat från drygt 60 procent 2003 till närmare 80 procent 2019. Under perioden 2003–2010, när antalet nybeviljade ersättningar minskade kraftig, ökade de partiella ersättningarna sin andel av det totala antalet nybeviljade sjukersättningsärenden. Därefter har den uppgång i nybeviljandet som skett varit kraftigare bland ersättningar på heltid än bland partiella ersättningar, vilket medfört att andelen med ersättning på heltid ökat kraftigt.

Bland de nybeviljade partiella sjukersättningsärendena har andelen med trefjärdelsersättning ökat svagt medan utvecklingen för andelen med halv ersättning gått i motsatt riktning. Andelen med en fjärdedels ersättning var ungefär lika stor 2019 som 2003 men andelen har under åren varierat svagt.

Figur 7.11 Nybeviljade sjukersättningar, hel- respektive partiell ersättning

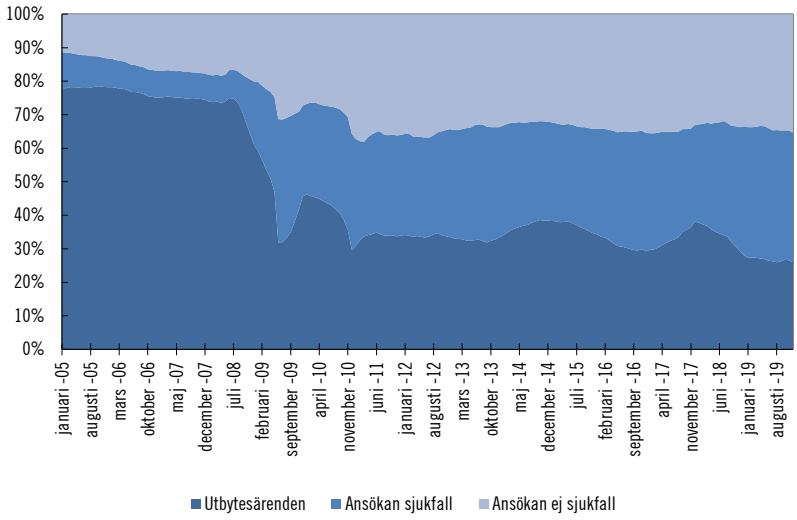


Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

Olika typer av ärenden

De flesta av de nybeviljade sjukersättningsärendena är ansökningsärenden där individen själv ansöker om sjukersättning. Omkring 70 procent av alla sjukersättningsärenden 2019 var ansökningsärenden. Ansökningsärendena med tidigare sjukfall utgjorde knappt 40 procent och ansökningsärende utan tidigare sjukfall svarade för ca 35 procent. Utbytesärenden utgjorde omkring 25 procent. Sedan 2015 har antalet utbytesärenden minskat mer än de andra ärendena och minskningen har fortsatt under 2019.

Figur 7.12 Nybeviljade ärenden fördelat efter respektive ärendeslags andel

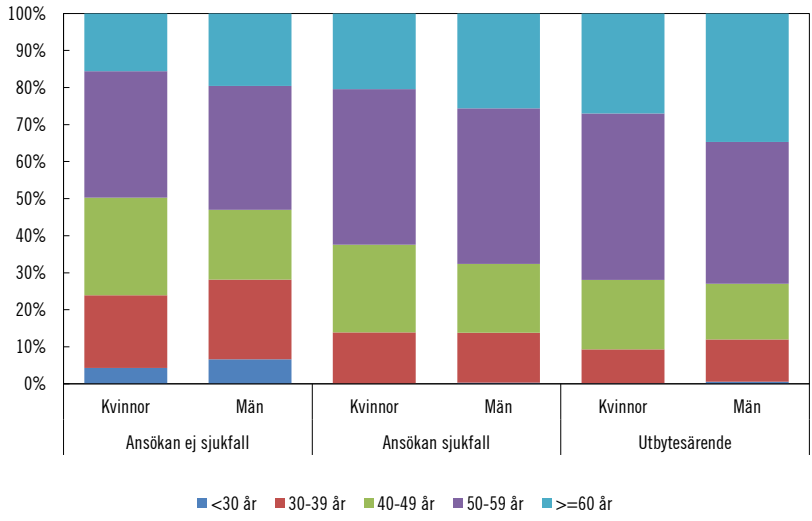


Källa: Försäkringskassan.

Det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män avseende hur ansökningarna fördelar sig mellan utbytesärenden och ansökningsärenden. Både för kvinnor och män har utbytesärenden över tid kommit att utgöra en mindre andel av de nybeviljade sjukersättningarna. Under 2019 stod dessa ärenden för 26 procent av både mäns och kvinnors nybeviljade sjukersättningar. Bland män var det vanligast att själv ansöka om sjukersättning utan pågående sjukfall (39 procent), medan det för kvinnor är vanligare att själv ansöka om sjukersättning under ett pågående sjukfall (42 procent).

Personer som tidigare haft långa sjukfall har över tid kommit att utgöra en allt större andel av dem som går från att få sjukpenning till att nybeviljas sjukersättning. Under 2019 var det omkring 75 procent av kvinnorna och 65 procent av männen som utgjorde sådana ärenden. Det är en markant ökning i förhållande till 2015 då 30 procent av kvinnorna och 31 procent av männen kom från långa sjukfall. Borttagandet av den bortre parentesen i sjukpenningen 2016 har medfört en ökning av antalet långa sjukfall, vilket i sin tur påverkat sammansättningen av de sjukfall där personen senare får sjukersättning.

Figur 7.13 Nybeviljade sjukersättningar uppdelat på ålder, kön och ärendeslag 2019



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

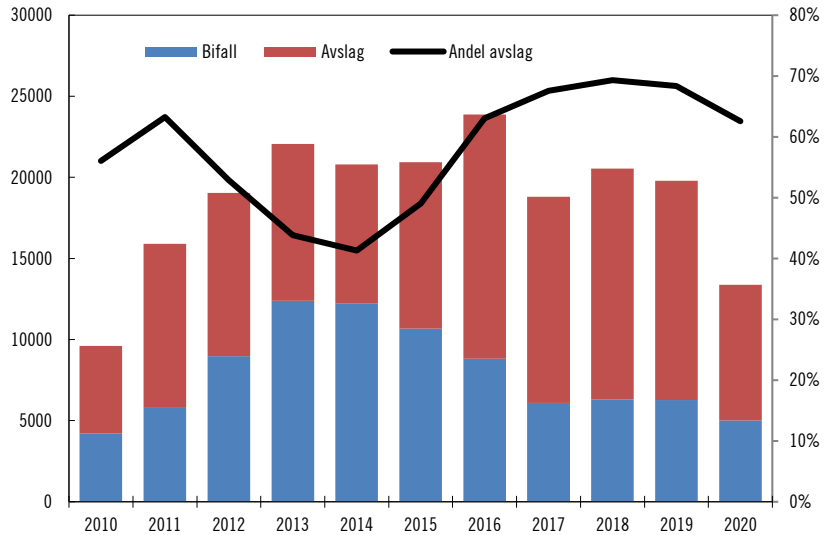
7.1.3 Ansökningar, bifall och avslag

Antalet personer som nybeviljas sjukersättning beror både på antalet som ansöker om sjukersättning och på Försäkringskassans utredning av rätten till sjukersättning. Antalet ansökningar om sjukersättning har under perioden 2012–2020 har varierat kring 20 000 ärenden per år. Andelen personer som fått avslag på sin ansökan har varierat kraftigt. Mellan åren 2012 och 2014 sjönk avslagsfrekvensen från 65 till 40 procent. Åren 2015 och 2016 steg avslagsfrekvensen sedan kraftigt upp till närmare 70 procent. Den kraftiga ökningen av avslags-

frekvensen har ett tydligt samband med det arbete som Försäkringskassan bedrivit sedan 2015 med att öka den rättsliga kvaliteten i utredningarna om rätten till sjukersättning (se avsnitt 7.2). Under 2019 och framför allt 2020 har avslagsfrekvensen återigen minskat och låg under 2020 på ca 62 procent.

Andelen avslag på nya ansökningar om sjukersättning är något större för kvinnor än för män. Avslagsandelen för kvinnor ökade från 50 till 73 procent mellan 2015 och 2018, medan avslagsandelen för män ökade från 48 till 65 procent under samma tidsperiod. Under 2020 var andelen avslag 65 procent för kvinnor och 60 procent för män.

Figur 7.14 Nya ansökningar, bifall och avslag



Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.
Anm.: Utbytesärenden ingår ej.

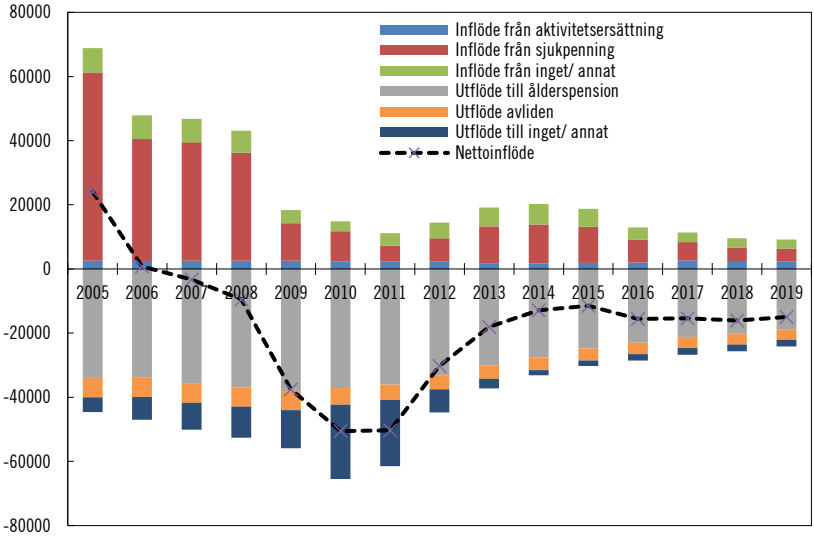
7.1.4 Inflöde till och utflöde från sjukersättningen

Redovisningen ovan har enbart handlat om hur nybeviljandet utvecklats. I Försäkringskassans definition av nybeviljade ärenden ingår inte inflödet från aktivitetsersättningen. I nedanstående figur sammanfattas inflödet till och utflödet från sjukersättningen i ett antal olika kategorier. Till att börja med kan vi, som tidigare konstaterats, notera att inflödet till sjukersättningen har varit betydligt mindre än

utflödet, vilket utgör huvudförklaringen till att antalet ersättningstagare minskat.

Trenden var som tydligast under perioden 2005–2011 då antalet personer som lämnade sjukersättningen succesivt ökade. Sedan dess har utflödet minskat och 2019 lämnade knappt 25 000 personer sjukersättningen. Det kan jämföras med 2010 då omkring 65 000 personer lämnade sjukersättningen. Den absolut vanligaste orsaken till att personer lämnar försäkringen är att de går i ålderspension. Omkring 80 procent av dem som lämnade försäkringen 2019 gjorde det av detta skäl. Omkring 10 procent lämnade försäkringen på grund av att de avled och resterande del av andra orsaker. Andelen som lämnade av andra orsaker ökade succesivt under perioden 2005–2011 och uppgick som mest till omkring 35 procent, men har sedan dess minskat och utgjorde 2019 knappt 10 procent av alla som lämnade försäkringen.

Figur 7.15 Orsaker till in- och utflöde från sjukersättningen



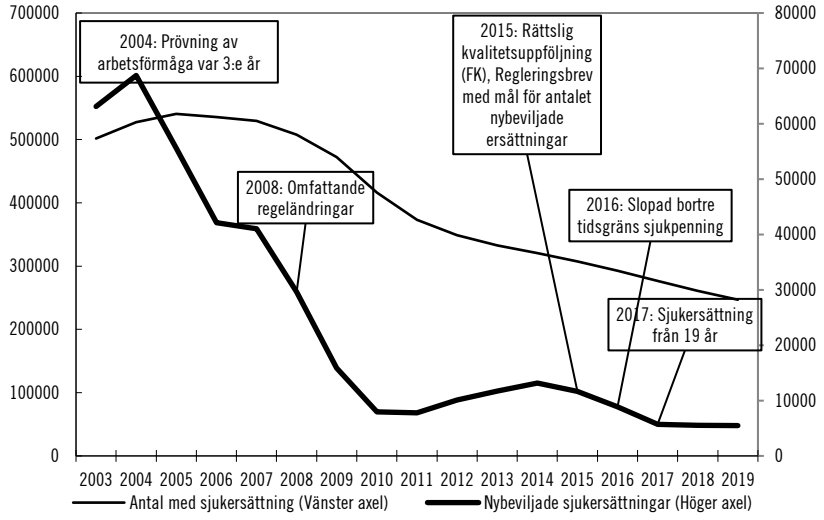
Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

7.1.5 Sjukersättningens utveckling och regeländringar

En sammanfattande bild av den utveckling som beskrivits ovan ges i figur 7.17. Här visas utvecklingen av både antalet ersatta och nybeviljade sjukersättningstagare samt de viktigaste regeländringar som gjorts

inom sjukersättningen sedan 2003. En mer utförlig beskrivning av regelverket och dess förändringar finns i avsnittet 5.1.2.

Figur 7.16 Utvecklingen av antalet ersättningstagare och nybeviljade sjukersättningar samt regeländringar 2003–2019



Källa: Försäkringskassan.

7.2 Variationer i beviljandegraden

Såväl antalet personer som har sjukersättning som antalet nybeviljade sjukersättningar har varierat kraftigt över tid, se vidare avsnitt 7.1. Ingen annan socialförsäkringsersättning har under senare år haft så stora variationer i antalet beviljade ersättningar, relationen mellan bifall och avslag samt personer som har ersättningen som sjukersättningen. År 2019 beviljades totalt 5 478 personer sjukersättning. Det är den lägsta siffran sedan sjukersättningen infördes år 2003. År 2003 var också det år då flest personer nybeviljades denna ersättningsform – 73 000 personer. Därefter sjönk antalet under flera år för att nå en lägsta punkt år 2010 (14 000 personer). En stor nedgång skedde efter regelförändringarna som trädde i kraft den 1 juli 2008. Beviljandet av sjukersättning sjönk då kraftigt. Från 2012 fram till inledningen av 2015 skedde det sedan en svag ökning. Antalet steg åter till som mest

21 500 personer år 2014. Efter denna tidpunkt har antalet återigen sjunkit kraftigt.

I Försäkringskassans utgiftsprognos prognostiserar myndigheten att antalet personer med sjukersättning, som successivt har minskat sedan mitten av 2005, förväntas fortsätta att minska under aktuell prognosperiod med undantag för 2023 då den övre åldersgränsen för att kunna ha sjukersättning föreslås höjas.[5] Under 2020 minskade antalet personer med sjukersättning med ca 14 200 och uppgick i december 2020 till ungefär 235 000. I december 2021 förväntas antalet uppgå till 221 000 personer, för att sedan fortsätta minska till 202 500 i december 2024. Att antalet personer förväntas minska beror främst på att många som har sjukersättning kommer att lämna förmånen till följd av att de uppnår högsta tillåtna ålder samt att den nuvarande, förhållandevis låga, nivån av nybeviljanden förväntas bestå.

Nedan går utredningen igenom ett antal faktorer som skulle kunna utgöra förklaringar till variationerna i försäkringen. För varje faktor görs en bedömning av i vilken utsträckning den kan förklara de variationer i beviljandegraden som kan observeras sedan 2008. Att beviljandegraden för förmåner i sjukförsäkringen kan påverkas av flera olika faktorer är också en slutsats som Inspektionen för socialförsäkringen dragit i en rapport om nivåer på beviljande av sjukpenning och sjukersättning där ISF framhöll att sjukfrånvaron och användandet av sjukförsäkringen i Sverige varierat över tid på ett sätt som är svårt att förklara utifrån enbart förändrad hälsa, befolkningsstruktur eller regeländringar inom sjukförsäkringen. Sjukfrånvaronivån påverkas också av hur sjukvården fungerar, attityder till sjukskrivning, sociala interaktioner, arbetsmiljö och andra anställningsförhållanden, medicinsk utveckling, ekonomiska incitament till arbete, vilka som deltar i arbetskraften och hur sjukförsäkringen samspelar med andra socialförsäkringar.[6]

[5] Försäkringskassan (2021), utgiftsprognos för budgetåren 2021–2024. Som Försäkringskassan konstaterar är prognoser emellertid osäkra. Dessutom ökar denna osäkerhet ju längre tidshorisont som prognosen avser.
[6] ISF, Rapport 2012:15, Stabilitet i sjukfrånvaron, s. 7.

7.2.1 Stora variationer i utvecklingen utan rimliga orsaker utgör problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tilliten till försäkringen

En utgångspunkt enligt utredningsdirektiven är att stabilitet i tillämpningen är något eftersträvansvärt. Sjukersättningen har karaktär av rättighetslagstiftning och olikheter i framför allt bedömningar och beviljandegrad över tid som inte har en tydlig, rimlig förklaring får negativa konsekvenser i form av bl.a. rättsosäkerhet, oförutsebarhet och ojämlikhet. Frågor om rättssäkerhet, förutsebarhet och tilliten till försäkringen diskuteras mer utförligt i kapitel 3.

Det finns således en rad problem som uppkommer till följd av stora variationer i tillämpningen av regelverket ifall variationerna inte har tydliga och rimliga orsaker.

7.2.2 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen

Då syftet med sjukersättningen är att kompensera för inkomstbortfall som orsakas av långvarig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom är en möjlig förklaring till variationen i antalet försäkrade med sjukersättning förändringar i befolkningens hälsa. I en befolkning med överlag bättre hälsa borde färre ha behov att ta del av förmåner vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Samtidigt gör dock de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper i befolkningen att det även i en situation där hälsan förbättras sammantaget för befolkningen samtidigt kan vara fler som drabbas av så dålig hälsa att den leder till en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. För att finna förklaringar till variationer i inflödet och utflödet i sjukersättningen är det därför främst intressant att studera utvecklingen av hälsan hos de som mår sämst.

I kapitel 4 finns en mer detaljerad redogörelse för hälsoutvecklingen i befolkningen i de delar som är av relevans för denna utredning. Där framgår att det har skett variationer av hälsoläget, mätt som självskattad hälsa, under den tid som gått sedan dagens regler för sjukersättningen infördes i juli 2008. Andelen som uppger dålig eller mycket dålig fysisk hälsa har varierat mellan 5 och 7 procent av befolkningen under åren 2008–2018. Äldre rapporterade sämre fysisk hälsa än yngre, men andelen minskade i åldersgrupperna 65–84 år och 45–64 år medan den ökade i yngre åldersgrupper. För befolkningen som helhet fanns

dock ingen tydlig trend och andelen som uppgav dålig eller mycket dålig fysisk hälsa var i samma storleksordning 2018 som 2008.

Vad gäller den psykiska ohälsan går det dock att se en tydlig trend med en ökning under det senaste decenniet, bland såväl män som kvinnor och i samtliga utbildningsgrupper. Vad gäller åldersgrupper så är andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande störst bland de yngre och har ökat i alla åldersgrupper utom den äldsta. Som nämnts ovan har också andelen av de som får sjukersättningen till följd av psykiska diagnoser ökat.

Det finns alltså variationer i såväl den fysiska som psykiska självrapporterade hälsan under den tidsperiod utredningen studerar. Det är dock svårt att knyta förändringar i beviljandegraden eller i antalet som har sjukersättning till dessa förändringar. Utvecklingen av den psykiska hälsan talar snarare för att inflödet till sjukersättningen torde ha kunnat öka under de senare åren medan utvecklingen dock har varit den motsatta. Även utvecklingen kring psykiatriska diagnoser skulle kunna tala för fler beviljade ansökningar om sjukersättning. Ökade sjukskrivningar på grund av psykiatriska diagnoser kan nämligen tänkas ha en viss påverkan på utvecklingen av antalet personer med beviljad sjukersättning, eftersom inflödet till sjukersättningen delvis beror på hur inflödet till kortare sjukskrivningsperioder ser ut.[7] Ökningen av psykiska diagnoser avser dock inte de klassiska psykiska sjukdomarna såsom psykossjukdomar och schizofreni utan det handlar primärt om stressrelaterad psykisk ohälsa. Det rör sig således om diagnoser där det typiskt sett kan vara svårt att uppfylla villkoren för sjukersättning. Det är inte orimligt att detta kan vara en delförklaring till de ökade avslagsandelarna. En förändrad sjuklighet skulle alltså kunna ha en viss påverkan på beviljandegraden.[8]

Riksrevisionen har dock bedömt att svängningarna i antalet beviljanden inte speglar motsvarande variationer i hälsa och arbetsförmåga i arbetskraften. Exempelvis halverades antalet beviljanden av sjuk- eller aktivitetsersättning mellan åren 2003 och 2008 trots att olika mått på hälsa signalerade en stabil hälsoutveckling under samma period.[9]

[7] Såväl ISF som Försäkringskassan har bedömt att stora variationer i sjukfrånvarons nivå över tid inte endast kan bero på svängningar i befolkningens hälsa; jfr exempelvis ISF, Rapport 2012:15, Stabilitet i sjukfrånvaron s. 27 och Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2014:17, Analys av sjukfrånvarons variation, Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid, s. 8.
[8] Se t.ex. Försäkringskassan, Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.
[9] RiR 2018:9, s. 10, med vidarehänvisning till bl.a. Folkhälsomyndighetens statistik.

Dessutom har ett antal forskare analyserat hur de kraftiga svängningarna i antalet som har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning över tid hänger samman med förändringar av den relativa hälsan bland dem som ansöker och beviljas ersättning å enda sidan och de som inte ansöker å andra sidan.[10] Forskarna konstaterar ett positivt samband mellan den relativa hälsan bland dem som beviljas ersättning och antalet som beviljas: ju fler som beviljas, desto bättre är också hälsan bland dem som beviljas ersättning i förhållande till övriga i arbetskraften. De menar att studiens resultat sammantaget tyder på att en betydande variation i inflödet till sjukersättningen kvarstår även efter beaktande av förändringar i befolkningens hälsa.[11]

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att förändrade hälsofaktorer hos befolkningen i allmänhet kan antas utgöra som mest en liten del av förklaringen till den minskade beviljandegraden av sjukersättning.

7.2.3 Arbetsmarknadens utveckling

Sjukersättningen är en medicinskt renodlad försäkring. Endast den som till följd av sjukdom har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel och rehabiliteringsinsatser inte bedöms kunna förbättra arbetsförmågan, har rätt till sjukersättning. Det är således det medicinska tillståndet som avgör rätten till sjukersättning. Det finns dock flera sätt på vilket utvecklingen på arbetsmarknaden skulle kunna påverka beviljandegraden.

En sådan faktor är situationen på arbetsmarknaden. Långvarig arbetslöshet kan sätta ner självkänsla och skapa psykiska besvär som i förlängning skulle kunna leda till en nedsatt arbetsförmåga. Därtill kan det finnas ekonomiska incitament för den som aldrig etablerat sig på arbetsmarknaden och inte är berättigad till ersättning från arbetslöshetsförsäkringens inkomstrelaterade del att ansöka om sjukersättning i stället för arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd.

Utvecklingen på arbetsmarknaden påverkar också möjligheten för personer med en nedsatt arbetsförmåga att etablera sig på arbetsmarknaden. En nedgång på arbetsmarknaden eller förändringar i arbetets organisation eller innehåll som höjer kraven på arbetstagarnas presta-

[10] Johansson m fl. (2014).
[11] Johansson, P., Laun, L. och Laun, T. (2014), Screening stringency in the disability insurance program.

tionsförmåga innebär att det blir svårare för den som har nedsatt hälsa att försörja sig genom arbete. Det kan i sin tur leda till att fler ansöker om sjukersättning. På motsatt sätt borde en förbättrad arbetsmarknad eller en förbättrad tillgång på arbetstillfällen som passar den som har nedsatt arbetsförmåga göra att färre ansöker om sjukersättning.

I kapitel 4 redogjordes för arbetsmarknadens utveckling. Slutsatsen i detta kapitel är att arbetsmarknaden under det senaste halvseklet genomgått genomgripande förändringar. Arbetslösheten har varierat upp och ner med konjunkturen men ett tydligt nivåskifte inträffade efter 1990-talets kris. Arbetslösheten har sedan dess etablerat sig på en högre nivå och kvalifikationskraven har höjt, organisationer har slimmats och det har generellt sett blivit svårare för personer med en nedsatt arbetsförmåga att få och behålla ett arbete.

Om det finns ett samband mellan arbetslöshetens utveckling och beviljandegraden av antalet ansökningar om sjukersättning, borde det implicera att karaktären hos dem som ansöker om sjukersättning förändras med konjunkturen. I en högkonjunktur, då tillgången till arbete är god, borde då ansökningsbenägenheten gå ner och de som ansöker om sjukersättning kan i större utsträckning antas vara så pass sjuka att de i större utsträckning kvalificerar för sjukersättning och därmed skulle beviljandegraden öka. I en lågkonjunktur skulle ansökningsbenägenheten med motsvarande resonemang öka och en större andel av ansökningarna handla om fall där det inte är lika tydligt att förutsättningarna för beviljande av ersättningen är uppfyllda och beviljandegraden skulle därmed sjunka.

Under det senaste decenniet är det likväl svårt att finna ett samband mellan antalet ansökningar och arbetslöshetens utveckling. Antalet ansökningar om sjukersättning har med små variationer legat kring 20 000 per år, samtidigt som det varit en högkonjunktur som inneburit en minskad arbetslöshet och ökad sysselsättning. Under denna period har, trots de små variationerna i antalet ansökningar och den gynnsamma arbetsmarknadsutvecklingen, beviljandegraden varierat kraftigt. Mellan beviljandegraden 2014 och 2019 skiljer nästan 30 procentenheter. Att denna variation i någon större utsträckning kan förklaras av utvecklingen på arbetsmarknaden finner utredningen, mot ovanstående bakgrund, inte vara särskilt sannolikt.

7.2.4 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning?

En stor variation i antalet beslut om beviljad sjukersättning skulle kunna förklaras av en stor variation i antalet personer som ansöker om förmånen. Även beviljandegraden kan påverkas om fler ansökningar innebär att en större andel av de sökande är personer vars arbetsförmåga är nedsatt i mindre grad.

Även om andelen personer som fått avslag på sin ansökan om sjukersättning varierar kraftigt har dock det årliga antalet ansökningar om sjukersättning varit relativt stabilt. Antal ansökningar om sjukersättning uppgår till ca 20 000 per år. Att antalet ansökningar om sjukersättning är stabilt antyder att det inte förekommit några avgörande variationer i ansökningsbenägenheten hos befolkningen. Det är tänkbart att kompositionen av befolkningen förändras över tid, men utredningen bedömer det som osannolikt att den ändras på ett avgörande sätt på så kort tid som från ett år till ett annat.

Eftersom en kortare period med sjukskrivning historiskt ofta varit en instegsport till längre sjukfrånvaro och beviljad sjukersättning, kan det vidare tänkas att förändringar i sjukskrivningsnormer påverkar enskildas benägenhet att ansöka om sjukersättning. ISF har anfört att individens förmåga att arbeta i regel är en gradfråga snarare än en fråga om antingen fullständig friskhet eller fullständig arbetsoförmåga, varför förändringar i sjukskrivningsnormer kan tänkas påverka sjukfrånvaronivån.[12]

Försäkringskassan har dock analyserat förändringarna i sjukfrånvarons nivå utan att kunna hitta belägg för vare sig stora eller snabba svängningar i individers värderingar när det gäller inställning till sjukskrivning. När sjukfrånvaron går ner och blir mindre vanlig och mindre belastande för berörda aktörer, i flera fall samtidigt med regelförändringar i samma riktning, tycks beteenden anpassas något i restriktiv riktning och människor blir mindre benägna att söka. I en trend med uppåtgående sjukfrånvaro sker det motsatta. Enligt Försäkringskassans bedömning utgör inte kontextberoende beteendeförändringar någon initierande kraft bakom trendbrott, utan snarare förstärker de redan pågående nedgångar och uppgångar.[13]

Mot denna bakgrund gör utredningen bedömningen att variationen i antalet beslut om beviljande av sjukersättning inte kan förklaras av

[12] Jfr ISF, Rapport 2012:15, Stabilitet i sjukfrånvaron, s. 32.
[13] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2014:17, Analys av sjukfrånvarons variation, Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid, s. 10.

en variation i enskildas ansökningsbenägenhet eller attityder till sjukskrivning.

7.2.5 Förändringar i andra system

Utformningen av andra närliggande förmåner kan påverka såväl benägenheten att ansöka om sjukersättning som vilka individer det är som ansöker. Förändringar i dessa system vad gäller regelverk och/eller tillämpning kan därför ha betydelse för variationer vad gäller antalet personer som beviljas sjukersättning. Det kan till exempel handla om förändringar av grunderna för att beviljas eller behålla andra förmåner eller nivån på förmånerna i förhållande till varandra. Även politiska målsättningar att förändra antalet personer som får en viss förmån kan spela roll.

Förändringar i sjukpenningens regelverk

2008 genomfördes stora förändringar i regelverken för såväl sjuk- och aktivitetsersättning som sjukpenning. Vissa större förändringar i regelverket för rätten till sjukpenning har även skett efter 2008. Arbetsmarknadsbegreppet ”arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden” var aktuellt för såväl prövningen av rätt till sjukpenning som sjukersättning under perioden före 2008. Som redogjorts för ovan gäller för sjukersättningen arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete” sedan den 1 juli 2008.

Sjukpenningens arbetsmarknadsbegrepp, det vill säga de arbeten som den försäkrades arbetsförmåga ska jämföras i förhållande till vid prövning av rätt till sjukpenning, ändrades juli 2008 så att den försäkrades arbetsförmåga efter 180 dagar skulle jämföras mot arbete på den *reguljära* arbetsmarknaden. År 2012 återinfördes emellertid det tidigare begreppet ”sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”. I förarbetena[14] uttalades att när det gäller tolkningen av begreppet bör ledning fortfarande kunna hämtas från tidigare förarbeten och praxis.

Begreppet förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden är avsett att omfatta en snävare del av arbetsmarknaden än begreppet förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden. Uti-

[14] Prop. 2011/12:113, s. 14 och bet. 2011/12:SfU14 s. 8.

från förarbetsuttalanden och HFD:s praxis får det nu gällande begreppet för sjukpenning således anses vara mer generöst sett till den försäkrades perspektiv.[15] Återinförandet av begreppet innebar också att äldre rättspraxis som berört betydelsen av normalt förekommande arbete åter är tillämpligt.[16] Såväl rättsfallet HFD 2018 ref. 51 som det tidigare RÅ 2008 ref. 15 innebar bl.a. ett tydliggörande av normalt förekommande arbete utgörs av vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till hans eller hennes medicinska besvär. En sådan begränsning av anpassning fanns inte i begreppet ”den reguljära arbetsmarknaden”.

Den viktigaste förändringen för eventuell påverkan på sjukersättningen och aktivitetsersättningen torde vara borttagandet av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Tidsgränsen hade funnits i regelverket sedan juli 2008 och förändringen trädde i kraft den 1 februari 2016. Ändringen innebär att det inte längre finns en begränsning av maximalt antal dagar en försäkrad kan få sjukpenning. Vid samma tidpunkt fasades det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivintroduktion, ALI, ut.[17] Så länge den försäkrade uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning – i huvudsak nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och en sjukpenninggrundad inkomst – har han eller hon sedan februari 2016 således återigen möjlighet att få sjukpenning utan någon begräsning i antal dagar med ersättning.

Antalet nybeviljade sjukersättningar sjönk under 2016 och 2017. I en framställan från Försäkringskassan till regeringen om ändring av regelverket för sjukersättning har myndigheten inte lyft fram avskaffandet av den bortre tidsgränsen som förklaring till denna minskning.[18] Myndigheten anser i stället att det är de olika arbetsmarknadsbegreppen vid prövning av rätten till sjukpenning respektive sjukersättning som är avgörande för den nedgång som skett. I en s.k. kortanalys från

[15] Se HFD 2018 ref. 51 I och II.
[16] Framför allt RÅ 2008 ref. 15.
[17] Det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) förekom under perioden 2010 t.o.m. februari 2016 när den bortre tidsgränsen avskaffades i sjukförsäkringen Programmet var avsett för personer som ”utförsäkrats” från sjukförsäkringen, dvs. sådana försäkrade som hade fått sjukpenning under maximal tid, vid tidpunkten för avskaffandet 914 dagar. ALI pågick i längst tre månader och innefattade individuellt anpassade arbetsmarknadspolitiska insatser för den som behövde förbereda sig för ett arbete eller för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Under denna tid fick deltagaren aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning och dennes SGI var vilande.
[18] Försäkringskassan (2017), skrivelse till regeringen, Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken.

Försäkringskassan konstateras bl.a. att en lägre grad av nybeviljade sjukersättningar ger fler långa sjukfall.[19] Under 2016 nybeviljades exempelvis 9 000 personer sjukersättning, vilket, jämfört med tidigare innebär att fler personer i stället kvarstår i långa sjukskrivningar. Den motsatta korrelationen – att avskaffandet av den bortre tidsgränsen och fler långa sjukfall skulle påverka variationen i sjukersättningen – berördes inte i denna analys.

Riksrevisionen anser emellertid att det är sannolikt att även avskaffandet av den bortre tidsgränsen har haft betydelse för de senaste årens nedgång i beviljandet av sjukersättning.[20] Resultaten av Riksrevisionens granskning visar att avskaffandet av den bortre tidsgränsen sannolikt haft en negativ inverkan på Försäkringskassans benägenhet att utreda den sjukskrivnes rätt till sjukersättning. Den tydliga ökningen i direkt anslutning till borttagandet av tidsgränsen talar enligt Riksrevisionen för detta, liksom att de utredningar hos Försäkringskassan som har ersatt den bortre tidsgränsen inte alls genomförs i den utsträckning som kan förväntas.

Riksrevisionen granskade bl.a. i vilken utsträckning sjukskrivna övergått till sjuk- eller aktivitetsersättning. Sannolikheten att man som sjukskriven ska ha övergått till sjuk- eller aktivitetsersättning vid olika sjukskrivningstider, under förutsättning att man inte avbrutit sjukskrivningen av någon annan anledning, var genomgående högre bland dem som påbörjade en sjukskrivning under en period då en bortre tidsgräns fortfarande fanns för sjukpenningen. En skillnad uppstod redan under sjukskrivningens första år, och förstärktes därefter ända fram till dag 915, då sannolikheten att övergå ökade kraftigt bland de personer som var sjukskrivna under 2010–2013. Efter tre års sjukskrivning var sannolikheten att ha övergått till sjuk- eller aktivitetsersättning nästan dubbelt så hög, 23 jämfört med 13 procent, för sjukskrivna som omfattades av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen.[21]

Utredningen kan konstatera att den bortre tidsgränsen avseende sjukpenning har viss betydelse även för frågan om utvecklingen av sjukersättningen. Ett samband är det mellan sjukersättningen och de långa sjukfallen; variationerna i nybeviljandet av sjukersättning (i synnerhet minskningen) har inneburit en ökning av personer som är kvar i långvariga sjukskrivningar, se vidare avsnitt 7.3 om konsekvenserna

[19] Försäkringskassan, Korta analyser 2017:2: Fler individer fast i långa sjukskrivningar.
[20] RiR 2018:9.
[21] RiR 2018:9 s. 44–45.

av nuvarande regelverk, arbetsmarknadsbegreppet och dess tillämpning. Vad gäller huruvida ökningen av de långa sjukfallen och borttagandet av den bortre tidsgränsen för sjukpenningen har påverkat variationen i sjukersättningen, finns enligt Riksrevisionen även ett sådant samband. Sannolikheten för en långtidssjukskriven att ha gått över till sjuk- eller aktivitetsersättning var högre när en bortre tidsgränsen fortfarande fanns kvar. Detta ger dock inte någon förklaring till varför variationerna i beviljandegraden för sjukersättning inleddes redan 2015.

Arbetslöshetsförsäkringen

Frågor om hur incitamentsstrukturer påverkar flödet mellan arbetslöshetsförsäkringen och socialförsäkringen brukar i första hand diskuteras när det gäller förhållandet mellan arbetslöshetsförsäkringen och sjukpenning. Det kan till exempel handla om en situation där en person som har rätt till arbetslöshetsersättning samtidigt kan ha drivkrafter för att i stället ansöka om sjukpenning t.ex. för att undvika att ersättningsdagarna i arbetslöshetsförsäkringen ska ta slut, eller om det är mer ekonomiskt fördelaktigt att ha den ena formen av ersättning.[22] Vad gäller samspelet mellan arbetslöshetsförsäkringen och sjukersättning är den inte studerad i lika stor utsträckning. Det bör emellertid t.ex. kunna finnas ekonomiska incitament för den som aldrig etablerat sig på arbetsmarknaden och därmed inte är berättigad till ersättning från arbetslöshetsförsäkringens inkomstrelaterade del att ansöka om sjukersättning.

ISF har analyserat stabiliteten vad avser beviljandet av sjukpenning och sjukersättning, med bakgrund i hur sjukfrånvarons utveckling har sett ut historiskt och hur olika politikreformer och vissa andra faktorer kan påverka detta.[23] Ersättningsvillkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen skiljer sig åt i flera avseenden, bland annat i kvalificeringsvillkoren och hur den ersättningsgrundande inkomsten beräknas. De kollektivavtalade kompletterande ersättningarna är på längre sikt mer generösa i sjukförsäkringen än i arbetslöshetsförsäkringen, vilket kan ge incitament för individen att söka sig till sjukförsäkringen. Andra incitament kan enligt ISF:s granskning bestå i

[22] Se t.ex. SOU 2020:37, s. 656.
[23] ISF rapport 2012:15.

mer trygghetsrelaterade överväganden, som att inte behöva lämna in regelbundna rapporter om sökta arbeten för att ha rätt till ersättning. Det finns även visst empiriskt stöd för samspelseffekter mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Däremot saknas enligt ISF motsvarande angivet stöd för samspelseffekter mellan arbetslöshetsförsäkringen och *sjukersättningen* och här verkar forskning saknas. Hall och Hartman (2009) visar att en sänkning av sjukpenningtaket för arbetslösa ledde till färre sjukskrivna arbetslösa.

En annan möjlig faktor är hur Arbetsförmedlingen har förändrat sitt arbete och hur myndigheten bedömer enskilda personers ”anställningsbarhet”. Till skillnad från Försäkringskassan utgår Arbetsförmedlingen inte från det i sjukförsäkringen angivna begreppet arbetsförmåga. Detta innebär emellertid inte att Arbetsförmedlingens bedömning inte har betydelse för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga; Högsta förvaltningsdomstolen har vid flera tillfällen betonat att en utredning från Arbetsförmedlingen som utgångspunkt bör kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan.[24] Att en arbetsförmågeutredning bör kunna vara vägledande sägs alltså vara en följd av att Arbetsförmedlingens bedömningar ska kunna beaktas av Försäkringskassan. Förändringar i såväl arbetslöshetsförsäkringen som i arbetsmarknadspolitiken kan därmed påverka sjukpenningnivåerna.

Sammantaget bör förändringarna i arbetslöshetsförsäkringen ha haft mycket begränsad påverkan på variationerna i sjuk- och aktivitetsersättning, i vart fall saknas stöd i forskningen för någon uppenbar sådan påverkan. Korrelationen torde vara större mellan arbetslöshetsförsäkringen och sjukpenningen, då dessa försäkringar till skillnad från sjukersättningen utgör omställningsförsäkringar.

Ålderspensionssystemet

Även utformningen av andra trygghetssystem såsom pensionssystemet, kan påverka användandet av sjukförsäkringen i fråga om sjukersättning. Studier som analyserat utträdet från arbetsmarknaden finner att möjligheterna till sjukpenning eller sjukersättning, och hur

[24] Se HFD 2018 ref. 51, HFD 2019 ref. 48 och HFD 2012 not. 16. Kammarrätten i Sundsvall förtydligade i dom den 16 mars 2010 i mål nr 1501-19 att det i detta sammanhang inte ska göras någon skillnad mellan begreppen ”utredning” och ”bedömning”.

generösa dessa system är, påverkar när och hur man väljer att lämna arbetskraften.[25] Det är möjligt att skärpta krav för beviljandet av sjukpenning och sjukersättning påverkar utträdet från arbetslivet genom avtals- och/eller ålderspension. Sjukförsäkringens samspelseffekter med andra trygghetssystem är dock mindre undersökta. Inspektionen för socialförsäkringen undersökte 2014 förändringar i utträde från arbetslivet för 60–64-åringar under perioden 2003–2010, då en striktare tillämpning och skärpta sjukförsäkringsregler infördes. Ett resultat var att 60–64-åringar med en jämförbar sjukskrivningshistorik hade en högre och ökande risk att ha sin huvudsakliga inkomst från ålderspensionssystemet 2008–2010 jämfört med år 2003. Det tidiga utträdet från arbetsmarknaden bland 60–64-åringar kan enligt ISF ha sin förklaring i åtstramningarna som skett inom sjukförsäkringen.

ISF analyserade vidare år 2018 bland annat olika yrkesgruppers utträde från arbetsmarknaden och anförde då att sjukförsäkringen är en vanlig utträdesväg från arbetslivet. Under vissa perioder minskar dock andelen personer som har sjukförmåner som främsta inkomst vid utträdet, medan andelen som har arbetslöshetsersättning som utträdesväg ökar. Det tyder enligt ISF på att samspelet mellan dessa förmåner bidrar till vilken utträdesväg som en enskild individ tar. ISF menar att tillämpningen av regelverket inom sjukförsäkringen kan ha betydelse för om personerna lämnar arbetslivet permanent i förtid eller inte. För ytterligare resonemang om pensionssystemet och äldre försäkrade, se avsnitt 7.4.

7.2.6 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning?

Av tidigare redogörelse kan konstateras att regelverket för rätt till sjukersättning inte har förändrats i någon väsentlig del sedan de stora regelförändringarna infördes 2008. En ny åldersgrupp som sedan 2017 kan beviljas sjukersättning är personer mellan 19 och 29 år. Dessa regler innebär dock inte att regelverket avseende bedömningen av rätten till ersättning har förändrats. Förändringar i lagstiftningen kan således avfärdas som förklaringsmodell till instabiliteten i tillämpningen.

I avsnitt 5.2.2 redogörs för rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen i fråga om avgöranden gällande sjuk- och aktivitetsersätt-

[25] Inspektionen för socialförsäkringen, Stabilitet i sjukfrånvaron, rapport 2012:15, med hänvisning till Palme, Svensson 2003, 2004.

ningen sedan regeländringarna 2008. Av HFD:s generella uttalanden i dessa avgöranden, samt i viss del av utgången i målen, kan konstateras att HFD har preciserat flera av de begrepp som är aktuella för tillämpningen av regelverket och uttalat bl.a. vilka faktorer som ska beaktas vid bedömningen av rätten till sjukersättning. En generell slutsats som kan dras från dessa avgöranden är enligt utredningen att HFD:s klargörande uttalanden innebär förskjutningar i en för de försäkrade mer generös riktning. Som exempel på detta kan nämnas rättsfallen HFD 2011 ref. 63 I–III, där HFD klargjorde att varaktighetsbegreppet för sjukersättningen inte innebar en ”permanent” eller livslång nedsättning av arbetsförmågan, och inte heller ett krav på nedsättning fram till pensionsålder. I målen betonade HFD även att arbetsförmågan ska följas upp vart tredje år. Vidare slog HFD fast att några rehabiliteringsåtgärder inte behöver ha prövats eller uttömts i praktiken för att sådana åtgärder ska kunna bedömas vara uttömda och att det alltså inte är möjligt att ställa upp krav på att åtgärder har prövats i praktiken.

Avgörandet HFD 2013 ref. 44 klargör vissa begränsningar i de försäkrades skyldigheter att delta i rehabiliteringsåtgärder innan sjukersättning kan beviljas. I målet ansågs den försäkrade ha haft giltig anledning att vägra att genomgå en medicinsk rehabiliteringsåtgärd i form av en operation. Trots att denna operation bedömdes kunna förbättra den försäkrades arbetsförmåga slog HFD fast att en försäkrad ändå kan vägra att underkasta sig en sådan rehabiliteringsåtgärd. En försäkrad kan således ha giltig anledning att vägra att delta i medicinsk rehabilitering och ändå ha rätt till sjukersättning. Utgångspunkten är enligt domen att den försäkrades ställningstagande som huvudregel bör godtas.

Genom avgörandet HFD 2013 ref. 60 klargjordes att även andra faktorer bortom de rent medicinska kan beaktas vid bedömningen av om arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt, såsom tidigare perioder under vilka den försäkrade bedömts vara arbetsoförmögen liksom sådana perioders varaktighet och oförmågans orsak. Även Arbetsförmedlingens bedömning ska beaktas vid bedömningen. HFD:s dom tydliggör vidare att det inte går att avfärda rätten till sjukersättning baserat på diagnos i de fall inga säkra slutsatser kan dras om nedsättningen av arbetsförmågan; en individuell bedömning ska alltid göras. Domen innebär också ett klargörande av att det inte

finns något hinder mot att beviljas partiell sjukersättning även om rehabilitering kan leda till partiellt återfående av arbetsförmågan.

I senare domar meddelade under 2019 har HFD preciserat och begränsat arbetsmarknadsbegreppet (HFD 2019 ref. 48) och uttalat att vid prövningen av rätt till sjukersättning ska det inte bortses från rehabiliteringsåtgärder av det skälet att de bedöms kunna förbättra arbetsförmågan först efter det att den försäkrade har fyllt 65 år (HFD 2019 ref. 69). Denna senare dom kan sägas utgöra ett undantag till de ovan nämnda avgörandena då den går i en något skärpande riktning. Mot bakgrund av dessa avgöranden tillkommit under slutet av 2019 har de inte kunnat påverka utvecklingen före 2020.

Hur snabbt Försäkringskassan kan implementera nya regelverk och ha likformig tillämplig av beslut i hela landet är en viktig fråga ur ett rättssäkerhetsperspektiv. I en rapport från 2013[26] studerade ISF hur Försäkringskassan tillämpade reglerna om rätten till sjukersättning med utgångspunkt i de tre domarna som Högsta förvaltningsdomstolen meddelade 2011. Som redogörs för ovan tog HFD i oktober 2011 ställning till hur villkoren beträffande ”stadigvarande nedsatt” och ”om rehabiliteringsåtgärder kan leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga” ska tolkas. ISF:s granskning visar att Försäkringskassan vid denna tidpunkt till viss del gjorde en annan tolkning än HFD i båda dessa avseenden. Sådana tolkningar observerades nästan uteslutande i ärenden där besluten fattades innan HFD-domarna meddelades, och Försäkringskassan förde snabbt ut information om domarna i verksamheten. Redan inom ett halvår efter det att domarna meddelades tillämpades HFD:s tolkning av de två rekvisit som studeras i denna rapport nästan utan undantag inom Försäkringskassan.

Det är sammantaget utredningens slutsatser att regelverket avseende rätt till sjukersättning inte har förändrats i någon väsentlig del sedan 2008. Den rättspraxis som kommit att utkristalliseras genom HFD:s avgöranden efter regeländringarna 2008 har vidare inte inneburit en uttolkning av reglerna i skärpande riktning; HFD har i stället redogjort för ett antal begränsningar i bedömningarna av bland annat varaktigheten, frågan om uttömd rehabilitering och vad som kan krävas av den enskilde samt innebörden av begreppet förvärvsarbete. Avgörandena kan enligt utredningens bedömning sägas ha gått i en något ”generösare” riktning i sådan mening att uttolkningen av reg-

[26] ISF Rapport 2013:20, Försäkringskassans tillämpning av reglerna om sjukersättning.

lerna bör ha underlättat för enskilda att beviljas sjukersättning. Det saknas således stöd för en förklaringsmodell som bygger på att rättspraxis och Försäkringskassans uttolkning av HFD:s domar skulle ha lett till insikten att tidigare bedömningar varit för generösa, med färre beslut om beviljande av ersättning som följd.

Det kan i sammanhanget konstateras att också den tillämpande myndigheten Försäkringskassan är av uppfattningen att det inte skett några avgörande förändringar av regelsystemet genom rättspraxis.[27] Noteras bör dock att Försäkringskassan inte specifikt uttalar att rättspraxis har gått i riktningen mot en *mindre restriktiv* tillämpning.

Frågan om analys av underrättspraxis

Inom ramen för denna utredning har underrättspraxis undersökts endast i begränsad utsträckning och då endast om det rört någon specifik fråga. Utredningen har således inte gjort någon generell genomgång eller analys av underrättspraxis, eller i hur stor utsträckning Försäkringskassans beslut om sjukersättning ändras i underinstanserna.

Högsta förvaltningsdomstolen är prejudikatinstans i frågor som rör socialförsäkringen. Det är därmed avgöranden från HFD som bestämmer hur regelverket ska uttolkas. HFD tar som huvudregel endast upp mål till prövning om det har betydelse för ledningen av rättstillämpningen.[28]

Utredningen vill även poängtera att frågan huruvida Försäkringskassans förändrade tillämpning är korrekt utifrån ett rättsligt perspektiv inte heller har undersökts inom ramen för detta arbete; i betänkandet konstateras endast att stora variationer kan ses i beviljandegraden av sjukersättning och att en viktig delförklaring till detta utgör Försäkringskassans förändrade tillämpning. Mot denna bakgrund blir det heller inte nödvändigt, eller ens fruktbart, att inom ramen för utredningen undersöka i vilken utsträckning Försäkringskassans beslut ändras i underrättsinstanserna.

Sammantaget finner utredningen inte skäl att närmre studera underrättspraxis inom ramen för uppdraget än vad som görs i de avsnitt där avgöranden från kammarrätt kan ha relevans. Trots att utfallet i underrätterna är ett viktigt verktyg för Försäkringskassan i det dagliga arbe-

[27] Se avsnitt 7.2.8 och där redovisade rapporter från Försäkringskassan.
[28] 36 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

tet är det prejudicerande avgöranden från HFD som ska påverka myndighetens rättsliga tolkning och tillämpning och det är därmed denna rättspraxis som utredningen huvudsakligen har analyserat vid slutsatsen att det inte finns en rättslig praxis som motiverar de stora fluktuationerna i avslagsfrekvens som gått mot en allt strängare tillämpning under senare år.

7.2.7 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning

En möjlig förklaring till instabiliteten i tillämpningen skulle kunna vara oklarheter i beviskravet – alltså vilken nivå på bevisningen som krävs för att ersättning ska kunna beviljas. I lagtexten och förarbetena anges vilka krav som ska vara uppfyllda för att en försäkrad ska kunna beviljas sjukersättning – men inte vilken nivå på den faktiska bevisningen som krävs för dessa krav ska anses vara uppfyllda. Det föreligger således ett stort bedömningsutrymme för den enskilde beslutsfattaren.

Enligt utredningens direktiv ska frågan om beviskravet analyseras och utredningen ska ta ställning till om ett nytt, kodifierat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna antas leda till en ökad stabilitet i tillämpningen. Denna fråga – vilket beviskrav som gäller för sjuk- och aktivitetsersättningen, huruvida beviskravet kan uppfattas vara oklart och effekterna av denna oklarhet – berörs närmare i avsnitt 7.8.

Försäkringskassan anger i sina analyser inte oklarheter i beviskravet som en förklaring till varför variationerna är stora i antalalet bifall respektive avslag över tid. Frågan är då om oklarheter i beviskravet ändå kan sägas utgöra en förklaring till dessa fluktuationer.

I nära anslutning till frågan om oklarheter i beviskravet finns också frågan om oklarheter i vad de olika rekvisiten i regelverket ska anses innefatta. Inom sjukförsäkringen i allmänhet, och om den nu aktuella frågan rörande bedömning av rätt till sjukersättning i synnerhet, finns ett stort bedömningsutrymme. För rätt till sjukersättning krävs att flera svårbedömda rekvisit ska vara uppfyllda. De fundamentala begrepp som är avgörande för bedömningen av huruvida en försäkrad har rätt till ansökt ersättning – såsom *arbetsförmåga* i förvärvsarbete, om denna arbetsförmåga kan anses *stadigvarande* nedsatt och om prognosen för att alla *rehabiliteringsåtgärder* kan

anses uttömda – är inte närmre reglerade i lagtext och innehåller alla ett stort mått av tolkning, detta trots viktiga klargöranden i rättspraxis. På så sätt kan bedömningen sägas ge utrymme för att vara skönsmässig. Brister i denna bedömning kan leda till bristande enhetlighet i tillämpningen.[29]

Vissa utredningsåtgärder, exempelvis att initiera en arbetsförmågeutredning (AFU), vidtas sällan av Försäkringskassan inför ett beslut om sjukersättning. I de flesta fall bedöms befintligt underlag, i första hand medicinskt sådant. Med det sagt kan det i vissa ärende även vara tillräckligt att fatta beslut utan att t.ex. begära in en AFU. Ett ärende ska dessutom handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts samt utredas i den omfattning som det specifika ärendets beskaffenhet kräver.[30] Dock finns det även tecken som tyder på att det i vissa ärenden skulle kunna vara relevant att begära in mer underlag inför beslut.

ISF har i en granskning – som visserligen gäller sjuktalen, men som även bedöms kunna vara relevant för frågan om variationer avseende sjukersättning – angett att sjuktalens variation kan ses som en konsekvens av lagens bedömningsutrymme.[31] När de som bedömer ärendena har stort utrymme att tolka lagen vid prövning av rätt till sjukpenning, kan andelen som beviljas sjukpenning variera över tid och/eller mellan olika tillämpare. När bedömningsutrymmet är stort i lagstiftningen kan olika typer av styrning alltså få stort genomslag och påverka i vilken utsträckning Försäkringskassan beviljar sjukpenning eller inte.

Att detta stora bedömningsutrymme som enskilda handläggare har utifrån bl.a. att beviskraven för att bevilja ersättning inte har definierats närmre kan enligt utredningen vara en delförklaring till variationerna i tillämpningen. Olika beslutsfattare kommer ofrånkomligen ha olika uppfattningar kring vad som krävs av bevisningen i ett ärende för att kriterierna för rätt till ersättning ska anses vara uppfyllda. Riksrevisionen beskriver svårigheten i bedömningen som att arbetsförmågan, i synnerhet den framtida, inte är fullt observerbar. Det finns därmed en osäkerhet i bedömningen huruvida rätt till ersättning föreligger. Två typer av fel kan uppkomma genom denna osäkerhet: att den som saknar arbetsförmåga nekas ersättning eller att en

[29] Jfr exempelvis Försäkringskassan, PM 2018:6, s. 19.
[30] 9 och 23 § förvaltningslagen.
[31] ISF, Att använda lagens bedömningsutrymme. ISF kommenterar 2016:1, s. 7–10.

person med arbetsförmåga beviljas ersättning som denne egentligen inte skulle ha haft rätt till.[32]

Av stor betydelse för hur dessa bedömningar görs på myndigheten är också Försäkringskassans interna styrande och stödjande dokument, exempelvis så kallade rättsliga ställningstaganden[33] och rättsliga kvalitetsgranskningar. Myndighetens tillämpning påverkas också av regeringens styrning.

7.2.8 Förändrad tillämpning av regelverket

Antalet personer som har sjukersättning har minskat sedan mitten av 2000-talet. Det finns också stora variationer i antalet nybeviljanden av sjukersättning, bl.a. med en kraftig minskning som påbörjades 2015. Denna variation förklaras dels av att antalet utbytesäreden har minskat kraftigt sedan 2015, dels av att den procent*uella andelen* avslag på ansökan om sjukersättning har ökat. Antalet ansökningar har inte minskat på samma sätt. Andelen avslag vid ansökan om sjukersättning ökade från 53 till 71 procent mellan 2014 och 2016, och ökningen har fortsatt under 2017 och stabiliserats för 2018 och 2019. Andelen avslag är något högre för kvinnor än för män. En konkret delförklaring till de senaste årens stora minskning av antalet nybeviljanden inom sjukersättning är således att avslagsandelarna successivt har ökat. Denna förklaring är inte heller ifrågasatt.

Utbytesärenden har minskat kraftigt

Andelen *utbytesärenden* dvs. då Försäkringskassan initierar utbyte från sjukpenning till sjukersättning, har minskat kraftigt över tid. Andelen försäkrade som har *ansökt* om sjukersättning har minskat mer gradvis. Den stora förändringen har alltså skett med avseende på antalet individer som får sin sjukpenning utbytt till sjukersättning. I november 2017 rörde det sig om ca 200 individer per månad jämfört med åren närmast före 2008, då det rörde som om ca 3 000 individer per månad. Före den första juli 2008 utgjordes hälften av

[32] RiR 2018:9, Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa, s.11.
[33] Rättsliga ställningstaganden tas fram av Försäkringskassan i syfte att åstadkomma en enhetlig och likformig rättstillämpning inom myndigheten och görs i principiella frågor när det saknas svar i en rättsfråga eller när rättsläget är oklart.

nybeviljandet för denna grupp visserligen av den tidsbegränsade sjukersättning som då fortfarande fanns som ersättningsform.

Antalet nybeviljanden för individer som inte hade ett pågående sjukpenningärende har däremot inte förändrats lika kraftigt. Åren före 2008 handlade det i genomsnitt om drygt 450 individer per månad och i slutet av 2017 låg nivån i genomsnitt strax under 200 per månad. Före den första juli 2008 utgjordes ca 40 procent av nybeviljandet för denna grupp av tidsbegränsad sjukersättning.

Det innebär att före 2008 bestod ca 85 procent av nybeviljandet av övergångar från sjukpenning. I och med att regelförändringarna i juli 2008 påverkat nybeviljandet av sjukersättning kraftigare för gruppen som kommer från sjukpenning, har också deras andel av nybeviljandet minskat till dagens ca 70 procent.[34]

Den här utvecklingen beskrivs också i en analys av Försäkringskassan.[35] I granskningen analyseras utvecklingen från februari 2014 till slutet av 2016. Här framgår att det framför allt är andelen av långa sjukfall där Försäkringskassan initierar ett utbyte till sjukersättning som har minskat. Mellan februari och augusti 2015 mer än halverades andelen av långa sjukfall där det inom en månad har skapats ett utbytesärende i myndighetens ärendehanteringssystem.

I en rättslig kvalitetsuppföljning från 2018 undersökte Försäkringskassan i vilken utsträckning det i långa sjukfall (minst 450 dagar) fanns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot sjukersättning eller aktivitetsersättning, och i vilken utsträckning ytterligare utredning skulle kunna påvisa förutsättningar för detta. Uppföljningen visade att det i majoriteten av ärenden bedömdes osannolikt att rätten till sådan ersättning skulle vara uppfylld. I hälften av ärendena bedömdes det i princip helt uteslutet. Med andra ord gavs enligt granskningen inget stöd för att ytterligare uppföljning av långa ärenden skulle öka antalet som beviljades sjukersättning eller aktivitetsersättning. I uppföljningen menade granskarna på Försäkringskassan vidare att en hög andel (41 procent) inte heller uppfyllde villkoren för rätt till sjukpenning. Här yttras dock även en reservation för att ytterligare utredning potentiellt skulle ha kunnat visa att den försäkrade ändå hade rätt till ersättning.[36]

[34] Försäkringskassan (2017), Framställan om ändring i Socialförsäkringsbalken.
[35] Försäkringskassan, PM 2017:3: Mera likformigt och högre rättslig kvalitet – en sammanfattande analys av likformighet i handläggningen av sjukersättning.
[36] Försäkringskassan, Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall – rättslig kvalitetsuppföljning, 2018:1.

Förändrad tillämpning utan förändringar i regelverket

Beviljandefrekvensen av rätt till sjukersättning har alltså varierat kraftigt över tid. Samtidigt har regelverket för sjukersättningen inte genomgått några större förändringar sedan 2008. Utredningen kan konstatera att det i allt väsentligt är samma bedömningsgrunder som gäller för att beviljas sjukersättning i dag såsom varit fallet sedan den 1 juli 2008. En myndighets tillämpning kan dock ändras utan förändringar av gällande lagbestämmelser, t.ex. genom att myndigheten tar fram nya rättsliga ställningstaganden och/eller på grund av externa styrsignaler.

De stora variationerna i beviljandet av sjukersättning och att detta beror på förändrad tillämpning hos Försäkringskassan har kunnat påvisas av flera olika granskande aktörer, liksom av Försäkringskassan själv. Riksrevisionen har konstaterat att såväl antalet nybeviljanden som beviljandefrekvensen varierar kraftigt över tid och följer samma mönster, med toppar 2009 och 2014 och med låga nivåer på beviljande 2010–2011 samt 2017.[37] Riksrevisionen har konstaterat att antalet beviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning halverades mellan åren 2003 och 2008 trots att olika mått på hälsa signalerade en stabil hälsoutveckling under samma period. En viktig orsak till nedgången var i stället enligt Riksrevisionen förändringar i Försäkringskassans arbetssätt och tillämpning av reglerna.[38] Vad gäller nedgången efter år 2008 delar Riksrevisionen Försäkringskassans uppfattning att denna i stor utsträckning kan tillskrivas de skärpta krav för beviljande av sjukersättning som då infördes, inklusive avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen. Riksrevisionen konstaterar att eftersom regelverket inte genomgått några större förändringar under denna period kan variationerna tolkas som att Försäkringskassans tillämpning av regelverket fått direkt genomslag på antal nybeviljanden varje år.[39]

Inspektionen för socialförsäkringen har också konstaterat stora variationer i beviljandet av nya sjukersättningar, samt att dessa har varit stora även under tider då sjukförsäkringsreglerna har varit oförändrade. Enligt ISF är en viktig förklaringsfaktor för fluktuationen i beviljandet att antalet långa sjukfall också har fluktuerat. ISF pekar

[37] Riksrevisionen 2018:9 s. 21.
[38] Riksrevisionen rapport 2018:9 s. 10 med hänvisning till Johansson m.fl. 2014.
[39] Riksrevisionen 2018:9, s. 21–22. Eftersom Riksrevisionens rapport är från 2018 har utvecklingen under senare år inte beaktats i den utredningen.

också på att en annan förklaring till att tillämpningen av de befintliga reglerna för beviljandet av sjukersättning har varierat över tid. Det har bl.a. funnits ett antal politiska mål om arbetslöshet och sjukfrånvaro som kan ha påverkat utvecklingen av sjukpenning och sjukersättning, dvs. även med oförändrade regelverk.[40]

Johansson m.fl.konstaterar att det finns ett samband mellan utvecklingen av antal beviljanden och förändringar i det formella regelverket, men även förändringar i antalet beviljanden trots frånvaro av förändringar i det formella regelverket. De konstaterar vidare att också förändringar av tillämpningen har haft betydelse för utvecklingen.[41]

Också Försäkringskassan redogör i flera av myndighetens utvärderingar och rapporter för utgångspunkten att antalet och andelen avslag har ökat utan lagändringar och utan att rättspraxis har förändrats på ett sätt som tydligt torde ha påverkat lagstiftningen och tillämpningen. Det framstår som att en förändrad tillämpning är den viktigaste orsaken till att fler ärenden avslås. Något som också talar för detta är det inte tycks ha skett några förändringar i vilka grupper som ansöker om sjukersättning vilket annars hade kunnat bidra till att förklara utvecklingen. Något som kan vara orsak till omkring till en fjärdedel av den ökade andelen avslag är att de handläggare som i den nya organisationen har fortsatt att hantera ansökningar om sjukersättning hade en högre andel avslag redan under 2014. Det innebär att ökningen av avslagen delvis kan bero på den omorganisation mellan avdelningen för sjukförmåner och avdelningen för funktionsnedsättning och varaktigt nedsatt arbetsförmåga som trädde i kraft vid årsskiftet 2014/2015.[42]

Försäkringskassan konstaterar att antalet personer med sjukersättning började minska redan år 2005, men att utvecklingen främst är en fortsatt effekt av de regeländringar som trädde i kraft i juli 2008. De skärpta kraven för rätt till ersättning bidrar också till att antalet personer med sjukersättning fortsätter att minska. Varje månad är det fler personer med sjukersättning enligt det tidigare regelverket som går i ålderspension än personer som nybeviljas sjukersättningen.[43]

[40] Inspektionen för socialförsäkringen, Stabilitet i sjukfrånvaron, rapport 2012:15, s. 19. ISF nämner som exempel den tidigare socialdemokratiska regeringens mål om 4 procents öppen arbetslöshet och mål om en halvering av antalet sjukdagar mellan 2002 och 2008.
[41] Johansson m.fl. (2014).
[42] Försäkringskassan, Mera likformigt och högre rättslig kvalitet – en sammanfattande analys av likformighet i handläggningen av sjukersättning, PM 2017:3
[43] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020, s. 4.

En mer korrekt tillämpning av regelverket?

En förklaring till de senaste årens minskning av inflödet till sjukersättning är således att avslagsandelarna successivt har ökat, samtidigt som färre utbytesärenden har initierats. Enligt Försäkringskassan utgör kvalitetshöjande åtgärder och att en mer korrekt tillämpning av det regelverk som trädde i kraft i juli 2008 har utvecklats sedan 2015 de viktigaste orsakerna till att fler ärenden avslås sedan 2015. Tillämpningen leder enligt myndigheten till att ett mer begränsat antal individer bedöms uppfylla kriterierna för att beviljas sjukersättning. Skillnaderna i kriterierna för rätten till sjukpenning respektive sjukersättning har därmed enligt Försäkringskassan även blivit tydligare. Försäkringskassan konstaterar också, i likhet med Riksrevisionen, att det under samma period inte har skett någon förändring i lagstiftning eller rättspraxis.[44]

Som en konsekvens av detta menar Försäkringskassan vidare att fler individer kvarstår i långvariga sjukskrivningar, även om nedsättningen av arbetsförmågan kan vara stadigvarande nedsatt och att rehabiliteringsmöjligheterna bedöms vara uttömda. Försäkringskassan anser att det framför allt är skillnaderna i de olika arbetsmarknadsbegreppen som används för rätten till sjukersättning respektive sjukpenning som är huvudorsak till den utveckling som skett.[45]

Rättsliga kvalitetsuppföljningar och andra åtgärder

Försäkringskassan har vid flera tillfällen de senaste åren granskat den rättsliga kvaliteten i sjuk- och aktivitetsersättningsärenden. Rättsavdelningen på Försäkringskassan har sedan år 2014 också genomfört fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningar. En rättslig kvalitetsuppföljning innebär att granskare bedömer ärenden utifrån gällande rätt och den dokumentation som finns i akten. Utredningen kan konstatera att det finns en nära tidsmässig korrelation mellan Försäkringskassans rättsliga uppföljningar och myndighetens förändrade tillämpning av regelverket. De rättsliga kvalitetsuppföljningarna och åtgärderna som där föreslås synes således ha en mycket starkt normerande verkan på handläggningen av ärenden om sjukersättning

[44] Försäkringskassan, skrivelse till regeringen, S2017/06851/SF och Försäkringskassan: Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022, Rapport 2017-10-25.
[45] Försäkringskassan, skrivelse till regeringen, S2017/06851/SF, s. 10.

och aktivitetsersättning. Det är också Försäkringskassans uppfattning att den ökade andelen avslag delvis beror på de åtgärder som vidtogs efter att myndigheten under 2015 genomförde en granskning av den rättsliga kvaliteten i sjukersättningsärendena.[46]

Försäkringskassan har betonat att de rättsliga kvalitetsuppföljningarna inte ensamma legat till grund för förändringarna; åtgärder med avsikt att höja kvaliteten påbörjades redan under 2014.

Ytterligare åtgärder i form av bl.a. utbildningsinsatser och ändringar i styrande dokument har satts in som följd av resultatet i de rättsliga kvalitetsuppföljningarna. De två vanligaste rekommendationerna som följer av de rättsliga kvalitetsuppföljningarna är att utbilda handläggare och att ändra i styrande dokument. Dessa rekommendationer följs nästan alltid upp inom ramen för efterföljande verksamhetsutveckling. Av intervjuresultat framgår dock att utbildning brukar prioriteras bort om inflödet av ärenden ökar. Utbildningar är något som handläggarna generellt ser som positivt men ibland lyfts även frågan om utbildning verkligen leder till effekter på den rättliga kvaliteten.[47]

Hösten 2014 granskade Försäkringskassan 700 sjukersättningsärenden från januari–september samma år, där myndigheten hade fattat beslut om beviljande av ersättning (både efter ansökan och efter utbyte av sjukpenning mot sjukersättning).[48] I endast 45 procent av dessa ärenden ansåg granskarna att den utredning som genomförts var tillräcklig för att motivera ett beslut om beviljande av ersättning. I resterande ärenden ansågs antingen beslutet vara felaktigt eller utredningen otillräcklig för att ligga till grund för beslut. Granskarna pekade på flera förbättringsområden som innefattade bl.a. beslutsfattarnas kunskaper om sjukersättningsreglerna och förmåga att tolka och tillämpa begrepp som arbetsförmåga, arbetsmarknaden och stadigvarande, samt användningen av försäkringsmedicinska konsultationer.[49] De vanligaste orsakerna till skillnaderna i bedömningen var att granskarna bedömde att arbetsförmågan inte var nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden och att arbetslivsinriktad rehabilitering ansågs kunna förbättra arbetsförmågan.

[46] Försäkringskassan, Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023, rapport 2020-07-27.
[47] Försäkringskassan, Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014–2017 – en metaanalys, PM 2018:6.
[48] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning, 2015:4, Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden.
[49] Försäkringskassan, 2015:4.

Ytterligare kvalitetsuppföljningar har gjorts efter detta. 2016 granskade Försäkringskassan ärenden om aktivitetsersättning, se vidare avsnitt 11.2.7.

2017 gjorde Försäkringskassan en ytterligare granskning av den rättsliga kvaliteten i beslut om sjukersättning.[50] Den här gången granskades beslut som hade fattas under perioden juni–september 2016. I granskningen användes samma metod som den föregående rättsliga granskningen. I denna granskning bedömdes att 96 procent av de ärenden som avslagits var tillräckligt utredda och av dessa ansågs i stort sett samtliga beslut vara korrekta. När det gäller ärenden där sjukersättning beviljades bedömde granskarna att närmare en tredjedel inte var tillräckligt utredda. Av de beviljade ärendena som ansågs tillräckligt utredda ansågs att arbetsförmågan i 37 procent av fallen inte var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. De vanligaste orsakerna till skillnaderna i bedömningen var att granskarna bedömde att arbetsförmågan inte var nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden och att arbetslivsinriktad rehabilitering ansågs kunna förbättra arbetsförmågan. Sammanfattningsvis visade den granskningen enligt Försäkringskassan att de ärenden som avslagits i hög grad varit tillräckligt utredda och lett till ett korrekt beslut. Gällande de ärenden som däremot beviljades sjukersättning bedömdes bristerna som uppmärksammats i den föregående kvalitetsuppföljningen fortfarande kvarstå samt att bristerna inom utredningen hade ökat i denna granskning. Att andelen avslag var så hög som 70 procent ger enligt Försäkringskassan en indikation om att kunskaperna om kraven för rätt till sjukersättning var bristfälliga, men inte bland myndighetens handläggare utan *bland de försäkrade och läkare*. I uppföljningen konstaterades också att de brister som framkom i den tidigare rättsliga uppföljningen i huvudsak kvarstod. Vad gäller kvaliteten i utredningarna konstaterades en tydlig försämring, medan kvaliteten i bedömningarna hade förbättrats något. Försäkringskassan konstaterade att de åtgärder som hade vidtagits sedan den förra uppföljningen antingen saknat precision eller inte varit tillräckligt omfattande. Granskarna konstaterade att det främst var beslutsfattarnas förmåga att analysera och värdera bevisning utifrån rättspraxis där bristerna fanns.[51]

Dessa kvalitetsuppföljningar har genomförts genom att en liten grupp granskare (i granskningen 2015 var det t.ex. sju personer, varav

[50] Försäkringskassan, 2017:3, Sjukersättning – Rättslig kvalitetsuppföljning.
[51] Försäkringskassan, 2017:3.

tre processförare och fyra omprövare) har granskat ärendena. Det framgår inte av kvalitetsuppföljningarna vad som garanterar att dessa har inneburit en mer korrekt bedömning av ärendena än tidigare bedömningar av de beslutsfattare som har beslutat i ärendet. Det kan noteras att de huvudsakliga områden där kvalitetsgranskningen enligt Försäkringskassan visade på bristande kunskaper rörde områden där begreppen innefattar ett stort mått av bedömningsutrymme. Granskningen i de rättsliga kvalitetsuppföljningarna har baserats på en ny bedömning av ärendena och alltså inte utgjort en granskning i ljuset av t.ex. ny rättspraxis.

Försäkringskassan har i en metaanalys av de rättsliga kvalitetsuppföljningarna[52] konstaterat bl.a. att det har funnits två områden av huvudsakliga brister i de granskade ärendena. Det första området är att de medicinska underlagen i utredningarna inte är tillräckliga. Det andra området består i att bedömningarna brister då de görs mot ett arbetsmarknadsbegrepp eller aktivitet där lagstiftaren inte angett ett tydligt innehåll. Resultaten visar också att det finns förmånsövergripande brister i upprättandet av olika typer av planer och i beslutsmotiveringarna. Analysen av orsakerna till de huvudsakliga bristerna är att de till stor del kan hänföras till ett tolkningsutrymme i reglerna. Detta fortplantar sig sedan i hela utredningsprocessen. Brister som uppstår när ett beslut tas när det finns ett tolkningsutrymme, har att göra med hur man värderar olika uppgifter, vilka uppgifter som behövs och hur säkra handläggarna behöver vara för att ta ett beslut. Bevisvärdering och utredningsmetodik framstår då som områden som myndigheten behöver utveckla. Enligt Försäkringskassans arbetsordning är det vidare Rättsavdelningen som har tolkningsföreträde när det gäller hur reglerna ska tolkas. I intervjuerna i metaanalysen har det dock framkommit att några av verksamhetsutvecklarna på försäkringsavdelningarna inte alltid hållit med om tolkningen eller innebörden av gällande rätt som görs i de rättsliga kvalitetsuppföljningarna bland annat för att de inte vet vad som ligger bakom den och bedömer att den varit för strikt.

Också Inspektionen för socialförsäkringen har undersökt bl.a. de rättsliga kvalitetsuppföljningar som Försäkringskassan (och Pensionsmyndigheten) genomför.[53] ISF koncentrerade granskningen till den rättsliga kvaliteten, som i detta sammanhang har inneburit förmågan

[52] Försäkringskassan, Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014–2017 – en metaanalys, PM 2018:6.
[53] ISF rapport 2018:1.

att fatta korrekta beslut i försäkringsärendena utifrån tillräckliga beslutsunderlag. ISF konstaterar bl.a. att det kräver mycket resurser att mäta rättslig kvalitet, men också att de rättsliga kvalitetsuppföljningarna är viktiga som ett underlag för att hitta lösningar på problemen och för att utveckla kvaliteten.

Styrning av Försäkringskassan

Av intresse för bakgrunden till Försäkringskassans arbete med bl.a. rättsliga kvalitetsuppföljningar samt den förändrade tillämpningen under framför allt senare år är också styrningen av myndigheten.

Styrningen sker via den så kallade normgivningsmakten, genom att riksdagen stiftar lagar, ofta i form av ramlagar, och genom av regeringen utfärdade förordningar.[54] Myndigheters huvudsakliga uppgifter regleras till exempel i förordningar i form av instruktioner. Regeringen styr myndighetens organisering genom att bestämma om myndigheten ska vara en styrelsemyndighet, nämndmyndighet eller enrådighetsmyndighet. Regeringen styr även genom utnämningsmakten, som ger regeringen uppgiften att tillsätta myndighetschefer och eventuella styrelseledamöter.[55] Riksdagen och regeringen styr även myndigheterna genom finansmakten. Varje år beslutar riksdagen om budgetpropositionen, som bland annat anger de ekonomiska ramarna för myndighetens verksamhetsområden.

De myndigheter som lyder under regeringen styrs även bl.a. genom årliga regleringsbrev. I dessa regleringsbrev preciseras regeringens styrning av myndigheten för det kommande året. Det kan t.ex. handla om att regeringen anser att myndigheten särskilt ska prioritera ett visst område eller om mål som ska gälla för hela eller delar av myndighetens verksamhet. Regeringen kan därutöver även besluta om särskilda regeringsuppdrag.

Riksdagen och regeringen styr också myndigheterna genom den så kallade kontrollmakten. Kontrollmakten är ett något mindre formellt styrverktyg, och handlar om hur riksdagen kontrollerar regeringens och myndigheternas arbete, samt hur regeringen kontrollerar myndigheterna genom exempelvis mål- och resultatdialoger och informella kontakter. Den formella styrningen anger en ram, där riks-

[54] 8 kap. 1 § RF.
[55] 12 kap. 5 § RF.

dagen och regeringen sedan använder informella kontakter för att förtydliga den formella styrningen samt för att utbyta information med myndigheten. Styrning genom kontroll sker även genom uppföljning och revision av till exempel Riksrevisionen. Till styrning genom kontroll räknas även den granskning som Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK) kan göra av myndigheterna, samt förvaltningsdomstolarnas överprövning av de myndighetsbeslut som har överklagats.[56] Förutom detta finns också andra myndigheter som granskar delar av den statliga verksamheten, i Försäkringskassans fall ISF och i viss utsträckning också Statskontoret.

Myndigheterna ska verkställa politiken som riksdagen och regeringen har beslutat om. Men riksdagen och regeringen får inte bestämma hur en myndighet ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild eller hur myndigheterna ska tillämpa en lag.[57] Utifrån de givna ramarna styr myndighetsledningen verksamheten genom exempelvis chefstillsättningar, verksamhetsplaner, handläggnings- och arbetsordningar samt genom att följa upp och kontrollera sin verksamhet.

När det gäller Försäkringskassan hade myndigheten under flera år och fram t.o.m. 2015 mål i regleringsbrevet som fokuserade på att myndigheten skulle verka för att bidra till det övergripande, riksdagsbundna målet att ”frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå”.[58] Även 2016 angavs samma inriktning på målet i Försäkringskassans regleringsbrev. För 2016 kompletterades även målet enligt följande:

> Försäkringskassan ska även verka för att sjukpenningtalet i december 2020 inte överstiger 9,0 dagar. Samtidigt ska antalet nybeviljade sjukersättningar inte överstiga 18 000 i genomsnitt per år under 2016–2020. Skillnaden i sjukpenningtal mellan kvinnor och män ska också minska.

I regleringsbrevet för 2016 fanns alltså ett konkret nominellt mål för sjukpenningtalet och ett uttryckt ”tak” för sjukersättningen. Samma mål fanns med i Försäkringskassans regleringsbrev för 2017 och 2018. Det uttryckta taket har sannolikt främst utgjort en signal till Försäkringskassan om att avsikten inte varit att försäkrade, för att få

[56] Myndighetsförordningen (2007:515) och 11–13 kap. RF.
[57] 12 kap. 2 § RF.
[58] Detta riksdagsbundna mål – som avser mål i statens budget för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, där bl.a. sjukersättning och aktivitetsersättning ingår – gäller sedan 2009.

ned sjukpenningtalet, i stället skulle beviljas sjukersättning. I april 2018 ändrades målet, bl.a. genom en kompletterande skrivning om att: ”Målen ska nås i samverkan med och genom insatser av arbetsgivare, myndigheter och andra berörda aktörer. En del är att sjukfrånvarons arbetsrelaterade orsaker undanröjs.”

I Försäkringskassans regleringsbrev för 2019 fanns inte tidigare års skrivning vad gäller målet att Försäkringskassan ska verka för att sjukpenningtalet i december 2020 inte ska överstiga 9,0 dagar samt att antalet nybeviljade sjukersättningar inte ska överstiga 18 000 i genomsnitt per år under 2016–2020 med. I myndighetens regleringsbrev för 2019 och 2020 lyfts i stället fram att målet för sjukförsäkringen är att den ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete. Dessutom fokuseras på att tillämpningen av regelverket ska vara enhetlig och rättssäker för individen samt för att nå målet ska rätt ersättning ges till rätt person och stöd ges för återgång i arbete genom samverkan med arbetsgivare, myndigheter och andra berörda aktörer.

Regleringsbrevens utformning och innehåll har, som också är avsett, påverkan på myndigheternas verksamhet. ISF har pekat på att uttalade mål i regleringsbreven även påverkar enskilda handläggares arbete.[59] Det mål om 9,0 sjukdagar som fanns med i regleringsbrevet till Försäkringskassan fr.o.m. 2016 och effekterna av detta i tillämpningen har blivit mycket omtalat i debatten om sjukförsäkringen. ISF:s granskning visar att uttalanden från regeringen och generaldirektören tolkas som direkta styrsignaler ute i den lokala verksamheten, vilket gör att politikens vilja får direkta effekter t.ex. avseende hur handläggarna använder lagens bedömningsutrymme. Skiftet i myndighetens styrning utifrån regeringens fokusändring skapar nya villkor på den lokala handläggningsnivån. Nya villkor medför att handläggarnas arbete förändras vilket till syvende och sist påverkar hur de använder det bedömningsutrymme som lagen tillåter. Det påverkar i sin tur myndighetens förtroende och sjukpenningtalets utveckling.[60]

I analogi med ISF:s analys om målet för sjukpenningen bör även liknande slutsatser kunna dras i frågan om annan handläggning på myndigheten. Som ISF har visat påverkar regleringsbrevens innehåll handläggningen och bedömningen i enskilda ärenden. Denna påver-

[59] ISF, Förändrad styrning av och i Försäkringskassan, rapport 2018:16.
[60] ISF, 2018:16 Förändrad styrning av och i Försäkringskassan, s. 14.

kan kan inte anses vara kopplad specifikt till sjukpenning utan torde snarast vara en mer generell effekt. Det kan också konstateras att uttalanden i regleringsbreven till Försäkringskassan om angivna tal i sjukersättningen sammanfaller med att handläggningen blev striktare och att avslagsandelen började öka.

Slutsatser om Försäkringskassans tillämpning

Utredningen kan konstatera att de regelförändringar som trädde i kraft i juli 2008, med betydligt striktare förutsättningar för att beviljas sjukersättning och borttagande av den tidsbegränsade ersättningen, har lett till stora förändringar av beviljandegraden. Vidare kan också konstateras att den ökade andelen avslag som meddelats sedan dess (framför allt från 2015 och framåt) och som till stor del består av en stor minskning av antalet utbytesärenden från sjukpenning till sjukersättningen, i huvudsak beror på Försäkringskassans tillämpning och inte på några förändringar i regelverk och rättspraxis.

Baserat på Försäkringskassans egna slutsatser från framför allt myndigheten rättsliga kvalitetsuppföljningar av sjukersättningen, är tolkningen att myndigheten därmed också anser att handläggningen och bedömningen av rätten till sjukersättning var bristande under åren 2008–2015, med en alltför generös tillämpning som medförde att fler personer fick sjukersättning beviljat än vad som egentligen borde varit fallet, om tillämpningen varit mer korrekt under dessa år. I Försäkringskassans årsredovisning för 2015 framkommer att myndigheten bedömer att utredning av det grundläggande kriteriet nedsatt arbetsförmåga i sjukersättningsärenden utgjorde ett utvecklingsområde med förbättringspotential både vad gäller utredning och bedömning av arbetsförmåga, liksom i användningen av försäkringsmedicinska konsultationer. Myndighetens analys visade på att det handlade om brister i kompetens, i underlag och att kvalitets- och tillämpningsfrågor under en tid inte hade varit i fokus.

Frågan uppkommer då om denna analys stämmer: innebär Försäkringskassans förnyade synsätt på sjukersättningen med en mer restriktiv tillämpning en mer korrekt tillämpning sett till regelverket och rådande rättsläge? Försäkringskassan redogör i flera rapporter för att myndigheten själv anser att det har funnits kvalitetsbrister i de beslut där sjukersättning har beviljats. I de rättsliga kvalitets-

granskningarna anges exempel på dessa brister i enskilda beslut. De stora skillnaderna i tillämpningen och felaktigheter i tidigare beslut har enligt Försäkringskassan berott på bristande utredning i bifallsärenden, medan utredningarna anses ha varit tillräckliga i beslut om avslag. Det tycks således delvis handlat om bristande kunskaper i myndighetens utredningsskyldighet. Försäkringskassan pekar också på okunskap hos handläggarna kring centrala begrepp som arbetsförmåga, arbetsmarknad och stadigvarande nedsättning. Även begreppens otydliga innebörd anges som ett problem för tillämpningen.

Utredningen anser att det baserat på undersökningsmaterialet inte går att dra några definitiva slutsatser i denna fråga. Det är också svårt att jämföra kategorierna avslags- och bifallsbeslut eftersom beslut som är gynnande för den enskilde endast kan överklagas av Det allmänna ombudet för socialförsäkringen, medan enskilda har möjlighet att överklaga beslut som gått denne emot.

Oavsett om Försäkringskassans tidigare tillämpning eller den från ca 2015 mer restriktiva varianten kan anses vara mest korrekt, innebär den kraftiga variationen i tillämpningen *i sig* ett problem avseende bl.a. rättssäkerhet, förutsebarhet och tilltron till försäkringen.

I en skrivelse till regeringen med förslag om regeländringar för sjukersättningen beskriver Försäkringskassan att det finns problem med det restriktiva regelverket och konsekvenserna av tillämpningen av detta regelverk.[61] Dessutom anser myndigheten av dagens regler slår orimligt hårt i vissa fall, i och med att det aldrig är tillåtet att ta några som helst hänsyn till individuella förhållanden när rätten till sjukersättning ska prövas. Denna skrivelse lämnades till regeringen i november 2017. Det är alltså samma år som beviljandegraden avseende ansökningar om sjukersättning nådde en ny lägstanivå. Skrivelsen innehåller ingen analys om myndighetens förändrade tillämpning under de föregående åren.

Utredningen finner således sammantaget att Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket, med en kraftig ökning av antalet avslag och minskat antal utbytesärenden, är den enskilda faktor som mest förklarar variationen i beviljandegraden. Utifrån omständigheten att några förändringar i regelverket eller rättspraxis under perioden inte har skett finns det anledning att förhålla sig kritisk till den utveckling som skett inom tillämpningen. Rättsliga kvalitetsuppföljningar från Försäkringskassans sida har pekat på brister i hand-

[61] Försäkringskassan, 2017, Framställan om ändring i Socialförsäkringsbalken, (S2017/06851/SF).

läggningen och bedömningen. Samtidigt är bedömningsutrymmet stort för enskilda beslutsfattare och begreppen inom försäkringen svårbedömda. Det kan ifrågasättas om det kan sägas finnas stöd för en så kraftig förändring av tillämpningen utifrån granskningar där olika bedömare gör olika bedömningar av materialet och utan förändringar i exempelvis rättspraxis. Försäkringskassan har också redogjort för att en delförklaring till den ökade andelen avslag är myndighetens omorganisation där de handläggare som hade en större andel avslag kom att få hantera sjukersättningen.

Ett viktigt perspektiv i denna fråga är också att sjukförsäkringen utgör rättighetslagstiftning. Den som uppfyller kriterierna för att beviljas ersättning enligt regelverket har också rätt till denna ersättning och ett avslagsbeslut för den enskilde är möjligt att överklaga till domstol. Antalet personer som beviljas ersättning ett enskilt år ska endast vara beroende av hur många som uppfyller kraven för ersättningen. Detta får betydelse framför allt kring aspekter som gäller styrningen av Försäkringskassan. I fallet med sjukersättning har bl.a. en kraftig förändring i tillämpningen sammanfallit i tid med att regeringen uppställt nominella mål för sjukersättningen. Det kan även konstateras att den rättsliga kvalitetsuppföljning som genomfördes 2015 sammanfaller i tid med att antalet nybeviljanden och personer med sjukersättning ökade under perioden dessförinnan, för att nå en topp under 2014.

7.2.9 Slutsatser om variationen i tillämpning

Utredningen har i detta avsnitt diskuterat frågan om variationen i tillämpningen över tid och vilka orsaker – interna och externa – som kan tänkas utgöra förklaringsmodeller till dessa variationer.

En första slutsats som kan dras utifrån statistiken för sjuk- och aktivitetsersättningen är att försäkringen har problem med stabilitet i tillämpningen. Nybeviljandet av sjukersättning per år har framför allt minskat kraftigt sedan 2015. Avslagsfrekvensen har ökat kraftigt, från 43 procent år 2014 till 70 procent år 2019. Antalet personer som har sjukersättning minskar också kraftigt. Försäkringskassans prognoser pekar på en fortsatt utveckling åt samma håll.

Som utredningen har konstaterat innebär stora variationer och en instabil tillämpning problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tillit

till försäkringen. När tillämpningen varierar över tid utan att några större regeländringar har genomförts för sjukförsäkringen kan det äventyra rättssäkerheten över tid. Dessutom finns det en risk för att tilltron till socialförsäkringssystemet och förtroendet för Försäkringskassan skadas.[62]

Utredningen drar vidare slutsatsen att problembilden med variationer i tillämpningen till största delen beror på Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Övriga faktorer bedöms ha liten eller ingen betydelse för denna variation i tillämpningen. I kapitel 4 redogörs för arbetsmarknadens utveckling och hälsofaktorer hos befolkningen. Ingen sådan utveckling av dessa faktorer under perioden kan skönjas som förklarar variationen i tillämpningen.

Någon förklaring till denna kraftiga variation står inte heller att finna i förändringar av regelverket. År 2008 genomfördes stora förändringar i sjukförsäkringen och regelverken för såväl sjuk- och aktivitetsersättningen som sjukpenningen ändrades i grunden. Under de tretton år som gått har emellertid regelverket inte ändrats på någon väsentlig punkt. Vissa förändringar i regelverket för sjukpenningen 2016 bör förvisso ha påverkat risken för försäkrade att bli kvar i långa sjukskrivningar, men torde inte i övrigt ha haft inverkan på variationen i beviljandegrad av sjuk- eller aktivitetsersättning. Utredningen har vidare kunnat konstatera att det inte heller finns stöd i rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen från denna period som motiverar denna förändring mot en striktare tillämpning; tvärtom får rättspraxis anses ha gått i en något generösare riktning vad avser kraven för att beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Den normerande effekten av styrning av myndigheten ska inte underskattas. Utredningen drar liksom Inspektionen för socialförsäkringen slutsatsen att innehållet bl.a. i regleringsbrev påverkar myndighetens arbete ner på handläggarnivå. Det kan konstateras att Försäkringskassans regleringsbrev för 2016 och framåt innehåller mål om ett ”tak” för nybeviljade sjukersättningar (18 000).

Den avgörande faktorn som förklarar variationen i antal beviljade ersättningar är således Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Försäkringskassan har förändrat sin tillämpning och avsevärt skärpt denna från och med 2015. Som utredningen har kunnat konstatera vilar inte heller slutsatserna i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar på någon förändring i regelverk eller rätts-

[62] Jfr slutsatserna i ISF rapport Förändrad styrning av och i Försäkringskassan, 2018:16.

praxis. En sådan kraftig variation som skett, och som inte har stöd i någon extern faktor, får anses problematisk. Utredningen kan vidare allmänt konstatera att det förefaller finnas en diskrepans mellan rättsenheten och handläggande enheter inom Försäkringskassan när det gäller värdering av tillräcklig utredning i ärenden och bedömningar av regelverkets rättsliga begrepp såsom arbetsförmåge- och arbetsmarknadsbegreppen. De bedömningar som de rättsliga kvalitetsuppföljningarna ger generellt uttryck för en betydligt striktare tillämpning och värdering av underlaget än hos t.ex. beslutsfattarna i det dagliga arbetet, vilket också har framkommit t.ex. i intervjuer vid uppföljning av kvalitetsuppföljningarna. Denna diskrepans får i sig anses utgöra ett problem för värderingen av bedömningarna i underlaget.

Försäkringskassan har inom ramen för de rättsliga kvalitetsuppföljningarna bl.a. identifierat bristande kompetens och behov av mer utbildning för handläggarna, men också på att oklarhet i rättsliga begrepp leder till kvalitetsbrister och felaktig tillämpning.

7.3 Kraven för att beviljas sjukersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden

I avsnittet ovan diskuterades frågan om sjukersättningens variation över tid, tänkbara orsaker till denna variation och de problem som kan uppstå vid en instabilitet av tillämpningen över tid. Utredningens hypotes är, som redogjordes för under detta avsnitt, att den faktor som bäst förklarar den stora variationen i antal beviljade sjukersättningar är Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket och att denna inte har stöd i rättsliga förändringar av detsamma.

Samtidigt som tillämpningen av reglerna om sjukersättning har blivit mer restriktiv har flera rapporter och skrivelser från myndigheter gett signaler om att det finns en stor diskrepans mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjukersättning och de försäkrades faktiska möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden efter att ha nekats sjukersättning. I de rapporter som refereras nedan anges att sjukersättningens nuvarande regelverk har brister och därutöver att tillämpningen får otillfredsställande konsekvenser för enskilda försäkrade. I utredningsdirektiven konstaterar regeringen att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste utsträck-

ning tas tillvara och att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person. I direktiven återges emellertid också de problem som har berörts av myndigheterna ovan. En andra huvudfråga i utredningens uppdrag är således problemet med diskrepansen mellan kraven i försäkringen och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

Uttrycket ”att falla mellan stolarna” används ofta för att beskriva det som händer när en individ hamnar mellan trygghetssystem och inte får det stöd han eller hon behöver. Inom ramen för sjukförsäkringssystemet kan försäkrade falla mellan stolarna på flera olika sätt. En vanlig situation är att individen efter att ha nekats sjukpenning i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst. En annan beskrivning av en situation då den försäkrade faller mellan stolarna är då individen inte får tillräckligt stöd för att återfå arbetsförmåga, eller på annat sätt kunna avsluta sin sjukskrivning. Det kan till exempel inträffa när en försäkrad får ersättning från Försäkringskassan men inte får det stöd från annat håll som behövs för att kunna återfå arbetsförmåga, exempelvis samordnad rehabilitering. Inom sjukersättningens område får dock uttrycket i första hand anses handla om de fall där den försäkrade efter en ansökan om sjukersättning får ett avslagsbeslut med motiveringen att han eller hon bedöms ha arbetsförmåga i ett förvärvsarbete, men samtidigt i praktiken inte kan få ett sådant arbete och därmed inte heller försörja sig utifrån den arbetsförmåga som bedöms finnas kvar.

Försäkringskassans skrivelse till regeringen i november 2017

I direktiven återges slutsatserna i en skrivelse från Försäkringskassan till regeringen från november 2017.[63] Enligt direktiven anges särskilt att utredningen också ska beakta denna skrivelse vid genomförandet av uppdraget. Försäkringskassan har i denna påpekat en rad svårigheter vid tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet vid bedömningen av rätt till sjukersättning. Huvudsyftet med skrivelsen är enligt Försäkringskassans att få till stånd en rimligare bedömning av rätten till sjukersättning än vad som är möjligt i dag. Försäkringskassan uttrycker således att den tillämpning som sker i dagsläget utifrån

[63] Försäkringskassan (2017), Skrivelse till regeringen.

gällande regelverk får orimliga konsekvenser och att dagens regler slår orimligt hårt mot individer med mycket begränsade möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden. Det arbete som arbetsförmågan bedöms emot ska enligt Försäkringskassans förslag i skrivelsen rent faktiskt finnas på normal eller skyddad arbetsmarknad eller gå att ordna inom en rimlig framtid även om det inte finns tillgängligt vid bedömningen.

Arbetsförmedlingen har i detta sammanhang till utredningen framfört att det kan vara missvisande att, som Försäkringskassan framför i sin skrivelse, säga att det finns en ”skyddad arbetsmarknad”. Utifrån Arbetsförmedlingens perspektiv finns endast en arbetsmarknad. På denna kan en arbetsgivare genom olika bidrag få kompensation för att det aktuella arbetet anpassas efter den enskilda individens behov utifrån en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Skyddade arbeten anordnas av Samhall genom avtal med andra företag på arbetsmarknaden som har behov av arbetskraft antingen för att tillhandahålla tjänster eller i sin produktion. Också kommuner kan skapa arbetstillfällen för att lösa behov inom den kommunala verksamheten genom offentligt skyddat arbete, OSA. Dessa typer av bidrag till arbetsgivare regleras i förordningen 2017:462. Bidraget till Samhall AB regleras i förordningen 2018:1528.

I skrivelsen konstaterar Försäkringskassan vidare att dagens regelverk resulterar bl.a. i att individer blir fast i långa sjukskrivningar.[64] Det beror enligt Försäkringskassan bland annat på att arbetsmarknadsbegreppet definieras på olika sätt i sjukpenningreglerna och reglerna för sjukersättning. Rätten till sjukpenning bedöms mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp efter dag 180 (för arbetslösa fr.om. dag 1) i rehabiliteringskedjan än det som gäller för prövningen av rätten till sjukersättning. Bedömningen av rätten till sjukpenning görs mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller mot ett annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Bedömningen av rätten till sjukersättning görs mot ett arbete som inte behöver vara tillgängligt för den försäkrade. Dessutom medför tillämpningen av dagens regler att de slår orimligt hårt i vissa fall i och med att det aldrig är tillåtet att ta hänsyn till individuella förhållanden när rätten till sjukersättning bedöms.

För att åstadkomma att bedömningen av arbetsförmågan görs mot ett mera konkret arbetsmarknadsbegrepp i stället för som i dag

[64] Försäkringskassan (2017).

mot ett teoretiskt begrepp gör Försäkringskassan gällande att begreppet behöver ändras till samma begrepp som gäller för sjukpenning, och att myndigheten vid bedömningen av arbetsförmågan alltså ska beakta den försäkrades förmåga att förvärvsarbeta i ett ”normalt förekommande eller i ett annat för personen lämpligt tillgängligt arbete där hänsyn kan tas till aktivitetsbegränsningen”. Vidare föreslår Försäkringskassan att myndigheten, om det finns särskilda skäl och på den försäkrades begäran, från och med den tidpunkt då ålderspension tidigast kan beviljas, ska få beakta individuella omständigheter vid bedömningen av arbetsförmågan. Den regel som gällde före den 1 juli 2008, om möjligheten att ta hänsyn till särskilda skäl, var inte begränsad till viss ålder. Tillämpningen blev därför glidande och kom att gälla även andra än dem den var avsedd för. För att förhindra en liknande utveckling föreslås att det sätts en tydlig åldersgräns.

Förslaget innebär således att det arbetsmarknadsbegrepp som gällde innan lagändringen den 1 juli 2008 återinförs. Det innebär dock inte en återgång till de förhållanden som rådde före lagändringen den 1 juli 2008 då många beviljades förtidspension/sjukersättning då tillämpningen inte kommer kunna bli som den var då. Anledningen är att det sedan den 1 juli 2008 krävs att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt för att någon ska kunna beviljas sjukersättning, ett krav som inte fanns tidigare då det räckte med att arbetsförmågan var nedsatt i ett år. Dessutom gäller i dag att rehabiliteringsmöjligheterna ska bedömas vara uttömda. Lämpliga medicinska eller arbetslivsinriktade åtgärder ska vara prövade eller bedömas inte kunna påverka arbetsförmågan. Inte heller det kravet fanns före år 2008.

Förslaget innebär också att den som uppfyllt kravet på att en nedsättning av arbetsförmågan är stadigvarande och att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda men ändå får ett avslagsbeslut ska få information om att det kommer att gå att ordna en anställning med lönebidrag eller ett skyddat arbete inom rimlig tid. För att kunna motivera ett avslag på den grunden krävs att Försäkringskassan gjort en kontroll med Arbetsförmedlingen om dessa arbetens tillgänglighet. Blir beskedet att aktivitetsbegränsningen gör att det inte är möjligt att inom en rimlig framtid ordna ett lämpligt arbete till den försäkrade bör sjukersättning beviljas eftersom den försäkrade inte har möjlighet att förvärvsarbeta. Förslaget medför således att Försäk-

ringskassan i ökad utsträckning måste samarbeta med Arbetsförmedlingen.[65]

Försäkringskassans förslag i skrivelsen har här redogjorts för i korthet, men kommer också att behandlas mer utförligt i senare avsnitt om äldre försäkrade samt i utredningens överväganden och förslag.

7.3.1 Tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete”

Problembilden som målas upp av såväl Försäkringskassan som Riksrevisionen och som omnämns i tidigare utredningar har i stor utsträckning sin grund i de olika arbetsmarknadsbegrepp som finns i sjukförsäkringen, och att dessa begrepp skiljer sig åt mellan sjuk- och aktivitetsersättningen å ena sidan och sjukpenningen å andra sidan. Enligt Försäkringskassan utgör de olika arbetsmarknadsbegreppen huvudproblemet med dagens sjukersättning.

Anledningen till att så få i dag nybeviljas sjukersättning är enligt Försäkringskassans bedömning framför allt detta vida arbetsmarknadsbegrepp. Arbetsförmågan ska enligt gällande regler bedömas mot ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I begreppet ingår anpassade arbeten, lönebidrag för utveckling i anställning och lönebidrag för trygghet i anställning.[66]

Om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning. Någon prövning av om det rent faktiskt existerar ett sådant arbete vid beslutstillfället eller kan ordnas i framtiden görs inte och behöver inte göras enligt domstolspraxis. Bedömningen görs mot ett tänkt arbete som är specialanpassat till individen och som man anser borde finnas, dvs. mot ett teoretiskt begrepp vars förankring i verkligheten inte kontrolleras.

Som utredningen har redogjort för i avsnitt 7.2 kvarstår med nuvarande regelverk allt fler individer i långvariga sjukskrivningar (se också för statistik i denna del avsnitt 7.1). Detta sker trots att den enskildes nedsättning av arbetsförmågan i normalt förekommande arbeten kan vara stadigvarande och rehabiliteringsmöjligheterna uttömda. Försäkringskassan anför i skrivelsen att risken med nuvar-

[65] Se närmare avsnitt 7.6 om samarbetet mellan de båda myndigheterna inför Försäkringskassans beslut om sjukersättning.
[66] Förordning 2017:462. Vissa insatser, såsom särskilt nystartsjobb, som räknas upp i Försäkringskassans skrivelse 2017 finns inte längre.

ande regler är stor att försäkrade låses in i långvarig sjukskrivning med sjukpenning i stället för att få sjukersättning eftersom rätten till sjukpenning efter dag 180 bedöms mot ett arbete på den normala arbetsmarknaden eller ett lämpligt tillgängligt arbete. Detta arbetsmarknadsbegrepp är mera konkret och verklighetsförankrat än begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden eftersom det finns ett krav på att ett sådant lämpligt arbete finns tillgängligt för att sjukpenning ska kunna nekas. Sjukpenning betalas i avvaktan på att detta lämpliga arbete blir tillgängligt.

Även utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum har berört frågorna.[67] Bland annat anför den utredningen att de delar den bedömning som Försäkringskassan gjort i ovannämnda skrivelse.[68] De drar även slutsatsen att en huvudorsak till att dessa längre fall ökat förmodligen har varit de stränga rekvisiten för att få sjukersättning. Problemet här synes bero på de skilda arbetsmarknadsbegreppen i regelverket för sjuk- och aktivitetsersättning respektive sjukpenning.[69] I ett delbetänkande redovisades utredningens uppfattning att systemet förutsätter att en del personer lämnar sjukpenningen för sjukersättning.[70] Om regelverket för rätt till sjukersättning är för restriktivt konstruerat och/eller tillämpas för restriktivt kommer vissa personer fortsätta att ha sjukpenning trots att de borde ha sjukersättning. Det minskar utrymmet för även mindre förändringar av bestämmelser för sjukpenning.[71]

Begreppet förvärvsarbete i lagstiftningen

Enligt gällande regelverk för såväl sjukersättning som aktivitetsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas i förhållande till *förvärvsarbete* på arbetsmarknaden. Bedömningen ska enligt förarbetena ske mot ”hela arbetsmarknaden”.[72] Som redogjorts för i avsnitt 5.2.1 ingår i detta begrepp förutom ”normalt förekommande arbeten” även anpassade arbeten, subventionerade arbeten, arbeten som anpassas till individens förutsättningar och stöds genom olika former av lönebidrag samt skyddat arbete hos Samhall AB eller offentliga arbets-

[67] SOU 2020:6.
[68] SOU 2020:6, s. 201.
[69] SOU 2020:6 s. 91.
[70] SOU 2019:2.
[71] SOU 2019:2, s. 31.
[72] Prop. 2007/08:136, s. 103.

givare. Med begreppet ”anpassade arbeten” avser utredningen dels sådana anpassningar som görs i ett arbete och en arbetssituation inom ramen för arbetsgivarnas ansvar enligt arbetsmiljölagen, dels arbeten som anpassas och subventioneras genom att arbetsgivaren får någon form av bidrag eller enligt förordningen 2017:462. Båda dessa typer av anpassningar ingår i begreppet förvärvsarbete. Vad gäller anpassningar inom ramen för arbetsgivarens ansvar går också här en tydlig skiljelinje mellan bedömningen av rätt till sjukpenning, där enligt rättspraxis[73] ingen eller maximalt ringa anpassningar ska förekomma, och sjukersättning, där inga sådana begränsningar av anpassningar finns.

Arbetsmarknadsbegreppet vid bedömning av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning är således vidare än vid prövning av rätten till sjukpenning, där den försäkrades arbetsförmåga ska jämföras mot sådant arbete som är ”normalt förekommande” på arbetsmarknaden. Begreppet subventionerade arbeten är brett och representerar även andra anställningsstöd och nystartsjobb som kan beviljas vid anställningar utan att det har någon koppling till om den aktuella personen som ska anställas har en funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga eller ej.

Arbetsmarknadsbegreppet ”normalt förekommande arbete” har preciserats och klargjorts i rättsfallen RÅ 2008 ref. 15 och HFD 2018 ref. 51 I och II (se avsnitt 5.2.4). I korthet kan begreppet beskrivas som vanliga arbeten på arbetsmarknaden som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning av arbetet med hänsyn till dennes medicinska besvär. Vidare ska bedömningen vara verklighetsförankrad och ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden, men bedömningen av arbetsförmågan behöver inte ske mot konkreta tillgängliga arbeten. Den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla de krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer, såsom arbetsprestationer och arbetstakt.

Det begrepp – förvärvsarbete – som är aktuellt vid bedömningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning är emellertid vidare än normalt förekommande arbeten. Vad gäller detta begrepp har rättsfallet HFD 2019 ref. 48 (se avsnitt 5.2.2) bidragit med en rad viktiga förtydliganden när det gäller hur begreppet ska tolkas.[74] Frågan i

[73] HFD 2018 ref. 51 och RÅ 2008 ref. 15.
[74] För analys av rättsfallet, se även bl.a. rättsfallskommentar av professor Ruth Mannelqvist i Förvaltningsrättslig tidskrift nr 1 2020.

målet var hur det ska avgöras om en försäkrad har en sådan arbetsförmåga att han eller hon kan försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I domen slog Högsta förvaltningsdomstolen fast att även om det som kan betraktas som arbetsmarknaden inom sjukersättningen är mer omfattande än för exempelvis bedömning av rätt till sjukpenning, eftersom både anpassade och subventionerade anställningar ingår, måste det avse ett förvärvsarbete som någon är beredd att betala för. Trots att prövningen inte behöver göras i relation till ett konkret arbete ska den vara verklighetsförankrad och baseras på en realistisk bedömning. För såväl sjukersättning som aktivitetsersättning innebär det att den försäkrade åtminstone måste ha en basal produktivitetsförmåga som har ett ekonomiskt värde för en arbetsgivare. Det ska således inte vara fråga om daglig sysselsättning eller liknande. Domen innebär en tydligare definition och avgränsning av arbetsmarknaden vid bedömningen av rätt till sjuk- och aktivitetsersättning. Det kan exempelvis inte längre anses helt korrekt att tala om att bedömningen ska ske mot ”hela arbetsmarknaden” som varit vanligt förekommande tidigare då detta antyder ett vidare arbetsmarknadsbegrepp än det som ska beaktas.

Försäkringskassans normering utifrån domen framgår av Domsnytt 2019:27. Myndigheten anger i sin kommentar till domen att utgångspunkterna för bedömning av arbetsförmåga är densamma oavsett om bedömningen gäller rätten till sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning. Försäkringskassan anger vidare att HFD även i den här domen tar upp vad som menas med att bedömningen ska vara verklighetsförankrad, vilket även innebär bl.a. att Försäkringskassan ska beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. Detta innebär att Arbetsförmedlingens utredning kan vara vägledande, men den behöver enligt Försäkringskassan inte vara avgörande för myndighetens bedömning av arbetsförmågan. Valet av begrepp, fortsätter Försäkringskassan, det vill säga förvärvsarbeten på arbetsmarknaden eller förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, syftar till att avgränsa mot hur stor del av arbetsmarknaden som bedömningen av arbetsförmågan ska göras. Det har inte någon egentlig betydelse för hur bedömningen i övrigt ska gå till. Hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och att bedömningen ska anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras innebär enligt Försäkringskassan en bedömning av hur arbetsmarknaden ser ut, vilka arbeten

som finns och vilka möjligheter en arbetsgivare har att anpassa arbeten. Detta är alltså inte statiskt, utan förändras över tid. Vilka anpassningar som kan anses rimliga för en arbetsgivare kan också förändras över tid.

Trots de klargöranden som gjorts av Högsta förvaltningsdomstolen återstår en rad svårigheter vid tillämpning av arbetsmarknadsbegreppet. Tidigare utredningar och rapporter från bl.a. ISF, Riksrevisionen och Försäkringskassan slår fast att det är stora skillnader mellan hur regelverket tillämpas och de försäkrades faktiska möjligheter att efter ett avslag om sjukersättning få och kunna försörja sig i ett förvärvsarbete. Dessa rapporter hänför sig dock till tid före avgörandet från HFD.

Försäkringskassan har i sina styrande och stödjande dokument förtydligat att bedömningen inte längre kan göras mot alla arbeten, utan bara mot sådana arbeten som kan anses falla under begreppet ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden” och vad detta begrepp innebär utifrån rättsfallet.[75] Försäkringskassan har vidare i kontakter med utredningen angett att det inte ännu är möjligt att uppskatta ifall fler kommer kunna beviljas sjuk- och aktivitetsersättning utifrån rättsfallet.

Försörjningsförmåga eller förvärvsförmåga

Sedan den 1 juli 2008 gäller att när Försäkringskassan bedömer hur nedsatt arbetsförmågan är ska myndigheten beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.[76] För bedömningen av rätt till sjukersättning – till skillnad från den vid sjukpenning – blir den försäkrades förmåga att faktiskt kunna *försörja* sig själv genom ett förvärvsarbete kanske ännu viktigare. Försäkringskassan har i den ovan nämnda skrivelsen från 2017 angett att begreppet är problematiskt.

Försäkringskassan föreslår i skrivelsen att begreppet ”försörja sig själv genom arbete” ska ändras eftersom det i dag inte görs någon prövning av om den försäkrade kan försörja sig eller inte. Begreppet infördes 1997 eftersom den tidigare lydelsen av regeln hade tolkats som att det var möjligt att få förtidspension för att kompensera ett inkomstbortfall som uppstod vid arbetsbyte på grund av sjukdom.

[75] Försäkringskassans vägledning 2013:2 Aktivitetsersättning, s. 61 ff., Vägledning 2013:1 Sjukersättning samt domsnytt 2019:027 och domsnytt 2015:040.
[76] SFS 2008:480 och 33 kap. 10 § SFB.

Avsikten med lagändringen 1997 var att komma bort från det mera uttalade ekonomiska invaliditetsbegrepp som gällt. Med begreppet ”försörja sig själv genom arbete” förtydligades att det avsåg förmågan att arbeta heltid och få en lön som överensstämmer med kollektivavtal eller i övrigt är gängse inom det nya arbetsområdet. I dag motsvarar begreppets innebörd det modernare begreppet ”förvärvsförmåga” som också tolkas som förmåga att arbeta heltid i ett avlönat arbete. Försäkringskassan menade att begreppet alltså bör ändras för att bättre överensstämma med dagens tillämpning.

Vad gäller detta begrepp kan utredningen konstatera att lagtexten innehåller begreppet ”försörja sig genom förvärvsarbete”. I sammanhanget finns också skäl att åter studera vad Högsta förvaltningsdomstolen uttalade i HFD 2019 ref. 48. Domstolen uttalar i målet inte något särskilt om begreppet ”försörja sig”. Frågan i målet avsåg hur det ska avgöras om en försäkrad har en sådan arbetsförmåga att han eller hon kan försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. HFD anförde att regleringen innebär att en prövning ska göras av om den försäkrade till följd av sjukdom, helt eller delvis, inte inom överskådlig tid kan försörja sig genom arbete eller om denne i stället, helt eller delvis, ska betraktas som arbetslös, varvid andra ersättningssystem kan aktualiseras. Bedömningen avser begreppet arbetsförmåga, men med uttrycket arbetsförmåga avses också i vilken utsträckning den försäkrade, trots en sjukdom, kan försörja sig själv genom att arbeta.[77] Den som bedöms kunna klara av att försörja sig genom något förvärvsarbete på arbetsmarknaden ska anses ha full arbetsförmåga. Rätt till sjukersättning föreligger då inte.[78] Frågan är om den försäkrade har kvar arbetsförmåga som kan användas av honom eller henne för att försörja sig genom ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Huruvida den försäkrade faktiskt kan få ett sådant arbete ska inte inverka på bedömningen.[79] Den prövning som ska göras av den försäkrades arbetsförmåga måste vara verklighetsförankrad. Avseende sjukersättningen bör en utgångspunkt då vara att den försäkrade, för att kunna försörja sig, ska kunna utföra ett arbete på ett sådant sätt att någon är villig att betala för utförandet.[80] Bedömningen avser således om det kan anses realistiskt att den försäkrade skulle kunna erbjudas i vart fall ett anpassat arbete eller en subventionerad anställ-

[77] Se prop. 1996/97:28, s. 10.
[78] Prop. 2007/08:136, s. 88.
[79] Jfr prop. 1996/97:28, s. 17 f.
[80] SOU 2009:89 s. 106 ff., jfr prop. 1996/97:28, s. 10.

ning. I bedömningen ligger basala krav på produktivitet, såsom att arbetsuppgifterna utförs någorlunda självständigt och med viss kvalitet samt inom en viss tid.

7.3.2 Begreppet förvärvsarbete i praktiken – om anpassade, subventionerade och skyddade arbeten

Arbetsmarknadsbegreppet för bedömningen av rätt till sjukpenning för den som varit sjukskriven i mer än 180 dagar är arbete som är ”normalt förekommande på arbetsmarknaden”. Det är fråga om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning till dennes medicinska besvär. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna ingår inte i begreppet.[81]

Begreppet normalt förekommande arbete innefattar många typer av arbeten och får anses utgöra ett relativ brett begrepp. På arbetsmarknaden förekommer emellertid också ett antal typer av arbeten som skiljer sig från ”normala” förvärvsarbeten. Det är frågan om arbeten som särskilt anpassats till den försäkrades besvär, eller som på något sätt subventionerats och där särskilda förutsättningar gäller för anställningen. Alla dessa typer av arbete ingår i begreppet ”förvärvsarbete”, det begrepp som i dagsläget tillämpas vid bedömningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det är således ett bredare arbetsmarknadsbegrepp som gäller för denna bedömning, än det arbetsmarknadsbegrepp som gäller för bedömningen av rätten till sjukpenning. Av praxis följer att också subventionerade anställningar, t.ex. skyddade arbeten och arbeten med lönebidrag samt anställning vid Samhall, ryms i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden (se HFD 2011 ref. 63 I–III). Sådana anställningar får även enligt Högsta förvaltningsdomstolen (HFD 2019 ref. 48) anses omfatta insatser som enbart ges till personer som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och som har behov av stöd för att stärka sina möjligheter att få eller behålla ett arbete (förordningen [2017:462] om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga).

Det är därför också av intresse att redogöra för vilka typer av arbete som ingår i detta arbetsmarknadsbegrepp – alltså *förvärvs-*

[81] Se HFD 2018 ref. 51 I och II; jfr även RÅ 2008 ref. 15.

arbete – och förutsättningarna för att bedömas vara aktuell för sådana typer av arbete. Det kan noteras att arbetsmarknadsbegreppen i båda fallen syftar till att avgränsa mot hur stor del av arbetsmarknaden som prövningen av arbetsförmågan ska ske. Valet av begrepp har däremot inte någon egentlig betydelse för hur prövningen i övrigt ska gå till. Sammanfattningsvis innefattas i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden den öppna arbetsmarknaden och i viss utsträckning anpassade arbeten på denna, liksom även olika typer av subventionerade anställningar. Sådana verksamheter som endast har ett rehabiliterande eller livskvalitetshöjande syfte omfattas däremot inte av begreppet.

Av 1 § förordningen (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga framgår att de särskilda insatserna i det arbetsmarknadspolitiska programmet särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga innefattar bl.a. bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen, lönebidrag och skyddat arbete. Programmet riktar sig till personer som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och som har behov av stöd för att stärka sina möjligheter att få eller behålla ett arbete. Syftet med programmet är att kompensera för nedsättningen i arbetsförmåga och stärka möjligheten att få eller behålla ett arbete. Endast personer som har lönebidrag eller skyddat arbete ska anses som deltagare i programmet när det handlar om att kvalificera sig för andra arbetsmarknadspolitiska insatser.

Nedan redogörs för vilka typer av arbete och anställningar som kan sägas ingå i begreppet *förvärvsarbete*.

Anpassade arbeten ingår till viss gräns

Med anpassade arbeten menas ”vanliga” arbeten – som i sig också ingår i arbetsmarknadsbegreppet ”arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”. Här kan arbetsgivaren behöva anpassa arbetet på något sätt för att en person med sjukdom eller funktionsnedsättning ska kunna utföra arbetet. Som redogjordes för ovan får ”normalt förekommande arbeten” innehålla ingen eller som mest ringa anpassning för att fortfarande anses utgöra ett normalt förekommande

arbete.[82] Några sådana begränsningar förekommer inte vid prövningen av om ett arbete kan anses utgöra ett ”förvärvsarbete”. Om en försäkrad kan utföra ett sådant anpassat arbete föreligger inte rätt till sjukersättning.

Hur stora anpassningar som helst är dock inte möjliga för att ett arbete fortfarande ska anses utgöra ett förvärvsarbete. I vilken utsträckning anpassade arbeten utgör förvärvsarbeten på arbetsmarknaden beror på om anpassningen kan anses rimlig ur en arbetsgivares synvinkel. Om anpassningarna som krävs är så omfattande att det saknas ett tillräckligt stort ekonomiskt värde för en arbetsgivare, kan arbetet enligt rättspraxis inte betraktas som ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden.[83]

Subventionerade anställningar och särskilda insatser ingår

Subventionerade anställningar är anställningar som riktar sig särskilt till personer med funktionsnedsättning. De ingår i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden. HFD förtydligar i rättsfallet HFD 2019 ref. 48 att subventionerade anställningar även omfattar insatser som enbart ges till personer som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och som behöver stöd för att stärka sina möjligheter att få eller behålla ett arbete (se förordningen [2017:462] om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga).

Av ovanstående förordning (1 §) framgår att de särskilda insatserna är

- bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen
- bidrag till litteratur och tolk för personer med syn- eller hörselnedsättning
- bidrag för personligt biträde
- särskild stödperson för introduktion och uppföljning (SIUS)
- bidrag till uppstartskostnader vid start av näringsverksamhet
- lönebidrag
- skyddat arbete.

[82] RÅ 2008 ref. 15; jfr HFD 2018 ref. 51 I och II.
[83] HFD 2019 ref. 48; jfr även Försäkringskassan Domsnytt 2019:27.

I vissa fall kan arbetsgivaren få ersättning för kostnader för de anpassningar av arbetet som den försäkrade behöver med anledning av sin funktionsnedsättning. Exempel på sådana särskilda insatser är bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen och för personligt biträde. En arbetsgivare kan också få bidrag till en del av lönekostnaden. Arbetsförmedlingen är beslutande myndighet om dessa särskilda insatser.

De särskilda insatserna som riktar sig till personer med funktionsnedsättning ingår i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Det betyder att om den försäkrade till exempel kan arbeta i ett skyddat arbete eller med hjälp av bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen har han eller hon inte rätt till sjukersättning. Precis som när det gäller sådana anpassade arbeten där arbetsgivaren inte får någon kompensation för den anställdes nedsättning av arbetsförmågan ska anpassningen vara rimlig ur en arbetsgivares synvinkel. Den ekonomiska ersättning som arbetsgivaren kan få genom de särskilda insatserna kan dock påverka i vilken utsträckning anpassningen kan anses rimlig ur arbetsgivarens perspektiv.

Lönebidrag och skyddade arbeten ingår

Anställning med lönebidrag och skyddat arbete är två former av subventionerade anställningar som riktar sig till personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Insatserna innebär att arbetsgivaren får ekonomiskt bidrag för lönekostnader när en person med funktionsnedsättning behöver anpassningar efter sina förutsättningar.[84]

Innan en person kan få insatserna lönebidrag eller skyddat arbete ska Arbetsförmedlingen först ha prövat om personens behov kan tillgodoses av andra insatser, som exempelvis bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen. Personens möjlighet att få sitt behov tillgodosett genom lönebidrag ska prövas innan insatsen skyddat arbete ges.[85]

Lönebidrag kan ges för anställningar både hos privata och offentliga arbetsgivare. Anställningen är en vanlig anställning, men den ska vara anpassad efter de behov och förutsättningar den arbetssökande har. Syftet med ersättningen är att öka den arbetssökandes möjligheter att få eller behålla ett arbete där hans eller hennes kompetens

[84] Se 15 § förordningen 2017:462.
[85] 16 § förordningen 2017:462.

och färdigheter tas tillvara. Lönebidrag finns i formerna lönebidrag för utveckling i anställning, lönebidrag för anställning och lönebidrag för trygghet i anställning.[86] Lönebidrag för utveckling i anställning är ett bidrag för att en person ska kunna pröva på ett yrke eller gå en utbildning. Lönebidrag för anställning är ett bidrag för att anpassa arbete och arbetsplats för en anställd. Lönebidrag för trygghet i anställning är ett långvarigt stöd för att en anställd ska kunna behålla sin anställning.[87]

Skyddat arbete finns i formerna skyddat arbete hos Samhall Aktiebolag och skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare. Samhall är ett bolag som ägs av staten och har till uppgift att skapa meningsfulla och utvecklande arbeten åt personer som Arbetsförmedlingen anvisar i enlighet med förordningen (2017:462). Samhall ska erbjuda arbeten på de platser i landet där behoven finns och anpassa verksamheten till de förutsättningar personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har.[88]

Rörande arbete på Samhall kan noteras att Statskontoret i december 2016 fick i uppdrag att kartlägga Samhalls verksamhet utifrån bland annat hur sammansättningen av de personer som anställs vid Samhall AB har förändrats, hur Samhalls insatser och verksamhet påverkar vilka som kan anvisas till skyddat arbete samt Arbetsförmedlingens process och styrning av anvisningar till skyddat arbete hos Samhall.[89] Rapporten presenterades i maj 2017.

Statskontoret bedömer i rapporten att arbetsförmågan bland dem som anvisas till skyddat arbete hos Samhall har ökat. Det beror i huvudsak på Samhalls förändrade verksamhet och krav på försäljningstillväxt. Även om arbetsförmågan har ökat har de som anvisas till Samhall fortfarande en svag ställning på arbetsmarknaden och betydande behov av stöd och handledning.

I likhet med tidigare utredningar (av bland andra Riksrevisionen och den s.k. FunkA-utredningen) kunde Statskontoret konstatera att gruppen anställda hos Samhall har förändrats i takt med att Samhalls verksamhet har förändrats; exempelvis är det färre personer med nedsatt rörelseförmåga, syn- och hörselnedsättningar och begränsad

[86] 24 § förordningen 2017:462.
[87] Se 25, 29 och 33 §§ förordningen 2017:462.
[88] Se 3 § förordningen [2018:1528] om statlig ersättning till Samhall Aktiebolag för en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.
[89] Statskontoret, myndigheten för en effektiv statsförvaltning, En analys av processen och förutsättningarna för anställningar hos Samhall AB, 2017:7.

hjärt- och lungfunktion nu (dvs. 2016) än tidigare. Samtidigt har andelen med utländsk bakgrund, kognitiv funktionsnedsättning och med flera funktionsnedsättningar ökat, vilket enligt Arbetsförmedlingens bedömning kan bero på att myndigheten har uppdaterat sitt system så att arbetssökande kan registrera flera olika funktionsnedsättningar. Samhalls verksamhet har påverkats starkt av en generell omvandling av arbetsmarknaden, där industriproduktion försvinner och fler tjänsteuppgifter kommer till. För Samhalls del har det inneburit att en allt mindre del av jobben sker i egen regi, exempelvis i fabriker, medan en växande del består av tjänster som utförs på uppdrag av kunder på olika företag, i form av exempelvis städning, tvätt och fastighetsskötsel. Bara städning stod enligt rapporten för nästan hälften av Samhalls totala försäljning under 2016. Den här förändringen innebär höjda krav på fysisk förmåga, vilket utestänger många i Samhalls målgrupp från att kunna få arbete. Rapporten visar också att Arbetsförmedlingen, som förr själva bestämde vilka arbetssökande som skulle anvisas till Samhall, nu mer tvingas anpassa sig till krav på kvalifikationer för olika jobb som Samhall ställer.

Ekonomiskt bidrag för skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare får lämnas för en person med en kognitiv funktionsnedsättning, med en funktionsnedsättning till följd av missbruks- eller beroendeproblematik, som är berättigad till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller som antingen inte tidigare haft kontakt med arbetslivet, eller som har varit borta från det under en längre tid på grund av en långvarig och svår psykisk sjukdom.[90]

Rehabiliterande eller livskvalitetshöjande insatser ingår inte

Sådana verksamheter som erbjuds personer som har en funktionsnedsättning och som har ett rehabiliterande eller livskvalitetshöjande syfte omfattas däremot inte av begreppet förvärvsarbete. Det gäller exempelvis insatser i form av daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller sysselsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453).

Detta innebär dock inte att en person som deltar i en sådan insats alltid har rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning, eller att

[90] 40 § förordningen 2017:462.

uppgifterna från insatsen inte kan beaktas vid bedömningen av personens arbetsförmåga. Precis som när det gäller Arbetsförmedlingens bedömningar av personens arbetsförmåga ska värderingen av ett underlag från en insats göras på samma sätt som värderingen av övriga underlag i ärendet.

7.3.3 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om sjukersättning?

Allt färre personer har sjukersättning och allt fler får avslag på sina ansökningar om ersättning. Den höga avslagsfrekvensen synes ha stabiliserat sig på en nivå kring 70 procent avslag. Ökningen av andelen avslag är särskilt stor sedan år 2015, vilket utredningen kunnat hänföra till Försäkringskassans mer restriktiva tillämpning av regelverket. Jämfört med tidigare övergår samtidigt betydligt färre sjukskrivna från sjukpenning till sjukersättning.

Därmed är frågan är vad som händer med de försäkrade som har nekats sjukersättning. Vilka effekter har ett nekande av sjukersättning på individens efterföljande inkomster, hälsa och användande av sjukförsäkringen? Riksrevisionen har granskat vad som händer med dem som nekas sjuk- eller aktivitetsersättning och vilka effekter som uppstår.[91] Granskningens syfte var att undersöka bl.a. i vilken utsträckning Försäkringskassan fattar rätt beslut vid bedömningar av rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning, detta genom att analysera vilka effekter ett nekande av ersättningen har för individens inkomster, hälsa och användning av sjukförsäkringen. Resultaten visar att ett nekande av sjukersättning får negativa konsekvenser för individen både ur ett ekonomiskt och hälsomässigt perspektiv. Det förefaller därmed enligt Riksrevisionen finnas en betydande diskrepans mellan de krav som reglerna att beviljas sjukersättning anger och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden. Orsaken till de negativa effekterna har enligt Riksrevisionens bedömning inte främst att göra med Försäkringskassans tillämpning av regelverket eller att denna skulle vara för strikt.[92]

Riksrevisionens slutsats i rapporten är att resultaten talar för att reglerna för sjuk- och aktivitetsersättning bör förändras, så att fler kan få ersättning. Enligt Riksrevisionens uppfattning framstår dagens

[91] RiR 2018:9, Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa.
[92] RiR 2018:9 s. 6.

regler som alltför strikta, med tanke på de negativa konsekvenser ett nekande visat sig ha på individens hälsa och ekonomi.

Resultaten från granskningen visar att ett nekande av sjuk- eller aktivitetsersättning fick negativa konsekvenser för de individer som låg på gränsen till att beviljas ersättning. Med sådana ”gränsfall” avses enligt Riksrevisionen ärenden där bedömningen varit särskilt svår och där såväl ett bifallsbeslut som avslagsbeslut varit möjligt.[93] Riksrevisionen redogör emellertid inte för på vilket sätt eller utifrån vilken grund man har bedömt att ärendena utgjort just sådana svårbedömda gränsfall.

Negativa konsekvenser för ekonomin

Resultaten i Riksrevisionens granskning visar att en förhållandevis låg andel av de som nekats sjukersättning ökar sina arbetsinkomster året efter beslutet. Andelen har dessutom sjunkit över tid, från 30–35 procent 2009 till 16–20 procent 2013. Inkomsterna från arbete bland personer som arbetar året efter nekande är överlag mycket låga; endast 10 procent hade en inkomst högre än 165 000 kronor.[94] Riksrevisionens slutsats är att i den utsträckning restarbetsförmåga finns bland personer som beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning är den begränsad. Bara i undantagsfall är inkomsterna så höga att de går att försörja sig på. Jämfört med att beviljas ersättning påverkas de totala inkomsterna negativt. Frånvaron av sjukersättning kompenserades inte med ökade arbetsinkomster eller ökade transfereringar från andra stödsystem. De som låg på gränsen till att beviljas ersättning förlorade i genomsnitt omkring 125 000 kronor per år i inkomst under de tre efterföljande åren. En generell slutsats är att ju svagare position på arbetsmarknaden, desto större risk för negativa effekter i händelse av ett nekande av ersättning finns det för individen.

Riksrevisionen konstaterar i sin rapport att frånvaron av positiva effekter på arbetsinkomster visserligen inte rakt av kan tolkas som att arbetsförmåga skulle saknas bland dem som nekas ersättning och att fel beslut därmed har fattats. För att positiva effekter på arbetsinkomster ska uppstå krävs nämligen att personen, utöver att ha arbetsförmåga, också kan få en anställning. Eftersom det är fråga om en präv-

[93] RiR 2018:9 s. 5.
[94] Jfr RiR 2918:9 s. 27, med förtydligande av möjliga insatser genom utredningens kontakter med Arbetsförmedlingen 2020-11-02.

ning mot hela arbetsmarknaden, där även subventionerade anställningar och skyddat arbete ingår, kan den försäkrade vara beroende av stöd och insatser via Arbetsförmedlingen för att hitta en arbetsgivare som kan erbjuda en subventionerad anställning som är lämplig utifrån den aktuella personens behov av stöd och anpassning.[95]

Negativa konsekvenser för hälsan

Riksrevisionens resultat antyder även att ett nekande av sjuk- eller aktivitetsersättning kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med dem som beviljades ersättning hade de som nekades igenomsnitt fler dagar som inlagd inom sluten vård (34 fler dagar) sett över en treårsperiod. Denna negativa effekt anger Riksrevisionen är av särskilt intresse, dels eftersom effekten är att betrakta som en bieffekt av beslutet, dels eftersom inläggning på vårdinrättning indikerar betydande ohälsa. De negativa effekterna kan härledas till en relativ ökning av inläggningar med allvarliga psykiska sjukdomar, närmare bestämt schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. Personer med dessa sjukdomar har en särskilt utsatt situation i händelse av ett nekande av ersättning.

Anknytningen till arbetsmarknaden

Ett tydligt resultat av granskningen är att anknytningen till arbetsmarknaden är central för effekterna av ett avslagsbeslut. Ju svagare position på arbetsmarknaden, desto större risk för negativa effekter avseende såväl inkomst som hälsa i händelse av ett nekande av ersättning. Riksrevisionen konstaterar i sin rapport att det kan få negativa konsekvenser för en sjukskriven individ om denne inte får sin rätt till sjukersättning prövad. Resultaten uppvisar ett tydligt mönster såtillvida att personer med en relativt nära anknytning till arbetsmarknaden inte påverkas negativt vare sig inkomst- eller hälsomässigt, av ett nekande. Personer som vid nekandet hade varit sjukskrivna i mindre än 2,5 år, vilket motsvarar den avskaffade bortre tidsgränsen, uppvisade bättre arbetsinkomster än de som varit sjukskrivna i mer än 2,5 år. På motsvarande sätt uppvisade personer som var sjukskrivna vid nekandet både högre inkomster och bättre hälsa än de

[95] RiR 2018:9 s. 31.

som inte var sjukskrivna.[96] Med andra ord, ju svagare position på arbetsmarknaden och ju mer utsatt position en försäkrad har, desto sämre är möjligheterna att kompensera nekandet av sjuk- eller aktivitetsersättning med ökade arbetsinkomster och transfereringar och större risk för negativa effekter i händelse av ett nekande av ersättning.[97]

Riksrevisionens övriga slutsatser

Resultaten visar att ett nekande av sjukersättning får negativa konsekvenser för individen både ur ett ekonomiskt och hälsomässigt perspektiv. Ingenting visar enligt Riksrevisionen att sjuk- eller aktivitetsersättning beviljas till personer som har betydande arbetsförmåga. De negativa effekterna på inkomster och hälsa omfattar både män och kvinnor, hög- och lågutbildade samt inrikes och utrikes födda. Det förefaller därmed enligt Riksrevisionen finnas en betydande diskrepans mellan de krav som reglerna att beviljas sjukersättning anger och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

Det konstateras i rapporten att det inte finns någonting som talar för att orsaken till de negativa effekterna främst skulle vara att Försäkringskassan tillämpar regelverket för strikt. Visserligen visar Försäkringskassans egna kvalitetsuppföljningar att det finns betydande brister i både underlag och beslut gällande sjukersättning, men bristerna framträder främst i ärenden då ersättning beviljas och inte nekas. En generell slutsats är att ju svagare position på arbetsmarknaden, desto större risk för negativa effekter för individen i händelse av ett nekande av ersättning.

Ökning av de långa sjukfallen – personer ”fastnar” i sjukskrivning

En annan oönskad konsekvens av dagens regelverk och tillämpningen av detta är ökningen av de långa sjukfallen och att många försäkrade ”fastnar” i långa sjukskrivningar trots att de sannolikt inte kommer att återfå arbetsförmågan. Denna problematik har omnämnts ovan och lyfts i som ett huvudproblem såväl direktiven som av Försäkringskassan och Riksrevisionen i respektive myndighets rapporter.

[96] Sjukskrivning kräver en anknytning till arbetsmarknaden.
[97] RiR 2018:9 s. 40–41.

En vanlig effekt av att få avslag på ansökan om sjukersättning är således att den försäkrade blir kvar i en lång sjukskrivning med ersättning i form av sjukpenning. Det kan konstateras att under samma period som antalet och andelen avslag har ökat de senaste åren har samtidigt de långa sjukfallen ökat, dvs. de fall där försäkrade är sjukskrivna under lång tid och får sjukpenning, men utan att beviljas sjukersättning genom ansökan eller utbyte från Försäkringskassans sida.

I juli 2008 togs möjligheten bort att få tidsbegränsad sjukersättning och samtidigt blev det även svårare att beviljas sjukersättning tills vidare. I kombination med att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen togs bort i februari 2016, bidrog detta till att antalet personer med långa sjukfall ökade. Regeländringarna har på så sätt påverkat vilken typ av ersättning inom sjukförsäkringen som personer med långvarig arbetsförmågenedsättning har.[98] Sedan den bortre tidsgränsen för rätt till sjukpenning togs bort fr.o.m. den 1 februari 2016 har antalet personer som varit sjukskrivna i minst två år mer än fördubblats.[99]

Försäkringskassan har i den skrivelse till regeringen som diskuterats ovan föreslagit att arbetsmarknadsbegreppet ges en tydligare definition som bättre överensstämmer med det som gäller för rätt till sjukpenning längre än 180 dagar. Förslagen syftar till att begränsa risken för att individer att bli kvar i långa sjukfall, där villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda men inte rätten till sjukersättning.

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum delar Försäkringskassans bedömning att de långa sjukfallen har ökat och gör bedömningen att en huvudorsak till att dessa längre fall ökat förmodligen har varit de stränga rekvisiten för att få sjukersättning. Utredningen konstaterade emellertid också att handläggningen hos Försäkringskassan i många fall är passiv utan att initiativ tas för att underlätta återgång i arbete. Detta kan i förlängningen leda till att personen i fråga stannar kvar i en långvarig sjukskrivning.[100]

Försäkringskassan pekar å sin sida på att dagens regelverk och arbetsmarknadsbegreppet resulterar i att individer blir fast i långa sjukskrivningar. Detta beror bland annat på att rätten till sjukpenning efter dag 180 i den s.k. rehabiliteringskedjan bedöms mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp än vad som gäller för rätten till sjuk-

[98] Se t.ex. Försäkringskassan, rapport om sjukfrånvarons utveckling 2020 s. 33.
[99] Se avsnitt 7.1 för statistik i frågan.
[100] SOU 2020:6 s. 129.

ersättning. I en analys[101] av utvecklingen av de långa sjukfallen diskuterar Försäkringskassan samspelet mellan långa sjukfall och reglerna för sjukersättning. Analysen visar att de långa sjukfallen (längre än 2,5 år) i realiteten är betydligt fler än vad som syns i den officiella statistiken. I december 2016 uppgick de till ca 31 000, i stället för 18 000 som var antalet enligt sjukfallsstatistiken. I denna grupp finns det individer som har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete samtidigt som rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda, men där de samtidigt bedöms klara ett subventionerat eller skyddat arbete – som dock inte finns tillgängligt inom överskådlig tid. Det finns då, menar Försäkringskassan, en uppenbar risk att en andel av dessa långa sjukfall kommer att kvarstå i långa sjukskrivningar under mycket lång tid och kanske ända fram till ålderspension. Det är då en effekt av skillnaden i de arbetsmarknadsbegrepp som gäller för sjukpenning respektive sjukersättning.[102]

I en rättslig kvalitetsuppföljning från 2018 undersökte Försäkringskassan i vilken utsträckning det i långa sjukfall (minst 450 dagar) fanns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot sjukersättning eller aktivitetsersättning, och i vilken utsträckning ytterligare utredning skulle kunna påvisa förutsättningar för det. Uppföljningen visade att det i majoriteten av ärenden bedömdes osannolikt att rätten till sådan ersättning skulle vara uppfylld. I hälften av ärendena bedömdes det i princip helt uteslutet. Med andra ord gavs enligt granskningen inget stöd för att ytterligare uppföljning av långa ärenden skulle öka antalet som beviljades sjukersättning eller aktivitetsersättning. I uppföljningen menade granskarna vidare att en hög andel (41 procent) inte heller uppfyllde villkoren för rätt till sjukpenning. Här yttras dock en reservation för att ytterligare utredning potentiellt hade kunnat visa att den försäkrade hade rätt till ersättning.[103]

Problemet med långa sjukskrivningstider har också uppmärksammats av Riksrevisionen 2018.[104] Riksrevisionen konstaterar att avsaknaden av en bortre tidsgräns för sjuk- och rehabiliteringspenning gör att det inte finns någon naturlig bortre tidsgräns för när en prövning av rätten till sjukersättning bör ske. Erfarenheterna tyder enligt Riks-

[101] Försäkringskassan, Korta analyser 2017:2, Fler individer fast i långa sjukskrivningar.
[102] Se Försäkringskassan (2017), skrivelse till regeringen, dnr 47906-2017.
[103] Försäkringskassan, Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall – rättslig kvalitetsuppföljning, 2018:1.
[104] Riksrevisionen, RiR 2018:9, ”Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa”.

revisionen på att avsaknaden av en bortre tidsgräns leder till att den sjukskrivnes rätt till sjukersättning inte prövas i samma utsträckning och vid en senare tidpunkt än vad som annars skulle vara fallet.

Riksrevisionens granskning visar också att Försäkringskassans särskilda utredningar, som enligt Försäkringskassans vägledning[105] ska genomföras någon gång mellan dag 366 och 450 i ett sjukfall bl.a. med syftet att utreda möjligheterna att byta ut sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning, i praktiken genomförs endast i begränsad utsträckning. Riksrevisionen anser att denna utredning bör vara reglerad i lag. I dag ska utredningen vara genomförd senast dag 450 i sjukfallet. En bestämmelse om tidsgräns skulle således kunna förläggas till senast dag 450 i sjukfallet. En slutsats i granskningen är att avskaffandet av den bortre tidsgränsen för sjukpenning sannolikt haft en negativ inverkan på Försäkringskassans benägenhet att utreda den sjukskrivnes rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Riksrevisionen konstaterar vidare att betydligt färre sjukskrivna i dag övergår från sjukpenning till sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med tidigare. Som Riksrevisionen anger är risken stor att personer med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga blir kvar i sjukförsäkringen med sjukpenning i stället för att få sjukersättning ifall Försäkringskassan inte tar initiativ till dessa utredningar.

En annan grupp som påverkas negativt när tillämpningen av sjukersättningsreglerna blir mer restriktiv är de försäkrade som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och alltså inte kan beviljas sjukpenning. Dessa personer, som utgör en grupp som lyfts av bl.a. SKR, är inte sällan föremål för socialförvaltningarna och får försörjningsstöd trots att de kan ha uttalade sjukdomsbesvär och sakna arbetsförmåga. Om socialtjänsten bedömer att den enskilde bör ha sin ersättning från sjukförsäkringen kan det ställas krav på den enskilde att ansöka om ersättning hos Försäkringskassan. Anledningen till detta är att den enskilde är skyldig att uttömma alla möjligheter till sin försörjning om han eller hon ska kunna beviljas ekonomiskt bistånd. Detta krav kan bli aktuellt i de fall socialtjänsten bedömer att personen potentiellt skulle kunna uppfylla villkoren för rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

[105] Vägledning 2015:1 version 7.

7.3.4 På vilken grund får försäkrade avslag på ansökan om sjukersättning? – granskning av Försäkringskassans beslut

I avsnitt 7.2 kunde utredningen konstatera att det finns ett problem med stora variationer över tid inom sjukersättningen. Orsaken till dessa variationer bedöms i första hand vara Försäkringskassans tillämpning och det ökade antalet avslag. Av intresse är därför vilka skäl som Försäkringskassan anger som motivering för avslagen, och hur dessa förhåller sig till kriterierna i regelverket och syftet med försäkringen.

Utredningen har utifrån denna frågeställning genomfört en granskning av ett antal avslagsbeslut i ärenden om sjukersättning. Motsvarande granskning har också gjorts av beslut om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Aktgranskningen presenteras närmre i bilaga 3. Utifrån denna granskning har utredningen kunnat dra vissa slutsatser om de granskade ärendena. Det går dock inte att utifrån det granskade materialet dra slutsatser som är representativa för samtliga beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning. Samtidigt är materialet tillräckligt stort för att ge indikation om varför försäkrade får avslag på sina ansökningar.

Den vanligaste avslagsgrunden är att försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett väl anpassat arbete

Utifrån vad utredningen kunna iaktta vid genomgång av 200 beslut om sjukersättning, varav 150 avslagsbeslut, är den klart vanligaste grunden för avslag på ansökan är att den försäkrade inte bedöms ha nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Arbetsförmågan jämförs vidare mot en viss typ av arbeten. I samtliga av de studerade avslagsbesluten beskrivs det arbete där den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga som en variant av ett för den försäkrade väl anpassat arbete som är fysiskt lätt, inte ställer högra krav på koncentration eller prestation och där det är möjligt att vila och ta pauser efter eget upplägg.

Utredningen kan konstatera att försäkrade oftast får avslag på sin ansökan om sjukersättning på grunden att de bedöms ha arbetsförmåga i ett anpassat arbete. Detta ger ytterligare stöd för uppfattningen att det främst är arbetsmarknadsbegreppet och bedömningen

av arbetsförmågan som utgör problemet med diskrepansen i sjukersättningen; det är den strikta bedömningen mot ett optimalt anpassat arbete som inte finns tillgängligt som gör att individer nekas sjukersättning och därmed blir kvar i långa sjukskrivningar eller exempelvis behöver ansöka om ekonomiskt bistånd.

Kraven i sjukersättningen och den faktiska arbetsmarknaden

För att analysera förhållandet mellan kraven för att få sjukersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig genom arbete vore det intressant att närmare granska hur arbetsmarknaden för de som får avslag ser ut. Någon heltäckande statistik hur många anställningar som finns på arbetsmarknaden, anpassade, skyddade eller subventionerade, finns dock inte. Vidare finns inte ett fast antal sådana arbeten, varför det även om det fanns sådan statistik inte hade varit möjligt att bedöma hur många sådana arbetstillfällen som skulle kunna skapas eller uppstå. Det är därmed svårt att generellt säga något om vilka konkreta arbeten på arbetsmarknaden som finns tillgängliga för personer som fått avslag på ansökan om sjukersättning med hänvisning till bedömningen att de kan klara arbeten med låga krav och som är väl anpassade till den enskildes förmågor. Utredningen bedömer dock att det i många fall rimligtvis avser skyddade arbeten eller anställningar med lönesubvention.

Mot bakgrund av att antalet unika deltagare (16–64 år) med nya och pågående beslut är 31 763 när det gäller lönebidrag för anställning, 36 592 när det gäller lönebidrag för trygghet i anställning, 15 574 när det gäller lönebidrag för utveckling i anställning och 2 476 när det gäller skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare,[106] konstaterar utredningen att det finns en begränsad tillgång på skyddade, anpassade eller andra subventionerade arbeten. Utredningen konstaterar vidare att tanken med sådana arbeten inte är att de ska gälla tills vidare. Sådana stöd är främst avsedda att användas under en begränsad tid och på sikt leda till att den enskilde kan få ett osubventionerat, reguljärt arbete. Enligt utredningens bedömning tyder detta på att det finns en diskrepans mellan de nuvarande kraven för rätt till sjukersättning och den faktiska arbetsmarknaden.

[106] Arbetsförmedlingens årsredovisning 2020 s. 63.

7.3.5 Slutsatser om diskrepansen mellan regelverket och de försäkrades möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att bedömningen vid olika ersättningar från sjukförsäkringen ska utgå från olika begrepp: förvärvsarbete på arbetsmarknaden, som är aktuellt vid bedömningen av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning, respektive förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, som är aktuellt vid bedömningen av rätt till sjukpenning. Begreppen syftar till att avgränsa mot hur stor del av arbetsmarknaden som bedömningen av arbetsförmågan ska ske, men valet av begrepp har ingen betydelse för hur bedömningen ska gå till i övrigt, vilket också Högsta förvaltningsdomstolen har uttryckt i HFD 2019 ref. 48.

Som utredningen har konstaterat ovan pekar underlaget på att regelverket om sjukersättning som det tillämpas i dag får en rad oönskade faktiska konsekvenser, där enskilda drabbas orimligt hårt. Vidare framgår att de faktiska konsekvenserna vid prövningen mot den reella arbetsmarknaden blir ogynnsamma; dels för den enskilde som nekas ersättning men samtidigt saknar förmåga att försörja sig på arbetsmarknaden, dels ur ett systemperspektiv. Problemen med långa sjukfall, där människor blir fast i långa sjukskrivningar men utan att kunna beviljas sjukersättning, har särskilt lyfts fram. Riksrevisionen fann ett antal negativa konsekvenser för dem som nekades ersättning, såsom sämre hälsa (inklusive 34 fler dagar inom slutenvård), sämre inkomster och längre sjukskrivningar.

En viktig del av denna slutsats är vidare att Riksrevisionen har undersökt fall med nekad sjukersättning under åren 2009–2014; studieperioden avser således en period innan Försäkringskassan kraftigt skärpte sin tillämpning och andelen avslag avsevärt höjdes.[107] En rimlig slutsats utifrån detta är enligt utredningen att personer med mer omfattande sjukdomsbild och sämre arbetsförmåga – relativt sett – än de personer som Riksrevisionens underlag bestod av har nekats ersättning under senare år. Detta mot bakgrund av att hälsan hos befolkningen inte har förbättrats under samma period. Detta innebär i sin tur sannolikt att de negativa effekterna i form av hälsa, ekonomi och långa sjukfall torde vara än mer uttalade för denna grupp än för den grupp som Riksrevisionen studerade i 2018 års rapport. De problem som Riksrevisionen och Försäkringskassan på-

[107] RiR 2018:9 s. 23–25.

talade 2018 resp. 2017 bedömer utredningen således sannolikt vara än mer uttalade i dag.

Det första problemet: regelverket är för strikt

Ett första huvudproblem med sjukersättningen i dag som utredningen kan identifiera är att regelverket i sig enligt flera bedömare leder till oönskade konsekvenser. Utredningen har ovan kommit till slutsatsen att variationerna i beviljandegraden beror på Försäkringskassans tillämpning. Den betydande diskrepansen mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden går dock, som Riksrevisionens undersökning av de som nekats sjukersättning åren 2009–2014 visar, längre tillbaka än till de senaste årens nedgång i beviljandegraden. Den främsta orsaken till diskrepansen mellan kraven enligt gällande bestämmelser och de försäkrades möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete är därmed regelverkets utformning i sig. Det kan också konstateras att Försäkringskassan har angett att tillämpningen numera är mer korrekt samtidigt som myndigheten pekar på en rad för enskilda orimliga konsekvenser, som att försäkrade som nekas sjukersättning inte har möjlighet att försörja sig på den arbetsmarknad där de av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga.

Huvudproblemet har beskrivits som att det utgörs av de olika arbetsförmåge- och arbetsmarknadsbegreppen. Försäkringskassan har angett, bl.a. i sin skrivelse till regeringen 2017, att det nuvarande arbetsförmågebegreppet riskerar att låsa in försäkrade i långvariga perioder med sjukpenning, eftersom de inte uppfyller rätten till sjukersättning. När försäkrades arbetsförmåga jämförs mot förvärvsarbete, inklusive anpassat och skyddat arbete, och bedöms ha arbetsförmåga i sådant arbete hänvisas de i praktiken i många fall till en arbetsmarknad och arbeten som inte existerar, eller som den försäkrade har mycket svårt att få. En försäkrad kan enligt den identifierade problematiken bedömas ha arbetsförmåga i ett för henne anpassat arbete på den skyddade arbetsmarknaden och nekas sjukersättning utan att ha möjlighet att få ett sådant arbete.

I denna problemformulering behöver också varaktighetsbegreppet vägas in. För sjukersättning krävs att arbetsförmågan ska bedömas vara stadigvarande nedsatt samt att rehabiliteringsmöjligheter be-

döms vara uttömda. Denna bedömning innefattar ett stort mått av presumtion om framtiden.

Det andra problemet: tillämpningen av regelverket är strikt

Samtidigt som utredningen drar slutsatsen att regelverkets utformning är den viktigaste orsaken till den diskrepans som identifieras i direktiven och att detta föregår de senaste årens kraftiga variationer i beviljandegraden går det inte att bortse från att en strikt tillämpning av samma regelverk också har betydelse. Ett stöd för denna slutsats är vad som kunnat konstateras kring variationen i tillämpningen i avsnitt 7.2.8 och att andelen avslag är mycket hög sedan år 2015, samtidigt som de ärenden där sjukpenning byts ut mot sjukersättning också har minskat kraftigt sedan samma år. Utredningen har inte utrett eller tagit ställning i frågan huruvida Försäkringskassans tillämpning av sjukersättningsreglerna i sak har blivit mer korrekt eller inte. Med en avslagsandel på ca 70 procent i ansökningsärenden under senare år kan dock konstateras att sjukersättningsreglerna numera tillämpas på ett mycket strikt sätt. Detta torde också innebära att fler osäkra fall avslås vilket får betydelse för dessa försäkrades faktiska möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete.

7.4 Situationen för äldre i arbetsför ålder

Vid bedömningen av rätten till sjukersättning finns enligt gällande regelverk inget utrymme för hänsynstagande till den försäkrades ålder. Enligt nuvarande regelverk kan en ansökan om sjukersättning avslås med exempelvis motiveringen att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda innan omskolning prövats, trots att några faktiska och reella möjligheter till omskolning inte finns eller trots att den nödvändiga omskolningen kommer att vara slutförd först när det återstår en kort tid till den försäkrades 65-årsdag eller ännu senare. Försäkringskassan har också tidigare framfört att tillämpningen får orimliga konsekvenser i vissa fall.[108]

[108] Försäkringskassan (2017), Skrivelse till regeringen, dnr 47906-2017, s. 14–17.

Utredningen ska enligt direktiven med utgångspunkt i denna frånvaro av särskilda regler för äldre försäkrade utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder.

7.4.1 Tidigare regelverk rörande hänsyn till den försäkrades ålder

År 1970 infördes i lagen om allmän försäkring en möjlighet att vid bedömningen av rätten till förtidspension ta hänsyn till ålder. Motiveringen var att äldre personer med ett tungt och pressande arbete som på grund av bristande krafter inte orkade med sina arbetsuppgifter eller som friställts utan att annat lämpligt arbete stod till förfogande skulle få rätten till förtidspension bedömd med större hänsynstagande till de individuella förhållandena än vad som gällde för övriga försäkrade.[109]

Enligt det regelverk som gällde mellan år 1997 och 2008 kunde vidare hänsyn tas till individuella faktorer hos de försäkrade vid prövningen av rätt till sjukersättning. Dessa avsåg bl.a. den försäkrades ålder, utbildningsnivå, bosättningsförhållanden, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. Om det förelåg särskilda skäl fick hänsyn tas till dessa faktorer vid bedömningen av den försäkrades förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete (som under denna period var det aktuella arbetsmarknadsbegreppet även för rätten till sjukersättning). I praktiken tillämpades bestämmelsen på så sätt att om den försäkrade var under 60 år var utrymmet för att beakta andra än medicinska förhållanden mycket begränsat.[110] I förarbetena angavs att den försäkrade skulle ha relativt kort tid kvar till ålderspension för att en bedömning med hänsyn tagen till de uppräknade faktorerna skulle leda till ett annat resultat än om bara de medicinska förhållandena hade beaktats.[111, 112]

[109] 7 kap. 3 § AFL, SFS 1970:186.
[110] Riksförsäkringsverkets allmänna råd om sjukpenning och rehabiliteringsersättning, RAR 2002:5.
[111] Prop. 1996/97:28, s. 27.
[112] Se avsnitt 5 för en närmare redogörelse för tidigare regelverk.

7.4.2 Förlängningen av arbetslivet och riktåldern för ålderspension

Allt fler lever längre och mår bättre även i högre åldrar. Som angetts i avsnitt 3.2 har andelen äldre än 65 år i befolkningen ökat från omkring 15 procent i början av 1970-talet till 20 procent 2019. I Sverige beräknas antalet personer som är 65 år och äldre öka från ungefär 2 miljoner år 2020 till 2,5miljoner år 2030 och 2,8 miljoner år 2050.[113]

Enligt Delegationen för senior arbetskraft har både den kognitiva och fysiska förmågan förbättrats betydligt och som konkretion förklarar de att en 70-åring är i dag som en 50-åring för ungefär ett halvt sekel sedan. Delegationen för senior arbetskraft framhåller dock att åldrandet inte är jämlikt, personer med högre utbildning och högre socialgrupp har bättre hälsa och förmågor och visar större förbättringar över tid i olika funktioner. De arbetar också i större utsträckning fortfarande vid 70 års ålder. Speciellt verkar förbättringar i åldrandet inte ha skett i samma utsträckning bland kvinnor med låg utbildning jämfört med andra grupper. Även om det alltså finns skillnader mellan 70-åringar så framhåller Delegationen för senior arbetskraft att förbättringar likväl skett i alla grupper jämfört med tidigare årskullar.[114]

Förbättringarna av de äldres hälsa, kognitiva förmåga och utbildning höjer enligt regeringen åldersgränsen för när naturligt åldrande kan anses sätta ned de äldres arbetsförmåga. Biologisk ålder, upp till 70 år eller ännu högre, är inte längre en användbar mätare på fysisk, psykisk och social förmåga.[115] Många förväntas därmed kunna förvärvsarbeta i högre åldrar än vad som är fallet i dag och pensionsåldern kommer att höjas kontinuerligt.[116]

Ett längre och mer hållbart arbetsliv är vidare en förutsättning för långsiktigt hållbara pensioner. Äldre personers kompetens och erfarenhet behöver därför tas tillvara. Det finns dock tendenser till att människor redan mitt i yrkeslivet sorteras bort till följd av sin ålder och fenomenet blir allt mer påtagligt med stigande ålder. Fördomar mot äldre och åldersdiskriminering behöver därför enligt regeringen motverkas.[117] Exempelvis menar IFAU att arbetsgivares bristande efterfrågan på äldre arbetskraft en viktig begränsande faktor för att

[113] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 7.
[114] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 31–32.
[115] Kommittédirektiv 2018:83, s. 1–2.
[116] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020, s. 85.
[117] Kommittédirektiv 2018:83, s. 1–2.

öka arbetskraftsdeltagandet över 65 år. Enligt IFAU tyder forskning på att det finns en utbredd åldersdiskriminering som inte hänger samman med faktiska förändringar i äldres produktivitet.[118]

Enligt direktiven behöver utredningen beakta pågående förändringar av ålderspensionssystemet. Riktåldern för pension enligt socialförsäkringsbalken ska fungera som ett riktmärke för de individuella pensionsbesluten och räknas upp med hänsyn till medellivslängdens utveckling. Åldersgränserna för olika socialförsäkringsersättningar, exempelvis sjukersättning, garantipension och inkomstgrundad ålderspension kommer på sikt att följa riktåldern.[119] Avsikten är att riktåldern på sikt ska styra de pensionsrelaterade åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsade trygghetssystem, däribland sjukersättningen.[120]

7.4.3 Inte alla äldre kan arbeta länge

Även om många förväntas kunna arbeta längre upp i åldrarna kommer inte alla äldre att klara av att arbeta heltid längre än i dagsläget. Redan i dag har många svårt att klara av att förvärvsarbeta heltid fram till riktåldern för ålderspension.[121]

Delegationen för senior arbetskraft har vidare framhållit att åldrandet inte är rättvist och att för en del grupper med tunga arbeten är möjligheten att arbeta längre begränsad.[122] De lyfter vidare att de med eftergymnasial utbildning och bättre självskattad hälsa i högre utsträckning fortsätter att arbeta efter 64–65 års ålder och att det finns en betydande ojämlikhet i förutsättningarna för ett förlängt arbetsliv. De med bättre förutsättningar vad gäller framför allt hälsa, utbildning och ekonomi har större möjligheter att påverka beslutet om när de vill gå i pension. Det finns också systematiska skillnader mellan könen. Kvinnors pensionsbeslut påverkas exempelvis i högre grad av egen och närståendes hälsa.[123]

Enligt Stattin krävs ökad medvetenhet om den stora heterogenitet och variation i förutsättningar för ett långt arbetsliv som finns bland

[118] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 97.
[119] Se 2 kap 10 a § SFB m.m.
[120] Prop. 2020/21:1, utgiftsområde 11 Ekonomisk trygghet vid ålderdom.
[121] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020, s. 85.
[122] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 34.
[123] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 14, Att arbeta vidare efter 65 – vem gör det och varför?, s. 29–30.

äldre anställda för att ett förlängt arbetsliv för fler grupper än redan priviligierade, anställda med god hälsa och fördelaktiga arbetsförhållanden ska kunna realiseras.[124]

Ur ett arbetsmedicinskt perspektiv ska vidare inte alla behöva arbeta längre, enligt Albin m.fl. Detta med hänsyn till bland annat folkhälsans ojämlika utveckling, att de i många yrken, främst arbetaryrken, ställs höga fysiska krav och den sjunkande tillgången till kvalificerad arbetsanpassning genom exempelvis företagshälsovård, särskilt för kvinnor och i arbetaryrken.[125] De menar att sammantaget innebär förändringarna i folkhälsan att det visserligen i genomsnitt finns ett ökat utrymme för att arbeta längre, men att genomsnitten blir allt mindre relevanta när skillnaderna ökar. Folkhälsans utveckling är socioekonomiskt ojämn och har exempelvis stagnerat bland kvinnor som enbart har grundskoleutbildning. Albin m.fl. menar att det därför inte finns ett ökat allmängiltigt utrymme baserat på bättre folkhälsa för att arbeta längre, även om det helt klart finns betydande grupper där ett sådant utrymme skapats.[126] De framhåller också att kort utbildning ofta innebär att arbetet ställer höga fysiska krav som är svåra att klara i högre åldrar och att mätningar av fysisk belastning i högriskyrken talar för att arbetet inte anpassas till det normala åldrandet över arbetslivet. Albin m.fl. framhåller att en utformning av välfärdssystem och pensionssystem som av ekonomiska skäl tvingar kvar människor i arbeten de inte orkar med sannolikt bidrar till att ytterligare förstärka de socioekonomiska skillnaderna i hälsa.[127]

Enligt Scott m.fl. har tillväxtmönstret i den genomsnittliga faktiska pensionsåldern sedan mitten av 1990-talet delats av alla socioekonomiska och demografiska grupper. Det innebär enligt dem att det hittills varit möjligt att förlänga arbetslivet för alla grupper, oavsett utbildning och hälsostatus. De framhåller dock att deras analys tyder på att det är möjligt att höja pensionsåldern ytterligare för alla grupper men inte för alla individer. Incitament för och lagstiftning om ökad minimiålder vid pensioneringen måste därför enligt Scott

[124] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:5, Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser, Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020, s. 69.
[125] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:5, Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser, Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020, s. 72.
[126] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:5, Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser, Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020, s. 75 och 80–81.
[127] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:5, Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser, Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020, s. 80–81.

m.fl. kompletteras andra åtgärder som vidareutbildning och anpassning av arbetsplatserna samt med ett rättvist system för pensionering i förtid av hälsoskäl.[128]

7.4.4 Arbetsförmåga i relation till ålder

Som framhållits ovan har olika grupper olika förutsättningar för att arbeta längre. Den enskilda individens arbetsförmåga är relativ och beror på sammanhanget samt en rad faktorer såsom hälsa, kompetens, arbetsinnehåll och arbetsmiljö.[129] Hur påverkas då individens arbetsförmåga av faktorer som främst kan härröras till den enskilda individens åldrande? Delegationen för senior arbetskraft har lyft följande faktorer i denna fråga.

Sammanfattningsvis saknar många äldre en fullgod arbetsförmåga i fysiskt tunga arbeten. De individuella variationerna är dock mycket stora. Den mentala arbetsförmågan är relativt opåverkad på gruppnivå fram till åtminstone 70 års ålder.[130] De som är kvar längre i arbetslivet har generellt ofta bättre mental och fysisk hälsa än de som är pensionerade. Detta innebär dock inte att alla ska eller kan arbeta lika länge. Orsakerna till att funktionsförmågan minskar med åldern är främst relaterade till arbetsförhållanden och arbetsorganisationer som försvårar för den anställde att använda sin kapacitet och som hindrar denne från att växa i arbetet.[131]

Förbättringar i folkhälsan och medicinsk behandling gör att hälsoskäl blir ett allt mindre generellt hinder mot ett långt eller förlängt arbetsliv. Spridningen i hälsotillstånd vid en given ålder ökar dock eftersom förbättringen varierar mellan olika grupper.[132]

Förändringar i hjärt- och lungfunktion vid stigande ålder kan vara ett hinder för äldre att delta i arbeten som kräver hög fysisk kapa-

[128] Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:5, Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser, Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020, s. 144.
[129] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 23.
[130] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 23. Det finns också stora skillnader i arbetsförmåga beroende på socioekonomisk status. Klyftorna mellan låg- och högutbildade i fråga om hälsa och arbetsförmåga ökar.
[131] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 25.
[132] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 8. Det är exempelvis de med eftergymnasial utbildning och bättre självskattad hälsa som i högre utsträckning fortsätter att arbeta efter 64–65 års ålder, se Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 14, Att arbeta efter 65, s. 29.

citet.[133] Sådana arbeten, och arbeten som innebär obekväma arbetsställningar eller som är statiska och eller monotona, blir också svårare att utföra ju äldre man blir på grund av försämringen av flera fysiska funktioner. Enskilda individer kan dock behålla en mycket god fysisk kapacitet även i hög ålder och fysisk förmåga kan tränas upp i alla åldrar. För äldre arbetstagare är det extra viktigt med en ergonomiskt väl anpassad arbetsmiljö samt möjlighet att kunna organisera arbetet så att det passar även en individ med lägre fysisk kapacitet.[134]

Såväl syn som hörsel försämras med stigande ålder, men det finns goda kompensationsfaktorer i form av hjälpmedel och medicinsk behandling.[135] Vid synkrävande arbeten behöver äldre starkare ljus än yngre och korrigering med glasögon eller linser. Vissa ögonsjukdomar är vanligare hos äldre, men dessa är i många fall botbara och påverkar i så fall inte arbetsförmågan även om vissa korrigeringar i arbetsmiljön ibland kan krävas.[136] Hörseln förändras med stigande ålder, men det relativa bidraget mellan olika riskfaktorer är individuellt och därmed svårt att uppskatta. En hörselnedsättning kan försvåra arbete i bullriga miljöer. Det finns exempelvis en viss risk för olyckor om inte varningssignaler uppfattas. Hörselhjälpmedel kan emellertid kompensera för vanliga hörselförändringar.[137]

Kognitiv funktion förändras inte dramatiskt med stigande ålder och om man bara går på intellektuell funktion kan de flesta arbeta högt upp i åldrarna.[138] Kognitionen har nämligen sitt eget åldrande och mer påtagliga effekter ses främst i mycket hög ålder, då oftast beroende på sjukdom och en allmänt sänkt livsfunktion. Kognitiv oförmåga som ger funktionella problem hos personer yngre än 70–75 år beror på sjukliga förändringar. Vissa kognitiva förmågor är som bäst i tidigt vuxenliv, andra förmågor förbättras senare. Kognition påverkas visserligen av förändringar i hjärna och nervsystem, men hjärnan formas under hela livet, vilket ger en möjlighet till anpassning efter ändrade kognitiva krav. Samtidigt bidrar detta till stora

[133] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 9–10.
[134] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 14 och 25.
[135] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 25.
[136] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 12.
[137] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 12–13.
[138] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 21, 70 är det nya 50, s. 16 och 18–19.

skillnader också mellan personer med samma kronologiska ålder. Psykiskt välbefinnande, motivation, kognitivt engagemang, nätverk och andra sociala faktorer är också viktiga för den kognitiva hälsan. Arbetet är en viktig källa för kognitiv stimulans. Ett arbetsliv som bidrar till kognitivt engagemang och stimulans är bra för att bevara våra förmågor och är i detta avseende alltså hälsofrämjande.[139]

Precisionssvaghet och långsammare uppfattningsförmåga är exempel på åldersrelaterade förändringarna av mentala funktioner. Äldre arbetar i genomsnitt långsammare än yngre och kan ha svårare med snabba beslut. För de flesta arbetsuppgifter kompenseras emellertid en nedsatt snabbhet och precision av större motivation, mer erfarenhet och bättre helhetsbedömning. En lägre förmåga till nyinlärning kan kompenseras av större motivation.[140] Äldre personer har vidare oftast inte svårare att lära nya saker men det tar i allmänhet lite längre tid att få fördjupad kunskap. Att kunskapen är meningsfull och att den som lär sig har motivation för inlärningen är särskilt viktigt för seniorer. Minnesfunktionen generellt håller sig bra över tid och påverkas inte av ålder så mycket som man tidigare trott och många minnestyper kan hålla sig intakta till sent i livet.[141]

7.4.5 Sysselsättningen bland äldre

Enligt IFAU har arbetskraftsdeltagandet bland äldre i Sverige varierat kraftigt sedan 1960-talet. För män i åldersgruppen 60–64 minskade det exempelvis från omkring 85 till 55 procent i slutet av 1990-talet för att sedan stiga till 75 procent 2016.[142] Sedan slutet av 1990-talet har arbetskraftsdeltagandet för kvinnor i samma åldersgrupp ökat från ca 45 till över 65 procent.[143]

IFAU menar att varken utvecklingen i hälsa, utbildningsnivå eller arbetsmiljö samvarierar på ett entydigt sätt med arbetskraftsdeltagandet bland de äldre.[144] IFAU bedömer att den tidigare minskningen i arbetskraftsdeltagandet i stället framför allt berodde på att förtids-

[139] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 14–16 och 25–26.
[140] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 26.
[141] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 8, Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?, s. 17–18 och 26.
[142] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 17.
[143] IFAU, Rapport 2015:24, Kan vi jobba tills vi blir 75?, s. 4 och 15.
[144] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 35.

pensionssystemet blev mer generöst kring hälsokrav bland äldre och utvidgades till att omfatta svårigheter på arbetsmarknaden. IFAU menar att även de senaste decenniernas uppgång i arbetskraftsdeltagandet bland äldre i hög grad påverkats av politiska reformer. Det mest betydelsefulla har enligt IFAU varit den stegvisa förändringen av förtidspensionen till sjukersättning och renodlingen till en försäkring som har striktare hälsokrav och endast omfattar förlorade arbetsinkomster till följd av försämrad hälsa. Även den stora pensionsreformen och andra reformer samt det faktum att hälsan tycks ha förbättrats synnerligen fort för födelsekohorterna i de relevanta åldersintervallen under tidsperioden för uppgången har troligen också haft viss effekt, enligt IFAU.[145]

IFAU har vidare anfört att de inte kunnat visa att de lägre socioekonomiska grupperna fick bära en proportionerligt större del av bördan av de hårdare kraven för att få sjukersättning. Tvärtom menar IFAU att en relativt större andel av de med dålig hälsa och låga inkomster fick sjukersättning efter reformen. Efter att de hårdare kvalificeringskraven införts sökte sig de som inte längre fick tillgång till sjukförmåner till framför allt arbetsinkomster som alternativ inkomstkälla. Förändringarna i andra inkomster som huvudsaklig inkomstkälla är förhållandevis små. Inkomstfördelningen bland de äldre förefaller inte ha påverkats särskilt mycket av de nya reglerna för att få sjukersättning.[146] Enligt IFAU hade 2000-talets åtstramning av förtidspensionssystemet troligen reala effekter genom att arbetsutbudet bland de äldre verkligen ökade. Det var inte så att de tidigare mottagarna av sjukersättningen bara flyttades över till andra offentliga inkomsttrygghetssystem eller det kommunala försörjningsstödet.

IFAU menar också att arbetskraftsdeltagandet bland de äldre i hög grad styrs av normer. En mycket stor andel pensionerar sig när de fyller 65 år, trots att det inte finns något biologiskt skäl till pen-

[145] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 98–99. IFAU har även tidigare framfört att det är troligt att pensionsreformen bidragit till ökningen av arbetsutbudet bland de äldre, men att det är svårt att fastställa i vilken utsträckning, och att det särskilda jobbskatteavdraget för äldre över 65 år också har bidragit till den ökade sysselsättningen. IFAU fann också att effekten av den så kallade Ringholmreformen, som gjorde det möjligt för anställda att arbeta tills de fyller 67, troligen varit minimal, se IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 97. IFAU har även tidigare funnit att de senaste årens ökning i arbetskraftsdeltagande bland äldre har sammanfallit med förbättringar i hälsa och utbildningsnivå över födelsekohorter, samt med striktare krav för att bli beviljad sjukersättning, se IFAU, Rapport 2017:18, Vad förklarar de senaste 20 årens ökade arbetskraftsdeltagande bland äldre i Sverige?, s. 1 samt 20–21.

[146] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 74

sion just vid denna ålder. Politiska reformer har enligt IFAU haft överraskande liten effekt på normerna. Ett sätt att påverka normer kring pensionering är enligt IFAU att låta arbetslöshets- och sjukförsäkringarna omfatta personer högre upp i åldrarna.[147]

Endast hälsan beaktad finns nämligen enligt IFAU en stor potential för ökad sysselsättning framför allt i åldersgruppen som är äldre än 65 år.[148] IFAU har framfört att bara under det senaste dryga decenniet har ökningen av arbetskraftsdeltagandet motsvarat förbättringen av hälsan för män. Skillnaden i arbetskraftsdeltagande mellan åldersgrupperna 60–64 och 65–69 är enligt IFAU inte betingad av observerbara skillnader i hälsoindikatorer mellan de båda grupperna.[149] Enligt IFAU har svenska män en potential att i genomsnitt arbeta i ytterligare tre år jämfört med år 1985 om man beaktar förbättringarna i hälsa mellan 1985 och 2009.[150]

7.4.6 Sambandet mellan sjukersättning och ålderspension

En äldre försäkrad som nekas sjukersättning kan lämna arbetslivet genom att i stället ta ut inkomstgrundad ålderspension. Det finns alltså ett samband mellan strikta sjukersättningsbedömningar för försäkrade som är i slutet av sina arbetsliv och ett ökat uttag av inkomstgrundad ålderspension. Den som tidigt tar ut inkomstgrundad ålderspension drabbas dock ekonomiskt eftersom den livslånga pensionen då blir lägre.[151]

ISF undersökte 2014 förändringar i utträde från arbetslivet för 60–64-åringar under perioden 2003–2010, då en striktare tillämpning och skärpta sjukförsäkringsregler infördes. Ett resultat var att 60–64-åringar med en jämförbar sjukskrivningshistorik hade en högre och ökande risk att ha sin huvudsakliga inkomst från ålderspensionssystemet 2008–2010 jämfört med år 2003. En möjlig förklaring till den ökande risken kan enligt ISF vara att de striktare sjukförsäkringsreglerna har påverkat individer med sjukskrivningshistorik att ta ut ålderspension tidigare. ISF framhåller dock även att den successiva infasningen av det nya pensionssystemet innebär att incitamen-

[147] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 98–99.
[148] IFAU, Rapport 2015:24, Kan vi jobba tills vi blir 75?, s. 1.
[149] IFAU, Rapport 2018:20, Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, s. 35.
[150] IFAU, Rapport 2015:24, Kan vi jobba tills vi blir 75?, s. 15.
[151] Jfr SOU 2020:6 s. 174–175.

ten att vara kvar på arbetsmarknaden blir starkare under den studerade perioden och att resultaten alltså trots detta visar en ökad relativ risk för tidig ålderspensionering för individer med sjukskrivningshistorik i slutet av perioden.[152]

ISF analyserade vidare år 2018 bland annat olika yrkesgruppers utträde från arbetsmarknaden och anförde då att sjukförsäkringen är en vanlig utträdesväg från arbetslivet. Under vissa perioder minskar dock andelen personer som har sjukförmåner som främsta inkomst vid utträdet, medan andelen som har arbetslöshetsersättning som utträdesväg ökar. Det tyder enligt ISF på att samspelet mellan dessa förmåner bidrar till vilken utträdesväg som en enskild individ tar. ISF menar att tillämpningen av regelverket inom sjukförsäkringen kan ha betydelse för om personerna lämnar arbetslivet permanent i förtid eller inte.[153]

7.4.7 Incitament att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för genom pension

Dagens inkomstpensionssystem bygger på att den enskilde individen själv tjänar ihop till sin pension under de yrkesverksamma åren. Varje ytterligare år i arbete innebär att mer pengar tjänas in både till den allmänna inkomstpensionen och tjänstepensionen. Det är dock inte bara inkomster från arbete som ger pensionsrätter. Pensionen grundas på alla skattepliktiga inkomster. Det innebär att även vid avbrott i arbetslivet som berättigar till föräldrapenning, studiemedel, ersättning från plikttjänstgöring, arbetsskadelivränta, ersättning från a-kassa samt sjuk- eller aktivitetsersättning tjänas pensionsrätter in. Pensionsavgiften betalas då av staten men även i vissa situationer via kollektivavtalen. Varje år bokförs pensionsrätten på individens inkomstpensionskonto. Värdet på kontot, som är det sammanlagda värdet av pensionsrätterna och deras ränta över åren, utgör individens pensionsbehållning som sedan fördelas över den förväntade återstående livslängden. För de som under sitt yrkesverksamma liv inte tjänat ihop tillräckligt mycket inkomstpension för att komma över garanti-

[152] ISF Rapport 2014:7, Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering, s. 8 och 51–52. Jfr IFAU:s bedömning att det striktare regelverket innebar ett ökat arbetskraftsdeltagande bland äldre i avsnitt 7.4.5.
[153] ISF Rapport 2018:10 Tidigt utträde från arbetslivet bland kvinnor och män, s. 14.

pensionsnivån betalar staten ut garantipension så att den tillsammans med intjänad inkomstpension når upp till garantipensionsnivån.

Själva konstruktionen av pensionssystemet innehåller således incitament för individen att fortsätta arbeta i och med att tidigt utträde från arbetslivet påverkar individens framtida pension. För den som fortsätter arbeta efter 65 års ålder finns dessutom ett extra jobbskatteavdrag. Det ger mer pengar i plånboken för den som arbetar och vid årets början har fyllt 65-år än för en 64-åring. Samtidigt tjänas nya pensionsrätter in vilket gör den framtida pensionen högre.

Trots att det finns ekonomiska incitament i pensionssystemet som stimulerar till fortsatt arbete visar statistiken att många människor väljer att ta ut pensionen tidigare än 65 år. Den genomsnittliga pensionsåldern har under de senaste 20 åren legat stabilt kring 65 år men både andelen som går i pension innan och andelen som går i pension efter 65-årsdagen har ökat. År 2003, när det nya pensionssystemet introducerades hade 7 procent av befolkningen i åldern 61–64 år ålderspension (hel eller partiell). Fram till 2010 hade denna andel ökat till 16 procent och 2020 var motsvarande andel 23 procent.

Det finns således andra värden än rent ekonomiska som får människor att vilja gå i pension. ISF har i en rapport analyserat vilka motiv som ligger bakom människors pensionsbeslut.[154] De flesta som gått i pension motiverar pensionsbeslutet med att de hade meningsfulla och intressanta saker att göra som pensionärer. De värderar således fritid högre än arbete och värderar möjligheten att själva kunna disponera sin egen tid högt. Det är få pensionärer som uppger att de ångrar sitt pensionsbeslut.

Men det finns också grupper vars motiv tyder på att valfriheten varit begränsad. Människors hälsa påverkar både möjligheten och viljan att förlänga arbetslivet. Personer med låg utbildning, dålig hälsa, dåliga arbetsförhållanden går tidigare i pension och anger oftare stress i arbetet som motiv för pensionering. De som går tidigt i pension har också ofta låga inkomster, och får därmed lägre pension. Yrkesgrupper med mycket sociala kontakter uppger oftare att de gått i pension på grund av stress. Det gäller till exempel de som arbetar med kunder, klienter, patienter eller elever. De personer med denna karakteristik som fortsätter att arbeta gör det i högre grad än andra av ekonomiska orsaker.

[154] ISF (2020), Tidig och sen pensionering, Rapport 2020:7.

De som fortsätter arbeta efter 65 år är ofta välutbildade med stort engagemang i arbetet, bra hälsa, goda arbetsförhållanden, stimulerande arbetsuppgifter, och höga inkomster samt upplever arbetet som berikande. Många uppger att de skulle fortsätta arbeta även om de inte behövde det av ekonomiska skäl. Män fortsätter arbeta i större utsträckning än kvinnor och företagare är överrepresenterade bland de som fortsätter arbeta efter 65 år.

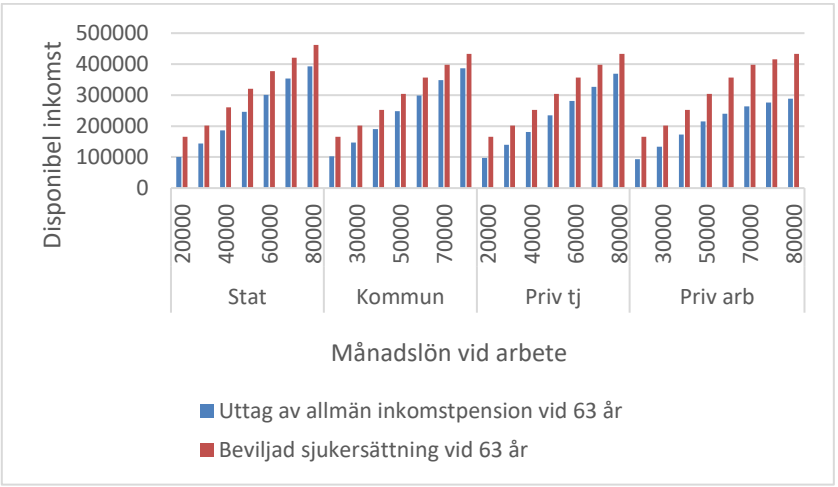
Hur ser de ekonomiska incitamenten ut?

Incitamenten att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för ålderspension kan analyseras i två olika tidsperspektiv. Dels de momentana incitamenten som styrs av de ekonomiska skillnaderna av att beviljas sjukersättningen kontra uttag av allmän inkomstpension i dag, dels de långsiktiga incitamenten som styrs av hur pensionen påverkas på längre sikt av ett tidigt uttag av allmän inkomstpension eller sjukersättning.

Utredningen har i analysen av dessa båda dimensioner använt sig av typfallsanalyser. Typfallsanalyserna har sin styrka i att det är lätt att jämföra skillnader mellan regelverk för individer med likartade egenskaper. Ett generellt problem med typfallsanalyser är dock att de är svårt att veta hur representativt ett specifikt typfall är. Vid beräkning av typfallen har utredningen använt pensionsmyndighetens typfallsmodell för att beräkna den individuella disponibla inkomsten i de olika fallen. Utredningen har koncentrerat sig på att beskriva incitamenten för de individer som täcks av de stora kollektivavtalen för statsanställda, kommun- och regionanställda, privata arbetare respektive privata tjänstemän. Att enbart titta på ersättningen från det offentliga systemet ger en ofullständig bild av den ersättning som individen har rätt till vid både ålderspension och sjukersättning. Å andra finns det så många olika kollektivavtal att det blir en omöjlig uppgift att beskriva den specifika situation som varje enskild individ står inför. I beräkningarna har hänsyn inte tagits till eventuellt privat pensionssparande eller kapitalinkomster. Både det privata pensionssparandet och kapitalinkomster ser väldigt olika ut på individnivå och är därför svåra att generalisera på ett sätt som gör det möjligt att inkludera dem i denna typ av beräkningar. Analysen ger således inte en fullständig bild av det ekonomiska utbytet i varje enskild situation

men torde vara tillräcklig för att beskriva hur de grundläggande incitamenten verkar för många av de äldre på svensk arbetsmarknad.

Figur 7.17 Individuell disponibel inkomst vid sjukersättning och ålderspension vid 63 års ålder



Källa: Egna beräkningar (Pensionsmyndighetens typfallsmodell och FASIT:s typfallsmodell).

Beräkningarna visar att det på kort sikt, vid 63 års ålder, är ekonomiskt förmånligare för den enskilde individen att försörjas av sjukersättning än genom uttag av allmän inkomstpension. Det gäller oavsett avtalsområde. Den största skillnaden mellan inkomsten vid tidigt uttag av allmän inkomstpension och sjukersättning finns för privata arbetare. Av figur 7.18 framgår att ersättningen vid uttag av ålderspension för en person med en månadslön på 25 000 kronor blir omkring 35 procent lägre än vid sjukersättning, oavsett avtalsområde. För övriga avtalsområden är skillnaden mellan inkomsten vid tidigt uttag av allmän inkomstpension och sjukersättning mindre än för privata arbetare. Mest generösa är ersättningarna i statlig sektor och minst skillnad ger det kommunala avtalet. För kommunalt anställda med en månadsinkomst på 25 000 kronor beräknas ersättningen vid uttag av ålderspension bli ungefär 30 procent lägre än vid sjukersättning. Vid högre inkomster blir skillnaden än mindre. För personer med en månadsinkomst på 80 000 kronor blir ersättningen vid ålderspension bara 10 procent lägre än ersättningen vid sjukersättning. För

statsanställda och privata tjänstemän är motsvarande skillnad omkring 15 procent.

Typfallsanalysen beräknar den teoretiska inkomsten för den enskilde individen i respektive situation, givet att denne söker eller är berättigad till inkomstprövade ersättningar som t.ex. bostadstillägg. Det är emellertid inte självklart att individen alltid söker eller är berättigad till kompletterande dessa förmåner. Många som enligt inkomststatistiken borde vara berättigade till bostadstillägg söker inte ersättningen, vilket i en del fall gör att typfallsanalysen överskattar den verkliga inkomstnivån. Även andra inkomster som privat pensionssparande, eventuella livräntor, kapitalinkomster och rätten till avtalsersättningar kan påverka den faktisk inkomstnivån, vilket inte heller tas hänsyn till i typfallsanalysen. För den som är sammanboende har makens eller makans inkomster också betydelse för möjligheten att beviljas bostadstillägg. Det innebär att det finns personer som kan få högre inkomst som pensionär än med sjukersättning även om typfallsanalysen visar på det omvända i de studerade typsituationerna.

Vad gäller då på längre sikt? Det faktum att alla intjänade inkomster räknas in i pensionsbehållningen och att staten och kollektivavtalen betalar pensionsrätter för den som har sjukersättning fram till och med att rätten till sjukersättning upphör, skapar långsiktiga ekonomiska incitament för individer att göra utträde från arbetslivet via sjukersättning i stället för ålderspension. Ålderspensionen blir således generellt sätt lägre vid ett tidigt uttag än vad den blir om man får sjukersättning de sista åren innan pension. Hur stor skillnaden blir beror dock på i vilken sektor personen arbetar och vilken slutlön personen har. I ett antal stiliserade typfall har inkomstbanor beräknats för åldrarna 66 till 90 år för en person född 1958 i tre olika situationer;

1. Individen arbetar fram till 66 år och tar därefter ut allmän inkomstpension.
2. Individen arbetar fram till 63 år och får därefter sjukersättning mellan 63 och 65 år. Vid 66 år tas allmän inkomstpension ut.
3. Allmän inkomstpension tas ut från 63 års ålder.

Resultaten från dessa beräkningar redovisas i tabell 7.1. Precis som vid de kortsiktiga beräkningarna av ett utträde ur arbetslivet via sjukersättning och pension har de långsiktiga beräkningar av den indivi-

duella disponibla inkomsten gjorts för de fyra stora avtalsområdena. I samtliga typfall antas individen ha börjat sitt yrkesverksamma liv vid 23 års ålder. Det som är fokus för analysen är inkomsterna från 66 år, dvs. när alla grupper har pensionsinkomster och rätten till pensionssystemets grundskydd har uppnåtts. För att belysa skillnaderna mellan de tre olika situationerna har genomsnittet av skillnaden i inkomst mellan de olika situationerna beräknats som ett genomsnitt över åldrarna 66–90 år. I tabell 7.1 redovisas detta som en kvot mellan inkomsterna vid de olika utträdesalternativen från arbetsmarknaden.[155]

Den generella slutsatsen för alla avtalsområden är att det alltid är mest lönsamt att arbeta till 66 år, näst mest lönsamt att avsluta arbetslivet med sjukersättning och minst lönsamt at ta ut pension från 63 år. Tydligt är att skillnaden i pensionsinkomst från 66 år och framåt, mellan de tre situationer, i samtliga fall är väldigt liten för de som har låga inkomster, oavsett avtalsområde. Pensionssystemets grundskydd genom garantipension och BTP gör att en lägsta inkomstnivå garanteras. För en person med en slutlön på ca 25 000 kronor per månad blir mervärdet av att arbeta till 66 år, i förhållande till tidigt uttag av allmän inkomstpension från 63 år eller sjukersättning från 63 år därför begränsat. Att beviljas sjukersättning vid 63 år ger således omkring 2 procent högre pensionsinkomst i relation till vad inkomsten blir för den som tar ut allmän inkomstpension från 63 års ålder. Att beviljas sjukersättning vid 63 års ålder ger i princip samma pension, oavsett avtalsområde, vid 66 års ålder som om individen fortsatt att arbeta tills den fyllt 66 år.

Vid högre inkomster blir det inom samtliga avtalsområden mer förmånligt att arbeta till 66 år än att ta ut pension från 63 år. För privata tjänstemän med slutlön på ca 45 000 kronor per månad blir skillnaden i inkomst 20 procent lägre vid ett pensionsuttag vid 63 år än vid 66 år. Ungefär samma nivå gäller även för statsanställda, privata arbetare och kommun eller regionanställda.

Att avsluta arbetslivet med sjukersättning vid 63 års ålder i stället för att arbeta fram till 66 år ger omkring 5 procent lägre inkomst. Skillnaden mellan de olika avtalsområdena är små. Lägst är skillnaden för privata arbetare där den som beviljas sjukersättning vid 63 års

[155] En kvot större än 1 anger att den situation som står först i tabellen är större än den andra situationen. En kvot som är mindre än 1 anger att den andra situationen är större än den första situationen.

ålder endast får ett par procents lägre pension än den som arbetar fram till 66 år.

Att beviljas sjukersättning vid 63 års ålder är för samtliga ersättningstagare mer förmånligt än att ta ut pension vid 63 år. Skillnaden är störst för privata tjänstemän, kommunalanställda och privata arbetare där den genomsnittliga pensionen mellan 66 och 90 år blir omkring 20 procent högre för den som beviljas sjukersättning vid 63 än för den som tar ut allmän inkomstpension. För statsanställda blir skillnaden några procentenheter lägre.

Tabell 7.1 Skillnad i individuell disponibel inkomst för en person som arbetar till 66 år, en person som tar ut pension vid 63 år och en person som har sjukersättning från 63 år

	Stat	Kommun	Privata tjänstemän	Privata arbetare
Slutlön 25 000 kr per månad				
Pension 63 år vs Pension 66 år	0,97	0,97	0,97	0,97
Sjukersättning 63 år vs Pension 66 år	1,00	1,00	1,00	1,00
Sjukersättning 63 år vs Pension 63 år	1,02	1,02	1,02	1,02
Slutlön 45 000 kr per månad				
Pension 63 år vs Pension 66 år	0,80	0,80	0,79	0,81
Sjukersättning 63 år vs Pension 66 år	0,95	0,96	0,95	0,98
Sjukersättning 63 år vs Pension 63 år	1,17	1,20	1,20	1,21

Källa: Egna beräkningar (Pensionsmyndighetens typfallsmodell).
Anm.: Siffrorna i tabellen avser den genomsnittliga kvoten mellan 66 och 90 år.

Utredningen kan utifrån analysen ovan konstatera att den genomsnittliga skillnaden i pensionsinkomst för den som beviljas sjukersättning vid 63 år och den som arbetar till 66 år är relativt liten i de studerade inkomstnivåerna. Att beviljas sjukersättning vid 63 år ger en högre pensionsinkomst mellan 66 och 90 år än att ta ut allmän inkomstpension redan vid 63. För den som har låga inkomster blir skillnaden mellan ett tidigt utträde från arbetslivet via sjukersättning och ålderspensionssystemet liten. Vid högre inkomster är incitamenten att arbeta fram till 66 år större. För den som har arbetat och har en inkomstrelaterad pension kan incitamenten att skjuta på pensionsuttaget och i stället ha sjukersättning vara starka då ett senare pensions-

uttag innebär en högre ålderspension. För den som arbetat lite eller inte alls och som inte kommer att få mer än garantipension är dessa incitament inte lika tydliga. Samtidigt har de inte heller samma val till ett tidigt uttag av pension då det endast är möjligt för den med inkomstrelaterad pension. För en person med garantipension och bostadstillägg blir skillnaden i inkomst mellan 66 och 90 år relativt liten för den som beviljas sjukersättning vid 63 år jämfört med att ta ut allmän ålderspension vid samma ålder. Även personer som förväntas leva kortare än den genomsnittliga förväntade livslängden kan tjäna ekonomiskt på ett tidigt uttag av den allmänna pensionen.[156]

7.4.8 Slutsatser om situationen för äldre i arbetsför ålder

Av avsnittet har framgått att hälsan generellt har förbättrats hos äldre. Utredningen drar vidare slutsatsen att arbetsförmågan generellt sett har ökat även högre upp i åldrarna, vilket borde innebära att fler äldre personer, såväl i förvärvsarbetande ålder som i pensionsålder, kan arbeta. Det är dock viktigt att beakta att inte alla klarar av att arbeta fram till pensionsåldern redan i nuläget. Vidare har framgått att inte alla har förutsättningar för att arbeta längre upp i åldrarna än vad som är fallet i dag. Det kommer alltså fortsatt finnas personer som inte kan arbeta fram till pensionsåldern.

Utredningen anser att den pågående förlängningen av arbetslivet, förhållandet att likväl inte alla individer nödvändigtvis kan arbeta högre upp i åldrarna, riktåldern för ålderspension, hur reglerna för sjukersättning påverkar arbetskraftsdeltagandet bland äldre samt sambandet mellan socialförsäkring och ålderspension särskilt bör beaktas vid bedömningen av situationen för äldre i arbetsför ålder. Särskilt framhålls i direktiven som problematiskt när en försäkrad inte beviljas sjukersättning trots att denne har en kort tid kvar innan ålderspensionen och trots att denne har begränsade möjligheter till omskolning eller rehabilitering.

Målgruppen för eventuella regelförändringar bör således enligt utredningens bedömning vara äldre försäkrade som inte klarar av att förvärvsarbeta heltid fram till ålderspensionen, eller till den riktålder som ska styra de pensionsrelaterade åldersgränserna. Eftersom den som lämnar arbetslivet genom inkomstgrundad ålderspension tidigt kan

[156] Delegationen för senior arbetskraft, Rapport 3, Tidiga ålderspensionärer – vilka är de?, s. 47.

drabbas ekonomiskt av detta bör utträde från arbetslivet genom ålderspension i stället för sjukersättning, när den försäkrade har en nedsatt arbetsförmåga, motverkas.

7.5 Gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukersättning

Skillnader och gränsdragningen mellan regelverken för sjukersättning respektive sjukpenning är av stor betydelse för vilka försäkrade som beviljas sjukersättning respektive vilka som fortsätter att ha sjukpenning. Eftersom arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av rätt till sjukpenningen skiljer sig från motsvarande begrepp vid prövning av rätt till sjukersättning kan det medföra att en försäkrad anses ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga sett till *normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden* samt att rehabiliteringsmöjligheterna anses uttömda, men att personen ändå inte har rätt till sjukersättning eftersom den ersättningen innefattar prövning av arbetsförmågan mot en bredare arbetsmarknad än vad som gäller för sjukpenning. Det nuvarande regelverket innebär alltså att många personer blir kvar i sjukpenningsystemet trots att det inte finns fler åtgärder att ta till för att dessa ska kunna få en förbättrad arbetsförmåga *i normalt förekommande arbeten.*

7.6 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Ändamålsenlig samverkan har uppmärksammats som en möjlig lösning på många utmaningar där olika aktörer gemensamt ska erbjuda kvalitativa och kostnadseffektiva samhällstjänster till medborgare. Samverkan är också ofta en nödvändighet för att uppfylla krav på effektivitet och hushållning med statliga medel. Samtidigt med höga förhoppningar på samverkan som en lösning beskrivs påfallande stora utmaningar att omsätta samverkan i praktiken.[157]

I direktiven till utredningen konstateras att ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är en förutsättning för en välfungerande sjukförsäkring för den enskilde. De

[157] SOU 2020:24 s. 38–39.

båda myndigheterna har ett gemensamt uppdrag att i samarbete utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning får eller återfår arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kunna börja arbeta. De har också i uppdrag att skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Utgångspunkten är att ingen ska falla mellan stolarna på grund av bristande samarbete mellan myndigheterna.[158]

Det finns således många aspekter av samverkan mellan myndigheter i allmänhet och samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i synnerhet.[159] Av direktiven framgår dock att utredningen ska utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen *inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning.* Särskilt framhålls i direktiven att för att ett beslut om avslag på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning ska uppfattas som rimligt när den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett för denne anpassat arbete måste det vara realistiskt att denne kan få ett sådant lämpligt arbete inom en rimlig tid. Detta förutsätter enligt direktiven ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Mot denna bakgrund riktas fokus på myndigheternas samarbete under dels Försäkringskassans handläggning inför beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning, dels om försäkringarnas rättsliga utformning tillåter samordning kring bedömningen av den enskildes rätt till ersättning.

7.6.1 Myndighetssamarbete vid handläggning och utredning av ärenden

Under utredningen av en försäkrads rätt till sjukersättning kan det bli aktuellt för Försäkringskassan att inhämta kompletterade uppgifter från Arbetsförmedlingen. I mål om sjukpenning har Högsta förvaltningsdomstolen uttalat att en arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen som utgångspunkt bör kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäk-

[158] Kommittédirektiv 2018:27 s. 5.
[159] Se exempelvis SOU 2020:24 och Kommittédirektiv 2018:27.

ringskassan.[160] Försäkringskassan har tolkat uttalandena som att Arbetsförmedlingens eventuella utredning kan vara vägledande, men inte behöver vara avgörande, för Försäkringskassans bedömning av en persons arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Värderingen av detta underlag ska göras på samma sätt som värderingen av övriga underlag som Försäkringskassan har att ta ställning till.[161]

I litteraturen har t.ex. juris doktor Lena Enqvist fört fram att HFD:s uttalande om att en arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan får tolkas som att Arbetsförmedlingens bedömning som sådan, och inte bara de sakuppgifter som den baserats på, ska tillmätas viss betydelse. Enqvist menar att avgörandena påverkar vilka hänsyn som får beaktas inom ramen för en bedömning av arbetsförmågans nedsättning – vilket i sin tur kan göra det svårare att påvisa när och om ovidkommande hänsyn tagits till Arbetsförmedlingens arbetsförmågebedömning.[162] Enqvist framhåller att de rättsliga förutsättningarna för Försäkringskassan att hämta in uppgifter från Arbetsförmedlingen är mycket goda, även om det framför allt är Försäkringskassan som har till uppgift att ta initiativ till ett informationsutbyte. Hon framhåller vidare att Försäkringskassan inte kan kräva att Arbetsförmedlingen skickar en representant att närvara vid ett avstämningsmöte eller rikta en begäran om sådana utlåtanden eller fördjupade utredningar som avses i 110 kap. 14 § 3–4 p. SFB mot Arbetsförmedlingen. De rättsliga förutsättningarna för att berika den egna utredningen med uppgifter samt sakkunnigyttranden från Arbetsförmedlingen är ändå enligt Enqvist sammantaget goda.[163]

Det bör framhållas att Försäkringskassan inte kan begära att Arbetsförmedlingen genomför en utredning som endast syftar till att utgöra underlag för Försäkringskassans prövning av en ansökan

[160] HFD 2012 not 16 respektive HFD 2018 ref. 51 I–II.
[161] Försäkringskassans Domsnytt 2018:15 s. 4 och Vägledning 2013:1 version 6.
[162] Se Enqvist, En myndighet i samverkan, s. 339–340. Som exempel nämns en studie av Arbetsförmedlingens dokumentation i samband med enskildas deltagande i programverksamheten arbetslivsintroduktion från år 2013, där ISF fann att Arbetsförmedlingen i 6 procent av de studerade dokumentationerna gjort explicita rekommendationer om att personen bör få sjukpenning alternativt bör återvända till sjukförsäkringen. Sådana rekommendationer är förstås inte bindande för Försäkringskassan, men kan ändå (också mot bakgrund av HFD:s uttalanden) påverka den handläggare som ska fatta beslut samt medföra förväntningar hos den enskilde.
[163] Enqvist, En myndighet i samverkan, s. 266–267 och 307.

om sjukersättning. Försäkringskassan kan endast hämta in de underlag som Arbetsförmedlingen tagit fram för sin egen verksamhet.

Att en försäkrad med hjälp av Arbetsförmedlingen prövat sin arbetsförmåga i en viss typ av arbete behöver vidare inte nödvändigtvis vara en indikation på hur den försäkrades arbetsförmåga är på ett generellt plan eller i en annan typ av arbete. Resonemangen bakom Arbetsförmedlingens bedömningar framgår inte heller alltid tydligt, vilket innebär att Försäkringskassans tolkning av dessa försvåras. Det kan exempelvis framgå att Arbetsförmedlingen bedömer att den försäkrade i och för sig saknar arbetsförmåga, men inte på vilken grund denna bedömning görs. Detta är problematiskt bland annat eftersom Arbetsförmedlingen inom ramen för sin bedömning kan ta hänsyn till faktorer som inte Försäkringskassan kan, såsom utbildning och sociala svårigheter. Att de olika regelverken inte korrelerar med varandra är således ett problem; Försäkringskassan kan inte alltid begära sådan information som behövs och de uppgifter som Arbetsförmedlingen kan tillhandahålla är inte alltid de som Försäkringskassan behöver. Uppgifterna från Arbetsförmedlingen är vidare endast en del av de underlag som Försäkringskassan beaktar vid beslut om ersättning, tillsammans med exempelvis läkarintyg.[164]

Utöver att Försäkringskassan kan begära in uppgifter från Arbetsförmedlingen samarbetar inte myndigheterna inför ett beslut om ersättning. Samarbetet mellan myndigheterna aktualiseras främst under den tid en försäkrad har beviljats ersättning av Försäkringskassan, exempelvis om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade har ett behov av rehabilitering för att få eller återfå en arbetsförmåga. Arbetsförmedlingens uppdrag är inte att hitta och dokumentera hinder för en individ utan att försöka hitta sätt att få en försäkrad i arbete. Att resultatet av Arbetsförmedlingens utredning, exempelvis kring hur ett arbete kan anpassas för en försäkrad, kan ligga till grund för Försäkringskassans bedömning är en annan sak.[165]

Arbetsförmedlingen kan vidare delta i ett avstämningsmöte som Försäkringskassan håller tillsammans med den försäkrade för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. En försäkrad som inte bedöms

[164] Uppgifter från möte med Försäkringskassan den 23 september 2020.
[165] Uppgifter från möte med Arbetsförmedlingen den 24 september 2020.

ha rätt till sjukersättning ska dessutom erbjudas ett omställningsmöte för att få kontakt med och en övergång till Arbetsförmedlingen.[166]

7.6.2 Olika bedömningskriterier och begrepp

Situationen kan uppstå att den försäkrades ansökan om sjukersättning avslås med motiveringen att den försäkrades arbetsförmåga inte bedöms vara tillräckligt nedsatt, samtidigt som den försäkrade av Arbetsförmedlingen inte bedöms vara arbetsför till följd av samma sjukdom eller funktionsnedsättning. Ofta kan det försäkrade då inte heller beviljas arbetslöshetsersättning. Villkoren i arbetslöshetsförsäkringen består, något förenklat, i att den försäkrade ska vara villig och kunna ta ett ledigt arbete under minst 17 timmar per vecka. Om en funktionsnedsättning och/eller sjukdom leder till att den arbetssökande inte står till förfogande för ett ledigt arbete på minst 17 timmar/vecka har han eller hon inte heller rätt till arbetslöshetsersättning. Det är de självständiga arbetslöshetskassorna som bedömer och fattar beslut om ansökan från den enskilde om arbetslöshetsersättning utifrån gällande villkor i arbetslöshetsförsäkringen.

Det finns grundläggande skillnader mellan försäkringarna. Enligt arbetslöshetsförsäkringen ska förmågan att utföra ett arbete bedömas och enligt sjukförsäkringen ska arbetsförmågans nedsättning bedömas. Bedömningen av arbetsförhet enligt arbetslöshetsförsäkringen är vidare inte en strikt medicinsk bedömning, utan i bedömningen kan exempelvis individens språkkunskaper och utbildning vägas in. Skillnaden innebär att en person vars arbetsförmåga inte bedöms vara tillräckligt nedsatt för rätt till sjukpenning, ändå kan ha en nedsättning som gör att han eller hon inte anses vara arbetsför och därmed nekas arbetslöshetsersättning. Juris doktor Lena Enqvist och professor Ruth Mannelqvist framhåller att begreppen arbetsförmåga och arbetsförhet endast delvis överlappar innebär att den som söker eller nekats ersättning från sjukförsäkringen riskerar att inte uppfylla de grundläggande kvalifikationskraven i arbetslöshetsförsäkringen, och därigenom kunna gå från sjukpenning till arbetslöshetsersättning.

Enqvist och Mannelqvist menar vidare att det finns faktorer som påverkar hur bedömningen av arbetsförhet ska göras som särskilt kan påverka den möjliga övergången mellan sjuk- och arbetslöshets-

[166] Se närmare i avsnitt 5.3 om Försäkringskassans handläggning av ärenden.

försäkringen. En faktor är frågan om Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga i sjukförsäkringen ska ha någon direkt betydelse för Arbetsförmedlingens bedömning av arbetsförheten. Arbetslöshetskassorna har det grundläggande ansvaret att bedöma arbetsförheten självständigt och Försäkringskassans arbetsförmågebedömning bör därför visserligen inte tillmätas direkt och utslagsgivande betydelse vid prövningen av arbetsförhet, men det innebär inte att en sådan bedömning eller det underlag som den baserats på helt ska sakna betydelse i arbetslöshetsförsäkringen.

Oklarheter och risken att inte omfattas av vare sig sjukförsäkring eller arbetslöshetsförsäkring leder till brister avseende individens rättssäkerhet och sociala trygghet. För individen påverkas rättssäkerheten negativt av att regleringen av villkoren i arbetslöshetsförsäkringen inte i tillräcklig utsträckning tydliggör hur, eller i relation till vad, som arbetsförheten ska bedömas.

En konkret svårighet när det gäller bedömningarna av arbetsförmåga och arbetsförhet är som visats hur begreppet arbetsmarknad definieras. I båda försäkringarna används mer eller mindre diffusa bestämningar av begreppet, som dragna till sin spets resulterar i mer eller mindre abstrakta beskrivningar av arbetsmarknaden utan direkt koppling till konkreta och existerande arbeten. När två så tydligt arbetsmarknadsrelaterade försäkringar saknar uttryckliga definitioner av begreppet arbetsmarknad, och som därtill både regleras och tillämpas olika, begränsas förutsättningarna för samverkan för att förhindra att människor faller mellan ersättningssystemen betydligt.[167]

7.6.3 Slutsatser rörande samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Enligt utredningsdirektiven är ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen en förutsättning för att ett avslag på en ansökan om sjukersättning på grund av att den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden ska uppfattas som rimligt. Detta eftersom det behöver vara realistiskt att den försäkrade under sådana omständigheter kan få ett sådant lämpligt arbete inom rimlig tid.

[167] Enqvist och Mannelqvist (2020) Mellan stolarna och utanför systemen: en rättsvetenskaplig analys av begreppen arbetsförmåga och arbetsförhet i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna Nordisk socialrättslig tidskrift, nr 25-26/2020, s. 9–35.

Utredningen bedömer att brister i organisering av informationsutbyte kan medföra att Försäkringskassan inte får den fullständiga information myndigheten skulle behöva inför ett beslut om sjuk- eller aktivitetsersättning. Detta kan i sin tur medföra negativa konsekvenser för den enskilde, som att det kan bli svårare att få rätt ersättning, eller i förekommande fall få hjälp att finnas ett lämpligt förvärvsarbete.

Utöver att Försäkringskassan kan begära in uppgifter från Arbetsförmedlingen inför ett beslut om sjuk- eller aktivitetsersättning samarbetar dock inte myndigheterna i dagsläget på något organiserat sätt inför ett beslut om ersättning. Försäkringskassan kan dessutom endast hämta in sådana eventuella underlag som Arbetsförmedlingen tagit fram för sin egen verksamhet, inte begära att Arbetsförmedlingen genomför utredning för Försäkringskassans räkning.

Skillnader mellan bedömningen av arbetsförhet i arbetslöshetsförsäkringen och bedömningen av arbetsförmåga enligt sjukförsäkringens regler innebär vidare att Försäkringskassan får svårigheter att tolka och värdera underlag från Arbetsförmedlingen, särskilt eftersom Arbetsförmedlingen inom ramen för sin bedömning kan ta hänsyn till faktorer som inte Försäkringskassan kan. Till skillnad från Försäkringskassan utgår Arbetsförmedlingen inte från det i sjukförsäkringen angivna begreppet ”arbetsförmåga”. Detta innebär emellertid inte att Arbetsförmedlingens bedömning inte har betydelse för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga; Högsta förvaltningsdomstolen har vid flera tillfällen betonat att en utredning från Arbetsförmedlingen som utgångspunkt bör kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan.[168] Att en arbetsförmågeutredning bör kunna vara vägledande sägs alltså vara en följd av att Arbetsförmedlingens bedömningar ska kunna beaktas av Försäkringskassan. Försäkringskassan har tolkat uttalandena från HFD som att utredning från Arbetsförmedlingen kan vara vägledande, men den inte behöver vara avgörande för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan.[169]

Utredningen bedömer att det finns förbättringspotential i samarbetet mellan de båda myndigheterna. Arbetsförmedlingen har angett

[168] Se HFD 2018 ref. 51, HFD 2019 ref. 48 och HFD 2012 not. 16. Kammarrätten i Sundsvall förtydligade i dom den 16 mars 2010 i mål nr 1501-19 att det i detta sammanhang inte ska göras någon skillnad mellan begreppen ”utredning” och ”bedömning”.
[169] Försäkringskassan, Domsnytt 2019:027; jfr Domsnytt 2018:015.

att myndigheten inte tar fram prognoser om hur lång tid det tar för en individ att få ett visst arbete.[170] Utredningen konstaterar dock att Arbetsförmedlingen likväl kan ha information som är relevant för Försäkringskassans bedömning, utan att detta innebär att Arbetsförmedlingen behöver göra en bedömning utifrån ett regelverk som myndigheten inte har uppdrag att tillämpa.

Myndigheternas respektive regelverk har olika utformning och skilda begrepp för bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. Att så är fallet innebär att regleringen som sådan bidrar till att försäkrade riskerar att hamna mellan ersättningssystemen. Utredningen bedömer att förbättrad samverkan mellan myndigheterna svårligen fullt ut kan överbrygga de skillnader som finns i deras respektive regelverk.[171] Skillnaderna i regelverken och det faktum att myndigheterna har olika uppdrag kan vara ett hinder för att de samarbetar i syfte att fram prognoser för hur realistiskt det är att den försäkrade kan få ett lämpligt arbete inom rimlig tid inför Försäkringskassans beslut om ersättning.

7.7 Varaktighetskravet i sjukersättningen

Enligt gällande regelverk ingår det s.k. varaktighetskriteriet i bedömningen av rätt till sjukersättning. Det innebär att det inte är tillräckligt att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till förvärvsarbete på arbetsmarknaden för att sjukersättning ska kunna beviljas. Nedsättningen måste också vara utsträckt i tid, vilket beskrivs i lagtexten som att arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt. Kravet på arbetsförmågenedsättningens varaktighet är inte definierad i konkret, faktisk tid. I lagtexten uttrycks kravet som att arbetsförmågans nedsättning måste vara ”stadigvarande”.[172] För detta krävs en prognos om arbetsförmågan i framtiden. Den enskilde måste för rätt till ersättning visa att hans eller hennes arbetsförmåga inte kommer att kunna förbättras inom vad som i förarbetena uttrycks som ”all överskådlig framtid”.[173] I nära anslutning till frågan om bedömningen av varaktighetskravet finns också frågan om att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara

[170] Utredningens möte med Arbetsförmedlingen den 23 september 2020.
[171] Se även Enqvist, L., Mannelqvist, R. (2020) Mellan stolarna och utanför systemen: en rättsvetenskaplig analys av begreppen arbetsförmåga och arbetsförhet i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna Nordisk socialrättslig tidskrift, nr 25-26/2020, s. 9–35.
[172] 33 kap. 6 § SFB.
[173] Prop. 2007/08:136, s. 103.

uttömda. Först när sådana möjligheter är uttömda kan sjukersättning beviljas.

Av utredningens direktiv framgår att en analys av varaktighetskravets ändamålsenlighet i sjukersättningen och aktivitetsersättningen ska göras. En svårighet i bedömningen av rätt till ersättning är att arbetsförmågan, i synnerhet den framtida, inte är fullt observerbar. Det finns därmed en stor osäkerhet i bedömningen av huruvida rätt till sjukersättning föreligger. I kommittédirektivet uttrycker regeringen vidare att bedömningen att utesluta att en person i framtiden kan få arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete ibland innefattar ett stort mått av presumtion om framtiden.[174] Samtidigt uttalas att det inte är aktuellt att frångå den grundläggande principen att sjukersättning eller aktivitetsersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.

Utredningen kan konstatera att det alltid finns osäkerhet i att göra prognoser om framtiden. Detta gäller alla bedömare som behöver göra sådana prognoser: den enskilde om sin egen framtid, läkaren om den medicinska prognosen och förutsättningar för förbättring av sjukdomen eller tillståndet, Försäkringskassan vid bedömningen av en långvarigt nedsatt arbetsförmåga ur ett försäkringsjuridiskt perspektiv. Även andra parter, såsom arbetsgivare kan behöva göra en sådan prognos, exempelvis vid bedömningen av om sakliga skäl för uppsägning föreligger.

Före år 2008 hanterades problemet med osäkerhet rörande ett tillstånds varaktighet genom att försäkrade kunde beviljas tidsbegränsad sjukersättning. Det var tänkt som en ersättning som skulle användas när det fanns tveksamheter kring t.ex. en sjukdoms varaktighet i ärenden där det gick att göra prognos om en långvarig, men inte varaktig nedsättning av arbetsförmågan. Med dagens regelverk uppstår svårigheter när sådana osäkerheter i prognoser ska hanteras.

Redan Arbetsförmågeutredningen resonerade kring varaktighetsbegreppet i sjukförsäkringen.[175] Den utredningen konstaterade att när en långvarig sjukfrånvaro har konstaterats bygga på ett medicinskt tillstånd med en viss varaktighet finns i de allra flesta länder någon form av mer varaktig ersättning, förtidspension. Kriterierna för vad

[174] Det kan noteras att direktivtexten använder ordet ”uteslutas” om bedömningen av framtida arbetsförmåga. Som framgår av avsnitt 7.8.8 är det utredningens slutsats att beviskravet i ansökningsärenden om sjukersättning är ”sannolikt”; det behöver således inte ”uteslutas” att den försäkrade kan återfå arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete i framtiden.
[175] SOU 2009:89.

som ska menas med varaktighet kan variera men den grundläggande idén är så gott som alltid densamma; de kriterier, med avseende på arbetsförmåga (eller något annat liknande begrepp), som reglerar långvarig sjukfrånvaro är vanligen samma kriterier som reglerar rätten till förtidspension. Den ytterligare fråga som ställs blir om när ett tillstånd kan anses tillräckligt varaktigt för att motivera en mer permanent ersättning.

Många av Arbetsförmågeutredningens resonemang är giltiga än i dag. De konstaterade bl.a. att det svenska systemet innebär avvikelser från principen att kriterierna för långvarig sjukfrånvaro som är tidsbegränsad sammanfaller med kriterierna för någon form av förtidspension och att sådana avvikelser skapar problem.[176]

Vid tidpunkten för Arbetsförmågeutredningens arbete konstaterade den utredningen att ett sådant problem var den tidsbegränsade sjukpenningen, där den som var tillräckligt oförmögen för att ha rätt till ersättning kanske inte var tillräckligt oförmögen för att ha rätt till den mer permanenta lösningen, även om tillståndet utan tvekan var varaktigt och kroniskt. Den tidsbegränsade ersättningen kunde då ta slut utan att det fanns någon rätt till den varaktiga ersättningen. Personen var fortfarande i försäkringens mening helt arbetsoförmögen i relation till den ersättning man inte längre har rätt till, men inte tillräckligt oförmögen i relation till den ersättning som vore det naturliga alternativet givet ett kroniskt tillstånd.[177] Dessa resonemang kan jämföras med vad Försäkringskassan har anfört i sin skrivelse till regeringen 2017 om bl.a. att försäkrade blir ”fast” i långa sjukskrivningar (se avsnitt 7.3).

Skillnaderna mellan de vid den tidpunkten gällande arbetsmarknadsbegreppen ”den reguljära arbetsmarknaden” (sjukpenning) respektive ”hela arbetsmarknaden” (sjukersättning) – kunde enligt den utredningen förefalla hårfin men konstaterades ha en högst specifik innebörd, framför allt i och med att

> begreppet ”hela arbetsmarknaden” inkluderar olika former av anpassade och subventionerade anställningar. Denna typ av arbeten förekommer i en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden bara när den sjukskrivne faktiskt erbjuds ett sådant arbete. Vid prövningen av sjukersättning, dvs. mot hela arbetsmarknaden, räcker det med att man bedöms klara ett sådant arbete för att inte ha rätt till ersättning. Att det inte finns något

[176] SOU 2009:89 s. 277.
[177] SOU 2009:89.

> sådant arbete tillgängligt spelar alltså ingen roll för rätten till sjukersättning.[178]

Samma utredning anförde att regelverket om sjukersättning som trädde i kraft den 1 juli 2008 troligen är det ”snävast definierade varaktighetskriteriet i hela OECD”.[179] Av den kartläggning av de nordiska länderna som utredningen nu har genomfört (se kapitel 5) kan bl.a. slutsatsen dras att det svenska systemet är snävare i förhållande till flera andra av dessa länder, där det till skillnad från i den svenska medicinskt renodlade försäkringen tas hänsyn till ålder, utbildning och liknande faktorer.

I Försäkringskassans skrivelse från 2017 anförde myndigheten att de nuvarande reglerna för rätt till sjukersättning inte är ändamålsenliga och att de i vissa fall medför orimliga konsekvenser för enskilda försäkrade. Försäkringskassans bedömning är att det sedan 2015 har utvecklats en mer korrekt tillämpning av det regelverk som trädde i kraft den 1 juli 2008. Det leder till ett mer begränsat antal individer som uppfyller kriterierna för att beviljas sjukersättning. Skillnaderna i kriterierna för rätten till sjukpenning och sjukersättning har därmed blivit tydligare. Som en konsekvens av detta kvarstår fler individer i långvariga sjukskrivningar, även om nedsättningen av arbetsförmågan kan vara stadigvarande och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda (i normalt förekommande arbeten). Försäkringskassans bedömning är att det är skillnaderna i de olika arbetsmarknadsbegrepp som används i regleringen av rätten till de olika ersättningarna som är avgörande för den utveckling som skett. I skrivelsen nämns däremot inte varaktighetskriteriet som utgörande ett problem eller som orsak till utvecklingen, tvärtom:

> Enligt Försäkringskassans bedömning är det inte kravet på att arbetsförmågan ska anses vara stadigvarande nedsatt som orsakar problemet. Rättspraxis har tydliggjort hur det begreppet ska tolkas, dvs. att det ska göras en bedömning i varje enskilt fall av vilken typ av sjukdomsbesvär det är frågan om och hur dessa påverkar den aktuella individens arbetsförmåga. Begreppet ställer inte krav på livslång nedsättning eller nedsättning fram till ålderspensionen.[180]

Försäkringskassan anger vidare i skrivelsen att det inte heller är kravet på att rehabiliteringsmöjligheter ska vara uttömda som är anledningen

[178] SOU 2009:89, s. 277.
[179] SOU 2009:89, s. 271.
[180] Försäkringskassan (2017), skrivelse till regeringen, s. 10.

till att allt färre beviljas sjukersättning. En förutsättning är dock att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen görs på rätt sätt, anger myndigheten, den försäkrade ska t.ex. inte testa sin arbetsförmåga i ett med hänsyn till besvären olämpligt arbete.

7.7.1 En bedömning av arbetsförmågan i tre steg

Med ett inkluderande av bedömningen av grundfrågan huruvida den försäkrades arbetsförmåga även är nedsatt vid tidpunkten för prövningen, kommer prövningen av rätten till sjukersättning enligt gällande regelverk att innefatta tre olika delar varav två avser varaktigheten:

1. Är arbetsförmågan i förvärvsarbete på arbetsmarknaden vid tidpunkten för prövningen nedsatt med minst en fjärdedel?
2. Är denna nedsättning stadigvarande, dvs. kommer den att bestå för all överskådlig framtid?
3. Bedöms ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga?

Bedömningen av det första rekvisitet, nedsättningen av arbetsförmågan med minst en fjärdedel i alla förvärvsarbeten, har berörts tidigare, bl.a. i avsnitt 7.3. Ett avslag på denna grund kan handla om att Försäkringskassan bedömer att det kan finnas en möjlighet att anpassa antingen det befintliga arbetet eller ett annat arbete i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, men bedömningen kan också vara att det kan finnas arbete inom ramen för en anställning med lönebidrag eller ett skyddat arbete hos Samhall.

Också bedömningen av om det finns en arbetsförmåga under förutsättning att arbetet är tillräckligt anpassat hänger till viss del ihop med bedömningen av om de båda andra rekvisiten är uppfyllda. En allmän anpassning av arbetsuppgifterna är i sig en möjlig rehabiliteringsåtgärd. Även en anställning med lönebidrag eller en anställning hos Samhall kan vara ett led i rehabiliteringen. En svårighet med att bedöma om arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden är också att avgöra hur mycket arbetsuppgifterna kan

anpassas.[181] Även anpassade arbeten på den öppna arbetsmarknaden ingår i viss omfattning i begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I vilken utsträckning sådana arbeten utgör förvärvsarbeten på arbetsmarknaden beror på om anpassningen kan anses rimlig ur en arbetsgivares synvinkel.[182] Den bedömningen görs inte i förhållande till ett existerande och klart beskrivet arbete utan mot ett tänkt arbete som är lämpligt och anpassat utifrån de svårigheter som den försäkrade har. Detta gäller oavsett om något sådant arbete faktiskt erbjuds – eller kommer att erbjudas – den försäkrade. Det är således fråga om en fiktiv bedömning i någon mening – som samtidigt enligt ovan nämnd rättspraxis måste vara verklighetsförankrad.

Ska varaktighetsprövningen ske i ett eller två steg?

Utöver nedsättning av arbetsförmåga ställs för rätt till sjukersättning kravet att denna arbetsoförmåga ska vara stadigvarande. I avsnittet om gällande regelverk redogjorde utredningen för att prövningen av om en försäkrads arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt ska göras i två steg. Detta framgår av lagtexten, 33 kap. 6 § SFB, där det anges att för rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt *och* att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. SFB inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade i rättsfallet HFD 2011 ref. 63 I att den första frågan i målet var om den försäkrades arbetsförmåga kan anses ha varit stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. Vidare ska för att sjukersättning ska kunna beviljas, konstaterade HFD, ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering bedömas inte kunna medföra att arbetsförmågan kan förbättras. I HFD 2013 ref. 60 delades också bedömningen upp i två steg och domstolen konstaterade först att den försäkrades arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt, innan rätten i domskälen fortsatte beskriva om också rehabiliteringsmöjligheterna kunde bedömas vara uttömda.

Emellanåt används begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga av Försäkringskassan och i domstolarnas underinstanser såsom innefattande bedömningen att rehabiliteringsmöjligheter som kan ge

[181] Rättsfallet HFD 2019 ref. 48 ger här viss ledning kring gränsen för vad som ska anses utgöra förvärvsarbete.
[182] HFD 2019 ref. 48.

arbetsförmåga åter ska vara uttömda. I förarbetena anges också att stadigvarande nedsatt arbetsförmåga innebär en nedsättning under all överskådlig framtid och att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda; beskrivningen ger således vid handen att uttrycket stadigvarande skulle innefatta båda dessa rekvisit.

Som konstaterats ovan framgår emellertid av lagtexten i 33 kap. 6 § SFB att dessa bedömningar är skilda från varandra och ska göras i två moment. Högsta förvaltningsdomstolen har också delat upp bedömningarna i dessa frågor och först tagit ställning till om arbetsförmågan varit stadigvarande nedsatt och först därefter huruvida ytterligare medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering kunna medföra att den försäkrade kunde återfå någon arbetsförmåga.[183] Det framgår inte uttryckligen av domarna från Högsta förvaltningsdomstolen om en sådan uppdelning är avsedd. I vissa äldre kammarrättsavgöranden anges uttryckligen att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i två moment.[184] Det första rör frågan om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt och det andra om någon arbetsförmåga kan bedömas återfås genom medicinsk behandling eller rehabilitering.

Mot denna bakgrund är utredningens bedömning att begreppet stadigvarande nedsatt ska förstås som att nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga ska kvarstå under all överskådlig framtid. *Därutöver* ska även en bedömning göras av om rehabiliteringsåtgärder ändå kan medföra återfående av någon arbetsförmåga. Frågan om rehabiliteringsåtgärder ligger således inte i själva begreppet stadigvarande.

I praktiken torde distinktionen emellertid endast ha en begränsad betydelse då det är bedömningen av förhållandena i sak som är avgörande för den försäkrades rätt till sjukersättning. HFD:s uppdelning av bedömningen möjliggör visserligen att det exempelvis skulle kunna sättas olika beviskrav för de olika momenten i bedömningen.[185] Högsta förvaltningsdomstolen har dock inte särskilt uttalat att det skulle finnas en sådan uppdelning med olika beviskrav i respektive led.

Utredningen är vidare av uppfattningen att frågan om rehabiliteringsåtgärder är tätt sammankopplad med frågan om arbetsförmågans nedsättning över tid. I de fall alla rehabiliteringsåtgärder bedöms vara

[183] Se HFD 2013 ref. 60.
[184] Se t.ex. Kammarrätten i Jönköpings dom den 15 juni 2011 i mål nr 3684-10.
[185] Jfr Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 93.

uttömda medför detta också att arbetsförmågan kommer vara nedsatt under all överskådlig framtid. Det är svårt att föreställa sig ett fall där alla rehabiliteringsåtgärder är uttömda men arbetsförmågan ändå inte bedöms vara nedsatt en viss tid. Ett sådant fall skulle innefatta en bedömning av återfående av arbetsförmågan genom självläkning utan behov av vare sig medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. En viss uppmjukning av bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt vid vissa fall av svårbedömda diagnoser där det förelegat en mycket långvarig arbetsoförmåga kan dock ses i rättsfallet HFD 2013 ref. 60, där HFD anger bl.a. att tidigare perioder med nedsatt arbetsförmåga samt dessas längd och orsak ska beaktas.

ISF har i en rapport från 2013[186] diskuterat frågan. I granskningen har rekvisiten om stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan och uttömda rehabiliteringsmöjligheter behandlats var för sig. I praktiken är emellertid dessa två rekvisit ofta starkt sammanflätade, menar ISF. Även om lagtexten ger intryck av att det handlar om två självständiga rekvisit som båda måste vara uppfyllda för rätten till sjukersättning, kan bedömningen av om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt inte göras fristående. Vid en prövning av om nedsättningen av arbetsförmågan är stadigvarande måste man också ta hänsyn till om det finns en möjlighet att arbetsförmågan kan återfås genom rehabiliteringsåtgärder. I så fall kan arbetsförmågan inte sägas vara stadigvarande nedsatt. ISF kan således anses ha gett uttryck för att de två rekvisit som finns i den nu aktuella lagparagrafen måste bedömas samlat, även om lagtexten kan ge intryck av att det handlar om två självständiga rekvisit.[187]

ISF anger i rapporten att aktgranskningen stärker bilden av att de två rekvisiten ofta är en del av en och samma bedömning. Även om strävan vid aktgranskningen har varit att försöka separera de olika bedömningarna, till exempel genom att noggrant försöka utläsa huvudorsaken till ett avslag, har det i flera fall inte varit möjligt att särskilja resonemangen kring rekvisiten. Det kan konstateras att utredningen i sin granskning av beslut från Försäkringskassan har gjort samma iakttagelser.[188]

[186] ISF 2013:20, s 47 ff.
[187] Jfr Kommentaren till socialförsäkringsbalken, 33 kap. 6 § SFB.
[188] Se vidare om granskningen under 7.3.4 och bilaga 3.

Att bedömningarna i sig är starkt förknippade med varandra är i och för sig naturligt. Det innebär att arbetet för att nå en tydlig tolkning – som i sin tur kan leda till en enhetlig tillämpning – måste ske samlat för de båda rekvisiten. Samtidigt är det olyckligt om eventuella otydligheter får som effekt att den försäkrade inte kan förstå vilket av dessa båda rekvisit som inte är uppfyllt.

7.7.2 Begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga

I nuvarande bestämmelser för bedömningen av rätt till sjukersättning ingår, förutom ett krav på nedsatt arbetsförmåga i alla förvärvsarbeten, även att arbetsförmågan ska vara nedsatt på lång sikt. I lagtexten uttrycks detta som att sjukersättning (eller aktivitetsersättning) kan lämnas till en försäkrad vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.[189] För aktivitetsersättningen kan för jämförelsens skulle konstateras att varaktighetsrekvisitet där innebär att nedsättningen av arbetsförmågan ska kunna antas vara nedsatt i minst ett år.[190]

Sjukersättning är till skillnad från aktivitetsersättning inte tidsbegränsad, utan lämnas tillsvidare[191] för den som uppfyller kraven och får ett beslut om beviljande av förmånen. I 33 kap. 6 § SFB beskrivs kravet på den långvariga nedsättningen av arbetsförmågan: det krävs att arbetsförmågan är *stadigvarande* nedsatt och att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. SFB (dvs. rehabiliteringsåtgärder) inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.

För sjukersättningens del har kravet på att arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt utvecklats i förarbetena. I propositionens författningskommentar anges uttryckligen att ”med detta begrepp avses att nedsättningen bedöms bestå för all överskådlig framtid”.[192] Det framgår således att begreppen i detta sammanhang har samma innebörd (jfr även HFD 2011 ref. 63 I). Att också begreppet ”all överskådlig framtid” innebär svårigheter kommer dock att beröras i den fortsatta framställningen. Det anges vidare i förarbetena att det således måste röra sig om kroniska sjukdomar och irreversibla skador där ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte

[189] 33 kap. 2 § SFB.
[190] 33 kap. 7 § SFB.
[191] 33 kap. 4 § SFB.
[192] Prop. 2007/08 :136, s. 103.

bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras. Högsta förvaltningsdomstolen slog i rättsfallet HFD 2013 ref. 60 fast bl.a. att vid bedömningen av nedsättningens varaktighet blir det avgörande vilket underlag i form av medicinsk och annan utredning som finns i det enskilda fallet. Det gäller särskilt när det handlar om sjukdomsbesvär där man inte kan dra några generella slutsatser om hur länge sjukdomsbesvären kommer att påverka en persons arbetsförmåga. Det har också betydelse att den försäkrade under lång tid haft sin arbetsförmåga nedsatt på grund av svårvärderade sjukdomsbesvär där det inte går att dra några generella slutsatser om prognosen. Försäkringskassans tolkning av domen är att man vid bedömningen av rätten till sjukersättning inte kan kräva att en sjukdom kan klassificeras som en kronisk sjukdom eller irreversibel skada. Man kan inte heller kräva att en sjukdom ska kunna jämställas med en sådan sjukdom eller skada. Det innebär att även svårvärderade sjukdomsbesvär med en osäker prognos kan ge rätt till sjukersättning i vissa fall.[193]

Det framhålls vidare i förarbetena att bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt eller om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga ska utgå från den kunskap som är tillgänglig vid prövningstillfället. Det ansågs inte vara rimligt att väga in att det i framtiden skulle kunna komma fram behandlingsmetoder eller arbetshjälpmedel som gör att arbetsförmågan då kan återvinnas.[194]

Före lagändringen den 1 juli 2008 kunde sjukersättning ges tidsbegränsat eller tills vidare. För rätt till sjukersättning tills vidare krävdes att den försäkrades arbetsförmåga kunde anses ”varaktigt” nedsatt. Tidsbegränsad sjukersättning kunde däremot beviljas så snart arbetsförmågan bedömdes vara nedsatt under minst ett år. Gränsen för när nedsättningen kunde anses vara varaktig var därför inte avgörande för rätten till sjukersättning, utan påverkade endast om förmånen skulle utges under en begränsad tid eller tills vidare. När möjligheten att bevilja tidsbegränsad sjukersättning togs bort, blev gränsen för när arbetsförmågan kunde anses tillräckligt långvarigt nedsatt mycket mer betydelsefull. Den blev avgörande för om den försäkrade överhuvudtaget kunde få sjukersättning. Betydelsen av att be-

[193] Försäkringskassan, vägledning 2013:1 version 6, s. 43.
[194] Prop. 2007/08, s. 88 och 103.

greppet varaktig byttes mot begreppet stadigvarande kommenterades dock inte närmare i förarbetena.[195]

Olika varaktighetsbegrepp och deras innebörd i tidsrymd

Genom åren har olika kriterier funnits för rätt till ersättning från socialförsäkringen. Förmånerna förtidspension, sjukbidrag och på senare tid sjukersättning har alla ställt upp någon form av krav på längre varaktighet avseende den försäkrades nedsatta arbetsförmåga. De exakta begreppen har emellertid skiftat, och så även innebörden av varaktighetskraven och den tidsrymd som dessa krav har inneburit.

Hur lång tidsrymd innebär begreppet ”långvarig”?

I de inledande bestämmelserna i det kapitel i socialförsäkringsbalken som handlar om sjukersättning och aktivitetsersättning gemensamt anges att dessa ersättningar kan lämnas till en försäkrad vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.[196]

Detta inledande uttalande i paragrafen är emellertid närmast att se som en sammanfattande beskrivning av när de aktuella förmånerna kan komma i fråga. Uttrycket ”långvarigt nedsatt” nämns i kommittédirektivet där det bl.a. anges att syftet med förmånerna sjukersättning och aktivitetsersättning är att förmånerna ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga. I direktivet anges vidare att det inte är aktuellt att frångå denna grundläggande princip, dvs. att sjuk- och aktivitetsersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.

Det kan poängteras att uttrycket enligt gällande regelverk inte utgör något rekvisit. De uttryck som används för att ange vilken varaktighet arbetsoförmågan måste ha för rätt till sjukersättning är i stället ”stadigvarande nedsatt” (33 kap. 6 § SFB) och för aktivitetsersättning krävs att ”nedsättningen kan antas bestå under minst ett år” (33 kap. 7 § SFB).[197] Båda dessa tidsrymder faller under den allmänna inledningen och uttrycket ”långvarigt nedsatt”. Det framgår således

[195] Se t.ex. ISF 2013:20, s. 21.
[196] 33 kap. 2 § SFB.
[197] Se Kommenteraren till socialförsäkringsbalken kring 33 kap. 2 § SFB.

av lagtexten att begreppet ”långvarigt nedsatt” kan användas i vart fall om en tidsrymd som uppgår till minst ett års tid.

Den möjlighet till tidsbegränsad sjukersättning som med undantag för vissa övergångsregler avskaffades i juli 2008 ställde i likhet med kraven för aktivitetsersättning upp ett kriterium på varaktighet som innebar att den försäkrades arbetsförmåga skulle kunna antas bestå under minst ett år.

Hur lång tidsrymd innebär begreppet ”varaktig”?

Enligt tidigare gällande regelverk, före 2008, skulle den försäkrades arbetsförmåga vara ”varaktigt” nedsatt för att ersättning skulle kunna beviljas utan tidsbegränsning.

Den tidigare ersättningen förtidspension baserades på en invaliditetsgrund. Ett särskilt villkor för rätt till förtidspension var att nedsättningen av arbetsförmågan var varaktig. Detta varaktighetskrav omfattade inte bara de medicinska faktorerna utan även de arbetsmarknadsmässiga och sociala förhållandena. Kravet på varaktighet innebar inte att nedsättningen nödvändigtvis måste vara att anse som livsvarig. Villkoret betraktades som uppfyllt om det kunde antas att invaliditeten skulle bestå ”åtskilliga år” framåt i tiden.

Hur lång tidsrymd innebär begreppet ”avsevärd tid”?

Av intresse är också att regelverket under denna tidigare period innehöll ytterligare en möjlighet, med ännu ett begrepp om krav på tidsrymd. Om nedsättningen av förvärvsförmågan inte kunde anses varaktig och förutsättningarna för förtidspension inte var uppfyllda kunde i stället sjukbidrag beviljas. En förutsättning för detta var att nedsättningen kunde antas bestå under ”avsevärd tid”, vilket avsåg en tidsrymd som inte understeg ett år[198] utan att för den skull vara ”varaktig”. Med denna definition liknar begreppet ”avsevärd tid” således begreppet ”långvarig”, med skillnaden att avsevärd tid utgjorde ett faktiskt rättsligt rekvisit för ersättning.

[198] Se prop. 2000/01:96, s. 180 och SOU 1989:101, s. 114.

Hur lång tidsrymd innebär begreppet ”stadigvarande”?

Emellanåt beskrivs sjukersättningen fortfarande som en ersättningsform för de försäkrade med en ”permanent” nedsatt arbetsförmåga. Åren efter införandet av gällande regelverk tillämpades varaktighetskravet också på detta sätt i stor utsträckning av Försäkringskassan och krav på ”livslång” nedsättning ställdes upp.[199] Högsta förvaltningsdomstolen klargjorde emellertid i rättsfallet HFD 2011 ref. 63 I–III att begreppet all överskådlig framtid inte innebär att nedsättningen ska vara livslång eller fram till pensionsålder. Domstolen konstaterade i avgörandet bl.a. följande.

> Enligt motivuttalanden ska begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga tolkas så att nedsättningen förväntas kvarstå under all överskådlig framtid. Det finns däremot varken i lagtext eller motiv stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. Arbetsförmågan ska utredas på nytt minst vart tredje år.

Denna tematik återkommer i såväl förarbeten som rättspraxis – det sägs ingenstans mer preciserat hur lång tidsperiod begreppet stadigvarande ska anses utgöra; i stället redogörs på ett antal ställen vad begreppet *inte* ska anses innefatta. Vid bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt ska också beaktas om det finns tidigare perioder med nedsatt arbetsförmåga och deras orsak och längd.[200]

Av regelverket framgår också att en försäkrads arbetsförmåga ska utredas igen senast tre år efter beslutet om ersättning (se avsnitt 7.2.4). Det kan konstateras att HFD särskilt anger detta i samma stycke som domstolen konstaterar att kravet inte är livslångt eller till pension, men utan att utveckla detta resonemang närmare. Omständigheten att Försäkringskassan är skyldig att följa upp arbetsförmågan inom tre år innebär enligt skrivningar i Försäkringskassans vägledning emellertid inte att tre år är måttstocken för vad som menas med kravet på att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt.[201]

I motiven till regelförändringarna anförs bl.a. att med begreppet stadigvarande avses att nedsättningen bedöms bestå för all överskådlig framtid. Det måste således röra sig om kroniska sjukdomar och irreversibla skador där ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad

[199] Se ISF 2013:20.
[200] HFD 2013 ref. 60.
[201] Försäkringskassan, vägledning 2013:1 version 6, s. 46.

rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras. Bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt eller om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga måste utgå från den kunskap som är tillgänglig vid prövningstillfället. Det kan inte rimligen vägas in att det i framtiden skulle kunna komma fram behandlingsmetoder eller arbetshjälpmedel som gör att arbetsförmåga då kan återvinnas.

Utifrån allmänna språkliga betydelser av ordet ”överskådlig” kan konstateras att innebörden är densamma som överblickbar, översiktlig, klar och tydlig. Tidsrymden inom överskådlig framtid är så långt fram i tiden som man kan ha en god uppfattning om ett förhållande.[202] Det får alltså anses finnas ett mått av överblickbarhet i denna bedömning; en säker betydelse av överskådlig framtid är att denna framtid i vart fall inte får vara *oöverskådlig*. Det är vidare oklart om tillägget ”all” i begreppet överskådlig framtid ska tillmätas någon särskild betydelse. Det kan möjligen ses som att det är den bortre gränsen av den överblickbara perioden som avses. Något resonemang om detta saknas emellertid i förarbetena. Denna fråga har såvitt framgått för utredningen inte heller prövats rättsligt.

Jämfört med det ovan diskuterade och tidigare gällande begreppet ”varaktigt nedsatt arbetsförmåga” har det nu gällande begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i kommentaren till socialförsäkringsbalken uttryckts ha en högre grad av bestående.[203] I sammanhanget kan också noteras att HFD i rättsfallet HFD 2011 ref. 63 III uttalade att den försäkrade i målet hade sjukdomsbesvär som var sådana att hennes arbetsförmåga kunde antas komma att vara nedsatt under ”förhållandevis lång tid”. Utredningen gav enligt HFD emellertid inte tillräckligt stöd för slutsatsen att hennes arbetsförmåga kunde anses ha varit stadigvarande nedsatt, en period som i vart fall alltså är längre än förhållandevis lång tid.

Begreppet stadigvarande får alltså anses innebära den längsta tidsrymden av de begrepp som historiskt gällt i sjukförsäkringen. Det är inte möjligt att utifrån uttalanden i förarbeten och rättspraxis dra några närmre slutsatser om hur lång en sådan period ska anses vara. Mot bakgrund av förarbetsuttalanden om det tidigare varaktighetsbegreppet ”varaktig” är en utgångspunkt att tidsrymden i vart fall är

[202] SAOL.
[203] Kommentaren till socialförsäkringsbalken 33 kap. 6 § SFB.

längre än åtskilliga[204] år men kortare än livslångt eller till pensionsålder. Olika typer av sjukdomar och funktionsnedsättningar lämpar sig olika väl för längre prognoser och ledning får också tas från HFD:s uttalanden om att det är den individuella bedömningen som blir avgörande.

7.7.3 Rehabiliteringskriteriet – alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda

Enligt gällande regelverk krävs för att en försäkrad ska kunna beviljas sjukersättning, utöver en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, även att ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.

Nytt från den 1 juli 2008 är således att det i lagtexten explicit anges ett krav på att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Ett sådant krav torde i princip ha gällt även tidigare enligt slutet av den s.k. steg-för-stegmodellen.[205] Före den 1 juli 2008 fanns det inte något särskilt krav på att rehabiliteringsåtgärder skulle ha övervägts eller genomförts kopplat direkt till rätten till sjukersättning. Enligt regelverket fr.o.m. år 1991 gällde dock vid prövningen av rätten till sjukpenning att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning skulle göras med hänsyn till om den försäkrade kunde försörja sig själv efter medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.[206] En konsekvens av detta var att rehabiliteringsåtgärder normalt redan hade övervägts, innan rätten till sjukersättning aktualiserades. I äldre förarbeten uttalas vidare att rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning inte föreligger förrän det i rehabiliteringshänseende har gjorts vad som rimligen kan komma i fråga i det enskilda fallet.[207] Nedsättningen av arbetsförmågan skulle i princip redan vid denna tidpunkt bedömas efter det att möjliga rehabiliteringsåtgärder – medicinska och arbetsmarknadsmässiga – vidtagits.[208]

I samband med att reglerna om sjukersättning fick sin nuvarande utformning framhöll regeringen att kravet på att sjukersättning endast

[204] ”Åtskilliga” har enligt SAOL betydelsen ”rätt stor mängd av” eller ”rätt många gånger”.
[205] Hessmark et al, Kommentaren till socialförsäkringsbalken 33 kap. 6 §; jfr 27 kap. 2 §.
[206] 3 kap. 7 § AFL i dess olika lydelser under perioden den 1 juli 1991 till den 30 juni 2008.
[207] Prop. 1962:90, s. 292.
[208] Prop. 1970:66, s. 30 och 62.

ska kunna beviljas i de fall rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Detta utgjorde en skärpning i förhållande till vad som gällt tidigare.[209]

Det är här viktigt att poängtera att det inte krävs att alla sådana rehabiliteringsmöjligheter ska vara prövade och uttömda i praktiken – det är en *bedömning* som ska göras. Någon rehabiliteringsåtgärd behöver inte faktiskt ha vidtagits.[210] Det kan dock konstateras att det finns tecken på att det har skett en utveckling hos Försäkringskassan, men även i kammarrättspraxis, där det i många fall i praktiken uppställs krav på genomförda rehabiliteringsinsatser.[211] Detta menar utredningen utgör en utveckling som alltså inte är i linje med rättspraxis från HFD och som inte heller har stöd i lag eller förarbeten. En annan sak är att resultatet från genomförda rehabiliteringsinsatser av medicinsk eller arbetslivsinriktad natur kan ha bevisvärde i frågan om ytterligare sådana kan bedömas medföra att den försäkrade kan komma att återfå arbetsförmågan, eller att genomförande av sådana åtgärder kan vara behövligt för att göra en rimlig bedömning av om arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt.[212]

Enligt rådande rättsläge är inte tidpunkten för resultatet av rehabiliteringsåtgärder avgörande. Även om en försäkrad kan bedömas återfå arbetsförmågan först bortom gränsen för när det är möjligt att få sjukersättning, dvs. i nuläget till månaden man fyller 65 år, innebär en sådan rehabiliteringsmöjlighet att sjukersättning inte kan beviljas. Högsta förvaltningsdomstolen anförde kring detta i rättsfallet 2019 ref. 69 att en sådan ordning skulle innebära att en försäkrad som närmar sig pensionsåldern bedöms annorlunda än en yngre person. Det framgår av förarbeten och praxis att prövningen av om en försäkrads arbetsförmåga är nedsatt ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom och att annat än de medicinska faktorerna – såsom exempelvis den försäkrades ålder – inte ska beaktas.

Det är här också viktigt att skilja mellan *rehabilitering* och å ena sida och *habilitering* å andra. Medan rehabiliterande åtgärder har som syfte att ge den försäkrade förmågor och arbetsförmåga åter, har de habiliterande åtgärderna som syfte att behålla exempelvis stabilitet eller livskvalitet. Sådana livkvalitetshöjande åtgärder ingår inte i de

[209] Prop. 2007/08:136, s. 88 och 103.
[210] HFD 2011 ref. 63 I–III.
[211] Se utredningens aktgranskning av sjukersättningsärenden i bilaga 3 och t.ex. Kammarrätten Göteborg i mål nr 3561-19.
[212] Se t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 1432-20.

rehabiliteringsåtgärder som måste vara uttömda för att sjukersättning ska kunna beviljas. Det är inte ovanligt att medicinska åtgärder som farmaceutisk behandling eller sjukgymnastik pågår i ett ärende utan att det för den skull betyder att medicinsk *rehabilitering* pågår. Även de svårast sjuka människorna får ofta kontinuerlig behandling.

En annan fråga som berör rehabiliteringskriteriet är vilken styrka på bevisningen som krävs vid bedömningen av huruvida alla rehabiliteringsmöjligheter kan anses uttömda och om beviskravet i detta led skiljer sig från den övriga bedömningen vid en ansökan om sjukersättning. Räcker det att det *kan antas* att ytterligare rehabilitering inte skulle leda till förbättrad arbetsförmåga eller måste det *uteslutas* att sådana rehabiliteringsmöjligheter finns? Denna fråga berörs vidare under analysen av beviskravet i försäkringen, se avsnitt 7.8.

7.7.4 Svårigheter med medicinska prognosbedömningar

För rätt till sjukersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas vara stadigvarande nedsatt. Som diskuterats ovan innebär det att en bedömning om nedsättning av arbetsförmåga under all överskådlig framtid ska finnas.

I och med den medicinska renodlingen av sjukförsäkringen som 2008 års regelverk inneburit har den medicinska bedömningen blivit än viktigare för frågan om varaktighetskriteriet i sjukersättningen. Eftersom arbetsförmågans nedsättning endast ska baseras på medicinska faktorer – medan faktorer som ålder, utbildning, bostadsort och sociala faktorer inte längre kan beaktas – är också arbetsförmågans varaktighet i tid också beroende av den medicinska prognosen.

Rätten till sjukersättning baseras således på att det underliggande medicinska tillstånd i from av sjukdom eller funktionsnedsättning som har lett till nedsatt arbetsförmåga ska vara ”stadigvarande”, med en kontinuerlig påverkan på den försäkrades arbetsförmåga. Med detta menas ett tillstånd som, givet dagens medicinska kunskap, kan antas bestå över all överskådlig framtid. Problemet med ett så snävt formulerat kriterium är att det ofta kan vara mycket svårt att uttala sig så kategoriskt om ett tillstånds varaktighet. Arbetsförmågeutredningen uttalade uppfattningen att för många av de diagnoser som

dittills hade dominerat när sjukersättning beviljats är det tveksamt om det över huvud taget går att uppfylla ett sådant kriterium.[213]

Utredningen har inte kunnat finna något klarlagt vetenskapligt kunskapsläge för hur långt in i framtiden medicinska prognoser generellt kan göras. I de muntliga kontakter som utredningen har haft med medicinskt sakkunniga, såsom i utredningens expertgrupp där försäkringsmedicinska sakkunniga ingår eller kontakterna med hälso- och sjukvården via SKR, har framkommit att det finns svårigheter med att göra sådana medicinska framtidsprognoser. Vad gäller längden på prognoserna synes en tidsgräns på ca maximalt fem år utgöra medicinsk etablerad praxis sedan lång tid tillbaka.

Liknande synpunkter har under åren efter regelförändringarna 2008 förts fram i olika fora.[214] Även där har medicinskt sakkunniga fört fram synpunkten att det är mycket svårt att göra medicinska framtidsprognoser.

En medicinsk prognos för en sjukdom avser dess sannolika fortsatta förlopp. Prognosen om framtida funktionsförmåga beror på bl.a. sjukdomens natur, förekomsten av andra sjukdomar, patientens ålder och motivation att tillfriskna, den fysiska belastningen i arbetet och livssituationen i övrigt.

Här finns alltså ytterligare en svårighet som har förts fram i utredningens muntliga kontakter med läkare och medicinskt sakkunniga. Den medicinska prognosen och läkarvårdens utgångspunkt är holistisk, dvs. den ser till hela människan inklusive faktorer som inte är rent medicinska men som kan ha stor betydelse för prognosen av en sjukdoms bestående. Den medicinska bedömningen existerar inte i ett vacuum utan är tätt sammankopplad med övriga faktorer som påverkar en människas hälsa och förmåga till t.ex. arbete. Detta är också uttryck för principen om den individuella bedömningen och principen om befintligt skick.

I förarbetena betonas att bedömningen ska utgå från kunskapsläget vid tidpunkten för bedömningen. Det ska alltså inte beaktas i vilken utsträckning framtida forskning eller utveckling kan komma att påverka t.ex. behandlings- eller rehabiliteringsmöjligheter för en viss sjukdom. Omständigheten att man inte vet hur forskningsläget kommer att utvecklas framöver är alltså inte ett skäl att avslå sjukersättning.

[213] SOU 2009:89, s. 277.
[214] T.ex. debattinlägg i Läkartidningen nr 47/2011.

HFD har uttalat att det för sådana sjukdomar och tillstånd där inga generella slutsatser kan dras är det utredningen i det individuella fallet som blir avgörande. Uttalandet innebär också att det inte går att per automatik utesluta vissa typer av sjukdomar eller underliggande tillstånd på den grunden att det inte går att göra medicinska prognoser för dem. I det aktuella målet hade kammarrätten i sin dom, som alltså överklagades till HFD, uttalat att de diagnoser som var aktuella – fibromyalgi och utmattningssyndrom – inte tillåter några säkra slutsatser om den framtida varaktigheten av sjukdomsbesvären, och att det därigenom inte är fråga om en sådan stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som förutsätts för rätt till sjukersättning. Men här uttalade alltså HFD att en sådan generaliserad bedömning inte kan göras utifrån diagnoser där inga generella slutsatser kan dras, och att det är individuella omständigheter som ska vara avgörande.

Utredningen menar att det sannolikt är relativt få sjukdomar och tillstånd där generella slutsatser kan dras. Till dessa bör höra exempelvis medfödda, ej behandlingsbara funktionsnedsättningar och obotliga sjukdomar, liksom t.ex. permanenta skador eller progressiva sjukdomar. Sjukdomstillståndet ska också bedömas utifrån rådande kunskapsläge. Det innebär att det sannolikt i de flesta fall blir fråga om en individuell bedömning baserad på omständigheterna i det enskilda fallet.

7.7.5 Uppföljning av arbetsförmågan senast efter tre år

En aspekt av varaktighetskravet i sjukersättningen utgörs av de uppföljningar av den försäkrades arbetsförmåga som Försäkringskassan ska göra med jämna intervall. Formen för och omfattningen av dessa uppföljningar kan tänkas få betydelse för hur varaktighetsbedömningen görs och t.ex. innebörden av begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. En mer ingående uppföljning av arbetsförmågan med en förnyad utredning liknande den som föregår ett beslut om sjukersättning med jämna intervall skulle i praktiken kunna medföra att begreppet all överskådlig framtid är begränsad till nästa sådan tidpunkt för den förnyade utredningen, medan en mer begränsad uppföljningsmetod kan tänkas få endast liten betydelse på fattade beslut om sjukersättning och de varaktighetsbedömningar som där görs.

Ett beslut om sjukersättning har i regel mycket stor betydelse för den enskildes ekonomi, i de flesta fall under en betydande del av livet. Sjukersättningen svarar också för en betydande del av socialförsäkringsutgifterna. Det är därför angeläget att följa upp eventuella förändringar i arbetsförmågan som sker efter beslutet om sjukersättning för att säkerställa att det är rätt personer som får ersättning och att dessa får ersättning med rätt omfattning. Men det är minst lika angeläget att den som har sjukersättning kan få hjälp att komma tillbaka i arbete om förutsättningar för detta finns. Det är detta som uppföljningen av arbetsförmågan syftar till.[215]

Försäkringskassan ska enligt nuvarande regelverk senast tre år räknat från ett beslut om sjukersättning göra en uppföljning av den försäkrades arbetsförmåga. Försäkringskassan ska därefter, så länge den försäkrade har rätt till sjukersättning, minst vart tredje år på nytt följa upp den försäkrades arbetsförmåga. Om den försäkrade har fyllt 60 år, behöver någon uppföljning inte göras.[216]

Syftet med uppföljningen är dels att följa upp om arbetsförmågan har förändrats sedan beslutet om sjukersättning fattades, dels att undersöka möjligheterna till rehabilitering. Detta är obligatoriskt i ärenden där sjukersättning har beviljats enligt regelverket i den lydelse som gäller från och med 1 juli 2008. Regeln om att någon uppföljning inte behöver göras om den försäkrade har fyllt 60 år innebär inte att en uppföljning aldrig ska göras för den som fyllt 60 år. Innebörden av lagtexten för försäkrade som fyllt 60 år är att en sådan utredning ska göras för dessa personer om den är nödvändig.[217] Gruppen över 60 år fyllda är således inte undantagna från sådana utredningar men omfattas inte av en skyldighet att utredas.

De försäkrade som har beviljats sjukersättning tills vidare enligt äldre regler, enligt 7 kap. 1 och 3 §§ i den upphävda AFL i lydelsen före den 1 juli 2008, omfattas av reglerna i 37 kap. SFB. Det står dessa personer fritt att använda sin förbättrade arbetsförmåga om de har uppnått sådan, vilket innebär att Försäkringskassan inte gör några uppföljningar av deras arbetsförmåga.[218] Det är bara om de inte längre omfattas av reglerna, som det blir aktuellt med uppföljning.

[215] Se t.ex. prop. 2004/05:21, s. 76–77 och prop. 2016/17:1 utg. omr. 10, s. 55–56.
[216] 33 kap. 17 § SFB.
[217] Prop. 2004/05:21, s. 101 f.
[218] Se prop. 2007/08:124, s. 48.

Bakgrund till förnyade utredningar av arbetsförmågan

År 1995 infördes regler om förnyad utredning av den dåvarande förtidspensionen i lag. Det föreskrevs att försäkringskassorna i samband med beslut om förtidspension skulle bedöma om en förnyad utredning av arbetsförmågan skulle göras efter en viss tid. I förarbetena motiverades införandet med att det i vissa ärenden fanns skäl att kontrollera om en försäkrad som hade beviljats förtidspension fortfarande uppfyllde förutsättningarna för rätten till ersättning. Regeringen konstaterade att en undersökning som Riksrevisionsverket hade genomfört visade att praxis hos försäkringskassorna var att inte göra någon efterkontroll i de flesta ärenden. Detta berodde i sin tur på att sådana kontroller inte ansågs ge något resultat och att man i de ärenden där det hade kunnat vara motiverat i stället beviljade den försäkrade den då möjliga tidsbegränsade ersättningsformen sjukbidrag. Förnyad utredning var enligt regeringen särskilt viktigt för yngre personer för att dessa inte permanent skulle utestängas från arbetsmarknaden.[219]

Från och med den 1 januari 2005 blev det obligatoriskt att besluta om förnyad utredning när sjukersättning beviljades tills vidare. Regeringen hade inför denna förändring övervägt att besluta om att begränsa rätten till sjukersättning till maximalt tre år i taget, men det hindrades av att de arbetsrättsliga konsekvenserna av detta förslag inte var tillräckligt utredda.[220] I stället föreslogs att uppföljningen av arbetsförmågan skulle förstärkas för dem som hade beviljats sjukersättning tills vidare. Avsikten var att alla förmånstagare kontinuerligt skulle omfattas av en utredning av arbetsförmågan, antingen i form av en ny prövning vid tidsbegränsad sjukersättning eller genom en obligatorisk förnyad utredning vid sjukersättning som beviljas utan tidsbegränsning. Detta ansågs stärka försäkringens legitimitet.[221]

I förarbetena beskrevs vidare att omfattningen av utredningen kan anpassas efter förmånstagarens sjukdom eller funktionshinder, vilket bör innebära stor flexibilitet vid tillämpningen. Regeringen betonade att förnyad utredning av arbetsförmågan inte får ske enbart i form av korta telefonsamtal mellan Försäkringskassans handläggare och

[219] Prop. 1994/95:147, s. 42 f. och 51.
[220] Parterna kunde inte enas om en tillfredsställande lösning i lagen (1982:80) om anställningsskydd. En konsekvens av en icke tidsbegränsad sjukersättning är att arbetsgivaren kan säga upp arbetstagaren, något som det inte finns grund för vid beviljande av en tidsbegränsad sjukersättning. Se 33 § i lagen (1982:80) om anställningsskydd.
[221] Prop. 2004/05:21, s. 76.

förmånstagaren. En förnyad utredning ska både innehålla utredning av arbetsförmågan och initiera rehabiliteringsinsatser genom Försäkringskassans samordningsansvar. Försäkringskassan har också ett informationsansvar om möjligheten att pröva att förvärvsarbeta med vilande sjukersättning.[222]

För den grupp som hade sjukersättning utan tidsbegränsning i juni 2008 trädde nya regler i kraft i januari 2009 som innebar att den försäkrade kunde återgå i arbete utan att rätten till ersättning skulle omprövas. Dessa regler om steglös avräkning behandlas mer ingående i kapitel 14 och 15. Regelverket för denna grupp innebar således att någon förnyad utredning inte behövde göras i dessa ärenden.

Förenklade regler och upplättade krav på den förnyade utredningen

I februari 2017 genomfördes vissa reformer inom sjuk- och aktivitetsersättningen. Dessa reformer innebar bl.a. att regelverket kring den förnyade utredningen av arbetsförmåga vid sjukersättning förändrades på ett par punkter. I stället för en förnyad utredning av arbetsförmågan ska nu en uppföljning av arbetsförmågan genomföras. Vidare behöver inget beslut om tidpunkt för uppföljningen fattas i samband med beslutet om beviljande av sjukersättning; i stället regleras i lagen att en uppföljning ska ske minst vart tredje år så länge rätt till sjukersättning föreligger.

Till grund för de förenklade reglerna låg bl.a. regeländringsförslag från Försäkringskassan[223] och två rapporter från Inspektionen för socialförsäkringen. I förarbetena[224] redogörs för varför vissa förändringar är motiverade, bl.a. ett utbyte från kravet på en förnyad utredning till en uppföljning av arbetsförmågan. Det konstaterades att det är viktigt att uppföljningar görs, och att de görs med tillräckligt hög kvalitet. Detta är viktigt för att upprätthålla förtroendet för försäkringen, både hos allmänheten i stort och hos dem som får del av förmånen. Samtidigt är det i vissa ärenden tydligt att det inte behövs någon särskilt djuplodande uppföljning, medan det i andra ärenden är osäkert om arbetsförmågan är nedsatt i samma grad som när beslutet om sjukersättning fattades. När det gäller utredningens omfattning uttalade regeringen i samband med införandet av kravet på genomförande

[222] Prop. 2004/05:21, s. 76 f.
[223] Försäkringskassan ”Antikrångelkatalogen” 2014.
[224] Ds 2016:5 och prop. 2016/17:1 utg.omr. 10 s. 55.

av förnyad utredning att utredningen skulle kunna anpassas efter förmånstagarens sjukdom eller funktionshinder vilket borde innebära stor flexibilitet vid tillämpningen, men att en utredning inte skulle få ske enbart i form av korta telefonsamtal mellan Försäkringskassans handläggare och förmånstagaren.[225]

Regeringen ansåg, med särskilt angivande av att detta även gällt tidigare, att det ska vara upp till Försäkringskassan att utforma sina metoder och därmed avgöra vad uppföljningen av arbetsförmågan vid sjukersättning som minst ska innehålla i ett enskilt ärende. De föreslagna förändringarna innebar dock att Försäkringskassan fick utökad frihet att när det är lämpligt att följa upp arbetsförmågan på ett enklare sätt än vad som krävdes under tidigare förhållanden, och till exempel avstå från en kontakt med den försäkrade. Därmed frigörs också resurser för att prioritera ärenden där det behövs en mer djuplodande uppföljning av arbetsförmågan, ansåg regeringen.

Förslaget om uppföljning i stället för förnyad utredning innebar inte att några av de utredningsåtgärder som Försäkringskassan vidtagit under tidigare förhållanden försvunnit. En mer flexibel reglering som gör att uppföljningen kan anpassas efter hur behovet ser ut ger en mer effektivt resursanvändning hos Försäkringskassan och skapar inte onödig oro hos den enskilde försäkrade.

Regeringen anförde att den mer flexibla uppföljningen inte får innebära att sannolikheten att Försäkringskassan upptäcker en ökad arbetsförmåga minskar. Det är centralt att Försäkringskassan har väl utvecklade rutiner för att i varje enskilt fall ta fram just så mycket information som krävs för att bedöma om uppföljningen måste fördjupas eller inte.[226]

I en skrivelse till regeringen 2014 föreslog Försäkringskassan en del förändringar av det dåvarande systemet med förnyad utredning av arbetsförmågan. Försäkringskassan menade bl.a. att utredningarna skapar oro eftersom de ska uppfylla två motstridiga syften – dels efterkontroll (utredning av arbetsförmågan), dels stöd i återgång i arbete. Man konstaterade att de försäkrade har svårt att förstå syftet med utredningen och många känner sig misstänkliggjorda. Redan informationen i beslutsbreven om att Försäkringskassan en viss bestämd tidpunkt kommer att göra en uppföljning av arbetsförmågan ansågs skapa oro och frågor hos dessa människor. Myndigheten anförde också

[225] Prop. 2004/05:21, s. 76.
[226] Prop. 2016/17:1 utg.omr. 10 s. 56.

att de uppföljande utredningarna var mycket resurskrävande, med högre krav på utredning än vad man såg som motiverat. Av förarbetsuttalanden framgår exempelvis att enbart ett telefonsamtal inte räcker. För att leva upp till lagkraven krävs i samtliga ärenden en manuell genomgång av uppgifter i Försäkringskassans system, normalt kombinerat med utredning tillsammans med den försäkrade. De 26 500 utredningarna som planerades för 2015 bedömdes kräva 37 årsarbetare.

Försäkringskassan konstaterade att inte många förnyade utredningar leder till att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga eller får ändrad grad av ersättning och att ändringsgraden hade legat på under 2 procent sedan de första förnyade utredningarna började göras sommaren 2011. Det finns inte heller några indikationer på att andelen personer som återfår sin arbetsförmåga efter beslut om sjukersättning skulle vara annat än mycket liten, konstaterade Försäkringskassan.

Försäkringskassan redogjorde i skrivelsen för uppfattningen att uppföljningarna skulle kunna göras på ett mer behovsanpassat och effektivt sätt, med andra metoder än tidigare och det utan att de försäkrade får sämre möjligheter att ta tillvara en förbättrad arbetsförmåga eller att riskerna för felaktiga utbetalningar ökar.[227]

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) hade år 2014 granskat Försäkringskassans förnyade utredningar av arbetsförmågan, och instämde i en uppföljande rapport från 2015[228] i Försäkringskassans uppfattning att det fanns skäl att förtydliga regelverket så att det framgår att den förnyade utredningen inte behöver vara djuplodande i alla ärenden. ISF ansåg vidare att en förnyad utredning om rätten till ersättning inte behöver göras i samtliga fall. ISF anförde att det kunde finnas anledning att överväga en förändring av regelverket, som gör det möjligt att avstå från förnyad utredning i ärenden där det är uppenbart onödigt. Men i många fall är bedömningen av om arbetsförmågan är helt nedsatt osäker på lång sikt, och i dessa fall är det enligt ISF angeläget att Försäkringskassan efter en tid bedömer om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i samma grad som när beslutet om hel sjukersättning fattades.

I rapporten konstaterade ISF att de iakttagelser som man har gjort pekade på att Försäkringskassans ambitionsnivå när det gäller utförandet av förnyade utredningar hade sjunkit under en längre tid och

[227] Försäkringskassan, ”antikrångelkatalog” 2014, s. 39–40.
[228] ISF, Förnyad utredning av sjukersättning – Behov av förändring, ISF kommenterar 2015:2.

att det var angeläget att bryta denna utveckling. ISF anförde att detta förutsatte att Försäkringskassan vidtar åtgärder för att säkerställa att förnyade utredningar genomförs på ett sådant sätt att det syfte som lagstiftaren hade med att införa utredningarna faktiskt uppnås. Utifrån detta menade ISF också att det fanns skäl för regeringen att överväga vilken ambitionsnivå som skulle gälla och att ta ställning till om det finns anledning att tydliggöra detta i lagstiftningen.

Den försäkrades skyldigheter under tid med sjukersättning

En uppföljning av arbetsförmågan innebär visserligen att det är Försäkringskassan som ska utreda om något har förändrats gällande den försäkrades arbetsförmåga och rehabiliteringsmöjligheter under tiden med sjukersättning. Den försäkrade är dock skyldig att själv anmäla sådana förändringar utan att Försäkringskassan har initierat någon utredning, vilket också betonas i förarbetena till de förenklade reglerna om uppföljning av arbetsförmågan.[229] En försäkrad som har beviljats sjukersättning är skyldig att lämna uppgifter som har betydelse för rätten till ersättning, både vid prövning av rätten till förmånen och under hela den tid som ersättningen betalas ut.[230] Uppgiftsskyldigheten gäller även i ärenden som inte direkt berör en ersättningsfråga, till exempel i ett ärende om rehabilitering.[231]

År 2008 infördes en särskild bestämmelse utöver de generella bestämmelserna om anmälningsskyldighet om att den som får sjukersättning alltid ska anmäla om det sker en förbättring av arbetsförmågan. Den som får sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta ska också anmäla om han eller hon avser att börja förvärvsarbeta, förvärvsarbeta i större omfattning än tidigare, eller fortsätta att förvärvsarbeta efter en tid med vilande sjukersättning.[232]

Genomförande av uppföljningen av arbetsförmåga

Lagkravet om uppföljning av arbetsförmåga innebär enligt förarbetena att Försäkringskassan i större utsträckning än tidigare ska kunna behovsanpassa uppföljningen av arbetsförmågan hos den som har fått

[229] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 56.
[230] 110 kap. 13 § andra stycket SFB.
[231] Prop. 2008/09:200, s. 555 f.
[232] 110 kap. 50 och 51 §§ SFB, prop. 2007/08:124, s. 63 f.

sjukersättning. Det är dock viktigt att uppföljningarna sker och att de görs med tillräckligt hög kvalitet. Detta är viktigt för att upprätthålla förtroendet för försäkringen. Syftet med att följa upp arbetsförmågan är i första hand att kontrollera om personens arbetsförmåga har ändrats, men också att stödja den som har förutsättningar att få tillbaka eller öka sin arbetsförmåga. Uppföljningen bidrar också till att motverka felaktiga utbetalningar.

Uppföljningen kan anpassas efter personens sjukdom eller funktionsnedsättning. Det finns utrymme för att göra utredningen i olika omfattning. Av förarbetena framgår det att Försäkringskassan får utökad frihet att följa upp arbetsförmågan på ett enklare sätt än vad som tidigare har krävts och till exempel avstå från en kontakt med den försäkrade i de situationer det bedöms vara lämpligt.[233]

Det kan noteras att det här är fråga om en uppföljning av arbetsförmågan – och inte en omprövning av rätten till sjukersättning. För en förändring av rätten till ersättning eller ersättningsnivån krävs ett nytt beslut.

De tidigare utredningarna av arbetsförmågan led av problem vid genomförandet. I juni 2014 publicerade ISF rapporten 2014:13 *Förnyad utredning av sjukersättning* som svar på ett regeringsuppdrag i ISF:s regleringsbrev för 2013.2. I rapporten var ISF kritisk till hur Försäkringskassan utförde sitt uppdrag. En sådan förnyad utredning om sjukersättning skulle enligt förarbetena innehålla både en arbetsförmågebedömning och en bedömning av möjliga rehabiliteringsåtgärder. Den skulle dessutom innehålla en kontakt med den försäkrade som även borde få ta del av utredningens resultat. Vid den förnyade utredningen skulle Försäkringskassan utreda:

– Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i samma omfattning som när ersättningen beviljades.
– Om arbetsförmågan har förbättrats sedan ersättningen beviljades.
– Om det finns förutsättningar för rehabilitering.

Utredningen kunde avslutas först när det gick att ta ställning till dessa frågor. Om arbetsförmågan har förbättrats kan det vara aktuellt med vilande sjukersättning eller att ompröva rätten till sjukersättning.

ISF konstaterade i sin rapport 2014 att Försäkringskassan i hög

[233] Försäkringskassan, vägledning 2013:1, version 6, s. 130.

grad baserade den förnyade utredningen enbart på information från myndighetens interna system. Det var ovanligt att kompletterande underlag begärs in, exempelvis medicinska underlag. Den vanligaste kontakten med de försäkrade skedde via telefon eller brev medan personliga möten med de försäkrade var ovanliga. I ISF:s rapport kunde konstateras att sådana kontakter med den försäkrade skedde i 65 procent av de granskade ärendena och i 91 procent av de fall där ersättningsnivån hade ändrats.[234] I ISF:s uppföljande rapport från 2015 konstaterades att andelen personliga möten hade sjunkit successivt och låg i slutet av 2014 under 1 procent.

Den nya, differentierade handläggningen som gäller sedan februari 2017 innebär enligt Försäkringskassans vägledning att de sjukersättningsärenden som är aktuella för förnyad utredning delas in i tre kategorier eller ärendetyper:

– ärenden som kräver hög utredningsgrad
– ärenden som kräver medelhög utredningsgrad
– ärenden som kräver låg utredningsgrad.

I vägledningen anges att alla ärendetyper kräver att ”de impulser som finns tas tillvara”. Ärendetypen ”hög utredningsgrad” kräver alltid en omfattande utredning av den försäkrades arbetsförmåga. Det beror på att det finns indikationer på att den försäkrade har fått ökad arbetsförmåga. De två andra ärendetyperna kräver mindre utredning. För ärenden med ”låg utredningsgrad” anges exempelvis att det inte finns något stort behov av att en handläggare gör en utredning. Det kan till exempel vara fråga om omständigheter där det inte finns någon indikation på att den försäkrade har fått bättre arbetsförmåga eller behöver stöd med rehabilitering. Det gäller till exempel vissa sjukdomstillstånd, långvarig försäkringshistorik eller den som fyller 60 år under året.[235]

Försäkringskassan kan vidta olika typer av utredningsåtgärder inom ramen för en uppföljning. Följande exempel visar några åtgärder som kan bli aktuella:

– personligt möte med den försäkrade
– utredningssamtal med den försäkrade

[234] ISF 2014:13, s. 33.
[235] Försäkringskassan, vägledning 2013:1, version 6, s. 131–133.

– avstämningsmöte
– konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR)
– kontakt med eller riktade frågor till behandlande läkare
– köp av medicinsk utredning.

Förändringarna till uppföljning av arbetsförmågan i stället för förnyad utredning innebär enligt förarbetena inte att några av de utredningsåtgärder som Försäkringskassan hade vidtagit under tidigare förhållanden skulle försvinna.[236]

Det finns olika typer av kompletterande underlag och utredningar som Försäkringskassan har att tillgå, genom att till exempel begära in nytt medicinskt underlag från behandlande läkare eller konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR). Försäkringskassan kan även köpa externa utredningsinsatser.

De uppgifter som ISF hade tagit fram inför granskningen 2014 visade att få ärenden utreddes med hjälp av sådana kompletterande utredningar eller nya medicinska underlag. ISF konstaterade att noterbart är att arbetsförmågan sällan utreds på nytt, åtminstone inte genom att nytt medicinskt underlag tas in eller att en ny utredning köps in.[237] ISF noterade särskilt att Försäkringskassan i endast några enstaka procent av ärendena hade konsulterat Försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) eller begärt in nya medicinska underlag, trots att denna typ av underlag är viktiga vid en arbetsförmågebedömning. Dessutom köptes det nästan inga medicinska utredningar.[238] ISF fann i sin granskning 2014 att Försäkringskassan inte levde upp till de krav som kan ställas på förnyad utredning. I förarbetena framhålls att en förnyad utredning ska innehålla både en arbetsförmågebedömning och en bedömning av möjliga rehabiliteringsåtgärder. Den ska dessutom innehålla en kontakt med den försäkrade som även bör få reda på resultatet av utredningen. I aktgranskningen av ärenden som inte har lett till en ändring av ersättningsnivån innehöll endast 19 procent av ärendena en dokumentation av samtliga dessa moment.

I och med de upplättade reglerna 2017 har det förtydligats bl.a. att en kontakt med den försäkrade inte alltid är nödvändig och att ett enklare tillvägagångssätt kan vara tillräckligt. Försäkringskassans

[236] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 56.
[237] ISF 2015:2, s. 15.
[238] ISF 2014:13, s. 37.

tillämpning av modellen med tre olika ”utredningsgrader” är ett uttryck för denna differentierade modell. Grundmodellerna för möjliga åtgärder vid utredning är dock desamma.

Leder uppföljning till förändringar av beviljad sjukersättning?

Mycket tyder på att det är mycket sällan som Försäkringskassans uppföljningar av arbetsförmågan leder till någon förändring i de försäkrades sjukersättning. I ISF:s rapport 2014:13 konstaterades att någon förändring av besluten skedde endast i ett fåtal av de ärenden där uppföljande utredning hade ägt rum. Det rörde sig om totalt ca 2 procent av de genomförda utredningarna. Samma siffror redogjorde Försäkringskassan för i sin antikrångelrapport 2014. I de fåtal fall där sjukersättningen hade minskats eller förklarats vilande var det i 7 fall av 10 vidare den försäkrade som tagit detta initiativ. ISF:s aktgranskning visade också att försäkrade i dessa ärenden i större omfattning har en partiell sjukersättning och en anställning, än i de ärenden där ersättningen inte ändrats. Dessa resultat var näst intill identiska med vad som framkom i ISF:s uppföljande granskning för åren 2014 och 2015.[239]

Utredningen har inte funnit stöd för att någon skillnad av denna grad av förändring har uppstått sedan de förnyade reglerna började tillämpas på beslut fattade fr.o.m. februari 2017. Det är dock för tidigt att dra några mer långtgående slutsatser eftersom den nya lagstiftningen gäller beslut som är fattade från och med den 1 februari 2017 och den förnyade uppföljningen började genomföras i större omfattning först i början av 2020.[240]

Slutsatser om uppföljningar av arbetsförmågan

Utredningen kan konstatera att det är mycket sällan som uppföljningar av arbetsförmågan leder till någon förändring i de försäkrades arbetsförmåga eller en förändring i tidigare beslut om beviljad sjukersättning. Detta framstår inte heller som vare sig särskilt förvånande eller uppseendeväckande. Mot bakgrund av de strikta regler som gäller för att beviljas sjukersättning är det rimligt att anta att de försäkrade

[239] ISF 2015:2, s. 12.
[240] Se Försäkringskassan, svar på regeringsuppdrag, 2019-02-21, dnr 002675-2018.

som ändå beviljas ersättning har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Om inte beslutet har varit felaktigt bör det inte heller gå att förvänta sig att denna arbetsförmåga ska ha förbättrats vid tidpunkten för uppföljningen, särskilt när den försäkrade då varit frånvarande från arbetsmarknaden under ytterligare ca tre års tid. Samtidigt är det viktigt att betona att kraven för att beviljas sjukersättning inte är att arbetsförmågan är nedsatt livslångt eller till pension utan under en mer begränsad, överskådlig tidsrymd. Detta gör att det kan ha skett förändringar över tid, hos den försäkrade men också t.ex. vad gäller den medicinska utvecklingen. Bedömningsutrymmet i det enskilda ärendet är också stort. I en rättslig uppföljning från 2015[241], av beslutsunderlag och beslut om sjukersättning, bedömde Försäkringskassans granskare att närmare 25 procent av ärendena i undersökningen var otillräckligt utredda. I 45 procent av de ärenden som bedömdes som tillräckligt utredda gjorde granskarna bedömningen att arbetsförmågan inte var nedsatt i den grad som det ursprungliga beslutet motsvarade.

Få ändringar efter uppföljning är i sig alltså inget bevis på att förnyad utredning inte görs på det sätt som lagen anger, men om detta sker i kombination med att aktivitetsnivån på uppföljningarna är låg och att ändringar oftast görs på den försäkrades initiativ, så kan det utgöra indikationer på att lagens intentioner inte uppnås. Mot bakgrund av förarbetsuttalanden, rättspraxis från HFD uttalanden samt Försäkringskassans rättsliga uppföljningar menar utredningen att det ändå är av stor betydelse att Försäkringskassan kontinuerligt gör uppföljningar av den försäkrades arbetsförmåga.

Utredningen konstaterar att de upplättade regler som infördes fr.o.m. februari 2017 på många sätt innebär en kodifiering av Försäkringskassans tidigare arbete med de uppföljande utredningarna av arbetsförmågan, som bl.a. innebar en begränsad kontakt med försäkrade i många ärenden. Här kan vidare konstateras att detta arbete ansågs av ISF ha brister, utifrån hur kraven på dessa uppföljande utredningar hade formulerats i förarbetena. ISF påpekade också inför införandet av upplättningen i regelverket att uppföljningen inte längre kommer att innefatta något ställningstagande till eventuella rehabiliterande åtgärder, vilket enligt ISF innebär en klar ambitionssänkning.[242]

[241] Försäkringskassan, 2015:4, rättslig uppföljning av sjukersättning.
[242] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 55.

ISF:s granskningar 2014 och 2015 av de förnyade utredningarna visade att utredningen generellt sett inte gjordes på det sätt som lagstiftaren hade avsett. Granskningen visade också att ersättningsgraden ändrades eller ersättningen förklarades vilande i endast ett fåtal av de ärenden där en förnyad utredning hade genomförts. Det rörde sig om totalt ca 2 procent av de genomförda utredningarna. ISF:s sammantagna bedömning av Försäkringskassans arbete med förnyad utredning var att myndigheten inte levde upp till de krav som kan ställas på en förnyad utredning. ISF menade i sin granskning att interna styrdokument hos Försäkringskassan sannolikt bidragit till att den förnyade utredningen inte sågs som prioriterad verksamhet för Försäkringskassan. ISF redogör i sin rapport för att Försäkringskassan t.o.m. planerade att lägga ned arbetet med de förnyade utredningarna under 2013.

Utredningen kan konstatera att det synes ha funnits en diskrepans mellan det detaljerade och relativt omfattande sätt som en uppföljande utredning skulle göras på enligt förarbetena och de förutsättningar som Försäkringskassan har haft att göra detta i praktiken. Dessa utredningar synes också ha varit lågprioriterade, som ISF kunde konstatera 2014. Dessa krav som enligt förarbetena har ställs på de förnyade utredningarna har varit relativt högt ställda. Dessa krav har minskat något i och med regeländringarna 2017.

Utredningen är av uppfattningen att ju striktare regler för beviljande av sjukersättning desto mindre är sannolikheten för att några avgörande förändringar ska ha uppstått vid uppföljning tre år senare. Ett så strängt krav som att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda gör att det får anses osannolikt att ytterligare rehabiliteringsmöjligheter ska ha uppkommit vid en uppföljning, Detta är dock inte omöjligt om det t.ex. har gått lång tid mellan tidpunkten för beviljade av sjukersättning och uppföljningen och den medicinska utvecklingen har gått framåt på ett visst område.

En fråga som också uppstår är hur omfattande uppföljningar av arbetsförmågan i ärenden med beviljad sjukersättning bör vara och hur regelverket kring förnyade utredningar bör utformas. Utifrån regelsystemets konstruktion och det låga antalet uppföljningar där den försäkrade bedöms ha förbättrad arbetsförmåga kan det ifrågasättas om det är motiverat med ett krav på mer omfattande uppföljningar.

7.7.6 Slutsatser om varaktighetskriteriet

Varaktighetskriteriet i sjukersättningen utgör en del av orsaken till att regelverket blev betydligt striktare i och med förändringarna fr.o.m. juli 2008. Kraven på att den försäkrades arbetsförmåga ska vara stadigvarande nedsatt, dvs. för all överskådlig framtid, och att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda som infördes vid denna tidpunkt är mycket högt ställda och det är inte förvånande att få försäkrade uppfyller dessa krav.

Såväl frågan om hur lång tid arbetsförmågan kan antas vara nedsatt som om det finns några återstående möjligheter till rehabilitering av arbetsförmågan är i de flesta fall svåra att svara på. Bedömningar av prognosen för arbetsförmågans nedsättning behöver göras med utgångspunkt i hur sjukdomen i sig kan utvecklas, vilket den medicinska vetenskapen långt ifrån alltid kan ge svar på. I många fall har den försäkrade också flera diagnoser eller funktionsnedsättningar. Dessa fall av samsjuklighet med bedömning av hur besvären eventuellt påverkar och förstärker varandra är extra svårbedömda. Dessutom ska bedömningen av den enskildes funktions- och arbetsförmåga relateras till de unika förutsättningar som råder i varje situation där sjukersättning är aktuell. Utöver detta ska en bedömning göras av hur medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder samt arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan komma att påverka den enskildes funktions- och arbetsförmåga. Alla dessa bedömningar ska dessutom göras på lång sikt. Detta illustrerar hur stort behovet är av att reglerna är tydliga, om bedömningarna ska kunna göras på ett enhetligt sätt, men också svårigheten i att utforma tydliga regler.

Det står inte helt klart huruvida bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt ska ske sammantaget eller genom två olika rekvisit i separata steg. Utredningen har kommit till slutsatsen att denna bedömning formellt ska ske i två steg. Detta har emellertid sannolikt en mer begränsad betydelse i praktiken. Försäkringskassan har uttalat att bedömningen av varaktighetskriteriet, inklusive bedömningen av om rehabiliteringsåtgärder är uttömda, inte utgör något problem i tillämpningen av försäkringen.

Utredningen kan vidare konstatera att det är svårt att avgöra hur lång tidsrymd som ligger i begreppet stadigvarande, eller all överskådlig framtid som det anses innebära enligt förarbetena. De klargöranden som gjorts i rättspraxis beskriver främst vad begreppet inte inne-

bär, framför allt att det inte är fråga om någon ”permanent” ersättning och att stadigvarande inte innebär livslångt eller till pension.

Medicinskt sakkunniga har i kontakter med utredningen redogjort för att det är mycket svårt att göra långvariga prognoser om sjukdomsutveckling. Extra svårt blir det att göra rent medicinskt sådana, eftersom man från hälso- och sjukvårdens håll även väger in andra faktorer i en patients liv. Uppgifter från medicinskt sakkunniga pekar på att överskådliga prognoser tidsmässigt handlar om som mest ca 3–5 år.

Det finns omständigheter som ger vid handen att en bedömning av en arbetsförmågenedsättning under all överskådlig framtid handlar om en tidsrymd i detta tidsspann, dvs. ca 3–5 år. Viss ledning bör också kunna hämtas från regelverkets utformning om att förnyad utredning av arbetsförmågan ska ske minst vart tredje år och uttalanden från HFD i rättsfallet HFD 2011 ref. 63. Uttalanden i förarbetena om att begreppet är avsett att omfatta en längre period än tidigare begrepp talar dock emot detta. Att en sådan bestämning till tre år inte ska göras är också Försäkringskassan uppfattning. Resultatet är att det i dagsläget får anses föreligga osäkerhet i vad som ska gälla avseende varaktighetsbedömningen. Utredningen menar här sammantaget att det svårligen skulle gå att säga att varaktighetskravet enligt gällande regelverk är begränsat till en tidsrymd om tre år.

De uppföljningar av rätten till sjukersättning som enligt lag ska göras minst vart tredje år (med undantag för försäkrade över 60 år) får betydelse för varaktighetsbedömningen. Dessa ska enligt förarbetena innebära en ny utredning av arbetsförmågan. Enligt rapporter från ISF för tidigare år har dessa uppföljningar skett endast i begränsad utsträckning. Sedan 2017 gäller upplättade regler. Dessa får i sin tur den möjliga effekten att uppföljningen av arbetsförmågan utförs mindre utförligt och att fall där den försäkrade har återfått någon arbetsförmåga inte identifieras.

7.8 Beviskravet vid prövning av rätt till sjukersättning

I avsnitten ovan har utredningen kunnat konstatera att det föreligger en instabilitet i tillämpningen av sjukersättningsreglerna över tid och att detta inte orsakas av externa faktorer såsom förändringar i system eller samhällsutveckling. Inte heller kunde förändringar i rättspraxis

anses utgöra en förklaring till variationerna i tillämpningen. Utredningen har nått slutsatsen att variationerna i tillämpningen har sin huvudorsak i Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Enligt Försäkringskassan beror förändringarna i tillämpningen huvudsakligen på en intern, mer korrekt tillämpning och bedömning av ärendena.

Oklarheter i beviskravet, dvs. den styrka på bevisningen i form av främst medicinska underlag som krävs för att kriterierna i regelverket ska anses vara uppfyllda, har inte lyfts särskilt av Försäkringskassan som en förklaringsmodell till varför bedömningarna har skiftat avsevärt över tid och varför tidigare bedömningar skulle ha brister och inte varit korrekta. Frågan uppkommer då om oklarheter i beviskravet ändå kan anses utgöra en delförklaring till varför tillämpningen har varierat så över tid.

Enligt utredningens direktiv ska frågan om beviskravet särskilt analyseras och utredningen ska ta ställning till om ett nytt, författningsreglerat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna antas leda till en ökad stabilitet i tillämpningen. Det innebär att utredningen först måste utreda huruvida det kan anses finnas ett rådande beviskrav. Om så är fallet uppstår också frågan om det nuvarande, ej författningsreglerade beviskravet leder till instabilitet i tillämpningen.

I detta sammanhang måste något sägas om beviskrav och bevisregler i allmänhet. Inledningsvis kan konstateras att det i förvaltningsprocesslagen saknas regler om bevisbördans placering, liksom vilket beviskrav som gäller. Ibland framgår detta av aktuell materiell lagstiftning, men oftast är så inte fallet. Inte heller förvaltningslagen innehåller regler om beviskrav eller bevisbörda. I förarbetena till förvaltningslagen kodifieras myndigheternas utredningsskyldighet och den enskildes uppgiftslämnarskyldighet diskuteras. Begreppen bevisbörda och beviskrav används emellertid överhuvudtaget inte i förvaltningslagen eller dess förarbeten. Frågorna får då lösas genom sedvanlig juridisk metod och tolkning av rättskällorna.

Nedan behandlas begreppen bevisbörda, beviskrav, utredningsskyldighet och bevisvärdering översiktligt inför den fortsatta diskussionen om betydelsen av beviskravet för tillämpningen och ett eventuellt införande av ett nytt, författningsreglerat beviskrav. Till skillnad från övriga delar av denna utredning blir behandlandet av frågan om beviskrav mer av karaktären rättsutredning, även om något även kan

sägas om Försäkringskassan tillämpning av beviskrav i myndighetens beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning.

7.8.1 Allmänt om bevisregler i förvaltningsprocessen

Med bevisregler avses här, i likhet med gängse uppdelning i litteraturen, *utredningsskyldighet*, *bevisbörda* och *beviskrav*. Bevisreglerna har ofta avgörande betydelse för utgången i en process. Med begreppet förvaltningsprocessen avses här såväl hanteringen av ett ärende hos myndighet som processen i domstol.

7.8.2 Utredningsskyldighet

Huvudsyftet med myndigheters och domstolars utredningsskyldighet – den princip som också kallas officialprincipen – är att uppnå materiellt riktiga beslut. I detta avsnitt fokuseras, utöver vissa allmänna resonemang om utredningsskyldighet, på Försäkringskassans utredningsskyldighet i ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning. Som en grund för Försäkringskassans handläggning ligger Försäkringskassans utredningsskyldighet som innebär en skyldighet för Försäkringskassan att utreda ärendena ”såsom dess beskaffenhet kräver”.[243] Syftet med att utreda ett ärende är att klarlägga de faktiska förhållanden som är relevanta för ärendet.

Försäkringskassan har en omfattande utredningsskyldighet, vilket innebär att det är myndigheten som har det yttersta ansvaret för att underlaget i ärendet blir sådant att ett beslut som överensstämmer med de faktiska förhållandena kan fattas (ett materiellt riktigt beslut). Det innebär inte att alla ärenden ska utredas lika – enkla ärenden behöver mindre utredning än komplicerade ärenden. Även om Försäkringskassan har det yttersta ansvaret för att ärendet blir tillräckligt utrett så behöver den enskilde medverka i utredningen så att de uppgifter som behövs för bedömningen också kommer in till Försäkringskassan.[244]

Försäkringskassan har genom en revidering av vägledningen om förvaltningsrätt under 2021 utvecklat redogörelsen för utredningsskyldighetens innebörd. Numera finns exempelvis resonemang kring

[243] 110 kap. 13 § SFB.
[244] Se Försäkringskassan, vägledning 2004:7, version 14, s. 47.

begreppen ärendets beskaffenhet och bevisbörda uttryckta i vägledningen. [245]

Förvaltningsmyndighetens beslut ska enligt förvaltningslagen vara grundande på faktiska och verkliga förhållanden. Ett beslut är materiellt riktigt när de (så långt som möjligt) överensstämmer med de faktiska förhållandena i ärendet eftersom det är det som krävs för att avsikten ska kunna förverkligas. I socialförsäkringsärenden ska Försäkringskassan se till att alla ärenden blir utredda i den omfattning som de kräver. Syftet med utredningen är att klarlägga de faktiska förhållanden som är relevanta så att ett beslut som överensstämmer med dessa förhållanden kan fattas. Det är vad som avses med att så kallade materiellt riktiga beslut ska fattas. Ett materiellt riktigt beslut är alltså ett beslut baserat på korrekt tillämpning av gällande rätt och som grundar sig på de faktiska förhållandena. Med faktiska förhållanden menas hur ett förhållande är beskaffat i verkligheten. Utredningsskyldigheten och dess syfte med materiellt riktiga beslut grundar sig i att säkerställa den enskildes rättssäkerhet, det vill säga att den enskilde exempelvis ska få den förmån som hen har rätt till. Men det är inte bara för den enskildes rättssäkerhet som det är viktigt med materiellt riktiga beslut. Det är också viktigt för förtroendet för socialförsäkringssystemet att Försäkringskassan kan säkerställa att underlagen är tillräckliga.[246]

Att ärendena blir tillräckligt utredda är i grunden en fråga om att förverkliga avsikten med den materiella reglering som ska tillämpas i det enskilda ärendet vilket också uttrycks i förarbetena till förvaltningslagen.[247] Regeringen betonar att det alltid måste vara beslutsmyndigheten som har det yttersta ansvaret för att underlaget i ett förvaltningsärende är sådant att det leder till ett materiellt riktigt beslut. Detta har betydelse också i frågan om den enskildes bevisbörda (se vidare nästa avsnitt).

Det är de faktiska förhållandena som ska bedömas uppfylla kraven i den materiella regeln. Det är beslutsmyndigheten som har det yttersta ansvaret för att underlaget i ett förvaltningsärende är sådant att det leder till ett materiellt riktigt beslut. En målsättning är att den enskilde inte annat än undantagsvis ska behöva föra sin sak vidare till domstol. Tyngdpunkten ligger därför i första instans, det vill säga

[245] Vägledning 2004:7 version 14, beslutad den 12 februari 2021.
[246] Försäkringskassan, vägledning 2004:7, version 14, s. 46.
[247] Prop. 2016/17:180, s. 148.

hos förvaltningsmyndigheten. I de fall överklagande ändå sker så underlättas domstolsprövningen av att den utredning myndigheten gjort i ärendet är så fullständig som möjligt.[248]

Försäkringskassans utredningsansvar reglerades i lag först när socialförsäkringsbalken började gälla år 2011. Officialprincipen har emellertid enligt praxis gällt även sedan tidigare. Utredningsskyldigheten är numera också reglerad i den nya förvaltningslagen från år 2018.[249] Bestämmelsen anger att en myndighet ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.[250] Bestämmelsen har alltså samma innebörd som i socialförsäkringsbalken. Förvaltningslagen gäller generellt för handläggande förvaltningsmyndigheter. Förvaltningsdomstolar har sedan tidigare en utredningsskyldighet enligt förvaltningsprocesslagen.[251] I förarbetena till socialförsäkringsbalkens bestämmelse om utredningsskyldighet framhåller regeringen att Försäkringskassans skyldighet är vidsträckt. Försäkringskassan ska leda utredningen i ärendet och se till att det material som är nödvändigt kommer in. Det innebär inte att Försäkringskassan i varje ärende själv måste ta in det material som behövs. Även den enskilda personen har här ett ansvar för att lämna in underlag i ärendet. Regeringen poängterar att det är uppenbart att Försäkringskassan har huvudansvar för att nödvändig utredning kommer in i de ärenden som myndigheten har initierat. Men regeringen uppger att Försäkringskassan även ansvarar för att ett ärende blir tillräckligt utrett när ärendet har inletts med en ansökan från en enskild person. I de fall det är föreskrivet i lag eller annan bestämmelse att den enskilda personen ska svara för att vissa uppgifter tillförs ärendet har han eller hon förstahandsansvar för det.[252]

Den som vill begära en förmån ska ansöka om den skriftligen. Ansökan ska innehålla de uppgifter som behövs i ärendet. Den enskilde är också skyldig att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning. Försäkringskassan har sedan ett ansvar för att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Försäkringskassan som har i och med detta det yttersta ansvaret för att varje ärende blir tillräckligt utrett. Balansen mellan Försäkringskassans utredningsansvar och den enskildes ansvar

[248] Prop. 2016/17:180, s. 147 f.
[249] 23 § förvaltningslagen [2017:900] (FL).
[250] 23 § första stycket FL.
[251] 8 § förvaltningsprocesslagen [1971:291] (FPL).
[252] Prop. 2008/09:200, del 2, s. 554–555.

att lämna uppgifter kan se olika ut beroende på omständigheter i det enskilda fallet. I ärendetyper där det finns starkt intresse att uppnå ett sådant materiellt riktigt beslut – vartill ärenden om sjuk- eller aktivitetsersättning torde ansluta sig – är utredningsskyldigheten omfattande. Bristande utredning som gör att utredningsskyldigheten inte är uppfylld utgör ett hinder för prövning i sak; Försäkringskassan eller annan myndighet (eller domstol för den delen) kan inte nå ett avslut i form av bifall eller avslag innan utredningsskyldigheten är uppfylld. Om utredningsskyldigheten inte är uppfylld kan myndigheten inte göra annat än att fortsätta utredningen till dessa att kravet är uppfyllt. Försäkringskassan beskriver i sin vägledning att när relevanta omständigheter så långt som möjligt är klarlagda ska handläggaren utifrån en helhetsbedömning bedöma om det är sannolikt att den enskilde har rätt till ersättning eller inte.[253]

Det finns inte någon nivå på utredningsskyldigheten som gäller för alla förvaltningsärenden, detta avgörs i stället av ”sakens beskaffenhet”. Balansen mellan Försäkringskassans utredningsskyldighet och den enskildes ansvar kan variera beroende på förhållanden i varje enskilt fall. Vissa kriterier kan utöka eller begränsa utredningsskyldigheten, exempelvis om den enskilde har svårt att ta tillvara sin rätt eller om bevisningen indikerar att den enskilde har den materiella rätten på sin sida. Om Försäkringskassan överväger att ge ett beslut som är negativt för den enskilde är det särskilt viktigt att myndigheteten är aktiv och hämtar in de uppgifter som behövs för ett fullständigt underlag.[254] Negativa beslut är beslut om att dra in eller minska en ersättning och återkrav men även till exempel om Försäkringskassan överväger ett avslagsbeslut vid en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Utgångspunkten får såväl myndighet som domstol är också att det finns en skyldighet att pröva ett ärende i sak. Endast om en ansökan är så ofullständig att den inte kan läggas till grund för en sakprövning, och om den enskilde har beretts tillfälle att komplettera ansökan, kan en sådan avvisas.[255]

Hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig varierar således från fall till fall. I förarbetena till socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen framhålls att en myndighets utredningsskyldighet är mindre i fråga om ansökningsförmåner som den en-

[253] Försäkringskassan, vägledning 2004:7, version 14, s. 46; se vidare 7.8.4 om beviskrav nedan.
[254] Jfr prop. 2008/09:200, s. 555.
[255] Se t.ex. JO-beslut den 14 november 2016, dnr 2130-2015.

skilde initierar än i ärenden om återkrav som Försäkringskassan initierar.[256]

I litteraturen har emellertid också uttryckts uppfattningen att utredningsskyldigheten är mer omfattande när bevisbördan är placerad på den enskilde – såsom i ansökningsärenden. I dessa fall ska alltså myndigheten eller domstolen i större utsträckning hjälpa den enskilde att anskaffa ett visst bevismedel eller påtala behovet av bevismedlet. Här kan också sägas att utredningsskyldigheten är än mer omfattande vid avslag, vilket är ett uttryck för att det alltid starka intresset av materiellt riktiga beslut i förvaltningslagens mening är ännu starkare vid avslag än vid beviljande. Detta eftersom ett felaktigt avslag ofta kan innebära en allvarlig rättsförlust för den enskilde. I andra ärendetyper, t.ex. återkrav eller andra liknande betungande beslut gör sig andra intressen gällande med följd att utredningskravet blir mer begränsat. Här blir i stället enligt uppfattningen som framförts av bl.a. Lindkvist intressen som den enskildes rättssäkerhet och bevisbördereglerna mer framträdande och ett högre beviskrav riktas mot myndigheten.[257]

I sjukförsäkringsärenden kan faktorer som sjukdomens art och grad vara avgörande för vilken utredningsskyldighet som föreligger. Ett komplicerat sjukdomstillstånd med svår psykisk problematik kan exempelvis innebära att högre krav ställs på de utredningsåtgärder som görs av myndigheten. Högsta förvaltningsdomstolens praxis visar att Försäkringskassans utredningsskyldighet i sjukpenningärenden är vidsträckt. I rättsfallet RÅ 2010 ref. 120, som avsåg rätt till sjukpenning, uttalade HFD att det krav på utredning som kan ställas på Försäkringskassan i sjukpenningärenden varierar beroende på bl.a. ärendets karaktär och de förutsättningar den enskilde har att bevaka sina intressen. I det aktuella avgörandet ansågs Försäkringskassan ha åsidosatt sin utredningsskyldighet genom att låta sig nöjas med en journalkopia från en försäkrads besök vid en vårdcentral. Försäkringskassan hade dessförinnan sökt läkaren för att få ett kompletterande intyg men fått beskedet att läkaren var ledig. Det aktuella fallet var komplicerat och det underlag som fanns tillgängligt vid tidpunkten för Försäkringskassans beslut gav inte någon säker bild av den försäkrades tillstånd och arbetsförmåga. HFD menade att i den situation som förelåg fanns särskild anledning för Försäkringskassan att för-

[256] Prop. 2008/09:200, s. 554, prop. 2016/17:180, s. 308.
[257] Se Lindkvist, Bevisfrågor i förvaltningsprocessen, s. 28–29 f.

söka få del av sjukskrivande läkares uppfattning i den aktuella frågan. Försäkringskassan hade inte heller kompletterat utredningen inför omprövningsbeslutet, t.ex. genom att begära in uppgifter från den sjukskrivande läkaren. Målet återförvisades till Försäkringskassan.

Utredningen är av uppfattningen att liknande situationer kan uppstå i ärenden som rör sjukersättning eller aktivitetsersättning, där komplicerade sjukdomstillstånd torde vara ännu vanligare och beslutet för den enskilde av ännu större vikt än i ett sjukpenningärende. Det innebär att Försäkringskassans utredningsskyldighet i ärenden om sjuk- eller aktivitetsersättning är vidsträckt. Den vanligaste tydliga utredningsbristen när det gäller ärenden om aktivitetsersättning[258] är också enligt ISF att Försäkringskassan inte har genomfört tillräckliga åtgärder för att utreda omständigheter som tyder på att personens situation är mer komplex än vad det befintliga underlaget ger intryck av.[259]

Frågan om Försäkringskassans utredningsskyldighet i sjukersättningsärenden är svår och det finns inte några klara gränser för att denna skyldighet ska anses vara uppfylld. Klart är att utredningsskyldigheten är långtgående. Ett problematiskt läge uppstår när en försäkrads ansökan om sjukersättning avslås trots att utredningen är bristfällig, eller inte tillräcklig för att kunna fatta ett beslut. Vid sådant förhållande kan inte utredningsskyldigheten anses vara uppfylld. Det finns faktorer som talar för att myndigheten systematiskt har tolkat regelverket på ett sätt som lägger bevisbördan på den som ansöker om ersättning, trots att myndigheten enligt lag har en omfattande utredningsskyldighet. Utredningen kan också konstatera att Försäkringskassan i de rättsliga kvalitetsuppföljningarna som rörde sjukersättningen 2015 och 2017 i ett stort antal fall ansåg att utredningen inte var tillräcklig. Dessa fall rörde dock företrädesvis bifallsärenden.

Inspektionen för socialförsäkringen berörde i en rapport från 2021 frågan om Försäkringskassans utredningsskyldighet.[260] Som en del av underlaget för rapporten genomförde ISF en aktgranskning av ärenden om sjukpenning och aktivitetsersättning. Resultaten från aktgranskningen visade att det finns väl utredda ärenden, ärenden

[258] Ärenden om sjukersättning studerades inte i den aktuella rapporten.
[259] ISF 2021:3, s. 15.
[260] ISF 2021:3, Försäkringskassans utredningsskyldighet – en granskning av Försäkringskassans utredningsskyldighet i ärenden om sjukpenning och aktivitetsersättning där ansökan har avslagits.

med förbättringsbehov och ärenden med tydliga utredningsbrister. ISF konstaterade i rapporten – såvitt är av intresse för denna utrednings undersökningsområde – att i 29 procent av avslagsärendena om aktivitetsersättning fanns förbättringsbehov och att i 12 procent av ärendena hade Försäkringskassan inte uppfyllt sin utredningsskyldighet och dessa hade så stora brister att de sannolikt har kunnat påverka utgången i beslutet. Det finns med andra ord stora problem i dagens tillämpning av utredningsskyldigheten och prövningen av bl.a. rätten till aktivitetsersättning är således behäftad med rättssäkerhetsbrister.[261]

7.8.3 Bevisbörda i förvaltningsprocessen

Med begreppet bevisbörda avses att risken för att ett rättsfaktum inte visas ligger på den ena parten. I detta ligger att den part som bevisbördan rikas mot inte kan vinna bifall till sin talan om inte beviskravet som riktas mot denne uppnås. Av allmänna förvaltningsprocessrättsliga principer följer att utgångspunkten är att den som påstår att ett visst förhållande föreligger också har bevisbördan för att så är fallet. Huvudregeln är alltså att bevisbördan vilar på den försäkrade som ansöker om en förmån från socialförsäkringen (medan myndigheten har bevisbördan i ärenden som rör frågor som t.ex. återkrav).

Försäkringskassan har visserligen ett omfattande utredningsansvar i ansökningsärenden, så även i ärenden om sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är dock primärt den som ansöker om en förmån som har att visa att förutsättningarna för bifall är uppfyllda. Det kan antas att det normalt är sökanden som har bäst förutsättningar att lägga fram bevisning. HFD uttalade i rättsfallet HFD 2013 ref. 50 att bevisbördan åvilar den som ansöker om en förmån, dvs. inte i en återbetalningssituation. Skälet för denna placering av bevisbördan är enligt HFD just att ”Det kan antas att det normalt är sökanden som har bäst förutsättningar att lägga fram bevisning”.[262] I avgörandet HFD 2019 ref. 9, som handlade om ändring av identitetsuppgifter i folkbokföringen, anförde HFD att det är den enskilde som har bäst kännedom om vilka identitetsuppgifter som är riktiga och har bäst

[261] ISF 2021:3 s. 52.
[262] HFD redogör här för principen den s.k. bevissäkringsteorin, dvs. att den ena parten har större möjlighet och anledning till att säkerställa bevisning än den andra parten.

möjlighet att ta fram relevant bevisning. En enskild som begär att få registrerade uppgifter ändrade bör enligt HFD därför ha bevisbördan för att dessa är oriktiga och att de uppgifter som den enskilde i stället vill ha registrerade är riktiga.

Uttalandet kan sägas ge uttryck för att bevisbördans placering påverkas av parternas möjlighet att bevisa temat, dvs. man kan tänka sig situationer då en i förhållande till huvudregeln i förvaltningsprocessen omvänd bevisbörda tillämpas med hänvisning till detta synsätt. I ärenden om återbetalning av socialförsäkringsförmåner är det däremot Försäkringskassan som har bevisbördan (HFD 2013 ref. 50 och HFD 2011 ref. 81).

Den som anser sig berättigad till en förmån kan i allmänhet ur rekvisiten i den tillämpliga författningsbestämmelsen utläsa vad som måste bevisas i fallet. Ibland kan det av lagtexten till och med framgå vilket bevismedel som är acceptabelt. I 27 kap. 25 § SFB anges exempelvis att en försäkrad, som anser sig ha rätt till sjukpenning, efter viss tid ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan. Det kan också finnas uttryckliga regler som anger vilken styrka ett bevis måste ha. Av 39 kap. 3 § SFB framgår att en arbetsskada ska anses ha uppkommit till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, om övervägande skäl talar för det. Bland de sociala förmånsreglerna kan det finnas regler, vilkas tillämpning anses ge upphov till betungande beslut för den enskilde. Hit hör exempelvis regler om återbetalning av felaktigt emottagen ersättning. Detta har fört med sig att bevisbördan i återbetalningsmålen kommer att flyttas över på den part som företräder det allmänna, se HFD 2011 ref. 81 och HFD 2013 ref. 50. (Jfr bevisbördan och beviskraven vid ändring av identitetsuppgifter i folkbokföringen i fallet HFD 2019 ref. 9.)[263]

Undantag från huvudregeln, eller en ”omvänd” bevisbörda, kan uppkomma vid särskilda förutsättningar. Sådana förutsättningar kan uppkomma exempelvis vid kvalificerade bevissvårigheter för den part som har bevisbördan, medan motparten lätt kan bevisa temat. Exempel på avgöranden är RÅ 2001 ref. 22 I och II som rörde bilförmån. Utredningen har inte kunnat finna något motsvarande avgörande från HFD som direkt berör socialförsäkringen; jfr dock t.ex. det tidigare redovisade avgörandet från Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3684-10.

[263] Lavin, Förvaltningsprocessrätt, 3A upplagan 2020, s. 99.

I mål om förmåner för en enskild, till exempel ersättningar från socialförsäkringen som sjuk- eller aktivitetsersättning, har den enskilde bevisbördan för de omständigheter som grundar rätten till förmånen. Försäkringskassan uttrycker i sin vägledning att den bevisbörda som ligger på den enskilde endast gäller för faktiska omständigheter, till exempel att han eller hon har en sjukdom. Enligt myndigheten får reglerna om den enskildes bevisbörda i praktiken störst betydelse i domstol eftersom förvaltningsmyndigheter har det yttersta ansvaret för att underlaget i ett ärende leder till ett beslut som stämmer överens med de verkliga förhållandena.[264]

I förvaltningsärenden och -mål är det inte alltid den part som har bevisbördan som också ska svara för att bevisningen tas fram. I stället har myndighetsparten ansvaret för att utredning tas fram, även om den enskilde har bevisbördan. Bevisbörda i förvaltningsmål, vari ansökan om sjuk- och aktivitetsersättning ingår, handlar mot denna bakgrund snarare om vilken part som förlorar på att bevisningen inte anses övertygande än om vem som ska svara för bevisningen.

7.8.4 Beviskrav i förvaltningsprocessen

Med beviskrav avses den sannolikhet eller säkerhet som krävs för att ett rättsfaktum ska anses föreligga eller – uttryckt på annat sätt – den maximala osäkerhet som får finnas i bevisningen.[265] Beviskravet anger alltså hur stark bevisningen ska vara för att anses tillräcklig för den aktuella fråga som ska prövas, exempelvis om en försäkrad uppfyller kraven för att beviljas sjukersättning efter ansökan. Beviskravet kan uttryckas på olika sätt och har emellanåt beskrivits som placerat på en glidande skala. Ett välkänt beviskrav är ”ställt bortom rimligt tvivel” som förekommer i brottmål. Detta får anses utgöra ett mycket högt ställt beviskrav med mycket litet utrymme för osäkerhet. Ett annat högt beviskrav utgörs av ”klart framgår”, medan krav som ”sannolikt”, ”övervägande skäl” eller ”kan antas” tillåter betydligt större grad av osäkerhet. I ett lagstiftningsärende år 2000 (som rörde likvidation av aktiebolag m.m. och alltså inte förvaltningsrätt) uttalade Lagrådet att ordet ”visar” lämnar en upplysning om beviskravets styrka. För lägre bevisning ansåg Lagrådet att andra uttryckssätt fick

[264] Försäkringskassan, vägledning 2004:7, version 14, s. 49.
[265] Lindkvist, Bevisfrågor i förvaltningsprocessen s. 21 och s. 131 och vidare t.ex. Ekelöf m.fl. Rättegång 4, 2009 s. 81, Diesen och Lagerqvist Roca, Bevis 7, och Diesen m.fl. Bevis 8:1 och 8:2.

användas, såsom att någon ska göra det ”sannolikt” eller ”antagligt”.[266] HFD har å andra sidan i rättsfallet 2013 ref. 61, som avsåg offentlig upphandling, prövat termen ”visa” och då uttalat att termen inte ger uttryck för ett visst beviskrav.[267]

”Skalan” med beviskrav och hur dessa förhåller sig till varandra är emellertid ingen exakt vetenskap. Bevisvärde och beviskrav kan inte anges numeriskt utan bara i vaga termer av sannolikhet. I lagstiftning och rättspraxis görs uttalanden om sannolikhetsgrader i regel tämligen osystematiskt genom adjektiv, adverb, verb eller mer komplicerade ordsammanställningar. Ordet antagligt betecknar ett lägre beviskrav än uttrycket sannolikt. HD har i vissa fall uttalat att en part ska göra sitt påstående klart mera sannolikt än motpartens. För de olika beviskravsuttrycken gäller att de är vaga och att beviskravet därmed kan variera något inom ett intervall. De får dock sin betydelse bestämda i någon del genom att man kan sätta dem i relation till varandra. Krävs det att en part ska göra sitt påstående klart mera sannolikt än motpartens är det nog ett något högre krav än när man säger att parten ska göra ett rättsfaktum sannolikt.[268] Ekelöf har rekommenderat ett mer fast språkbruk som anger bevisstyrkan på fyra nivåer: antagligt, sannolikt, styrkt/visat och uppenbart.

Frågan om vilka olika beviskrav, dvs. måttet på den styrka som krävs för att ett rättsfaktum ska anses finnas, har behandlats relativt utförligt i civilrätten. Vilka krav som gäller i olika typer av förvaltningsmål och varför, har däremot inget tydligt svar i rättskällorna och har behandlats sparsamt i litteraturen. Det kan konstateras att det i rättspraxis har uttalats att det inom förvaltningsprocessen inte finns något beviskrav som gäller för alla situationer, utan detta varierar med hänsyn till sakens beskaffenhet.[269] HFD:s uttalande i HFD 2013 ref. 61 harmonierar också med äldre förarbetsuttalanden. Där redovisas olika överväganden om tillämpligt beviskrav varvid slutligen uttalades:

> Slutsatsen av det förda resonemanget blir, att något allmängiltigt beviskrav icke kan uppställas för förvaltningsförfarandets del utan att bevis-

[266] Prop. 2000/01:150, s. 187.
[267] I målet slog HFD fast att beviskravet skulle vara ”sannolikt” trots att lagtexten innehåller ordet ”visa”, se vidare Lindkvist, Bevisfrågor i förvaltningsrätten, s. 106.
[268] Ekelöf, Edelstam, Heuman, Rättegång IV.
[269] Se HFD 2013 ref. 61 och HFD 2019 ref. 9.

> kravet bör sättas i relation till sakens beskaffenhet och de intressen som stå på spel i detsamma.[270]

I det senare rättsfallet, HFD 2019 ref. 9, uttalade Högsta förvaltningsdomstolen att stabiliteten när det gäller frågan om registrerade identitetsuppgifter av så central betydelse att beviskravet för att ändra sådana uppgifter måste vara högt. Avvägningen mot intresset av att registrerade uppgifter är korrekta medför dock att beviskravet inte bör sättas så högt att det blir orimligt svårt att ändra en felaktig uppgift till en riktig. Detta innebär enligt HFD:s rättspraxis att den enskilde, för att få bifall till en begäran om ändring av registrerade identitetsuppgifter, måste presentera bevisning som innebär att det ”klart framgår” att de nya uppgifterna är riktiga, dvs. ett högt ställt beviskrav.

Klart är att i vissa typer av mål gäller ett särskilt högt beviskrav. En speciell typ av betungande beslut är sanktionsbesluten. De är vanligtvis av så allvarlig och ingripande natur att utrednings- och beviskraven på det allmänna blir höga. Detta har gjort sig särskilt gällande i fråga om återkallelse av legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. HFD har i dessa återkallelsemål kommit att kräva att händelser och omständigheter som åberopats till grund för vidtagande av en dylik åtgärd ska vara styrkta, dvs. full bevisning ska föreligga.[271] Från rättspraxis kan nämnas t.ex. RÅ 1989 ref. 67. I målet uttalade Högsta förvaltningsdomstolen att det ligger i sakens natur att det för att återkallelse av en läkarlegitimation ska få ske krävs att det på ett otvetydigt sätt kan slås fast att den legitimerade begått ett allvarligt missgrepp eller gjort sig skyldig till flera försummelser av mindre allvarlig art. Också när det gäller myndighetsbeslut som innebär att rätten att utöva en verksamhet inskränks, t.ex. genom att ett tillstånd återkallas, har också ett förhöjt beviskrav tillämpats i praxis.[272] Vad gäller beslut om uteslutning från en offentlig upphandling har HFD dock i det ovan omnämnda rättsfallet HFD 2013 ref. 61 särskilt uttalat att dessa inte kan jämställas med beslut som en myndighet fattar inom ramen för sin tillsynsverksamhet etc. och att det för uteslutning bör vara tillräckligt att den upphandlande myndigheten gör sannolikt att leverantören gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen; detta beviskrav får alltså utifrån HFD:s resonemang anses

[270] SOU 1964:27 s. 430.
[271] Lavin, s. 101.
[272] Se t.ex. RÅ 1994 ref. 88 och RÅ 2006 ref. 7.

vara lägre än vad som normalt får anses gälla i denna typ av ärenden, med betungande beslut och exempelvis inskränkningar av utövande av verksamhet för enskilda. Jfr i denna fråga även t.ex. RÅ 2006 ref. 7 (om återkallelse av tillstånd att driva fristående skola), RÅ 1994 ref. 88 (om återkallelse av tillstånd att servera alkohol) eller RÅ 1996 ref. 15 (om en student som avstängts från universitetet på grund av fusk vid en tentamen) i vilka HFD uppställt krav på stark bevisning och att utredning klart visat stöd för beslutet. Nu redovisade rättsfall har det gemensamt att fråga är om ingripanden av en myndighet som har synnerligen allvarliga konsekvenser för enskildas yrkesutövning (studier) eller möjligheter till näringsverksamhet. Beviskravet har genomgående ställts mycket högt. Det förhållandet att de i målen aktuella lagarna även (och kanske främst) har till syfte att tillgodose vissa allmänna intressen – skydda patientkollektivet, upprätthålla allmän ordning och nykterhet osv. – har inte motiverat någon annan bedömning. Wennergren har tolkat rättsläget så, att beviskravet i princip motsvarar det som gäller för brottmål.[273] Von Essen anger att han delar denna bedömning, eller i vart fall att kraven ligger i närheten av det beviskrav som ställs i brottmålsrättegångar avseende objektiva rekvisit. Det är således ett betydligt högre krav än att förhållandena ska ha gjorts sannolika och även högre än att de ska vara styrkta.[274]

Normalt sett gäller ett relativt högt beviskrav i också i ärenden om återkrav av förmåner. I vissa speciella typer av ärenden, där det t.ex. kan vara svårt att säkra bevisning om vissa typer av förhållanden, kan kravet också i ärenden om sanktioner och återkrav sättas lägre än vad som vanligen gäller. Exempelvis anförde Högsta förvaltningsdomstolen i rättsfallet HFD 2013 ref. 50, som gällde återkrav av bostadsbidrag och frågan om ett samboförhållande hade förelegat, att de särskilda utrednings- och bevissvårigheter som uppkommer i sådana fall bör beaktas även i återbetalningsärenden. HFD slog fast att det beviskrav som Försäkringskassan ska uppfylla i sådana fall därför inte bör sättas lika högt som vanligen gäller i ärenden om återbetalning av socialförsäkringsförmåner. HFD kom i sak fram till att Försäkringskassan inte ”med tillräcklig grad av sannolikhet” visat att samboförhållande förelegat. HFD uttalar således inte uttryckligen att beviskravet är ”sannolikt”, vilket medför att någon säker slutsats

[273] Wennergren, Förvaltningsprocesslagen m.m. En kommentar, 5 uppl. 2005, s. 150 ff. Se även Lavin i FT 1995 s. 66. Jfr även Petrén i FT 1977 s. 160.
[274] Von Essen, Processramen i förvaltningsmål, 2 uppl. 2016.

härom inte kan dras. HFD:s uttalande talar för att bevissvårighetsargumentet bör få genomslag på samma sätt i alla mål om återbetalning av socialförsäkringsförmåner.[275]

I rättsfallet HFD 2013 ref. 9 fann Högsta förvaltningsdomstolen att omständigheterna inte var sådana att den försäkrade skäligen borde ha insett att han fått livränta med för högt belopp. De årliga inkomstförändringarna i det nya yrket hade inte varit av någon betydande storlek eller avvikit från den allmänna löneutvecklingen. Den försäkrade hade inte haft kännedom om löneutvecklingen i sitt tidigare yrke. Försäkringskassan hade i och med detta inte uppfyllt sitt beviskrav och återkravet upphävdes.

Detta om beviskravet i förvaltningsmål kan jämföras med vad som gäller för tvistemål i civilrätten, där ett normalbeviskrav uppställs. I princip gäller att den part som har bevisbördan för ett visst sakförhållande ska styrka att detta förhållande gäller. Högsta domstolen har slagit fast att beviskravet är högt ställt, men inte lika högt som i brottmål.[276] Uttrycket ”styrka” är dock problematiskt och har i olika sammanhang haft olika betydelser. Det kan stå såväl för ett mått på beviskrav som för att bevisningen är tillräckligt stark och att ett förhållande därmed är ”visat”.[277] För att ett påstående ska anses styrkt i en civilprocess brukar anses att det ska vara mer troligt än ”antagligt” eller ”sannolikt” men det behöver däremot inte ha uppnått troligheten att det är ”uppenbart”. Här kan noteras vad ISF uttalar i rapport 2020:9 om begreppet ”styrkt” och dess användande inom förvaltningsprocessen, nämligen att beviskravet inte är giltigt och för högt ställt i ansökningsärenden om aktivitetsersättning (se vidare avsnitt 7.8.7).

Värt att notera är att Försäkringskassan under tiden för utredningens arbete har kommit med ett rättsligt ställningstagande den 26 februari 2021. I detta har myndigheten beslutat att beviskravet sannolikt ska tillämpas även när den som ansöker om sjukpenning ska visa att arbetsförmågan är nedsatt, trots att hen enligt ordalydelsen i 27 kap. 25 § första stycket SFB ska styrka nedsättningen genom att lämna in läkarintyg. Det beror på att Försäkringskassan bedömer att begreppet styrka i lagtexten inte ska tolkas som ett beviskrav vid prövningen av om arbetsförmågan är nedsatt på grund

[275] Se Lindkvist, Gustav, Förvaltningsrättslig tidskrift nr 4/2013 s. 377 f.
[276] Heuman, 2005, s. 66.
[277] Jfr Heuman, 2005, s. 66–67, Ekelöf och Boman IV, s. 69 och 107.

av sjukdom. Försäkringskassan menar att bestämmelsen i stället ska tillämpas utifrån att styrka innebär *visa*, *intyga* eller *bekräfta*.[278] I denna fråga ansluter sig utredningen till vad Försäkringskassan har uttalat i det rättsliga ställningstagandet.

Finns det ett klart beviskrav för ansökningsärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning?

Den huvudsakliga frågan att ta ställning till för utredningens del blir mot bakgrund av ovanstående redogörelse huruvida det finns ett beviskrav som kan anses gälla på socialförsäkringens områden, alltså i de normalfall som rör en ansökan om en förmån och inte återkrav eller liknande, och i så fall vilket detta beviskrav är. I denna fråga har inte beviskravet på samma sätt som för de betungande besluten diskuterats eller tydliggjorts i lagtext, förarbeten eller rättspraxis. I de flesta fall saknas sådana angivna beviskrav i lagstiftningen. Det saknas vidare praxis från HFD som uttryckligen adresserar vilket beviskrav som generellt gäller.

Några lagtexter innehåller angivna beviskrav. Arbetsskadeförsäkringen är speciell då den innehåller uttalade regler om beviskrav i lagtexten och relativt detaljerade förarbetsuttalanden om vilka faktorer som ska beaktas vid bedömningen. Nuvarande bestämmelser anger att med arbetsskada avses en skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. En skada ska anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det.[279] Med andra ord är en skada en arbetsskada om övervägande skäl talar för ett samband mellan arbetet och skadan. För mål om personskada gäller i tvistemål i allmän domstol en bevislindring för detta kausalsamband som har fastslagits genom HD-praxis. I arbetsskademålen finns alltså motsvarande bevislindring inskriven direkt i lagen. Det räcker för den försäkrade att visa att övervägande skäl talar för att arbetet är orsaken till skadan, dvs. att den skadliga inverkan i arbetet är mer sannolik som orsak till skadan än faktorer som ligger utanför arbetet. Det krävs emellertid också att det är sannolikt att det över huvud taget är möjligt att skadan kan uppstå till följd av den angivna faktorn.[280]

[278] Försäkringskassan, Beviskrav vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Rättsligt ställningstagande 2021:04.
[279] 39 kap. 3 § SFB.
[280] Prop. 2001/02:81, s. 42.

Bevisregeln om ”övervägande skäl” för samband i försäkringen ger uttryck för att en överviktsprincip ska gälla för bedömningen i det enskilda fallet av om orsakssamband föreligger mellan den skadliga inverkan och skadan. I tveksamma fall ska arbetsskada anses föreligga om de skäl som talar för samband är tyngre än de skäl som talar emot sådant samband.[281] Innebörden är detsamma som ”övervägande sannolikhet”. Lagrådet anförde vid införande av den aktuella bevisregeln – som alltså innebär en helhetsbedömning – att den föreslagna nya ordningen ger de tillämpande organen något ökat bedömningsutrymme och att det därmed också kan finnas risk för minskad enhetlighet i rättstillämpningen.[282]

Beviskravet i arbetsskademål är alltså bevisövervikt, ett krav som i litteraturen har angetts innebära ett betydligt svagare krav än det som normalt gäller i förvaltningsprocessen.[283] I relation till det vetenskapliga kunskapsläget innebär beviskravet övervägande skäl att en förhållandevis stor grad av osäkerhet kan – och måste – tolereras inom ramen för bedömningen av vilken skada som kan godkännas som arbetsskada.[284]

Av intresse är också att uttrycket ”kan antas” förekommer i arbetsskadeförsäkringen, i bestämmelsen som rör varaktighetsrekvisitet.[285] I lagtexten anges ett krav på att nedsättningen av förmågan att skaffa inkomst genom arbete kan antas bestå under minst ett år för att livränta ska kunna beviljas. Detta skulle således enligt resonemanget ovan antyda ett lägre, förhållandevis lågt beviskrav för själva prognosen om skadans varaktiga påverkan på nedsättningen jämfört med prövningen i övrigt. Bestämmelsen infördes genom lagstiftning år 2003.[286] Före 2003 bestämdes tidpunkten för rätt till livränta till när den sjukdom som förorsakats av arbetsskadan hade upphört. Av förarbetena framgår att bestämmelsen infördes för att skapa regler som är förståeliga och därmed lättare kan accepteras av den försäkrade samt för att underlätta administrationen och tillämpningen.[287] Bestämmelserna skulle ansluta till vad som gällde för sjukersättning och aktivitetsersättning. Genom förändringen 2003 förutsågs att livränta i vissa fall kunde beviljas på ett tidigare stadium än tidigare. Av

[281] Prop. 2001/02:81, s. 121.
[282] Prop. 2001/02:81, s. 120.
[283] Diesen och Lagerqvist Veloz Roca, Bevisprövning i förvaltningsmål, s. 108.
[284] SOU 2017:25 s. 55.
[285] 41 kap. 2 § SFB.
[286] Prop. 2001/02:81.
[287] Prop. 2001/02:81, s. 55–56.

förarbetena framgick att livränta inte skulle utgå så länge sjukpenning utgavs för en arbetsrelaterad sjukdom eftersom varaktighetsrekvisitet då inte ansågs uppfyllt, I avgörandet RÅ 2010 ref. 12 fann Högsta förvaltningsdomstolen dock att det förhållandet att en person faktiskt har sjukpenning inte utgjorde något hinder mot att bevilja livränta för samma period under förutsättning att varaktighetsrekvisitet var uppfyllt. Avgörande var i stället vid vilken tidpunkt den medicinska utredningen i målet utvisade att förmågan var nedsatt i sådan utsträckning att detta rekvisit är uppfyllt. Några närmare uttalanden om detta kravs närmre innebörd – eller om det ens ska utläsas som ett rent beviskrav – finns inte i förarbetena eller i rättspraxis från HFD. Saken har omnämnts i kammarrätt.[288] I den skiljaktiga meningen finns ett uttalande där kammarrättsrådet uttalar sig rörande beviskravet ”kan antas”: ”För att det s.k. varaktighetskravet ska vara uppfyllt räcker det att nedsättningen av förmågan att skaffa inkomst genom arbete kan antas bestå under minst ett år. Det är således ett förhållandevis lågt krav som ställs på varaktighetsprognosen”. Majoritetens uppfattning gick inte emot detta uttalande och frågan berördes inte specifikt i majoritetens domskäl.

Även 25 kap. 2 § SFB innehåller ett uttryckt beviskrav. Enligt den bestämmelsen utgörs en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst av den årliga inkomst i pengar som han eller hon tills vidare ”kan antas” komma att få för eget arbete. Det handlar om en framtidsbedömning och beviskravet är lågt ställt. Några utförliga resonemang om lydelsen i bestämmelsen utifrån ett beviskravsperspektiv finns dock inte i förarbetena.

Som exempel kan slutligen nämnas regeln i 95 kap. 6 § SFB. Där anges att om det på grund av omständigheterna är *sannolikt* att två personer är sambor, ska de likställas med sambor. Detta gäller inte om den som ansöker om bostadsbidrag eller den som bidraget betalas ut till visar att de inte är sambor.

Motsvarande allmänna redogörelse för beviskravet som finns i framför allt arbetsskadeförsäkringen saknas emellertid för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Eftersom det i dessa fall alltså saknas bestämmelser i det regelverk som omfattar dessa ersättningar om frågan om beviskrav och bevismedel ska förvaltningsprocesslagen (1971:291)

[288] Kammarrätten i Sundsvalls dom 30 maj 2017 i mål nr 1777-16, där ett uttalande finns särskilt rörande beviskravet ”kan antas”. För att det s.k. varaktighetskravet ska vara uppfyllt räcker det att nedsättningen av förmågan att skaffa inkomst genom arbete kan antas bestå under minst ett år. Det är således ett förhållandevis lågt krav som ställs på varaktighetsprognosen.

och allmänna förvaltningsrättsliga principer tillämpas. Utifrån de uttalanden som gjorts i rättspraxis och litteratur om att ett förhöjt beviskrav råder i ärenden som rör sanktioner, återkrav m.m. kan slutsatsen dras att ett lägre beviskrav än detta i stället gäller i ansökningsärenden. Dessa uttalanden ger emellertid inte något svar på om det i dessa fall finns något ”normalkrav” och vilken nivå detta normalkrav i så fall ska anses ligga på.

Christian Diesen anför i Bevisprövning i förvaltningsmål (Bevis 7) från år 2003 att den bredaste diskussionen om beviskravsnivåerna har förts inom skattemålen, där man också har dragit slutsatsen att man bör utgå från ett normalkrav på bevisningens styrka. För skattemålens del har man kommit fram till at det gängse beviskravet ligger på en nivå som betecknas såsom sannolikt och att det rör sig om en nivå som ligger lägre än den som normalt gäller i tvistemål. Enligt Diesen kan skattemålen obetingat användas som mall för förvaltningsmål i allmänhet, vilket alltså skulle innebära att ”sannolika skäl” gäller som det gängse beviskravet i förvaltningsdomstol.[289] Man bör utgå från detta normalkrav och med denna utgångspunkt i olika måltyper fråga sig om ett lägre eller högre beviskrav än så ska tillämpas.

En något annan uppfattning framför Ulrik von Essen i *Processramen i förvaltningsmål*, där han gör gällande att något allmänt beviskrav för förvaltningsmål inte anges i FPL eller i LAFD och har inte heller ansetts möjligt att slå fast och att det inte heller i praxis kan utläsas något mer allmänt gällande normalkrav. Bedömningen härav försvåras dock, som Diesen också framhåller, av att en varierande terminologi används i rättsfallen. Det framstår i stället som om beviskravet varierar beroende på sakens beskaffenhet. Eller, som Wennergren uttrycker det, ju viktigare eller ömtåligare sak målet gäller, desto strängare beviskrav ställs. Den svåra frågan blir, anför von Essen, utifrån vilka kriterier det ska avgöras om en fråga är särskilt viktig eller ömtålig.

Von Essen anför vidare att bedömningen försvåras ytterligare av att beviskravet inte enbart påverkas av hur känsligt eller ingripande målet är utan också av om det föreligger särskilda bevissvårigheter. Asylmålen utgör ett exempel på detta och beviskravet har alltså sänkts något avseende asylsökanden till följd av parts svårigheter att bevisa olika omständigheter. Vidare finns ett antal lättnader i beviskraven.[290]

[289] Diesen och Lagerqvist Veloz Roca, Bevisprövningen i förvaltningsmål, s. 101–102.
[290] Jfr t.ex. MIG 2007:9 och MIG 2007:12.

Beviskravet kan även påverkas av eventuella missbruk av den aktuella regleringen eller hur farlig viss verksamhet är m.m.[291]

Vissa särskilda bestämmelser kan också antyda svårigheter i att fastställa ett visst beviskrav. I 112 kap. 2 § SFB anges att Försäkringskassan får fatta intermistiska beslut. I paragrafen anges:

För tid till dess att ett ärende har avgjorts får Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten besluta i fråga om ersättning från samma myndighet, om

1. det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om rätt till ersättning föreligger,
2. det är sannolikt att sådan rätt föreligger, och
3. det är av väsentlig betydelse för den som begär ersättningen.

Ett beslut enligt första stycket får meddelas även när det står klart att rätt till ersättning föreligger men ersättningens belopp inte kan bestämmas utan betydande dröjsmål.

Den 1 januari 2018 ändrades lagen för att öka tryggheten för den enskilde. Det infördes krav på att en försäkrad normalt ska underrättas om ett övervägande till beslut om att helt eller delvis avslå en ansökan om sjukpenning och därigenom också ges möjlighet att komma in med synpunkter innan ett slutligt beslut fattas. Det blev också möjligt för Försäkringskassan att, i större utsträckning än tidigare, bevilja sjukpenning interimistiskt under tid för utredning och i avvaktan på slutligt beslut. Slutligen infördes ett SGI-skydd under tiden som rätten till sjukpenning utreds. I praktiken innebar förändringarna i stort en återgång till handläggningen som den var före den 1 november 2016.[292]

Bakgrunden var att Försäkringskassan den 1 november 2016 hade ändrat sin tillämpning avseende när sjukpenning kan beviljas och handläggningsrutinerna för ärenden om sjukpenning. Förändringen innebar att Försäkringskassan endast kunde besluta att lämna sjukpenning för tid som det är styrkt att arbetsförmågan är nedsatt p.g.a. sjukdom. I praktiken innebär det att sjukpenning endast i begränsad omfattning kunde lämnas under utredningstid och inte alls under kommuniceringstid. Innan Försäkringskassan ändrade sin tillämpning så betalade myndigheten i normalfallet när en sjukperiod väl på-

[291] von Essen, Processramen i förvaltningsmål, 2 uppl. 2016, s. 38 ff.
[292] 112 kap. 2 a § SFB. Se vidare prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10.

börjats ut sjukpenning under såväl utredningstid som kommuniceringstid.

Det var även sedan tidigare möjligt att begära ett intermistiskt beslut i frågan om beviljande av sjukpenning. Förutsättningen för ett sådant beslut är bl.a. att det är sannolikt att sådan rätt föreligger.[293] I Försäkringskassans vägledning kommenterar myndigheten bl.a. vad som bör avses med begreppet sannolikt i detta sammanhang.[294]

> För att ett interimistiskt beslut ska kunna fattas krävs även att det är sannolikt att den försäkrade har rätt till ersättning. Det innebär att de skäl som talar för att den försäkrade har rätt till sjukpenning sammantaget ska framstå som något starkare än de skäl som talar för motsatsen. Om man liknar sannolikhetsbegreppet vid en vågskål så ska vågskålen tippa över åt att den försäkrade bedöms ha rätt till sjukpenning för att det ska ses som att detta är sannolikt.

Det framgår av vägledningen inte närmre på vilken grund Försäkringskassan baserar sin formulering av hur kravet på sannolikt ska uttolkas. Som bedömningen beskrivs likar den närmast en överviktsbedömning – i så fall skulle beviskravet snarast kunna beskrivas som ”övervägande skäl”. Myndighetens beskrivning av vad ”sannolikt” innebär i dessa fall får anses intressant också i ett allmänt beviskravssammanhang. I metodstödet, samma vägledning, om intermistiska beslut skriver Försäkringskassan: ”Men du kan inte bevilja sjukpenning fram till slutligt beslut, eftersom din utredning kan leda fram till att du bedömer att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning. Då är inte längre sannolikhetskriteriet uppfyllt”.

Ett fastställande av ett allmänt beviskrav, t.ex. det ovan diskuterade ”sannolikt”, inom sjukförsäkringen skulle mot denna bakgrund kunna få som resultat att vissa uttryck kan uppfattas som lite märkliga. Förutsättningarna för ett intermistiskt beslut skulle exempelvis, med hänsyn även till beviskravet för själva beslutet om rätt till ersättning, bestå i att det skulle vara ”sannolikt att det är sannolikt” att en försäkrad har rätt till ersättning. Det ena sannolikt skulle i så fall kunna anses vara ”inbyggt” i prövningen av rätten till förmånen, medan det andra utgör lättnad i bedömningen som kommer av att det är fråga om en förhandsbedömning. Uttrycket ”det är sannolikt” i 112 kap. 2 § SFB kan således inte ses som ett uttryck för själva den materiella prövningen i sak av rätten till ersättning. Det är också svårt att se

[293] 112 kap. 2 § andra punkten SFB.
[294] Försäkringskassan, vägledning 2015:1, version 12, s. 207.

varför ett beviskrav för själva prövningen av rätt till förmånen skulle ha uttryckts i, och endast i, bestämmelsen om förutsättningarna för att ett intermistiskt beslut ska kunna fattas. Det kan således svårligen anses vara rätten till förmånen i sig som ska vara sannolik och någon slutlig prövning av sådan rätt ska heller inte göras i det intermistiska beslutet.

Här kan dock diskuteras huruvida begreppet sannolikt inom ramen för intermistiska beslut ska anses utgöra ett beviskrav i sig. Frågan har såvitt framgått för utredningen inte diskuterats närmre i förarbetena eller litteraturen och har inte avgjorts genom rättspraxis. Sannolikhetskriteriet i denna bemärkelse utgör enligt utredningens uppfattning en preliminärbedömning om hur ett framtida beslut kan tänkas utfalla. Det Försäkringskassan ska göra vid fattandet av ett intermistiskt beslut är att ta ställning till om kriterierna för just ett sådant beslut är uppfyllda, enligt andra punkten i bestämmelsen då om det är sannolikt att det försäkrade längre fram, slutligt kommer att kunna beviljas ersättning från sjukförsäkringen. Till viss del är detta fråga om ett beviskrav eftersom prognosen måste grundas på den utredning och de förhållanden som är aktuella vid tidpunkten för prövningen av det intermistiska beslutet. Det är däremot inte fråga om ett sannolikhetskrav för den slutliga materiellt prövningen av rätten till ersättning. Inte heller utgör denna sannolikhetsprövning en bevisvärdering av den befintliga utredningen eftersom även potentiell tillkommande utredning måste beaktas. En faktor i detta är således att utredningen i ett ärende sällan är färdigställd vid tidpunkten för ett intermistiskt beslut. Det är därför svårt att göra någon säker utsaga om resultatet av den slutliga prövningen. Däremot kan en prognos ställas, nämligen huruvida det är sannolikt att det slutliga beslutet kommer att innebära att rätt till förmån kommer att finnas, dvs. att det kommer att vara sannolikt att rätt till ersättning finns. Det är en sådan prognos som sannolikhetsbedömningen i 112 kap. 2 § SFB innebär. Resultatet blir en form av bevislättnad; i likhet med exempelvis kraven för prövningstillstånd i kammarrätt i förvaltningsprocesslagen där det ska finnas anledning att betvivla att förvaltningsrättens avgörande är korrekt för att prövningstillstånd ska meddelas. Kammarrätten ska då, på ett tidigt stadium och utan en mer ingående analys av omständigheterna i målet, kunna konstatera att en närmare granskning fordras och att prövningstillstånd därför bör meddelas. På liknande sätt ska Försäkringskassan vid prövningen av ett intermistiskt

göra bedömningen av om det är sannolikt att den försäkrade kommer göra sannolikt att han eller hon har rätt till förmånen. Huruvida denna första sannolikhetsbedömning kan anses uttrycka ett beviskrav kan sammantaget inte anses vara helt klart; i vart fall motsvarar denna bedömning inte den slutliga värdering av bevisningen i ett ärende som avgör om rätt till ersättning föreligger eller inte. Utredningen anser inte att det finns en konflikt mellan den sannolikhetsbedömning som ska göras vid intermistiska beslut och den prövning av rätt till ersättning som innefattar slutlig bevisvärdering även om den senare ska ha beviskravet sannolikt.

Beviskrav anges sällan i domskäl

Av domskäl på socialförsäkringsområdet framgår ofta hur bevisningen har värderats men sällan mot vilket krav värderingen har skett. Det anges i domskälen att det har ”visats” eller ”inte visats” att rätt till någon förmån föreligger, eller att utredningen ger ”tillräckligt stöd för” eller ”inte tillräckligt stöd för”, men det framgår sällan vilket krav som har ställts på bevisningen. Det får nämligen anses oklart om ”visat” i detta sammanhang ska uppfattas som synonymt med ”styrkt/visat” eller om uttrycket används som synonym till ”bevisat” utan angivelse av en viss sannolikhetsgrad.

Domstolarna väljer dock, i de fall som rör socialförsäkring och där frågan om beviskrav över huvud taget berörs direkt eller indirekt, att tala om kravet ”sannolikt”. I HFD 2011 ref. 63 II uttalar HFD att det ”inte förefaller sannolikt att ytterligare rehabiliterande insatser skulle vara framgångsrika”. I avgörandet HFD 2013 ref. 60 konstaterar HFD emellertid att återstående rehabiliteringsmöjligheter inte ”kunnat antas” leda till att den försäkrade skulle uppnå högre arbetsförmåga.

I ett stort antal avgöranden från kammarrätterna och förvaltningsrätterna har beviskravet ”sannolikt” använts direkt eller indirekt.[295] Utredningen har inte heller kunnat finna något kammarrättsavgörande där domstolen uttryckligen anger och resonerar kring att ett annat beviskrav än ”sannolikt” ska gälla i denna typ av ärenden. Det är svårt att dra några slutgiltiga slutsatser av detta utan uttryckliga uttalan-

[295] Jfr t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 7944-11 och mål nr 6886-19, Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 2846-11, 1955-12 och 255-13, Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3662-14.

den från Högsta förvaltningsdomstolen i frågan, men bilden från rättstillämpningen på senare år får anses ge vid handen att ett beviskrav som uppgår till sannolikt, eller sannolika skäl, tillämpas av underinstanserna, uttalat eller ej. I detta sammanhang ska dock anmärkas att HFD samtidigt har uttalat att det inom förvaltningsprocessen inte finns något beviskrav som gäller för alla situationer, utan detta varierar med hänsyn till sakens beskaffenhet.

Vad detta beviskrav sedan innebär i den faktiska bedömningen och exempelvis krav på den medicinska bevisningens kvalitet är en annan fråga. Några av dessa svårigheter diskuteras i avsnittet om bevisvärdering.

7.8.5 Vad innebär beviskravet ”sannolikt”?

Ett beviskrav som innebär att den enskilde ska göra sannolikt att ett visst förehållande föreligger utgör ett i förvaltningsprocessen normalt krav. Beviskravet innebär ett krav som kan beskrivas som ett medelhögt beviskrav,[296] något högre än arbetsskadeförsäkringens övervägande skäl. Nivån har i litteraturen beskrivits som ett beviskrav som varken är lågt eller högt och ligger på omkring 60–75 procents sannolikhet/säkerhet[297] men sådana nivåer ska förstås uttryckas med försiktighet och utgör inte någon exakt vetenskap. Det är knappast möjligt att nå ett exakt svar på vad ett visst beviskrav innebär. Kravet innebär dock att det inte ska vara alltför svårt för den enskilde att nå upp till och medverkar på så sätt till intresset av ett materiellt korrekt resultat.

I förarbetsuttalanden kring rätten till sjuklön förekommer relativt utförliga uttalanden om innebörden av ”sannolika skäl”. Där uttalas bl.a. att ”i detta rekvisit ligger att de skäl som talar för att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, eller nedsatt i den omfattning som arbetstagaren hävdar, sammantagna framstår som i vart fall något starkare än de skäl som talar för motsatsen”.[298]

Det är enligt Försäkringskassans tolkning av begreppet svårt att ge en mer exakt beskrivning av vad som krävs för att det ska vara sannolikt att rätt till en förmån finns. I praktiken handlar det om att bedöma en ungefärlig nivå. Beviskravet kan dock relateras till andra

[296] Lindkvist, s. 420.
[297] Lindkvist, s. 110.
[298] Prop. 1990/91:181, s. 84.

nivåer av beviskrav för att ge en bild av dess innebörd och utgör enligt Försäkringskassan ett högre beviskrav än övervägande skäl men ett lägre beviskrav än visat/styrkt och väsentligt lägre än beviskravet i brottmål (ställt bortom rimligt tvivel).

Försäkringskassan beskriver i den uppdaterade vägledningen om förvaltningsrätt vidare innebörden av beviskravet sannolikt som att det, utifrån en helhetsbedömning av ärendet, inte finns anledning att ifrågasätta den enskilda personens uppgifter. Kravet innebär att det inte ska vara alltför svårt att nå upp till och medverkar på så sätt till intresset av ett materiellt korrekt beslut. De skäl som talar för att rätt till förmån finns bör alltså framstå som i vart fall starkare än de skäl som talar för motsatsen. Om de uppgifter som den enskilde själv lämnat på ett tydligt sätt stödjs av andra uppgifter i t.ex. ett utlåtande, och det inte finns uppgifter som med viss styrka talar i motsatt riktning, bör det ses som sannolikt att rätt till förmån finns.[299] Liknande resonemang framgår av Försäkringskassans vägledning kring förutsättningarna för intermistiska beslut om när det är sannolikt att ersättning kommer att kunna betalas ut.[300] Där anger Försäkringskassan att ”sannolikt” innebär att de skäl som talar för att den försäkrade har rätt till sjukpenning sammantaget ska framstå som något starkare än de skäl som talar för motsatsen och att en tänkt vågskål ska tippa över åt att den försäkrade bedöms ha rätt till sjukpenning för att det ska ses som att detta är sannolikt.

Utredningen kan liksom tidigare konstatera att det inte finns några exakta definitioner av vad olika beviskrav ska anses innebära i frågan om krav på bevisning. Det kan dock noteras att Försäkringskassans tolkning av vad kravet sannolikt ska anses innebära får anses ligga nära ett annat beviskrav – övervägande skäl -och hur detta beskrivs i exempelvis förarbetena till arbetsskadeförsäkringen.

7.8.6 Bevisvärdering och bevismedel

När det gäller bevisvärdering och bevismedel bygger processen på att bevisföringen är fri, dvs. den är inte begränsad till vissa bevismedel. Inom förvaltningsprocessen gäller den allmänna principen om fri bevisvärdering, vilket innebär att domstolen själv bedömer

[299] Försäkringskassan, Vägledning 2004:7, version 14, s. 50.
[300] Se avsnitt 6.9.4.

värdet av den bevisning som presenteras, utan att vara bundna av några rättsregler.[301] Försäkringskassan är en förvaltningsmyndighet och inte en domstol, men i princip gäller samma fria bevisning även här. För förvaltningsmyndigheter är utredningsskyldigheten central också för vilken bevisning som krävs för ett materiellt riktigt beslut ska kunna fattas. Principen om fri bevisvärdering kommer till uttryck i 35 kap. 1 § första stycket rättegångsbalken – RB. HFD har i rättsfallet RÅ 2010 ref. 36, som avsåg arbetsskadeförsäkringen, uttalat att värderingen av det medicinska underlaget i det enskilda ärendet får göras mot bakgrund av vad som kan klarläggas i fråga om de hörda läkarnas kompetens och om underlaget för deras bedömningar.

Som exempel på bevismedel i processen kan nämnas förmånen sjukpenning, som är avsedd att täcka inkomstbortfall vid ”kortare” sjukfrånvaro, det vill säga frånvaro som sammantaget som huvudregel understiger ett år. Rätten till ersättning förutsätter att den försäkrade har en nedsatt arbetsförmåga som beror på sjukdom och att nedsättningen ska styrkas med ett läkarintyg.[302] Ur rättsligt perspektiv behöver läkarintyget således innehålla både en medicinsk bedömning av sjukdomen och dess konsekvenser, samt en beskrivning av mot vilket arbete förmågan relateras. Läkarintyget förväntas således innehålla en reflektion över sjukdomens konsekvenser för att klara arbetet – eftersom rätten till ersättning ska visas genom intyget. Samtidigt står det klart att myndigheten inte kan avslå en ansökan om sjukpenning enkom på grunden att det saknas uppgifter i läkarintyget och med hänvisning till den enskildes bevisbörda, detta eftersom det skulle innebär en stor risk för materiellt felaktiga beslut. Bestämmelsen anger ett bevismedel, där läkarintyget således i första hand får ses som den försäkrades bevismedel, även om det också omfattas av Försäkringskassans utredning (och utredningsskyldighet) och ingår därmed i myndighetens beslutsunderlag.[303]

Bestämmelsens uttryckta krav på att den försäkrade ska styrka sin rätt till sjukpenning genom ett läkarintyg utgör ett krav på bevismedel, men innebär inte ett särskilt beviskrav. Med ”styrka” får här snarare avses att den försäkrade ska ”visa” sin rätt.[304] Bestämmelsen utgör dock ett bra exempel på de problem som kan uppstå med be-

[301] Jfr Ekelöf, 2009, s. 81 ff. och Diesen och Lagerqvist Loca, 2005, s. 122 ff.
[302] 27 kap. 2 och 25 §§ SFB.
[303] 23 § förvaltningslagen (2017:900).
[304] Också Försäkringskassan har uttryckt denna uppfattning, se avsnitt 7.8.4.

grepp som kan stå för såväl uttryckta beviskrav som andra innebörder.

Vid ansökningsärenden om sjuk- och aktivitetsersättning består det huvudsakliga bevismedlet av ett läkarutlåtande om hälsotillstånd, även om det alltså inte finns något hinder mot att beakta annan bevisning. Det kan därför också vara på sin plats att beakta den byråkratiska styrningen av intygens utformning och innehåll, när intygens bevisvärde eller tillförlitlighet diskuteras. Om det bortses från Försäkringskassans och domstolens utredningsskyldighet ska den försäkrade med hjälp av intyget visa på en kausalitet mellan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Det är således den försäkrade som har bevisbördan, men han eller hon har liten eller ingen kontroll över den egna bevisningen. I dagsläget ska läkaren intyga nedsatt arbetsförmåga på blanketter där både utformning och innehåll styrs av Försäkringskassan (i samarbete med Socialstyrelsen). Även om detta inte är det uttömmande bevismedlet, är det den bevisning som framför allt lyfts fram av domstolarna. Från domstolarnas sida har även den försäkringsmedicinska rådgivaren yttrande i många fall stor betydelse för utgången i målet, där yttrandet värderats likvärdigt med andra medicinska intyg, trots att uttalandet från försäkringsmedicinsk rådgivare endast baserad på andra, eventuellt bristfälliga intyg. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv kan det noteras att den som agerar motpart i den rättsliga prövningen också är den part som styr utformningen av och innehållet i bevisningen.

7.8.7 Vilket beviskrav används i Försäkringskassans tillämpning?

Utredningen har inte genomfört någon fullständig analys av vilket beviskrav som Försäkringskassan använder sig av vid prövningen av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning. Det går emellertid att konstatera att användandet av beviskrav inte är enhetligt i det material som utredningen har tagit del av. Som grund för dessa slutsatser hänvisas till framför allt två underlag: utredningens egen aktgranskning (se bilaga 3), samt till ISF:s rapport Variationen inom aktivitetsersättningen, 2020:9.

Av den aktgranskning av 300 beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning som utredningen gjort framgår bl.a. att frågan om beviskrav sällan berörs i besluten. Inte i något av de granskade beslutet har

något längre resonemang om beviskrav eller det krav på utredningen som den enskilde, ihop med Försäkringskassans utredningsskyldighet ska uppnå. Om något mått på beviskrav nämns så har det i uteslutande fall handlat om att Försäkringskassans angett att den försäkrade inte har ”styrkt” att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt avseende sjukersättning, dvs. ett för högt ställt beviskrav.

Vad gäller frågan om aktivitetsersättningen undersökte ISF som del av rapporten 2020:9 också frågan om beviskravet i sin granskning av Försäkringskassans avslagsärenden under år 2017 och 2018.[305] ISF kunde här konstatera att Försäkringskassan anger ett felaktigt beviskrav i en relativ stor del av ärendena. I 35 procent av besluten i ISF:s aktstudie hade Försäkringskassan motiverat sitt beslut med formuleringar om att underlaget inte ”styrker” rätten till aktivitetsersättning. Följande exempel ger en bild av hur dessa formuleringar har sett ut.[306]

> Försäkringskassan bedömer det inte medicinskt styrkt att din arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år i förhållande till hela arbetsmarknaden.
>
> Försäkringskassan bedömer att det inte är styrkt att din arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av medicinska skäl sett mot alla arbeten på arbetsmarknaden.

I ytterligare nio beslut bland de granskade konstaterade ISF att Försäkringskassan även använder formuleringar kring att det inte går att ”utesluta” att den sökande kan uppnå en arbetsförmåga och att ansökan därför avslås.

ISF:s studie av Försäkringskassans ärendeakter visar också att Försäkringskassan anger ett för högt beviskrav i frågan om varaktighetsprognosen. Myndigheten skriver i 20 procent av de studerade besluten om avslag att de medicinska underlagen inte styrker att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år framåt. ISF konstaterar dock att lagstiftningen inte innehåller någon formulering om att varaktigheten ska styrkas. Regelverket innehåller i stället krav på en mindre bestämd bedömning om framtiden, nämligen att arbetsförmågan *kan antas* bestå under minst ett år.[307] ISF konstaterar dock att det utifrån beslutsformuleringarna i beslutsbreven inte går att

[305] ISF 2020:9.
[306] ISF 2020:9, s. 188.
[307] 33 kap. 7 § SFB.

veta vilket beviskrav som försäkringsutredarna och beslutsfattarna som har skrivit beslutsbreven har använt i själva prövningen.

Det finns en möjlighet att formuleringarna i ett antal eller alla beslut inte är annat än just formuleringar, konstaterar ISF, och att Försäkringskassan inte har använt de alltför högt ställda beviskraven som beskrivs i beslutsbreven i själva bedömningen. Det går med andra ord inte att dra slutsatsen att Försäkringskassan i dessa fall har gjort fel när de har prövat individernas rätt till aktivitetsersättning. ISF anser dock att det är problematiskt att Försäkringskassan kommunicerar felaktiga uppgifter om vad som krävs för att få aktivitetsersättning i en del av sina beslut – även om det inte har påverkat bedömningarna.[308]

ISF anger i rapporten inte vilket beviskrav som gäller för bedömningen vid ansökan *som helhet*, men har i de muntliga kontakterna med utredningen angett att detta ska förstås som att den försäkrade ska göra *sannolikt* att hen har rätt till ersättningen.[309]

Också i en senare rapport som rör Försäkringskassans utredningsskyldighet har ISF konstaterat att Försäkringskassan i vissa av de ärenden om aktivitetsersättning som har granskats i kommuniceringsbreven har använt sig av begrepp som antyder att kravet på bevisning är högre än vad som egentligen är fallet. Det gäller uttryck som ”styrkt”, ”uteslutet”, ”uttömt” och ”inte osannolikt”. Det kan antingen bero på slarviga formuleringar eller på att Försäkringskassan faktiskt använder reglerna på fel sätt. I Försäkringskassans stöddokument för aktivitetsersättning finns ingen förklaring till de olika uttrycken.[310]

Utredningen noterar utifrån ISF:s redogörelse att ISF, liksom utredningen, betraktar *styrkt* som ett högt ställt beviskrav. Utredningen har dock tidigare konstaterat att det finns problem med begreppet, och att det inte alltid är självklart att det används som uttryck för krav på en viss styrka i bevisningen. Utredningen menar att det är ett problem att det inte klart framgår av beslutsmotiveringarna att varaktighetskriteriet inte ställer upp höga krav på bevisningen.

[308] ISF 2020:9, s. 113.
[309] Utredningens möte med ISF 2020-12-11.
[310] ISF 2021:3, s. 102.

Finns det stöd för att ställa upp krav på att alla rehabiliteringsmöjligheter ska vara ”uteslutna”? – om beviskravet för att återfå arbetsförmåga

En fråga som uppkommer inom ramen för diskussionen om beviskravet är om delar av prövningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning innehåller beviskrav som är högre eller lägre än ”huvudkravet”. Som jämförelse råder inom arbetsskadeförsäkringen flera beviskrav vid prövningen av en försäkrads rätt till livränta. Själva sambandsprövningen sker genom en helhetsbedömning där *övervägande skäl* ska tala för samband. Vad gäller de formella kraven för ersättning genom livränta räcker det dock att det *kan antas* att den försäkrade gör en inkomstförlust med minst en femtondel under minst ett års tid.

Som exempel på när frågan om beviskrav kan få en mer handgriplig betydelse kan nämnas kraven för att det så kallade rehabiliteringskriteriet ska vara uppfyllt vid bedömning av rätt till sjukersättning. För rätt till sjukersättning krävs utöver en stadigvarande[311] nedsättning av arbetsförmågan att alla rehabiliteringsmöjligheter som bedöms kunna medföra att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga ska bedömas vara uttömda.

Som redogjordes för, ska bedömningen av rätt till sjukersättning enligt lagtext (33 kap. 6 § SFB) och rättspraxis från HFD ske i två steg: först görs bedömningen av om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt på det sätt som krävs och i nästa steg om alla rehabiliteringsmöjligheter kan bedömas vara uttömda. Försäkringskassan har anfört att bedömningen i praktiken snarare innebär fem olika steg.[312] I myndighetens vägledning beskrivs också en bedömningskedja i fem steg.[313] Bedömningskedjan har tagits fram utifrån en dom i Högsta förvaltningsdomstolen.[314] Domen gäller ett ärende om sjukersättning, men modellen används även inom aktivitetsersättning sedan maj 2017.[315] Vad gäller kraven på att rehabiliteringsmöjligheter inte ska bedömas kunna leda till att en försäkrade återfår någon arbetsförmåga beskrivs i vägledningen att denna bedömning – steg fyra och fem i myndighetens bedömningskedja – ska göras utifrån premissen om det finns medicinska behandlings- eller rehabiliteringsmetoder

[311] För en utförligare diskussion om begreppet stadigvarande, se avsnitt 7.7.2.
[312] Försäkringskassans skriftliga svar till utredningen inför expertgruppsmöte den 27 augusti 2020.
[313] Försäkringskassan, vägledning 2013:1, version 6, s. 41.
[314] HFD 2013 ref. 60.
[315] Försäkringskassan, IM 2017:043.

respektive arbetslivsinriktade som inom överskådlig framtid kan förbättra arbetsförmågan. Endast om medicinska behandlings- och rehabiliteringsmöjligheter respektive arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ”är i det närmaste obefintliga inom överskådlig tid” ska handläggaren enligt vägledningen gå vidare i ärenden (dvs. inte avslå ansökan). Här beskrivs således att det måste föreligga i det närmaste obefintliga rehabiliteringsmöjligheter, ett krav som får anses likna ett krav på att sådana åtgärder ska vara uteslutna.

Utredningen har här kunnat konstatera att begreppet ”uteslutas” har kommit att användas avseende bedömning om den försäkrade kan återfå arbetsförmåga. Det gäller såväl Försäkringskassans handläggning som i vissa bedömningar i domstolarnas underinstanser.

Uttrycket ”uteslutas”, eller att alla rehabiliteringsmöjligheter ska vara ”uteslutna”, får anses innebära ett strängt krav vid bedömningen om det återstår rehabiliteringsmöjligheter som kan bedömas återge den försäkrade någon arbetsförmåga. Uttrycket ger vid handen att det inte kan råda några tveksamheter vid bedömningen och att eventuella oklarheter kan komma att ligga den enskilde till last. Utredningen kan konstatera att det saknas rättsligt stöd för att ställa upp detta krav på att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda (i praktiken bedöms kravet ofta ihop med varaktighetskriteriet, dvs. prognosen om arbetsförmågans nedsättning över tid, under kriteriet att arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt).

HFD har inte specifikt berört frågan om beviskravet för fastställande av uttömda rehabiliteringsåtgärder. Det kan dock konstateras att HFD inte i något avgörande som rör rätten till sjukersättning eller aktivitetsersättning har använt sig av uttrycket ”uteslutas” i detta sammanhang. Inte heller finns begreppet med i lagtexten eller förarbetena, och har inte heller närmre berörts i litteraturen. HFD har inte heller i något avgörande angett att möjligheterna till återfående av arbetsförmåga genom rehabilitering ska vara obefintliga, eller i det närmaste obefintliga. I rättsfallet HFD 2019 ref. 48 använde Högsta förvaltningsdomstolen begreppet sannolikt. HFD uttalar i domskälen: ”Det finns inte någon medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering som *sannolikt* skulle kunna förbättra hans arbetsförmåga.”

I ett fåtal kammarrättsavgöranden har frågan berörts mer specifikt. I Kammarrätten i Jönköpings mål nr 1538-11, som gällde rätt till sjukersättning, uttalade kammarrätten att eftersom det är fråga om en förmån är det den försäkrade som har bevisbördan och alltså han

eller hon som ska bevisa rätten till sjukersättning. Vad gäller beviskravet, dvs. måttet på den styrka som krävs för att något ska anses vara bevisat, anförde kammarrätten att det är tillräckligt att den försäkrade gör sannolikt att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i lagens mening. Det är alltså inte, som Försäkringskassan hade hävdat i målet, att det måste *klarläggas* att hon stadigvarande saknar arbetsförmåga.

Å andra sidan finns det exempel på att uttrycket ”uteslutas” förekommit i ett antal avgöranden från underrätterna, inkl. avgöranden från kammarrätt.[316] Utredningen har dock inte kunnat finna att kammarrätterna i något mål har fört något resonemang om varför beviskravet i varaktighetsfrågan skulle utgöras av att förbättringsmöjligheter måste ”uteslutas”.

Av intresse är även den äldre dom från Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3684-10 som omnämndes i avsnitt 7.8.5. Här konstaterade kammarrätten att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i två steg; det första avser arbetsförmågenedsättningens varaktighet och det andra baserat på om det går att återfå arbetsförmåga genom behandling eller rehabilitering. I det första momentet konstaterade kammarrätten att ingen bevisning talade emot den som den försäkrade hade gett in i form av läkarutlåtande. Avseende frågan om uttömda rehabiliteringsmöjligheter menade kammarrätten att:

> Med tanke på de svårigheter som i allmänhet finns att bevisa att ett förhållande inte föreligger, bör emellertid några större krav inte ställas på den utredning som den enskilde åberopar i detta hänseende. Ett betydande ansvar får i denna del i stället anses åvila Försäkringskassan.

Här tillämpar kammarrätten således en form av ”hoppande” bevisbörda. En sådan övergång av bevisbörda är vanligare i civilrätten, där exempelvis en person i frågan om ett försäkringsfall har att visa att ett försäkringsfall föreligger, varvid bevisbördan går över på motparten (i detta fall ofta ett försäkringsbolag) som behöver bevisa att t.ex. ett undantag föreligger.[317]

Utredningen kan sammantaget konstatera att det inte finns stöd i rättskällorna – dvs. lagtext, förarbeten eller rättspraxis från HFD – för att ställa upp ett annat, högre beviskrav i frågan om rehabiliteringsåtgärder som kan bedömas leda till återfående av arbetsförmåga

[316] Se t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6371-19 och nr 262-20.
[317] Se t.ex. NJA 1984 s. 501 (I) och NJA 1986 s. 470, jfr även t.ex. NJA 2006 s. 721.

kan bedömas vara uttömda. Med andra ord finns inte fog för att ställa upp krav på att möjligheter till förbättring genom sådana åtgärder ska ”uteslutas”, eller att möjligheterna till förbättring av arbetsförmågan genom sådana åtgärder ska vara i det närmaste obefintliga.

7.8.8 Slutsatser om det för närvarande gällande beviskravet

Det kan tyckas märkligt att frågan om vilket beviskrav som i normalsituationen ska anses föreligga i de mängdärenden som avser ansökningar om ersättning från socialförsäkringen inte är klarlagd, eller ens diskuterad i större utsträckning än vad som är fallet. Mot bakgrund av vad som anförts ovan om rättsläget, såsom det har diskuterats i litteraturen och tillämpats i rättspraxis och de förarbetsuttalanden som ändå finns, kan utredningen konstatera att det saknas ett uttryckligt, generellt beviskrav gällande ansökningsärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning. Det kan således sägas råda oklarhet om vad som utgör gällande rätt.

Med det sagt talar ändå mycket för att beviskravet vid ansökningsärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning får anses vara *sannolikt*, även några helt säkra slutsatser alltså inte kan dras kring att det är detta beviskrav som gäller. Stöd för att beviskravet är sannolikt finns också i ett stort antal avgöranden från kammarrätterna, med särskilda uttalanden om beviskravet i vissa kammarrättsdomar. Av vissa HFD-avgöranden går också att dra slutsatsen att andra, högre ställda beviskrav, gäller i fråga om exempelvis återkrav av förmån. I litteraturen har också uttalats att ett inte alltför högt beviskrav generellt gäller och att en term som passar in på detta är ”sannolikt”.[318] Slutligen har Försäkringskassan i sin revidering av relevanta vägledningar under 2021 intagit positionen att sannolikt utgör normalkravet i förvaltningsärenden.

Detta innebär i sin tur att ett något under medelhögt beviskrav gäller och att kravet vid denna typ av ärenden sällar sig till den vanligaste formen av beviskrav i förvaltningsprocessen. Detta kan möjligen, som i litteraturen, uttryckas som ett ”normalkrav”. Denna slutsats skulle också medföra att normalkravet i förvaltningsprocessen ligger under vad som motsvarande gäller i civilprocessen, där den

[318] Lindkvist, Utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav i förvaltningsprocessen, 2018, s. 347–348.

part som har bevisbördan normalt sett behöver styrka sina påståenden och att ett visst förhållande föreligger. Utredningen har inte heller kunnat finna stöd för att delar av bedömningen skulle omfattas av ett högre beviskrav; detta innebär exempelvis att det inte kan ställas krav på att det ska uteslutas eller klarläggas att rehabiliteringsmöjligheter inte kan öka arbetsförmågan för att sjukersättning ska kunna beviljas. Däremot har utredningen kunnat konstatera att vissa delar av bedömningen får anses omfattas av ett *lägre* beviskrav, såsom varaktighetskriteriet i aktivitetsersättningen där det är tillräckligt att det kan antas att arbetsförmågans nedsättning kommer att bestå i minst ett år.

Att inte ett alltför högt beviskrav ska tillämpas kan motiveras med att materiellt riktiga beslut är eftersträvansvärda. Med tanke på de stränga kriterier som ställs upp för att en försäkrad ska ha rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning kan svårigheter med att uppnå materiellt riktiga beslut uppstå om också beviskravet för att utredningen ska uppfylla dessa kriterier är högt ställt.

Principen om fri bevisföring gäller såväl i förvaltningsdomstol som hos beslutsmyndigheten; det innebär att bedömningen inte är bunden till en viss typ av utredning. Som diskuterats ovan utgörs bevisningen i denna typ av ärenden i huvudsak av medicinsk bevisning såsom läkarutlåtanden även om annan bevisning, t.ex. utredning från Arbetsförmedlingen, kan vara av värde för bedömningen.

Slutligen kan slutsatsen dras att huvudregeln är gällande i denna typ av ärenden i frågan om bevisbörda; det är den enskilde som har bevisbördan vid ansökningsärenden om sjuk- eller aktivitetsersättning och den försäkrade ska således genom den framlagda bevisningen göra sannolikt att han eller hon har rätt till den sökta ersättningen. Denna huvudregel måste emellertid läsas ihop med Försäkringskassans långtgående utredningsbefogenheter och omfattande utredningsskyldighet. Den enskildes bevisbörda sträcker sig inte ända fram till att visa att kriterierna för rätt till ersättning är uppfyllda utan avser faktiska förhållanden. Om kriterierna inte är uppfyllda för rätt till ersättning när relevant utredning finns på plats och Försäkringskassan kan anses ha uppfyllt sin utredningsskyldighet är det emellertid den enskilde som bär risken för detta och ersättning kan i ett sådant fall inte beviljas.

8 Rätten till sjukersättning – överväganden och förslag

Utredningens uppdrag består bland annat i att se över förutsättningarna för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning. Som utredningen tidigare kunnat konstatera finns det i dagsläget problem med förmånerna. Det handlar om brister som såväl beror på själva regelverket som på tillämpningen, och kommer till uttryck genom de effekter som uppstår till följd av tillämpningen av regelverket. Det första problemet består i att regelverket är för strikt, med framför allt ett arbetsmarknadsbegrepp som gör att försäkrade prövas mot en abstrakt, mycket bred arbetsmarknad som inkluderar alla typer av förvärvsarbeten, även skyddade, utan att i praktiken ha särskilt goda möjligheter att kunna få och försörja sig i sådant arbete. Det andra problemet består i att också Försäkringskassans tillämpning av detta strikta regelverk är mycket sträng, med en över tid kraftigt ökad andel avslag som sedan flera år tillbaka ligger över 70 procent. Resultatet är konsekvenser som innebär bl.a. att försäkrade som nekas sjukersättning som grupp får sämre hälsa och ekonomi medan andra blir kvar i långa sjukskrivningar utan möjlighet att få sjukersättning. Den stora variationen i tillämpningen innebär vidare allvarliga effekter för enskildas rättssäkerhet och tillit till försäkringen. Även frågan om ersättning för äldre blir aktuell, där uppstår bl.a. frågan om försäkrade som inte beviljas sjukersättning trots att denne har en kort tid kvar innan ålderspensionen och orealistiska eller begränsade möjligheter till omskolning eller rehabilitering.

Utredningens överväganden och förslag avseende rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning syftar till att komma tillrätta med dessa brister. I detta avsnitt presenteras även avvägningar som handlar om att *inte* ändra nuvarande regelverk i de fall utredningen gör

bedömningen att gällande bestämmelser är väl avvägda och ändamålsenliga.

8.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp

Utredningens förslag: Vid prövning av rätten till sjukersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning.

Det innebär att prövning av arbetsförmågan ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Skälen för utredningens förslag: Inom sjukförsäkringen är arbetsförmåga och arbetsmarknad närliggande begrepp. I avsnitt 4.2.1. redogjordes för dessa begrepp och där konstateras bl.a. att arbetsförmåga inte utgör något statiskt, objektivt verifierbart tillstånd utan att arbetsförmågan alltid måste jämföras mot visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Genom de olika arbetsmarknadsbegreppen i sjuk- och aktivitetsersättningen jämfört med sjukpenningen görs också bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga på olika sätt. En förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som bedömningen ska göras mot skulle således också medföra en förändring av arbetsförmågebegreppet.

Som konstateras i avsnitt 6.5 innebär nuvarande regelverk för sjukpenning respektive sjukersättning till att många individer kvarstår i långvariga sjukskrivningar, trots att arbetsförmågan kan bedömas vara stadigvarande nedsatt och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda *i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden*. Utredningens bedömning är att det framför allt är detta som gör det problematiskt att den försäkrades arbetsförmåga bedöms i förhållande till olika arbetsmarknadsbegrepp vid prövning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning. Det nuvarande regelverket innebär alltså att många personer blir kvar i sjukpenningsystemet trots att det inte finns fler åtgärder att ta till för att dessa ska kunna få en förbättrad arbetsförmåga.

8.1.1 Samma arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av sjukpenning och sjukersättning

Mot bakgrund av vad som anförts ovan är utredningens bedömning att samma arbetsmarknadsbegrepp bör gälla såväl vid prövning av rätt till sjukpenning som vid prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning. För äldre försäkrade som har långvarigt nedsatt arbetsförmåga och som uppnått en viss ålder föreslås att prövningen ska göras i förhållande till ett arbete den försäkrade har erfarenhet av, se vidare avsnitt 8.4.

Utredningen föreslår att arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av rätt till sjukersättning ska ändras till samma begrepp som regeringen i prop. 2020/21:171 föreslår ska gälla för sjukpenning, med innebörden att prövningen av arbetsförmågan fr.o.m. dag 181 i rehabiliteringskedjan[1] ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Sedan tidigare gäller även för sjukpenning att arbetsförmågan också ska prövas mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Även detta rekvisit ska gälla vid prövning av rätt till sjukersättning.

För frågan om rätt till sjukpenning bedömer regeringen att den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot varken görs bredare eller smalare genom den av regeringen föreslagna lagändringen.[2] Härav följer att det förvärvsarbete som den försäkrades arbetsförmåga prövas mot inom yrkesgruppen måste vara normalt förekommande på arbetsmarknaden och att allt förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ingår i någon yrkesgrupp.

Innebörden av begreppet normalt förekommande arbete har definierats i rättspraxis.[3] Det ska vara fråga om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning till dennes medicinska besvär. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna ingår inte i begreppet normalt förekommande arbete. För att prövningen av arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbeten ska bli mer begriplig och med syfte att harmonisera det arbetsmarknadsbegrepp som används

[1] Detta gäller för anställda medan arbetslösas arbetsförmåga bedöms mot detta arbetsmarknadsbegrepp fr.o.m. dag 1 i sjukperioden.
[2] Prop. 2020/21:171, s. 22.
[3] Se RÅ 2008 ref. 15 och HFD 2018 ref. 51 I och II; se vidare avsnitt 5.2.3. och SOU 2020:6.

såväl vid bedömning av rätt till sjukpenning som sjukersättning och aktivitetsersättning är utredningens förslag således att arbetsförmågan ska bedömas mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Genom att bedömningen av rätt till sjukersättning ska göras gentemot samma arbetsmarknadsbegrepp som vid prövning av rätt till sjukpenning kommer bedömningen av arbetsförmågan göras mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp jämfört med vad som sker i dag. Bedömningen blir därmed något mer generös jämfört med dagens regelverk. Enligt nuvarande regelverk sker prövningen av rätt till sjukersättning i förhållande till arbeten på hela arbetsmarknaden. Det innefattar även t.ex. anpassade och skyddade arbeten samt anställningar med lönebidrag – även ifall sådana anställningar inte är tillgängliga för den försäkrade. Med nuvarande lagstiftning kan den arbetsförmågebedömningen således ske mot en relativt hypotetisk arbetsmarknad, med arbeten där den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga utan att det i praktiken är realistiskt att han eller hon kommer kunna få ett sådant arbete. Högsta förvaltningsdomstolen har i avgörandet HFD 2019 ref. 48 gjort vissa klargöranden avseende hur arbetsmarknadsbegreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden ska tolkas. Genomslaget av domen är ännu för tidigt att uttala sig om. Oaktat de förtydliganden som gjorts i denna dom bedömer utredningen att detta inte är tillräckligt för att de identifierade problemen i sjukersättningen kommer att kunna åtgärdas endast genom de effekter domen kan komma att få.

Förslaget om det förändrade arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av rätt till sjukersättning bedöms dock medföra att den enskildes arbetsförmåga kommer bedömas mot en mer realistisk arbetsmarknad, vilket torde leda till att bedömningar och beslut om sjukersättning överlag kommer kunna framstå som mer verklighetsförankrade.

Den föreslagna förändringen bedöms också bidra till att lösa den problematik som identifierats av utredningen utifrån bl.a. Riksrevisionens rapport vad gäller diskrepans mellan de krav som reglerna att beviljas sjukersättning stipulerar och de försäkrades faktiska möjligheter att försörja sig genom arbete på arbetsmarknaden.

Något som ytterligare talar för en harmonisering av arbetsmarknadsbegreppet inom hela sjukförsäkringen är att det också torde underlätta för berörda aktörer vid utredning om rätten till ersättning. Exempelvis gäller det hälso- och sjukvårdens bedömningar av den

försäkrades medicinska hälsotillstånd. Tillsammans med utredningens förslag om förtydligande av varaktighetskriteriet torde det bidra till att ge behandlande läkare en tydligare bild av vad som ska bedömas. Visserligen föreslås ett modifierat arbetsmarknadsbegrepp för äldre personer i förvärvsarbetande ålder (se avsnitt 8.4), men i majoriteten av ärendena kommer det bli bedömning i förhållande till samma begrepp. När det gäller hälso- och sjukvården kommer den också avlastas genom att försäkrade som beviljas sjukersättning inte löpande behöver få nya sjukintyg för prövning av rätt till sjukpenning.

Utredningens förslag innebär vidare att den försäkrades arbetsförmåga, utöver förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, även ska bedömas i förhållande till annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

De arbeten som omfattas av definitionen ”annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade” kan delas in i tre kategorier: udda och sällan förekommande arbeten, sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga och arbeten där arbetsgivaren får lönebidrag.[4]

Ett udda och sällan förekommande arbete är ett arbete som inte är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det är alltså fråga om arbeten utan subventioner, stora anpassningar eller liknande, men där arbetets karaktär ändå gör att det inte är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga avser skyddad anställning inom Samhall eller en offentlig skyddad anställning (OSA).

För försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning kan arbetsgivare i vissa fall få lönebidrag vid anställning av dessa försäkrade. Sådana anställningar utgör vanliga arbeten där lönebidrag betalas till arbetsgivaren för att kompensera för en lägre prestation från den försäkrades sida till följd av t.ex. sjukdomsbesvär.

Skyddade anställningar, arbeten som är anpassade på mer än ringa sätt samt anställning med lönebidrag kommer således fortfarande ingå i prövningen av rätten till sjukersättning, men blir endast aktuella om de är *tillgängliga* för den försäkrade, i stället för att som i dag ingå i den prövning av mer abstrakt eller hypotetisk natur av hur sjuk-

[4] Prop. 1996/97:28, prop. 2007/08:136 och Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 13.

domen påverkar den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom att arbete som annars görs av arbetsförmågan.[5]

När det gäller sjukpenning uttalades i förarbetena att

> även om det finns arbetsuppgifter som den försäkrade skulle kunna utföra innebär det inte automatiskt att hens rätt till sjukpenning kan ifrågasättas. Den försäkrade måste också ha erbjudits att utföra dessa arbetsuppgifter. Men nekar den försäkrade att ta ett sådant erbjudet arbete ska sjukpenning inte längre betalas ut.[6]

På samma sätt bör för det för sjukersättning gälla att en försäkrad som exempelvis har varit aktuell för en skyddad anställning på Samhall, men som har tackat nej till den anställningen ska få sin arbetsförmåga jämförd även mot detta arbete då det fanns tillgängligt för den försäkrade.

Dessa typer av arbeten kommer således fortfarande att ingå i prövningen av rätten till sjukersättning, men endast om de är tillgängliga – dvs. om den försäkrade bedöms ha en faktisk, konkret möjlighet att få ett sådant arbete i samband med prövningen av rätt till ersättning. På sätt harmoniseras även denna del av bedömningen med vad som i dag gäller för sjukpenning. Detta utgör också en uttalad avsikt med utredningens förslag då de största problemen med regelverket och dess tillämpning har kunnat knytas till just diskrepansen mellan abstrakta bedömningar av arbetsförmåga mot denna typ av förvärvsarbeten och de försäkrades faktiska möjligheter att få och försörja sig i sådana arbeten.

En viktig aspekt är också att själva möjligheterna till insatser för de försäkrade inte kommer att förändras genom utredningens förslag om ett ändrat arbetsmarknadsbegrepp. Möjligheterna att genom Arbetsförmedlingen exempelvis kunna få hjälp med att få en skyddad anställning inom Samhall eller en anställning med lönebidrag kommer att kvarstå oförändrade. Liksom tidigare är emellertid inte sådana insatser kopplade till själva bedömningen av rätt till sjukersättning som sådan. Utredningen vill här betona vikten av att tillräckliga resurser avsätts till sådana åtgärder som möjliggör för försäkrade med olika typer av funktionsnedsättningar eller nedsatt arbetsförmåga att ändå kunna ha en plats på arbetsmarknaden, exempelvis genom Samhalls verksamhet eller möjligheten att bevilja arbetsgivaren lönebidrag för anställning.

[5] Jfr HFD 2018 ref. 51.
[6] Prop. 2007/08:136, s. 62.

I det fall det är aktuellt att utreda om det finns något sådant slags arbete tillgängligt för den försäkrade kommer Försäkringskassan att behöva ha kontakt med Arbetsförmedlingen för denna avstämning.

När det gäller sjukersättning och aktivitetsersättning bör prövningen även innefatta bedömning av arbetsförmåga i förhållande till ett eventuellt befintligt arbete den försäkrade redan har. Det är inte självklart i vilken utsträckning det ordinarie arbetet kan sägas ingå i normalt förekommande arbeten när man som i sjuk- och aktivitetsersättning ska göra bedömningen ”direkt”. Om ett sådant arbete inte kan anses utgöra ett normalt förekommande arbete kommer det att bedömas utifrån ett lämpligt arbete som finns tillgängligt. Konkret innebär detta för anställda att arbetsgivarens sedvanliga ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1)[7] också är tillämpliga. Det innebär med andra ord att bedömningen av arbetsförmågan också innefattar en prövning av om den försäkrade har arbetsförmåga i ett befintligt arbete hos arbetsgivaren som har anpassats i enlighet med de krav som ställs enligt nyss nämnda författningar, under förutsättning att arbetet fortfarande är lämpligt. För sjukpenningens del uttalades i förarbetena också att ”Om det finns lediga arbetsuppgifter som den försäkrade kan utföra är dock arbetsgivaren ofta inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet skyldig att erbjuda den försäkrade dessa uppgifter. Om den försäkrade nekar att ta arbete som han eller hon rimligen bör acceptera ska fortsatt sjukpenning inte betalas ut”.[8] För sjukersättningens del kan det sägas innebära att om arbetsgivaren inom ramen för sin skyldighet erbjuder den försäkrade anpassade arbetsuppgifter som kan bedömas lämpliga och den försäkrade nekar till sådant arbete ska även detta arbete ingå i bedömningen av rätt till sjukersättning.

Dessa aspekter är också relevanta vid bedömningen av om rehabiliteringsmöjligheterna kan anses vara uttömda. Kan sådana anpassningar av arbetet som kan anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering medföra att den försäkrade återfår arbetsförmåga bör inte rehabiliteringsinsatserna i normalfallet kunna anses vara uttömda.

[7] Fr.o.m. 1 juni 2021 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsanpassning (AFS 2020:5).
[8] Prop. 2007/08:136, s. 62.

8.1.2 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning

Som redovisas i tidigare avsnitt innebär den nuvarande lagstiftningen att kriterierna för att kunna beviljas sjukersättning är striktare jämfört med kriterierna för att beviljas sjukpenning. Eftersom sjukersättning beviljas för mer långvarigt nedsatt arbetsförmåga och i någon mening är det sista steget i en kedja är den nuvarande ordningen logisk. Utredningens föreslagna förändring av arbetsmarknadsbegreppet innebär att det rekvisitet för att kunna beviljas sjukersättning blir lättare att uppfylla. Det kommer emellertid även fortsättningsvis sammantaget uppställas striktare kriterier för att en försäkrad ska kunna beviljas sjukersättning jämfört med sjukpenning. Detta eftersom det enligt utredningens förslag även framöver kommer krävas en långvarigt nedsatt arbetsförmåga och att det inte heller ska finnas återstående rehabiliteringsmöjligheter för att rätt till sjukersättning ska föreligga.

Förändringen innebär således inte en återgång till de villkor som gällde före den 1 juli 2008 vad gäller rätten till (icke tidsbegränsad) sjukersättning. Enligt det regelverket krävdes endast varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Tidigare fanns inte heller samma krav som i dag på att rehabiliteringsmöjligheter inte ska bedömas kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.

8.1.3 Avväganden kring ändrat arbetsförmågebegrepp vid prövning av sjukersättning till personer som är 19–29 år

Enligt nuvarande regelverk kan även försäkrade som är 19–29 år beviljas sjukersättning. Bedömningen görs enligt samma kriterier som för försäkrade som är 30–64 år, förutom att försäkrade som är under 30 år endast kan beviljas *hel* sjukersättning. Ersättningen är endast tänkt att ges till den begränsade grupp personer under 30 år som har så omfattande funktionsnedsättningar att det är osannolikt att de någonsin kommer kunna arbeta.[9] I annat fall ska den försäkrade beviljas aktivitetsersättning och få relevant stöd att utveckla sin arbetsförmåga. I många fall är det inte möjligt – och inte heller lämpligt – att bedöma och fastställa nivån på en mer varaktig arbetsoförmåga för unga personer. Många unga som är aktuella för sjuk- eller akti-

[9] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 52.

vitetsersättning saknar ofta, eller har endast begränsad arbetslivserfarenhet. Vidare kan unga fortfarande genomgå en mognadsprocess som kan möjliggöra att arbetsförmågan utvecklas ifall ändamålsenliga rehabiliteringsinsatser genomförs. Mot bakgrund av detta har utredningen övervägt om den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet skulle innebära att försäkrade under 30 år som ändå har möjlighet att utveckla en arbetsförmåga trots det kan komma att beviljas sjukersättning. Det skulle i så fall innebära att andra personer än avsett skulle beviljas sjukersättning.

Den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet kommer göra det något lättare för personer som är 19–29 år att beviljas sjukersättning. Enligt utredningens förslag ska det emellertid fortfarande finnas krav på långvarigt nedsatt arbetsförmåga (se avsnitt 7.2) samt att det inte ska bedömas finnas några rehabiliteringsmöjligheter som kan ge den försäkrade arbetsförmågan åter (se avsnitt 7.3). Mot denna bakgrund torde det sammantaget fortfarande ställas så pass höga krav för rätt till ersättning att det även fortsättningsvis endast kommer vara en begränsad grupp personer under 30 år som har mer omfattande funktionsnedsättningar som kommer att komma ifråga för sjukersättning.

Med föreslagen förändring kommer det inte ske någon prövning av den försäkrades arbetsförmåga sett till anpassade arbeten, förutom ifall ett lämpligt arbete finns tillgängligt för den försäkrade. Således skulle exempelvis en försäkrad som på sikt, med relevanta rehabiliteringsinsatser skulle kunna utveckla en arbetsförmåga i anpassade arbeten (men inte i normalt förekommande arbeten) beviljas sjukersättning. För merparten av dessa försäkrade torde det dock vara svårt att göra mer långvariga prognoser om varaktigheten av nedsättningen av arbetsförmågan. Eftersom flera av dessa försäkrade inte har någon eller endast ringa arbetslivserfarenhet, torde det också vara svårt att bedöma att det inte finns några rehabiliteringsinsatser att ta till som kan utveckla arbetsförmågan. Liksom redan gäller i dag är det viktigt att Försäkringskassan gör väl avvägda bedömningar och utredningar för att säkerställa att det är avsedd målgrupp som beviljas ersättningen. Det gäller inte minst ärenden där det är gränsfall om den försäkrade uppfyller villkoren för rätt till ersättning eller inte. Liksom anges i förarbetena till införandet av reglerna om sjukersättning till personer under 30 år kan detta innebära behov av mer

omfattande utredningar där t.ex. underlag från arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog eller specialpedagog etc. behöver begäras in.

Utredningen har även övervägt ifall nuvarande arbetsmarknadsbegrepp bör förbli intakt vid bedömning av rätt till hel sjukersättning för personer som är under 30 år. Eftersom bedömningen är att målgruppen inte torde vidgas i någon avsevärd utsträckning med det förändrade arbetsmarknadsbegreppet bedöms detta dock inte vara nödvändigt. Som tidigare nämnts är det också bl.a. vissa administrativa fördelar med att (enligt huvudregeln) ha samma arbetsmarknadsbegrepp inom hela sjukförsäkringen.

8.2 Förtydliganden av varaktighetskravet

Utredningens förslag: Ett nytt varaktighetsbegrepp ska införas: *överskådlig tid* som ersätter begreppet *stadigvarande*. Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid ska inte beaktas tid bortom den tidpunkt då sjukersättning som längst kan betalas ut.

Vidare ska förtydligas att varaktighetsbedömningen och bedömningen av rehabiliteringsmöjligheter utgör olika kriterier där bedömningen ska ske i två separata steg.

Skälen för utredningens förslag: Sjukersättning är en ersättningsform som är avsedd för de försäkrade som har en långvarig nedsättning av arbetsförmågan till följd av medicinska orsaker. På så sätt är också sjukersättningen den sista ersättningen i en kedja och en naturlig fortsättning efter en längre period med sjukpenning, även om försäkrade inte alltid har varit långvarigt sjukskrivna innan de beviljas sjukersättning. Det övergripande syftet med ersättningen är att den blir aktuell först efter att andra möjligheter har uttömts för att få eller återfå arbetsförmåga.

Som framgår av utredningsdirektivet ska denna grundläggande princip att sjuk- och aktivitetsersättningen endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt även gälla framöver. Utredningen delar bedömningen att det är rimligt att detta grundläggande kriterium kvarstår.

Ett tydligt varaktighetskrav ihop med kravet på att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda är en viktig signal om

att grundprincipen är att samhället inte ska ge upp om människor vad gäller deras möjligheter att få eller återfå arbetsförmåga. Sjukersättning ska ges endast som en sista utväg, när alla möjligheter till förbättring bedöms vara uttömda.

Genom utredningens förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp, där begreppet föreslås bli detsamma som för prövning av rätt till sjukpenning, kommer bedömningen bli mer generös. Ett nytt arbetsmarknadsbegrepp innebär med stor sannolikhet att det blir något lättare att beviljas sjukersättning. För att hitta en rimlig avvägning och balans vad gäller de sammantagna kraven för att beviljas sjukersättning föreslås samtidigt att arbetsförmågan även fortsatt ska behöva vara långvarigt nedsatt och att de rehabiliteringsmöjligheter som kan medföra återfående av arbetsförmågan ska bedömas vara uttömda för att rätt till sjukersättning ska föreligga.

Eftersom utredningens förslag är att ha samma arbetsmarknadsbegrepp vid prövning av rätt till sjukpenning och sjukersättning får varaktighetskravet en ännu mer central roll i frågan om sjukersättning ska beviljas eller inte. Ett tydligt varaktighetskrav på en långvarig nedsättning av arbetsförmågan är således ändamålsenligt för en rimlig utformning av regelverket kring sjukersättningen.

Utredningen redogjorde i avsnitt 6.8 för varaktighetskravet och de problem som finns förknippade med framför allt de olika begreppen för tidsrymd och hur lång en prognos om varaktighet av arbetsförmågans nedsättning egentligen ska vara. I avsnittet beskrevs också svårigheten med att göra medicinska prognoser långt in i framtiden.

8.2.1 Klargörande av att bedömningen utgörs av två delar

I tidigare avsnitt som har berört varaktighetskravet (se avsnitt 5.2.1 och 7.7) har utredningen konstaterat att bedömningen av varaktighetskravet enligt gällande rätt innebär två olika kriterier – dels om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt, dels om rehabiliteringsmöjligheter återstår. Att bedömningen ska ske på detta sätt framgår av lagtextens konstruktion och har bekräftats i domar från HFD. Som lagtexten är utformad finns enligt utredningens bedömning inte utrymme för att inkludera frågan om rehabiliteringsmöjligheter i själva begreppet stadigvarande. Utredningen har vidare kunnat konstatera att formuleringarna i förarbetena är otydliga i denna fråga och i viss

utsträckning talar emot hur lagtexten har konstruerats. Av bl.a. utredningens granskning av Försäkringskassans beslut i sjukersättningsärenden framgår också att myndigheten i motiveringen av beslutet utan närmare motivering slår ihop de två delarna vid bedömning av om varaktighetskriteriet är uppfyllt. I besluten beskrivs ofta begreppet stadigvarande som ”all överskådlig framtid och att medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att arbetsförmågan kan förbättras”.

Utredningen är visserligen av uppfattningen att frågan om rehabiliteringsåtgärder är tätt sammankopplad med frågan om arbetsförmågans nedsättning sett över tid. I de fall alla rehabiliteringsåtgärder bedöms vara uttömda medför detta i regel också att arbetsförmågan kommer vara nedsatt under all överskådlig framtid. Det är svårt att föreställa sig ett fall där alla rehabiliteringsåtgärder är uttömda men arbetsförmågan ändå inte bedöms kommer vara nedsatt under överskådlig tid. Ett sådant fall skulle innefatta en bedömning av återfående av arbetsförmågan genom självläkning utan behov av vare sig medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. En viss uppmjukning av bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt vid vissa fall av svårbedömda diagnoser där det förelegat en mycket långvarig arbetsoförmåga kan dock ses i rättsfallet HFD 2013 ref. 60, där HFD anger bl.a. att tidigare perioder med nedsatt arbetsförmåga samt dessas längd och orsak ska beaktas.

Det finns mot denna bakgrund ett behov av att klargöra hur bedömningen av varaktighetskriteriet ska göras. Enligt utredningens mening bör det tydliggöras att bedömningen ska ske i två separata delar, såsom lagtexten också stipulerar. Det första kriteriet, som avser arbetsförmågans nedsättning över tid, kan då anses avse arbetsförmågans nedsättning över tid oberoende av frågan om medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Det måste vara fråga om en sjukdom eller annan funktionsnedsättning som vid en prognosbedömning ska bedömas bestå och sätta ned den försäkrades arbetsförmåga under överskådlig framtid vid sedvanlig behandling eller om inga insatser görs.

Steg två i denna bedömning, dvs. om också rehabiliteringsmöjligheter som kan bedömas leda till återfående av arbetsförmåga kan anses vara uttömda och utredningens förslag i denna del, berörs vidare i avsnitt 8.3.

Uppdelningen av varaktighetskriteriet i två separata rekvisit innebär inte att en bedömning i strikta steg är avsedd; det är alltså inte så att frågan om arbetsförmågans nedsättning under överskådlig tid alltid måste avhandlas och bedömas innan frågan om återstående rehabiliteringsmöjligheter kan utredas. En sådan strikt ”trappa” med steg skulle också enligt utredningens uppfattning kunna motverka effektivitet i handläggningen. Utredningen har kunnat konstatera att Försäkringskassans handläggning av sjukersättningsärenden i dagsläget är utformad som en ”bedömningskedja” där de olika kriterierna bedöms i viss ordning. Detta utgör emellertid mer av interna handläggningsrutiner än krav på att bedömningen måste ske i en viss ordning.

En uttalad bedömning i två separata delar med angivet beviskrav för varje steg skulle enligt utredningens bedömning bidra till en tydligare, mer förutsebar och rättssäker tillämpning av sjukförsäkringens bestämmelser och skulle också kunna bidra till mindre osäkerhet och fluktuation över tid.

Ett alternativ som utredningen har övervägt är att i stället ändra lagtextens lydelse till att närmre sammanfalla med den sammanslagna bedömning som i dagsläget tillämpas av Försäkringskassan och som beskrivs i förarbetena, dvs. att begreppet stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan även inkluderar att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda. Nackdelen med en sådan lösning är att man får ett mindre precist bedömningsutrymme. Det går inte heller med en sådan lösning att exempelvis ställa upp olika beviskrav för de olika stegen i bedömningen, något som utredningen anser kan vara motiverat.

8.2.2 Förtydligande av längden på prognosen om överskådlig framtid

I utredningsdirektiven konstateras att den bedömningen av om en person i framtiden kan få arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete ibland innefattar ett stort mått av presumtion om framtiden. Mot denna bakgrund är det relevant med en analys av varaktighetskravets ändamålsenlighet i sjukersättningen och aktivitetsersättningen.

Utredningen har i tidigare analys redogjort för begreppet ”stadigvarande” och att detta begrepp i förarbeten och i rättspraxis har konstaterats vara likställt med att arbetsförmågan ska förväntas vara nedsatt under all överskådlig framtid. Man kan möjligen ställa sig frågan varför inte begreppet all överskådlig framtid har använts direkt i lag-

texten. Förarbetena ger inget svar på hur lagstiftaren har resonerat i denna fråga.

Utredningen kan konstatera att varken begreppet stadigvarande eller all överskådlig framtid är särskilt klargörande vad gäller den faktiska tidsrymd som arbetsförmågan ska bedömas vara nedsatt för att rätt till ersättning ska föreligga. Några mer utförliga resonemang om detta finns inte heller i förarbetena. Inte heller rättspraxis har gett någon ledning utöver att det inte behöver vara fråga om någon permanent nedsättning eller fram till pensionsåldern.

Begreppet stadigvarande är också i sig problematiskt eftersom betydelsen inte är särskilt entydig och ordets möjliga synonymer har flera olika inriktningar. Det står klart att det inte ska vara fråga om någon temporär nedsättning, men betydelsen ”permanent” är inte heller korrekt eftersom det samtidigt ska vara fråga om en överskådlig framtid. Förtydligandet av lagtextens begrepp som gjorts i förarbetena framstår således inte som helt förenlig med den inneboende betydelsen i begreppet stadigvarande.

Med det sagt kvarstår problem i tolkningen av vad som ska ingå i prognosen om den försäkrades arbetsförmåga och att begreppet innebär stor osäkerhet. Det finns därför behov av förtydliganden kring vad som ska ingå i prognosen och hur bedömningen ska göras.

En skillnad mot de begrepp som har använts för tidigare ersättningsformer vid mer långvariga nedsättningar av arbetsförmågan – såsom ”varaktig” eller ”avsevärd tid” – är att den nuvarande betydelsen all överskådlig framtid har en större betoning på överblickbarheten. Tidsrymden ska inte bara vara långvarig; det ska också vara fråga om en period som faktiskt kan överblickas. Det ska således vara fråga om en ”överskådlig”, och inte en ”oöverskådlig” period. Detta menar utredningen är viktigt att ta fasta på.

Utredningen menar att den centrala utgångspunkten måste vara den rimliga medicinska prognos som kan göras av hälso- och sjukvården. Ett krav på varaktighetsprognos som går bortom vad hälso- och sjukvården kan göra utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet är inte bara mycket högt ställt utan också i praktiken omöjligt att uppfylla. Det ska således inte ställas några orealistiska krav på behandlande läkare att göra bedömningar om framtidsprognoser som inte är görbara enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ingen läkare ska behöva göra en bedömning av prognos som går bortom vad professionen tillåter, i tron att detta är vad som krävs enligt regel-

verket. Utredningen har dock erfarit att det synes råda osäkerhet inom främst hälso- och sjukvården kring hur lång prognosen behöver vara och vad som krävs av den.

Det framhålls i förarbetena att bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt eller om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga ska utgå från den kunskap som är tillgänglig vid prövningstillfället. Det ansågs inte vara rimligt att väga in att det i framtiden skulle kunna komma fram behandlingsmetoder eller arbetshjälpmedel som gör att arbetsförmågan då kan återvinnas. Dessa förarbetsuttalanden kan utläsas som stöd för att det är en rimlig medicinsk prognos som ska göras.

HFD har klargjort att denna bedömning också ska vara individuell och baseras på utredningen i det enskilda fallet, om inga generella slutsatser kan dras. Även mer svårbedömda och diffusa sjukdomstillstånd kan ge rätt till sjukersättning om utredningen visar på en tillräckligt långvarig (dvs. stadigvarande) nedsättning av arbetsförmågan och det är sannolikt att kriterierna är uppfyllda. Detta synsätt är också förenligt med principerna om fri bevisvärdering samt beaktandet av den försäkrades befintliga skick. Försäkringskassan har i sin vägledning uttryckt uppfattningen att HFD:s avgöranden innebär att kravet i förarbetena om att det ska vara fråga om kroniska sjukdomar och irreversibla skador inte kvarstår. Utredningen kan konstatera att kroniskt typiskt sett innebär att sjukdomen är långvarig (i motsats till akut) och att behandling typiskt sett syftar till att lindra besvären. Sjukdomen kan vara tidvis återkommande, långvarig eller livslång.

En annan svårighet som uppkommer här, liksom i många andra sammanhang, är hur idén om en medicinskt renodlad försäkring samverkar med andra aktörers uppdrag och inställning, där helt andra idéer kan vara bärande. Här måste ständiga avvägningar göras mellan den medicinskt renodlade sjukförsäkringen å ena sidan och principen om den individuella bedömningen och den försäkrades befintliga skick å den andra; eller mellan hälso- och sjukvårdens holistiska perspektiv å ena sedan och kravet på renodlade medicinska prognoser å den andra. Ett krav på en medicinskt renodlad prognos är svår att ställa eftersom hälso- och sjukvårdens perspektiv innefattar även andra, mer individuellt betingade faktorer och bedömningen av återfående av arbetsförmåga kan vara beroende också av annan utveckling i den försäkrades liv.

Med detta sagt är en viktig del av tydliggörandet av vad all överskådlig framtid innebär är att det ska vara fråga om en tidsrymd för vilken det är rimligt att göra en medicinsk prognosbedömning. Det får accepteras att några alltför långtgående prognoser som avser många år framåt i tiden faktiskt inte kommer vara möjligt att göra i de flesta fall. En avgörande del av varaktighetsprognosen i sådana fall kommer i stället att utgöras av bedömningen av om det återstår rehabiliteringsåtgärder. Det är först när det kan antas att sådana åtgärder inte kommer att leda till återfående av arbetsförmågan som sjukersättning kan beviljas, oavsett längden på varaktighetsprognosen i sig (se avsnitt 8.3).

8.2.3 En i antal år preciserad tidsrymd är inte ett lämpligt alternativ

Begreppet stadigvarande har inte preciserats i förarbeten eller rättspraxis till att utgöra ett visst antal år eller på annat sätt en viss preciserad tidsrymd. Utredningen menar att det även finns goda skäl för detta.

För en ersättning som inte är tidsbegränsad är det inte heller lämpligt att sätta en specifik tidsgräns för bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan. Den tidsbegränsade sjukersättningen som upphörde i samband med övriga förändringar av regelverket i juli 2008 hade ett annat syfte än den icke tidsbegränsade. Där var ersättningen tidsbegränsad och kravet på prognosens varaktighet kunde därmed också sättas till viss tid.

Utredningen har därför kommit till slutsatsen att en fast tidsgräns på exempelvis tre år vid bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt inte utgör det lämpligaste alternativet.

Diskussioner har i den allmänna debatten och t.ex. bland jurister på området under åren förts om en sådan gräns på exempelvis tre år skulle sättas för varaktighetskriteriet. Om en försäkrad bedöms ha nedsatt arbetsförmåga under minst tre år skulle varaktighetskriteriet alltså kunna anses vara uppfyllt. Stöd för detta skulle kunna vara att det är efter tre år som arbetsförmågan ska följas upp av Försäkringskassan. HFD har vidare särskilt omnämnt denna uppföljning i rättsfallet HFD 2011 ref. I–III.

Utredningen kan emellertid konstatera att en fast tidsgräns skulle innebära en relativt stor förändring mot hur varaktighetskriteriet

bedöms i nuläget. Inte heller sjukersättning som utgått tills vidare enligt äldre regelverk har haft en specifik tidsbegränsning för varaktighetsbedömningen. Typiskt sett finns en tidsbegränsning i angiven tid när också ersättningen i sig är tidsbegränsad. Sjukersättning beviljas dock tills vidare.

Det finns vidare goda skäl för att tidsrymden all överskådlig framtid ska kunna variera i tid. För en ung person i trettioårsåldern med en långvarig sjukdom bör begreppet som utgångspunkt kunna anses omfatta en längre tidsrymd än för en äldre person med en välkänd besvärsproblematik där prognosen är mer överblickbar. Det bör dock betonas att detta framför allt blir en fråga om den medicinska bedömningen av sjukdomsbilden i det enskilda fallet. Det kan konstateras att det finns stora variationer i frågan om olika sjukdomar och diagnoser och vilka medicinska prognoser som är rimliga att göra i varje enskilt fall. En fast tidsrymd om exempelvis tre år är långt ifrån en given prognoshorisont för alla sjukdomar.

Försäkringskassans uppföljningar av arbetsförmågan kan inte vara styrande för varaktighetsbedömningen

Av redogörelsen i avsnitt 7.7.5. framgår bland annat att Försäkringskassans uppföljningar av de försäkrades arbetsförmåga endast i mycket få fall, ca 2 procent, har lett till någon omprövning av arbetsförmågan. Regelverket för uppföljningar har vidare ändrats år 2017, från en obligatorisk ny *utredning* av arbetsförmågan inom tre år från beslutet om sjukersättning till att en *uppföljning* av arbetsförmågan ska göras minst vart tredje år.

Utredningen drar mot denna bakgrund slutsatsen att Försäkringskassans uppföljningar av arbetsförmågan vid beviljad sjukersättning inte kan vara styrande för varaktighetsbedömningen i sjukersättningen; hur denna ska göras och hur lång tidsrymd begreppet all överskådlig framtid ska anses innebära. Utredningen har inga invändningar mot hur nuvarande utformning av uppföljningarna ser ut. En begränsning av varaktighetskravet till t.ex. tre år, och som närmre skulle sammanfalla med tidpunkten för uppföljningen av den försäkrades arbetsförmåga, skulle enligt utredningens uppfattning och behöva ställa betydligt högre krav på dessa uppföljningar, t.ex. genom att en ny arbetsförmågebedömning skulle genomföras. En sådan lösning förefaller emellertid inte vara realistisk eller görbar och det kan alltså

konstateras att regelverket kring uppföljning av arbetsförmåga snarast har gått i motsatt riktning, mot en mindre omfattande uppföljning där det i praktiken endast är de fall där det finns tydliga signaler på att den försäkrades arbetsförmåga har förändrats som blir föremål för eventuell omprövning av sjukersättningen.

8.2.4 Varaktighetsprognosen ska maximalt omfatta tid fram till tidpunkten då sjukersättning som längst kan utbetalas

Enligt utredningens bedömning bör den bortre tidsgränsen för prognosen om all överskådlig framtid vara den tidpunkt då den försäkrade som längst kan beviljas sjukersättning. För närvarande är denna tidpunkt till och med månaden före den månad då han eller hon fyller 65 år.[10] I och med kommande förändringarna av den allmänna pensionsåldern föreslås denna tidpunkt ändras och följa med pensionsåldern.

Enligt nuvarande rättsläge kan sjukersättning beviljas endast om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt för all överskådlig framtid. Det finns här ingen koppling till pensionsåldern, utan bedömningen ska göras från tidpunkten som ansökan avser och bedömningen kan gå bortom den tidpunkt när den försäkrade uppnår ålder för ålderspension och inte längre kan få utbetalning av sjukersättning.

Denna ordning är problematisk. Det är visserligen i linje med att försäkringen ska vara medicinskt renodlad och att hänsyn inte får tas till andra faktorer som exempelvis ålder. Inom ramen för utredningens direktiv finns uppdraget att utreda frågan om sjukersättning för äldre i förvärvsarbetande ålder. I avsnitt 7.4 föreslår utredningen vissa förändringar för dessa försäkrade. Mot denna bakgrund kommer sjukersättningen att innehålla vissa undantag för äldre försäkrade och principen om medicinsk renodling utan hänsyn till andra faktorer kommer inte att vara strikt rådande.

Denna föreslagna förändring blir således aktuell främst för äldre försäkrade i förvärvsarbetande ålder. Avsikten är att enskilda inte ska nekas sjukersättning på grunden att arbetsförmågan inte bedöms nedsatt över perioden som går bortom tidpunkten för ålderspension när frågan om sjukersättning inte längre är aktuell.

[10] 33 kap. 16 § SFB.

Förslaget är nära sammanlänkat med kravet på uttömda rehabiliteringsåtgärder. Utredningen föreslår här att rehabiliteringsåtgärder som förväntas ge arbetsförmågan åter först efter sista tidpunkten då sjukersättning kan utges inte ska beaktas. Detta förslag finns i avsnitt 8.3.3.

8.2.5 Förslag om ett nytt, tydligare varaktighetsbegrepp

Utredningen har mot bakgrund av vad som anförts ovan övervägt olika alternativ när det gäller varaktighetsbegreppet. Ett alternativ är att behålla de begrepp som finns i det befintliga regelverket. Innebörden av dessa begrepp skulle kunna förtydligas. Ett annat alternativ är att ersätta det nuvarande begreppet ”stadigvarande” med ett nytt, mer beskrivande begrepp. Ett tredje alternativ vore att kodifiera den något mer beskrivande förklaring av begreppet stadigvarande som används i förarbetena – dvs. all överskådlig framtid.

Ett av problemen med det nuvarande begreppet stadigvarande är att ordet kan anses ha många betydelser och det är svårt att sätta fingret på den faktiska innebörden. För den som endast läser lagtexten – såsom en försäkrad eller läkare som inte har tid eller kunskap att sätta sig in i författningskommentarer i förarbetena eller domstolspraxis – är det detta begrepp man möts av. Typiska synonymer till begreppet betonar det bestående; att något är stadigvarande innebär att det är permanent, bestående, utan avbrott eller fast, oavbruten. Det kan således sägas finnas viss diskrepans mellan begreppet och den något mer preciserade innebörden ”all överskådlig framtid” som används i förarbetena. Det kan vidare konstateras att betydelsen all överskådlig framtid har kommit att bli dominerade när sjukersättning ska prövas och varaktighetsbegreppet beskrivas. Detta gäller såväl Försäkringskassans beslut, som utredningen har sett i den aktgranskning som genomförts, men också i rättspraxis. Det förefaller härmed också finnas ett behov av att vid prövningen definiera och precisera begreppet stadigvarande; ordet i sig är inte tillräckligt precist.

Utredningen har i problemanalysen vidare kunnat konstatera att det är svårt att avgöra hur lång tidsrymd som ligger i begreppet stadigvarande. Enligt förarbetena innebär det all överskådlig framtid. I rättspraxis har främst förtydligats vad begreppet inte innebär, framför allt att det inte är fråga om någon ”permanent” nedsättning och att stadigvarande inte innebär livslångt eller till pension. Som utred-

ningen tidigare har redogjort för tolkades begreppet inledningsvis som att betyda just permanent. Först genom rättspraxis från HFD ändrades tillämpningen.

Utredningen menar mot denna bakgrund att begreppet stadigvarande får anses mindre lämpligt utifrån hur prognosen vid varaktighetsbedömningen faktiskt ska och måste göras. Det finns anledning att lägga betoningen vid överskådligheten.

Det finns sammantaget starka skäl för att begreppet stadigvarande bör ersättas av ett nytt, tydligare begrepp. Utredningen föreslår begreppet ”överskådlig tid”. Därmed uppnås flera syften. Det kommer tydligare att framgå att betoningen ska ligga på överskådligheten i prognosen. Det ska vara fråga om en nedsättning av arbetsförmågan som kan förväntas bestå under överskådlig tid, och inte någon *oöverskådlig* tid. Överskådlig tid säger inget om nedsättningens längd i antal år, utan om vilken prognos som sjukvården, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, kan göra i det enskilda fallet. I och med detta framgår också med önskvärd tydlighet att det inte ställs upp något krav på att nedsättningen av arbetsförmågan måste vara permanent eller kvarstå fram till pension för att ersättning ska kunna beviljas. Därmed minskar också riskerna för missuppfattningar kring prognosens längd. Begreppet överskådlig tid kopplar vidare bedömningen till ett subjekt; det är inte bara fråga om en svårdefinierad passiv tidsrymd utan om en prognosbedömning som faktiskt ska göras av någon. Detta subjekt utgörs typiskt sett av läkaren som gör en medicinsk prognosbedömning, men också av den beslutsfattare på Försäkringskassan som gör den försäkringsjuridiska bedömningen. Detta förstärker enligt utredningen kopplingen till behovet av en konkret, verklighetsbaserad bedömning.

Begreppet kan vidare sägas ha stöd redan i befintlig rättspraxis. HFD uttalade i rättsfallet HFD 2019 ref. 48 att nuvarande reglering ”innebär att en prövning ska göras av om den försäkrade till följd av sjukdom, helt eller delvis, inte inom överskådlig tid kan försörja sig genom arbete eller om denne i stället, helt eller delvis, ska betraktas som arbetslös, varvid andra ersättningssystem kan aktualiseras”.

Rent språkligt kan ”överskådlig tid” läsas som vad läkarvetenskapen kan säga i det enskilda fallet. Begreppet kan språkligt anses innebära en uppmjukning jämfört med såväl begreppet stadigvarande som det tidigare begreppet varaktigt som båda betonar nedsättningens långvarighet. Samtidigt som detta nya begrepp föreslås bör därför be-

tonas att kravet på att arbetsförmågans nedsättning ska vara långvarig kvarstår. Kopplingen till den nuvarande, i tillämpning och rättspraxis etablerade, beskrivningen från förarbetena att arbetsförmågan ska vara nedsatt under all överskådlig framtid är vidare avsiktlig och begreppet utgår från de befintliga förarbetena. Genom förslaget om införande av begreppet överskådlig tid menar utredningen att det finns förutsättningar för att tillämpningen ska bli enklare och mer ändamålsenlig.

Med överskådlig tid ska förstås så långt som en försäkringsmedicinsk prognos av den nedsatta arbetsförmågan kan göras, samtidigt som perioden fortfarande är överblickbar. Mot denna bakgrund menar utredningen också att det därför inte torde finnas något behov av tilllägget ”all” i begreppet. Likaså avser den överskådliga tiden en framåtblickande prognos varför prefixet ”fram-” också är överflödigt.

8.3 Justeringar och förtydliganden av kravet på uttömda rehabiliteringsmöjligheter

Utredningens förslag: För rätt till sjukersättning får det inte finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. Även åtgärder som kan antas medföra att en försäkrad *får* arbetsförmåga ska beaktas för försäkrade som aldrig har haft någon arbetsförmåga. Vid denna bedömning ska vidare endast beaktas sådana rehabiliteringsåtgärder som innebär att den försäkrade bedöms få eller återfå arbetsförmåga före den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan betalas ut.

En justering ska göras av vilken nivå på arbetsförmågan som den försäkrade kan förväntas återfå för att ansökan om sjukersättning ska kunna avslås på denna grund. I stället för att den försäkrade ska bedömas kunna återfå *någon* arbetsförmåga ska det krävas att han eller hon får eller återfår arbetsförmåga motsvarande det arbetsutbud han eller hon hade före den tidpunkt som ansökan avser för att sjukersättning ska kunna nekas på denna grund.

Avseende beviskravet för bedömningen av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter som kan ge eller återge den försäkrade arbetsförmåga är det för att sjukersättning ska kunna beviljas tillräckligt att det *kan antas* att det inte finns sådana rehabiliteringsmöjligheter.

Skälen för utredningens förslag: Centralt i bedömningen av om den försäkrade ska beviljas sjukersättning är enligt nuvarande regelverk om rehabiliteringsmöjligheter av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär kan antas leda till att den försäkrade kan antas återfå någon arbetsförmåga, eller om sådan rehabilitering bedöms vara uttömd. Denna bedömning blir även fortsättningsvis central för frågan om ersättning men kommer sannolikt att få en ännu större betydelse mot bakgrund av utredningens övriga förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp med en harmonisering av arbetsförmågebegreppet med det som gäller för prövningen av rätt till sjukpenning. Frågan om bedömning av uttömd rehabilitering blir då tillsammans med varaktighetskriteriet den viktigaste skiljelinjen mellan ersättningstyperna.

Vid prövning av rätt till sjukersättning ingår rehabiliteringen som ett naturligt led i bedömningen av arbetsförmågan. Utgångspunkten bör vara att en sjuk eller skadad person återvinner hälsa och arbetsförmåga genom olika typer av insatser och inte att försörjningen tillgodoses genom ersättning från socialförsäkringssystemet. Utredningen avser inte att förändra denna utgångspunkt. Det är också viktigt att betona att de rehabiliteringsmöjligheter som avses består i såväl *medicinsk* rehabilitering (såsom behandling, medicinering, sjukgymnastisk etc.) som *arbetslivsinriktad* rehabilitering (exempelvis arbetsträning, arbetshjälpmedel eller olika former av insatser i bl.a. Arbetsförmedlingens regi). I detta är ingen förändring avsedd.

Försäkringskassan har framfört uppfattningen att det i dagsläget inte är kravet på att rehabiliteringsmöjligheterna ska bedömas vara uttömda som är anledningen till att allt färre beviljas sjukersättning och att detta kriterium inte utgör ett problem vid tillämpningen av försäkringen.[11] Utredningen kan emellertid konstatera att detta sannolikt kan ha sin förklaring i att avslagsbesluten i så hög utsträckning grundas på arbetsförmågekriteriet, dvs. att de försäkrade redan vid tidpunkten för bedömningen inte bedöms ha nedsatt arbetsförmåga i ett förvärvsarbete med minst en fjärdedel.[12] Eftersom den stora majoriteten av besluten avslås redan på denna grund, det första steget i Försäkringskassans ”bedömningskedja”, blir frågan om den stadigvarande nedsättningen och uttömd rehabilitering mindre relevant. Med ett upplättat arbetsmarknadskriterium kommer däremot frågan om uttömda rehabiliteringsmöjligheter med stor sannolikhet att ta

[11] Se Försäkringskassan (2017), skrivelse till regeringen, s. 10 f.
[12] Se bl.a. avsnitt 7.3.4 och bilaga 3.

större plats i bedömningen av rätt till sjukersättning. Fler försäkrade kommer sannolikt att bedömas ha nedsatt arbetsförmåga när de bedöms mot normalt förekommande arbeten i stället för mot alla förvärvsarbeten. I de fallen blir det relevant att ställa frågan om rehabiliteringsåtgärder skulle kunna återställa arbetsförmågan i sådant arbete och i så fall till vilken del. Det är därför rimligt att anta att rehabiliteringsfrågan kommer att bli viktigare och spela större roll i den faktiska tillämpningen.

Med detta sagt finns skäl att se över vissa frågor om rehabiliteringsåtgärder. Det gäller särskilt frågan om rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas få effekt först i samband med eller efter det att den försäkrade till följd av uppnådd ålder inte längre har rätt till sjukersättning.

8.3.1 Det ska inte finnas några återstående rehabiliteringsmöjligheter – men sådana behöver inte faktiskt ha vidtagits

Av gällande regelverk framgår att alla rehabiliteringsmöjligheter som bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga ska vara uttömda för att rätt till sjukersättning ska finnas. I nuvarande lagtext eller förarbetena ställs inte något krav på faktiskt genomförda rehabiliteringsåtgärder. I rättspraxis, HFD 2011 ref. 63 I m.fl., har också slagits fast att någon rehabiliteringsåtgärd inte rent faktiskt behöver ha vidtagits. Det finns således inte i nuvarande regelverk något krav på några genomförda rehabiliteringsåtgärder.

Med detta sagt finns ändå vissa problem med begreppet ”uttömda”. Formuleringen förekommer inte i lagtexten i den aktuella bestämmelsen, men väl i förarbetena, rättspraxis och Försäkringskassans dokument och mallar för läkarutlåtanden.[13] Utredningen kan vidare konstatera att det finns vissa tecken på att det har skett en utveckling hos Försäkringskassan, men även i kammarrättspraxis, där det i många fall i praktiken uppställs krav på genomförda rehabiliteringsinsatser för att dessa ska anses vara uttömda.[14] Detta menar utredningen

[13] Se t.ex. prop. 2007/08:136, HFD 2019 ref. 69 eller Försäkringskassans mall för läkarutlåtande för sjukersättning.
[14] Se t.ex. utredningens aktgranskning av sjukersättningsärenden i bilaga 3 och t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3561-19.

utgör en utveckling som alltså inte är i linje med rättspraxis från HFD och som inte heller har stöd i lag eller förarbeten.

Ett krav på att rehabiliteringsmöjligheter ska vara uttömda kan lätt uppfattas som att det då krävs att alla möjligheter också ska ha prövats i praktiken, vilket alltså inte kan anses vare sig avsett eller görbart. Ett annat problem med begreppet är att det kan ge signaler om att ett (för) högt beviskrav ska uppställas för bedömningen, såsom att det ska ”uteslutas” att det finns rehabiliteringsmöjligheter som kan återge den försäkrade arbetsförmågan. Som har konstaterats i avsnitt 7.8 finns inte stöd för att ett sådant krav ska kunna uppställas.

En annan sak är att resultatet från genomförda rehabiliteringsinsatser av medicinsk eller arbetslivsinriktad natur kan ha bevisvärde i frågan om ytterligare sådana kan bedömas medföra att den försäkrade kan komma att återfå arbetsförmågan, eller att genomförande av sådana åtgärder kan vara behövligt för att göra en rimlig bedömning av om arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt.[15]

Utredningen menar mot denna bakgrund att det bör förtydligas att något krav på faktiskt genomförd eller uttömd rehabilitering inte ställs. Begreppet uttömda bör mot denna bakgrund också ersättas. Avgörande för rätt till sjukersättning ska vara att det inte bedöms finnas återstående rehabiliteringsmöjligheter som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. Någon förändring i sak är inte avsedd i denna fråga.

8.3.2 Det ska vara fråga om rehabiliteringsmöjligheter som faktiskt kan förväntas leda till ökad arbetsförmåga

Om Försäkringskassan bedömer att det finns ytterligare åtgärder att ta till som kan göra det möjligt att den försäkrade återfår arbetsförmåga är det viktigt att det även framgår i beslutet vilka dessa åtgärder är och varför de bedöms kunna leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga till följd av åtgärderna. Det räcker således inte med att Försäkringskassan i allmänna ordalag påstår att alla rehabiliteringsmöjligheter inte är uttömda. Om myndigheten efter sådan utredning kommer fram till att fortsatta rehabiliteringsinsatser inte skulle leda till en förbättrad arbetsförmåga inom överskådlig tid, kan sjukersättning beviljas.

[15] Se t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 1432-20.

Utredningen vill med detta förtydliga att det endast är sådana rehabiliteringsåtgärder som bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan som ska bedömas vara uttömda. Detta framgår visserligen redan av tidigare förarbeten och rättspraxis men tillämpningen uppvisar emellanåt brister. Det räcker alltså inte att konstatera att exempelvis medicinsk planering eller behandling pågår för att en ansökan om sjukersättning ska avslås; Försäkringskassan måste också utreda huruvida denna behandling eller rehabilitering faktiskt bedöms kunna leda till att den enskilde återfår arbetsförmåga och om prognosen för detta är sannolik (se avsnitt 7.3.6 om beviskravet för bedömningen).

Inte heller kan sjukersättning avslås på grunden att medicinsk rehabilitering pågår som endast avser att motverka försämring, eller med syfte att förbättra den försäkrades allmänna livskvalitet.

Eftersom det alltid ska ske en individuell bedömning av rätten till ersättning är det ofta inte heller tillräckligt att dra generella slutsatser. Detta har också slagits fast av HFD (se t.ex. HFD 2013 ref. 60). I dessa bedömningar bör utöver behandlande läkare också försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) ha en viktig roll. En FMR:s uppgift är bl.a. att analysera den medicinska informationen i ett ärende. Där ingår bl.a. att bedöma om sådan medicinsk information visar att det återstår några medicinska rehabiliteringsåtgärder, eller om några sådana åtgärder borde sättas i. En slutsats utifrån de beslut som utredningen har granskat inom ramen för den aktstudie som genomförts är att FMR har hörts betydligt oftare i beslut om bifall eller utbyte av sjukpenning till sjukersättning jämfört med beslut om avslag på ansökan om sjukersättning. Det går inte att dra några långtgående slutsatser av detta, men det kan utgöra ett tecken på att fler ansökningar skulle bifallas om FMR hördes oftare, då det i dessa fall oftare har gjorts en gedigen utredning av om det faktiskt återstår rimliga åtgärder som skulle kunna medföra att den försäkrade återfår arbetsförmåga, eller om rehabiliteringsmöjligheterna faktiskt är uttömda.

8.3.3 Rehabiliteringsåtgärder som kan antas leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga först efter tidpunkten då sjukersättning som längst kan betalas ut ska inte beaktas

Sjukersättning kan enligt nuvarande regelverk som längst lämnas till och med månaden före den månad då den försäkrade fyller 65 år.[16] Ersättningen kan – till skillnad från t.ex. sjukpenning – därmed endast betalas ut till den tidpunkt då den försäkrade som tidigast kan ta ut garantipension. I dagsläget är denna gräns satt till månaden före det att den försäkrade fyller 65 år. Riksdagen har dock beslutat att en riktålder ska införas i pensionssystemet. Avsikten är att riktåldern på sikt ska styra de pensionsrelaterade åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsade trygghetssystem, däribland sjukersättningen. I takt med att riktåldern för allmän pension höjs föreslås även gränsen för när sjukersättning ska kunna utbetalas att höjas.

Gällande regelverk för rätten till sjukersättning tar ingen hänsyn till ålder. Också enligt rättspraxis från HFD står det klart att det vid prövningen av rätt till sjukersättning inte ska bortses från rehabiliteringsåtgärder av det skälet att de bedöms kunna förbättra arbetsförmågan först efter det att den försäkrade har fyllt 65 år. HFD uttalade i det aktuella rättsfallet, HFD 2019 ref. 69, bl.a. att det mot bakgrund av att sjukersättning endast kan utgå till den månad som den försäkrade fyller 65 år kan förefalla naturligt att prövningen av arbetsförmågan ska begränsas till den tid som sjukersättning kan lämnas och att man ska bortse från rehabiliteringsmöjligheter som visserligen kan leda till att arbetsförmåga återfås, men där detta kan beräknas ske först efter 65-årsdagen.

HFD anförde emellertid vidare att en sådan ordning skulle innebära att en försäkrad som närmar sig pensionsåldern bedöms annorlunda än en yngre person. Äldre personer skulle då kunna ha rätt till sjukersättning när de drabbas av sådana sjukdomstillstånd där det finns goda möjligheter till rehabilitering, men dessa åtgärder tar viss tid eller kan påbörjas först efter viss tid. Det framgår av förarbeten och praxis att prövningen av om en försäkrads arbetsförmåga är nedsatt ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom och att annat än de medicinska faktorerna – såsom exempelvis den försäkrades ålder – inte ska beaktas. Detta innebär, enligt HFD:s slutsatser, att

[16] 33 kap. 16 § SFB.

man vid prövningen inte ska bortse från rehabiliteringsåtgärder av det skälet att de bedöms kunna förbättra arbetsförmågan först efter det att den försäkrade har fyllt 65 år.

Enligt nuvarande regelverk finns vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga och rätt till sjukersättning ingen möjlighet att ta hänsyn till den försäkrades ålder. En ansökan om sjukersättning kan avslås på grund av att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda innan omskolning prövats, trots att den nödvändiga omskolningen kommer att vara slutförd en kort tid före 65-årsdagen eller ännu senare. Denna ordning framstår enligt utredningens uppfattning inte som vare sig ändamålsenlig eller rimlig, oavsett om man betraktar ordningen från individens eller samhällets perspektiv.

HFD har mot bakgrund av de uttalade principen att hänsyn till ålder eller andra icke medicinska faktorer inte får tas varit förhindrade att begränsa perioden för rehabiliteringsåtgärder till tidpunkten då den försäkrade fyller 65 år. Utifrån detta perspektiv är domen korrekt. Samtidigt anger HFD att det kan förefalla naturligt att prövningen av arbetsförmågan ska begränsas till den tid som sjukersättning kan lämnas och att man också ska bortse från rehabiliteringsmöjligheter som visserligen kan leda till att arbetsförmåga återfås, men där detta kan beräknas ske först efter 65-årsdagen. HFD:s avgörande kan därmed enligt utredningens uppfattning också läsas som att ett avgränsade till ersättningens bortersta gräns egentligen är rimlig och ändamålsenlig, men i dagsläget förhindras av avsaknaden av undantag i regelverket

Utredningen är av uppfattningen att en naturlig gräns för hur långt en bedömning för rätten till en ersättning ska sträcka sig är gränsen för hur länge denna ersättning som längst kan utbetalas. Det framstår inte heller som fruktbart att beakta rehabiliteringsåtgärder, när dessa bedöms få effekt först efter att den försäkrade har nått gränsen för att kunna beviljas ersättningen. Frågan utgör också en del av diskussionen om omställning och vilka krav som rimligen bör och kan ställas på olika personer. Det följer vidare per automatik av denna bedömning att arbetsförmågan bedöms vara nedsatt så långt som ersättning är möjlig att utge. Alternativet till sjukersättning i detta fall blir därmed någon annan ersättning vid nedsatt arbetsförmåga, såsom sjukpenning eller möjligen försörjningsstöd i det fall den enskilde saknar sjukpenninggrundande inkomst. Själva rehabiliteringsåtgärderna, däremot, kommer ju inte att få effekt på arbetsförmågan under den aktu-

ella perioden. Omständigheten att själva rehabiliteringsåtgärderna utförs av hälso- och sjukvården eller exempelvis genom Arbetsförmedlingen påverkas inte. Om dessa senare innebär att den försäkrade på ålderns höst kommer att kunna arbeta igen är det naturligtvis en positiv effekt – men vid det laget är frågan om sjukersättning redan överspelad.

Regelverkets nuvarande konstruktion där undantag saknas får enligt utredningens mening emellanåt oönskade konsekvenser. Rehabiliteringskrav bortom gränsen för när sjukersättning kan utbetalas är en sådan konsekvens. Inom ramen för denna utredning har emellertid föreslagits en del förändringar av sjukersättningen, däribland vissa förändrade regler för äldre försäkrade i förvärvsarbetande ålder. Förslagen innebär i viss utsträckning att de förarbetsuttalanden som tidigare gjorts kring att inga hänsyn får tas till individuella faktorer såsom ålder, utbildningsnivå, tidigare erfarenhet m.m. inte längre ska gälla fullt ut. Utredningens förslag gällande äldre (se avsnitt 7.5) innebär bl.a. att inte samma krav på omställning ska ställas på denna grupp försäkrade.

Mot bakgrund av det ovanstående innebär utredningens förslag att bedömningen av om rehabiliteringsåtgärder kan förväntas leda till återfående av den försäkrades arbetsförmåga ska begränsas till tidpunkten då sjukersättning som längst kan betalas ut (dvs. i dagsläget t.o.m. månaden före det att den försäkrade fyller 65 år). Endast om rehabiliteringsåtgärderna bedöms medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan före denna tidpunkt ska ansökan om sjukersättning kunna avslås på denna grund.

En fråga som då uppstår är om det bör ställas något krav på att den försäkrade dessutom ska hinna använda sin rehabiliterade arbetsförmåga under en viss tid innan tidpunkten då sjukersättning inte längre kan betalas ut inträder. Utredningen menar här att något sådant krav inte bör ställas upp. En bedömning av om rehabiliteringsåtgärder kommer att kunna medföra ett återfående av arbetsförmåga är svår och oprecis som den är. Utöver detta medför återfående av arbetsförmåga att den försäkrade har möjlighet att fortsätta arbeta i stället för att ta ut ålderspension om hen så önskar. Någonstans måste också gränsen sättas och tidpunkten som utgör gränsen för när sjukersättning kan utbetalas framstår som den minst osäkra sådana gränsen.

Det ovan sagda innebär, läst ihop med utredningens övriga förslag, att de uttalanden som gjorts av HFD i det nämnda rättsfallet

HFD 2019 ref. 69 inte har samma giltighet ifall regelverket modifieras till att innehålla vissa specifika undantag för äldre försäkrade. Utredningens förslag bedöms därför inte heller vara i strid med HFD:s avgörande.

8.3.4 Förtydliganden av rehabiliteringskravet vid partiell sjukersättning

I lagtextens nuvarande lydelse anges att för rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt och att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. SFB (dvs. medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder) inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Denna lydelse ger vid handen att det räcker att den försäkrade genom rehabilitering skulle kunna återfå *någon*, dvs. även en partiell, del av sin arbetsförmåga. Strikt tolkad skulle denna skrivning i lagtexten innebära att en försäkrad skulle kunna få avslag på sin ansökan om hel sjukersättning även om rehabiliteringsåtgärder samstämmigt endast bedömas medföra att han eller hon skulle kunna uppnå en arbetsförmåga på en fjärdedel (eller t.o.m. ännu mindre då ”någon” inte är definierat att avse en viss nivå). På samma sätt skulle en ansökan om halv sjukersättning avslås även om den försäkrade bedöms kunna återfå arbetsförmåga endast på ”andra halvan”.

Utredningens uppfattning är att detta får orimliga konsekvenser och inte kan anses ha varit lagstiftarens avsikt. Det saknas uttalanden i förarbetena som ger vid handen att beviljande av partiell sjukersättning ska motverkas. Den beskriva situationen diskuteras inte heller i förarbetena. Utredningen är också av uppfattningen att partiell sjukersättning också kan vara ett framgångsrikt verktyg för att behålla viss arbetsförmåga och möjlighet till sysselsättning för många människor. Beviljande av partiell ersättning synes emellertid vara sällsynt i tillämpningen. Inte i något av de av utredningen granskade besluten hade Försäkringskassan beviljat ersättning partiellt, dvs. på en mindre del än den försäkrade begärt. Sådana bifall bör dock vara möjliga när det visserligen återstår rehabiliteringsmöjligheter som kan bedömas medföra att den försäkrade återfår partiell, men inte full arbetsförmåga.

Vissa uttalanden samt utgången i sig i rättsfallet HFD 2013 ref. 60 ger stöd för utredningens uppfattning i denna fråga. I avgörandet (se

avsnitt 5.2.4) hade den försäkrade, som vid tidpunkten för ansökan helt saknade arbetsförmåga, ansökt om tre fjärdedels sjukersättning. Den medicinska utredningen visade att det fanns en viss förbättringspotential; efter rehabiliteringsåtgärder bedömdes den försäkrade ha möjlighet att komma upp i en fjärdedels arbetsförmåga med inte mer. På övriga tre fjärdedelar bedömdes arbetsförmågan vara stadigvarande nedsatt utan hopp om förbättring. Högsta förvaltningsdomstolen, som biföll överklagandet och beviljade sjukersättning på tre fjärdedelar, konstaterade bl.a. att ”ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering kan inte antas kunna leda till mer än en fjärdedels arbetsförmåga”. HFD uttryckte med avgörandet således uppfattningen att sjukersättning på deltid kan beviljas även då det finns chans att den försäkrade kan återfå någon arbetsförmåga (i detta fall en fjärdedel).

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att förutsättningarna för rätt till sjukersättning och kravet på uttömd rehabilitering ska förtydligas så att det är arbetsförmåga på den nivån som ansökan omfattar som ska bedömas. Någon förändring i sak är alltså inte avsedd i denna del utan det är enligt utredningens mening frågan om ett förtydligande av gällande rätt. Det ska alltså finns potential för att arbetsförmågan ska kunna *återställas* till samma nivå som tidigare för att en ansökan ska kunna avslås på denna grund. Om den försäkrade genom rehabiliteringsåtgärder bedöms kunna återfå arbetsförmåga på samma nivå som ansökan avser inom all överskådlig framtid ska ansökan avslås. Om arbetsförmågan däremot bedöms vara stadigvarande partiellt nedsatt kan sjukersättning beviljas på denna del, även om rehabiliteringsåtgärder återstår som bedöms kunna ge den försäkrade arbetsförmågan åter till viss del.

Om exempelvis en försäkrad som arbetar halvtid i ett anpassat arbete och är sjukskriven på övriga femtio procent ansöker om halv sjukersättning ska bedömningen av arbetsförmågan ske på den halvtid där han eller hon är sjukskriven. Om den försäkrade genom rehabilitering bedöms kunna återfå hela den halva arbetsförmåga som är nedsatt (totalt hel arbetsförmåga) kan sjukersättning nekas. Om arbetsförmågan däremot bedöms stadigvarande nedsatt med en fjärdedel medan en fjärdedel bedöms möjlig att återfå kommer den försäkrades ansökan att beviljas partiellt – med en fjärdedels sjukersättning. Mot bakgrund av detta resonemang och HFD:s avgörande behöver lagtexten korrigeras till att avse arbetsförmågenivån

motsvarande den som den försäkrade ansöker om ersättning för, eftersom texten vid en strikt tolkning inte tillåter en sådan tillämpning.

Det kan också i detta sammanhang poängteras att det är viktigt att Försäkringskassans gör en korrekt bedömning i denna fråga och att myndigheten i beslutsmotiveringen redogör för rätta förhållanden. Utredningen har inom ramen för den granskning av beslut som gjorts funnit bl.a. att det inte är ovanligt att Försäkringskassan formulerar avslagsbeslut med att den försäkrade kan ”ha en arbetsförmåga”, ”möjliggöra en förmåga” eller liknande när det egentligen krävs att personen t.ex. vid ansökan om hel sjukersättning för att ett helt avslag ska kunna göras ska bedömas ha en arbetsförmåga som inte är nedsatt med minst en fjärdedel. Det är således inte tillräckligt att den försäkrade bedöms ha en ”viss arbetsförmåga”, eller ”möjlighet till en förmåga på deltid efter rehabiliteringsåtgärder”, för att en ansökan ska kunna avslås. Det är viktigt att detta framgår av beslutet. En person som endast kan bedömas återfå som mest viss arbetsförmåga ska också ha rätt till partiell sjukersättning.

8.3.5 Mindre justering för att ta hänsyn till personer som inte tidigare har haft någon arbetsförmåga

I nuvarande formulering av lagtexten anges i 33 kap. 6 § SFB att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade *återfår* någon arbetsförmåga. Det är emellertid inte säkert att den försäkrade tidigare har haft någon arbetsförmåga utan kan ha saknat sådan under hela sitt liv. Utredningen föreslår mot denna bakgrund en justering i formuleringen av kravet på uttömda rehabiliteringsåtgärder genom att orden ”får eller” läggs till före” ”återfår” i bestämmelsens lydelse.

8.3.6 Beviskravet för att rehabiliteringsåtgärder ska kunna bedömas vara uttömda

Utredningen har utifrån uppdraget i direktiven analyserat beviskravet i socialförsäkringen, men fokus på gällande beviskrav vid ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Utredningen har här funnit att mycket pekar på att beviskravet *sannolikt* är gällande vid sådana

ansökningsärenden. I avsnitt 7.4 föreslår utredningen att beviskravet sannolikt ska författningsregleras, detta för att bl.a. öka förutsebarheten och rättssäkerheten och minska variationen i tillämpningen av försäkringen.

Enligt rådande regelverk krävs att den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt. Dessutom ska ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering bedömas inte kunna medföra att arbetsförmågan förbättras. Det framgår emellertid inte närmre av lagtext eller förarbeten närmare om vilka krav som ska ställas på bevisningen vid denna bedömning, eller vid vilken punkt en sådan bedömning ska anses vara godtagbar.

Utredningen har i analysen av rådande beviskrav kommit till slutsatsen att det inte i dagsläget finns fog för att ställa upp ett högre beviskrav i frågan om uttömd rehabilitering än för bedömningen av rätt till sjukersättning som helhet, och att det alltså inte kan krävas att detta förhållande ”klarläggs” eller att det ska ”uteslutas” att rehabiliteringsåtgärder kan ge den försäkrade någon arbetsförmåga åter.

En möjlig, alternativ tolkning skulle kunna vara att HFD har avsett sänka kravet från tidigare, då detta ansetts vara för högt satt. HFD ser hursomhelst ut att ha öppnat för att ställa upp ett lägre beviskrav avseende rehabiliteringskriteriet än vad som gäller när den enskilde först ska ”visa” sin stadigvarande nedsättning.[17]

Frågan uppkommer då om kriteriet att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda ska omfattas av samma beviskrav som ärendet i övrigt, dvs. ”sannolikt”, eller om det finns skäl för att ställa upp ett särskilt beviskrav för denna bedömning.

Mot bakgrund av svårigheterna med att göra medicinska och försäkringsmedicinska prognoser om framtiden, samt svårigheten i att bevisa ett ”icke-förhållande”, menar utredningen att det finns skäl för att ett inte alltför för högt beviskrav bör åläggas den enskilde i denna fråga. En lämplig nivå på kravet för den bevisning som den enskilde kan förväntas frambringa i denna fråga bör vara att det ska göras *antagligt* att ytterligare rehabiliteringsåtgärder inte kommer att medföra att arbetsförmågan återfås.

Beviskravet ”antagligt” eller ”kan antas” är ett något lägre beviskrav är normalkravet (se avsnitt 7.8). Detta beviskrav harmonierar med vad som gäller för aktivitetsersättningens varaktighetskrav (med skillnaden att varaktigheten där är begränsad till att uppgå till minst

[17] Jfr Mannelqvist, 2012, s. 208 f.

ett år). Beviskravet förekommer även i arbetsskadeförsäkringen kring frågan om vilket krav som ska ställas på den försäkrades nedsatta förmåga att skaffa inkomst, dvs. den ekonomiska invaliditet som den försäkrade ha efter en potentiell arbetsskada.

Formuleringen sammanfaller också med vad HFD uttalar i HFD 2013 ref. 60 där frågan om den försäkrades arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt och huruvida rehabiliteringsmöjligheterna var uttömda var aktuell. HFD uttalade i rättsfallet att den rehabilitering som den försäkrade hade genomgått inte hade resulterat i någon förbättrad arbetsförmåga utan hennes besvär hade kvarstått i huvudsak oförändrade. HFD konstaterade att ”ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering *kan inte antas* kunna leda till mer än en fjärdedels arbetsförmåga”. Det får dock anses högst oklart om Högsta förvaltningsdomstolen med detta uttalande har avsett att säga något om vilket beviskrav som ska uppställas vid bedömningen av denna fråga.

Beviskravet bör kunna anses vara uppfyllt exempelvis genom att den försäkrade uppvisar ett läkarutlåtande om hälsotillstånd där det redogörs för varför ytterligare rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till återfående av arbetsförmåga. Detta förutsätter som utgångspunkt att det inte finns skäl att ifrågasätta läkarens kompetens eller att det finns andra invändningar mot skälen för bedömningen.

Vid sådant förhållande bör sedan Försäkringskassan, om myndigheten inte delar bedömningen, ansvara för att göra sannolikt att det ändå återstår rehabiliteringsmöjligheter som kommer leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan, och visa vad dessa i så fall består i, för att en ansökan ska kunna avslås. Det är viktigt att det här är fråga om rehabiliteringsåtgärder där det finns stöd för att dessa faktiskt kan medföra en högre arbetsförmåga. Något krav på faktisk evidens bör inte ställas, men det ska typiskt sett vara fråga om välbeprövade behandlingsmetoder som bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Ledning bör kunna hämtas från diskussionen om kraven på behandlingsåtgärder för förebyggande sjukpenning och utredningens förslag i denna del (se avsnitt 22.2.2). En bedömning ska alltid göras i det enskilda fallet men det måste motiveras varför en viss typ av rehabiliterande åtgärd kan förväntas ge eller återge arbetsförmåga till individen i just det aktuella fallet, särskilt om detta avviker från vad som är allmänt känt för sjukdomsbilden. Det ska alltså inte vara fråga om generella omnämnanden att rehabiliteringsåtgärder återstår. I detta

kan det vara av värde för Försäkringskassan att begära in ett utlåtande från försäkringsmedicinsk rådgivare.[18]

Utredningen menar mot denna bakgrund sammantaget att ett väl avvägt beviskrav för att rehabiliteringsmöjligheter ska kunna bedömas vara uttömda är att den försäkrade *gör antagligt* att så är fallet. Detta kan också formuleras som att kravet innebär att det *kan antas* att rehabiliteringsåtgärder inte kommer att medföra att den försäkrade får eller återfår någon arbetsförmåga. Detta beviskrav, som alltså innebär ett något lägre krav än ”sannolikt”, ersätter således normalkravet vad avser detta led i bedömningen.

8.4 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder

Utredningens förslag: Arbetsförmågan hos försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning utbetald till sig, en ålder som i framtiden kommer att motsvara riktåldern för pension, ska bedömas i förhållande till förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, som den försäkrade har erfarenhet av eller till annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Vid bedömningen av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter ska det bortses från sådana insatser som syftar till att den försäkrade ska kunna arbeta i ett förvärvsarbete, i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknadenarbete, som han eller hon inte har tidigare erfarenhet av.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att de ovan föreslagna förändringarna avseende arbetsmarknadsbegreppet, varaktighetskravet och kravet att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda kommer innebära lättnader i regelverket som i praktiken särskilt kommer underlätta för äldre personer i förvärvsarbetande ålder att kunna få sjukersättning. Dessa förändringar kommer enligt utredningens bedömning innebära en avsevärt minskad risk för att det

[18] Försäkringskassan bör alltid använda sig av ett skriftligt tillvägagångssätt när den försäkringsmedicinska rådgivaren i faktisk mening konsulteras för råd och stöd i ett enskilt ärende. Ett sådant utlåtande ska kommuniceras med den enskilde före beslut, se bl.a. JO:s beslut 3726-2011.

ställs omställningskrav som kan uppfattas som orimliga i förhållande till den försäkrades ålder. Exempelvis kommer inte avslag kunna grundas på att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda om insatserna i praktiken kommer vara slutförda först efter den tidpunkt som den försäkrade inte längre kan få sjukersättning.

Utredningen bedömer att det därutöver även finns skäl att göra en ytterligare justering av arbetsmarknadsbegreppet för personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga som närmar sig pensionen. Dessa särskilda regler ligger i linje med inriktningen att de försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot arbeten som det är rimligt och realistiskt att den försäkrade kan få. Mot denna bakgrund anser utredningen att särskilda regler för äldre försäkrade behövs för att sjukersättningen ska vara en ändamålsenlig förmån. Principen om en medicinskt renodlad försäkring har vägt tungt vid bedömningen av hur de särskilda reglerna ska utformas. Vid utformningen av förslagen till dessa särskilda regler har utredningen vidare beaktat att de sammantagna lättnaderna i regelverket, de generella och de som endast avser äldre försäkrade, inte sammantaget ska leda till för stora lättnader i kriterierna för rätt till sjukersättning. Som tidigare framgått anges i direktiven att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste utsträckning tas tillvara, att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person och att det inte är aktuellt att frångå principen att sjukersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt. De i detta avsnitt beskrivna förslagen innebär att det även fortsättningsvis kommer krävas långvarigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt att det inte ska finnas återstående rehabiliteringsåtgärder som kan leda till att individen återfår arbetsförmågan i ett yrke som hon eller han har erfarenhet av. Förslagen innebär inte heller att äldre helt undantas från krav på omställning. Omställningskrav kommer fortfarande ställas, men förslagen syftar till att kraven ska uppfattas som rimliga.

De aktuella förslagen innebär naturligtvis inte att sjukersättning ska betalas ut vid besvär som kommer sig av normalt åldrande och som inte medför svårigheter som sätter ner den försäkrades arbetsförmåga. De syftar således heller inte till att införa en generell möjlighet till arbetstidsförkortning för äldre, eftersom det fortfarande kommer krävas att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Vidare framgår redan av nuvarande förarbeten att möjligheten att bevilja sjukersättning på en fjärdedels nivå bör tillämpas restriktivt

och att nedsatt prestationsförmåga som har samband med normalt åldrande inte ska ge rätt till ersättning på denna nivå.[19] Detta kommer även gälla framgent.

8.4.1 Vid en viss ålder bör det ställas mindre omfattande omställningskrav

Det är positivt för såväl samhället som individen att individen inte lämnar arbetslivet i förtid. Hänsyn till ålder vid bedömningen av rätten till sjukersättning kan vara svårt att förena med strävan om ett längre arbetsliv som bland annat höjda åldersgränser i ålderspensionssystemet syftar till.

Utredningen konstaterar dock att det finns vissa försäkrade som efter ett långt arbetsliv i psykiskt och/eller fysiskt slitsamma arbeten inte kan arbeta fram till pensionen. Dessa personer omfattas visserligen av de generella förslagen om ändringar i rätten till sjukersättning som presenteras i det här betänkandet. Utredningen bedömer dock att omställningskraven likväl kan framstå som alltför stränga för vissa äldre försäkrade. Enligt Delegationen för senior arbetskraft behövs vidare åtgärder för att både få till stånd ett längre arbetsliv för fler och för att underlätta för dem som behöver gå i tidig pension.[20] Utredningen bedömer att det därmed finns behov att införa en särskild reglering för personer som på grund av sin ålder befinner sig nära arbetslivets slut och inte har rimliga möjligheter till omställning. Den föreslagna särskilda regleringen är generellt formulerad och gäller därmed alla äldre, oavsett vilket eller vilka arbeten de har arbetat inom. Förslaget har dock formulerats särskilt med försäkrade i slitsamma arbeten i åtanke.

Sjukersättningen varken är eller ska vara en yrkesförsäkring, utan en omställningsförsäkring. Rätt åtgärder ska dock riktas till rätt personer och rimliga omställningskrav bör ställas. I likhet med Arbetsförmågeutredningen[21] bedömer denna utredning att det är rimligt att det ställs större krav på omställning på unga än på äldre. De unga har stora delar av arbetslivet framför sig. Att vidareutbilda sig och pröva på olika yrken är en naturlig del av ungas liv, medan den som är förankrad i sin yrkesroll och har kort tid kvar till pension kan ha en

[19] Prop. 1992/93:31 s. 65 och 83.
[20] SOU 2020:69 s. 233.
[21] Dir. 2008:11.

mer motiverad önskan att ett annat arbete ska innebära att redan förvärvad erfarenhet och kunskap kan tas tillvara. Det är också rimligt att samhällets insatser för omställning blir mera omfattande för den som är yngre än för den som närmar sig pensionsåldern och därmed har kortare tid kvar på arbetsmarknaden.[22]

Det är alltså utredningens bedömning att det inte är rimligt att ställa samma omfattande rehabiliterings- och omställningskrav på äldre som på yngre personer. Detta med hänsyn dels till de samhälleliga kostnaderna för omfattande rehabiliteringsinsatser som riskerar att inte leda till att individen arbetar ytterligare många år, dels till individen som ska genomgå insatserna. Krav på omställning sent i yrkeslivet, till annat arbete, hos annan arbetsgivare med eventuella krav på utbildning, kan orsaka stress och därmed försämra hälsan ytterligare. Att driva kravet på omställning riskerar att bli oskäligt för den enskilda individen och kan uppfattas som orimligt av allmänheten.

Personer som inte har möjlighet att försörja sig genom arbete och som inte beviljas sjukersättning kan vidare se sig nödgade att ta ut ålderspension i förtid, vilket inte är önskvärt. För personer med kort tid kvar i arbetslivet, där omställning till annat arbete är utsiktslös eller mycket svår, kan möjligheten att ta ut pension framstå som enda rimliga möjligheten till försörjning. Det kan emellertid innebära betydande ekonomiska konsekvenser för individen eftersom tidpunkten för utträde från arbetslivet har betydelse för pensionens storlek. Detta riskerar i synnerhet att drabba personer med låga inkomster.[23] Varje år den enskilde kan skjuta upp ett uttag av ålderspension kan därmed få ett stort ekonomiskt värde. Detta är betydelsefullt för den enskilda försäkrade och för samhället med färre äldre som har svårt att försörja sig genom sin ålderspension.

Utredningens bedömning är därför att det är rimligt att ställa lägre omställningskrav på de försäkrade som närmar sig pensionsåldern. Kunskap och erfarenheter som individen har ska användas, men kravet att utbilda sig för att ställa om till ett för individen helt nytt arbete bör utgå.

Arbetsförmågeutredningen har anfört att försäkringen i närheten av pensionsåldern bör närma sig en yrkes- eller yrkesområdesförsäkring och att det är svårt att hävda att man inte fortfarande ska anses kunna ta ett arbete inom det egna yrkesområdet oavsett om det ger

[22] SOU 2009 :89 s. 217
[23] ISF rapport 2014:7, Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering. Se även avsnitt 7.4.7.

lägre inkomst eller inte. En byggnadsarbetare bör dock de sista åren i princip få begränsa arbetssökandet till arbeten inom eller nära det egna yrkesområdet. På samma sätt bör en tjänsteman med administrativa uppgifter få begränsa sig till att söka ett arbete där de egna arbetserfarenheterna kan komma till nytta direkt. När aktivitetsnedsättningen är av sådan art att ett totalt byte av yrkeskompetens är nödvändigt bör kravet på egen försörjning bara ställas om andra uppenbara kompetenser direkt kan användas.[24]

Denna utredning instämmer i Arbetsförmågeutredningens bedömning och anser att en försäkrad alltså inte bör kunna beviljas sjukersättning om denne kan arbeta inom det egna yrkesområdet. Det bör inte ställas högre krav på omskolning eller andra omställningsinsatser för den försäkrade än att denne kan fortsätta arbeta inom det egna yrkesområdet, med arbeten som han eller hon sedan tidigare har erfarenhet av.

8.4.2 Vilken typ av särskilda regler bör införas?

Vid utformningen av särskilda regler som gör det möjligt att beakta den försäkrades ålder eller andra individuella faktorer vid bedömningen av rätten till ersättning är det relevant att skilja mellan regler som är utformade som ventiler och regler som är utformade som undantag, där ventilen är en mer allmänt hållen möjlighet till avvikelse från en huvudregel. Fördelen med ventiler är att lagstiftningen inte behöver innehålla en uppräkning av alla faktorer som kan beaktas. Nackdelen med en ventil är att det är svårt att förutse vilka situationer som omfattas av den. Fördelen med ett undantag är att det är relativt förutsebart när det blir tillämpligt medan nackdelen är att ett sådant inte tillåter att liknande fall omfattas av undantaget. Ventiler används ofta eftersom det är svårt för lagstiftaren att förutse alla situationer där det kan tänkas finnas skäl att avvika från en huvudregel. Ventiler kan dock genom den faktiska tillämpningen riskera att tillämpas som undantag.[25]

Tidigare har funnits särskilda regler som gett utrymme att vid bedömningen av rätten till sjukersättning ta hänsyn till ålder och andra individuella faktorer. Exempelvis har funnits bestämmelser som till-

[24] SOU 2009:89 s. 220.
[25] Se vidare SOU 2019:2 s. 51–52.

lämpats på så sätt att om den försäkrade var under 60 år var utrymmet för att beakta andra än medicinska förhållanden mycket begränsat. Försäkringskassan har vidare lämnat ett förslag om äldre försäkrade, som innebär att det ska bli möjligt att ta hänsyn till att det kan finnas särskilda skäl att beakta individuella omständigheter för den som har få arbetsår kvar till ålderspensioneringen och vill att sådana skäl beaktas.[26] Förslaget syftar enligt Försäkringskassan till att begränsa ökningen av sådana långa sjukfall där förutsättningarna för återgång i arbete är mycket begränsade. Förslaget är formulerat enligt följande:

> Om det finns särskilda skäl får myndigheten på den försäkrades begäran, från och med den tidpunkt ålderspension tidigast kan beviljas, beakta individuella omständigheter vid bedömning av arbetsförmågan.

En ventil, exempelvis med utrymme för en individuell prövning med möjlighet att ta hänsyn till flera olika faktorer som påverkar individens möjlighet till omställning, har likväl fördelar. Exempelvis går inte att förutsätta att alla individer i en viss åldersgrupp har samma sorts omställningssvårigheter. Att undanta samtliga äldre försäkrade kan innebära att den omställningspotential som finns hos många inte tas tillvara.

I direktiven anges just att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste utsträckning tas tillvara och att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person. Det anges dock även att det inte är aktuellt att frångå den grundläggande principen att sjuk- och aktivitetsersättningen endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.

Utredningen konstaterar att den nuvarande principen är att ersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt *på grund av sjukdom* och anser att sjukersättningen måste ses i sitt sjukförsäkringsrättsliga sammanhang. Mot denna bakgrund görs bedömningen att det även fortsättningsvis endast bör vara just nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som ska utgöra grund för ersättning. Det är därmed inte lämpligt att föra in andra än medicinska skäl vid prövning av arbetsförmågans nedsättning. En allmän och generell möjlighet att ta hänsyn till sådana individuella omständigheter som ålder, bosättningsort, social situation eller arbetsmarknad bör inte tas med som bedömningsgrunder så länge sjukersättningen är en förmån inom sjukförsäkringen.

[26] Försäkringskassan (2017), Skrivelse till regeringen.

Utredningen bedömer därmed att särskilda regler i form av ventiler är alltför generellt hållna och riskerar godtyckliga bedömningar. Vilka individuella omständigheter som ska beaktas exempelvis enligt Försäkringskassans förslag framgår inte uttryckligen av lagtexten, varför bedömningen kan bli svårförutsedd för den försäkrade. Även om de individuella omständigheterna preciseras kan likväl frågor om hur de ska beaktas och vilken tyngd de ska ha vid bedömningen uppstå. Den regel om möjligheten att ta hänsyn till särskilda skäl som gällde före den 1 juli 2008 var vidare inte begränsad till en viss ålder, varför den genom den faktiska tillämpningen kom att gälla även andra än dem den var avsedd för.[27]

För att förhindra en liknande utveckling är aktuellt förslag om nya regler utformade som undantag i stället för regler i form av ventiler. Det bör alltså inte vara möjligt för beslutsfattaren att, vid bedömningen av en försäkrads rätt till ersättning, *beakta* den försäkrades ålder. Vid en specificerad ålder ska i stället den försäkrade *omfattas av andra regler*. Genom att det anges konkret i lagtext hur bedömningen ska göras blir bedömningsutrymmet tydligare. För den försäkrade blir regeln enklare att förstå och den som har att tillämpa lagstiftningen får enklare att administrera den. Prövningen blir därmed mer förutsebar och alltså mer formellt rättssäkert. Detta samtidigt som de faktorer som är önskvärda att beakta genom en allmänt utformad ventil kan få genomslag. Eftersom det är just ålder som ska beaktas behövs ingen allmänt formulerad ventil som ger generell möjlighet att beakta individuella faktorer. Ett generellt undantag kan också anses i lägre grad sätta principen om en renodlad medicinsk försäkring ur spel, än en ventil med möjlighet till beaktande av individuella faktorer som utbildning eller bosättning vid bedömningen av rätten till ersättning.

Utredningen har även övervägt alternativ som innebär att försäkrade som arbetat inom ett visst yrke eller ett visst antal år kvalificerar sig för ersättning. En sådan utformning av reglerna vore visserligen än mer precis än de förslag på undantagsregler som utredningen lägger fram, men bedömningen är att sådana lösningar skulle bli *alltför* specifika och därmed riskera att leda till tröskeleffekter, inte minst vid bedömningen av vilka arbeten eller arbetsuppgifter som ska anses kvalificera den försäkrade, och därmed vilka som inte ska anses göra det, eller hur många år den enskilde ska ha arbetat och hur dessa ska

[27] Försäkringskassan 2017, s. 2.

beräknas. Vid jämförelsen med andra nordiska länder framkommer vidare att sådana lösningar kan bli mycket tekniska. Utredningen anser att undantag som är mer generella medför en dynamik som innebär att bedömningen i det enskilda fallet inte behöver riktas in på exempelvis beräkning av antal år i ett visst arbete.

8.4.3 Ålderskvalifikation

De särskilda reglerna för äldre motiveras av att det inte är rimligt att ställa samma krav på omställning på äldre personer i förvärvsarbetande ålder som på yngre. Gränsen för när det inte längre är rimligt att ställa samma krav är givetvis flytande. Det kan anses att någon fast gräns relaterad till ålder därför inte ska införas alls, utan att snarare bör avgörande vara den försäkrades faktiska möjligheter till omskolning eller rehabilitering samt hur många yrkesverksamma år den försäkrade med sådana åtgärder förväntas få. Exempelvis skulle vissa äldre försäkrade genom omskolning till annat arbete kunna arbeta fler år än fram till riktåldern i pensionssystemet. Som anförts ovan skulle möjligheten till en bedömning utifrån dessa faktorer dock innebära reglering i form av ventiler, vilket bedöms ha nackdelar i form av exempelvis bristande förutsebarhet. Genom införandet av en särskild ålder när särskilda regler ska gälla, en ålderskvalifikation, blir systemet mer förutsebart. Nämnda faktorer kan i stället få genomslag i utformandet av de särskilda regler som blir aktuella för de som uppfyller ålderskvalifikationen.

Utredningen anser visserligen att ensidigt fokus vid den försäkrades ålder bör undvikas, men konstaterar liksom Försäkringskassan att det inte går att bortse från det faktum att arbetslivet för många tar slut runt 65 års ålder. Mindre strikta krav för att beviljas ersättning för äldre kan inte heller anses diskriminerande, eftersom det för att det ska vara frågan om diskriminering ska viss person eller grupp missgynnas av förslaget vilket inte är aktuellt här eftersom de som för tillfället inte tillhör den aktuella åldersgruppen så småningom kan komma att göra det.[28]

[28] Försäkringskassan 2017 s. 15.

Vilken ålder ska kvalificera den försäkrade för de särskilda reglerna?

Vid bedömningen av vilken ålder som ska kvalificera den försäkrade för särskilda regler är ett möjligt alternativ att relatera åldern till ålderspensionssystemet. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum föreslår att särskilda regler för rätten till sjukpenning ska gälla för försäkrade som uppnått den ålder då det är som tidigast är möjligt att ta ut inkomstgrundad ålderspension, i dag 62 år, och fram till och med den månad då den försäkrade som tidigast kan ta ut garantipension, i dag månaden för när den försäkrade fyller 65 år.[29] Även Försäkringskassan har föreslagit regler för äldre vid prövning av rätten till sjukersättning som ska gälla från och med det år den försäkrade uppnår den tidpunkt då ålderspension tidigast kan beviljas.[30]

Utredningen bedömer att en ålderskvalifikation i linje med dessa förslag kan leda till att för få försäkrade omfattas av de särskilda reglerna för äldre. Vidare är tidpunkten för när den försäkrade tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension inte heller relaterad till hur länge den försäkrade kan ha sjukersättning, om sådan ersättning beviljas.

Att fler personer framöver förväntas kunna förvärvsarbeta i högre åldrar än i dag och att pensionsåldern därför kommer höjas kontinuerligt under kommande år utgör enligt utredningens bedömning skäl till att en fast undre åldersgräns för särskilda regler för äldre inte bör fastställas. Utredningen bedömer att det i stället är rimligt att relatera åldersgränsen till den bortre gränsen för när sjukersättning ska betalas ut. I dagsläget kan sjukersättning lämnas som längst till och med månaden före den månad då den försäkrade fyller 65 år (33 kap. 16 § SFB), men det finns även förslag om att denna bortre gräns i framtiden ska flyttas så att den sammanfaller med riktåldern för ålderspension.[31]

Hur lång tid ska då den försäkrade ha kvar tills när sjukersättning inte längre kan utbetalas, för att denne ska vara kvalificerad för de särskilda reglerna? Utredningen konstaterar att någon uppföljning av arbetsförmågan för de som beviljats sjukersättning inte längre ska

[29] SOU 2020:6 s. 172.
[30] Försäkringskassan 2017, s. 14.
[31] Socialdepartementet, Regeringskansliet, Promemoria 2021-03-08, S2021/02250, Konsekvenser av justerade åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 5 och Ds 2019:2, Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 26 och 177–180.

genomföras när den försäkrade fyllt 60 år.[32] Denna ordning grundas på att utsikterna att återfå arbetsförmågan vid denna ålder ofta är begränsade och kan därmed ses som ett i praktiken redan gällande undantag för äldre i reglerna om sjukersättning.

Fr.om. att den försäkrade nått 60 års ålder t.o.m. den försäkrade inte längre kan få sjukersättning är det alltså i dag fem år. En tidsperiod om fem år framstår enligt utredningens bedömning också som en väl avvägd period för de föreslagna särskilda reglerna för äldre. En kortare tid än så kan leda till att alltför få försäkrade omfattas av reglerna, medan en längre tid kan innebära att alltför många gör det.

Den aktuella tidsperioden innebär vidare att de särskilda reglerna för äldre är synkroniserade med de nuvarande reglerna om tidpunkten för när någon uppföljning av den försäkrades arbetsförmåga inte längre kan ske. En sådan synkronisering är inte nödvändigtvis ett mål i sig, men i praktiken kan det exempelvis underlätta förståelsen för reglerna. Det finns även förslag om att även reglerna om uppföljning av arbetsförmåga ska knytas till riktåldern för pension.[33] Det kan konstateras att inget således hindrar att den ålder som ska gälla för att en försäkrad ska vara kvalificerad för de särskilda reglerna för rätten till sjukersättning för äldre även i framtiden är densamma som åldern för när det inte längre ska göras någon uppföljning av den försäkrades arbetsförmåga.

När det gäller en övre åldersgräns för de särskilda reglerna för äldre, behöver en sådan inte regleras; den tidsgränsen är densamma som hur länge sjukersättning som längst kan utbetalas.

Vidare kan konstateras att gränsdragningen visserligen kan uppfattas som orättvis för de försäkrade som har kort tid kvar innan de når den åldersgräns som ska gälla för att omfattas av reglerna om äldre försäkrade. Utredningen vill dock framhålla att de som är yngre än den aktuella åldern och som kan ha behov av sjukersättning likväl omfattas av de övriga förslagen om förändringarna i generösare riktning vad gäller rätt till denna förmån.

[32] 33 kap. 17 § SFB.
[33] Ds 2019:2, Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 27 och 180.

Särskilda regler oavsett den försäkrades initiativ

I skrivelsen från Försäkringskassan med förslag om särskilda regler för äldre föreslog myndigheten att för att det skulle vara möjligt att beakta individuella omständigheter för den som har få arbetsår kvar till ålderspensioneringen ska initiativet till att beakta särskilda skäl komma från den försäkrade. Ordningen föreslogs med motiveringen att om initiativet inte skulle behöva komma från den försäkrade skulle det innebära att Försäkringskassan skulle kunna tvinga på den försäkrade sjukersättning mot dennes vilja med motiveringen att det finns särskilda skäl.[34]

Utredningen bedömer att en ordning som innebär att det beror på den enskilde försäkrade vilka regler som ska bli tillämpliga i dennes ärende har nackdelar. Bland annat krävs att den försäkrade har fått sådan information att denne förstår skillnaden på de olika alternativen och hur denne ska gå tillväga för att åberopa de särskilda reglerna. Processuella frågor kring vad som ska gälla om den enskilde ångrar sig vid om- eller överprövning av det första beslutet måste vidare hanteras. Utredningen har vidare inte hittat andra förmåner där den försäkrade är skyldig att åberopa särskilda regler för att sådana ska vara tillämpliga. Utgångspunkten är dessutom att rätt ersättning ska gälla i det enskilda fallet.[35] Bedöms rätt till sjukersättning finnas ska Försäkringskassan i regel byta ut sjukpenningen till sjukersättning. Om äldre ska bedömas på annat sätt än övriga försäkrade när det gäller utbyten, exempelvis genom att det ska finnas större möjligheter att ta hänsyn till den försäkrades vilja, finns stor risk för osakliga variationer i tillämpningen. Utredningen bedömer därmed att det ska vara möjligt för Försäkringskassan att bevilja även en äldre försäkrad sjukersättning när han eller hon ansökt om sjukpenning.

8.4.4 Arbetsförmågebegreppet

Som framgått i avsnitt 7.3 föreslår utredningen en generell förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som den försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot vid bedömning av dennes rätt till ersättning. Även med beaktande av nämnda generella förändring kan kraven för att en äldre försäkrad ska beviljas sjukersättning uppfattas som allt för stränga.

[34] Försäkringskassan 2017, s. 14.
[35] Jfr prop. 2002/03:89 s. 46 f. och prop. 2007/08:136, s. 88–89.

Om en äldre person behöver ställa om till ett nytt arbete, kanske först efter omfattande rehabiliterings- och omskolningsinsatser, finns en risk att personen inte får ett arbete efter att rehabiliteringen avslutats, om personen har få år kvar i arbetslivet. Med hänsyn till att vi lever allt längre och att det är väsentligen friska år som läggs till i livet finns dock en nationell inriktning om ett förlängt arbetsliv som innebär att vi ska arbeta längre och även vara beredda på omställning till annat arbete. Det behövs inte minst med hänsyn till landets pensions- och välfärdsambitioner. Att helt undanta äldre från gängse regler i sjukförsäkringen som innebär krav på omställning till efter viss tid, går emot denna inriktning och är därför inte aktuellt. Ett sådant generellt undantag för äldre riskerar vidare att normalisera en uppfattning av äldre som mindre kapabla till omställning och inlärande samt därmed stärka uppfattningar som leder till åldersdiskriminerande strukturer.

Genom att prövningen görs gentemot förvärvsarbete, i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, som den försäkrade redan har erfarenhet inom ges ökade möjligheter att ta tillvara den försäkrades kompetens. Personer med långa yrkesliv, kanske i ett slitsamt arbete, som har svårt för att arbeta fram tills det är möjligt att beviljas pension får möjlighet att beviljas sjukersättning utan att det ställs krav på omfattande omskolning i slutet av arbetslivet.

Att prövningen görs även gentemot andra tillgängliga lämpliga arbeten innebär att det inte är aktuellt med sjukersättning för äldre försäkrade som har ett arbete som de har arbetsförmåga inom eller har fått ett konkret erbjudande om ett arbete som den försäkrade också klarar att arbeta i. Detta gäller även om det rör sig om skyddade eller subventionerade arbeten. Här ska samma bedömning göras som vid motsvarande bedömning vid rätten till sjukpenning eller utredningens ovan beskrivna förslag om generella ändringar i bedömningen av rätten till sjukersättning. En försäkrad med ett erbjudande om ett skyddat arbete kommer således vid arbetsförmågebedömningen att jämföras mot såväl detta arbete som övriga förvärvsarbeten i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden där denne har erfarenhet.

Åtskillnad mellan arbetslösa och anställda försäkrade bör undvikas

Ett alternativ till att arbetsförmågan hos äldre försäkrade bedöms i förhållande till sådana förvärvsarbeten, i en angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, där han eller hon har erfarenhet vore att arbetsförmågan hos äldre försäkrade bedöms gentemot endast deras nuvarande arbete eller annat arbete som deras arbetsgivare erbjuder. Detta skulle i större utsträckning möjliggöra för fler personer att arbeta kvar på sitt nuvarande arbete på deltid. En sådan utformning av reglerna innebär att alla arbetsuppgifter som arbetsgivaren i det specifika fallet kan erbjuda den försäkrade ska beaktas. Den försäkrade prövas därmed mot fler tänkbara arbetsuppgifter än utredningens förslag, eftersom den försäkrade enligt utredningens förslag endast mot sådana yrken som han eller hon har erfarenhet av. En sådan utformning av reglerna innebär dock att den försäkrade endast prövas mot sin nuvarande arbetsplats, inte som enligt aktuellt förslag även mot andra tänkbara arbetsgivare. Ett sådant alternativ stämmer vidare överens med förslag om ändringar i rätten till sjukpenning som Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum föreslår.[36] Nackdelen ett sådant alternativ är att det endast träffar de försäkrade som har en anställning.

Särregler för äldre försäkrade i arbetsför ålder motiveras av att det utifrån deras relativt korta tid kvar i arbetslivet inte är rimligt att kräva att de ställer om till annat arbete. Detta argument är svagare vad gäller arbetslösa försäkrade eftersom dessa redan är i en form av omställning. Drivkraften att få ett nytt arbete för arbetslösa med begränsad tid kvar i arbetslivet skulle vidare kunna påverkas negativt om mer förmånliga försäkringsvillkor i sjukförsäkringen infördes för dessa.

Vad som anförts och utredningens förslag att samma arbetsmarknadsbegrepp generellt ska gälla inom såväl sjukpenningen som sjukersättningen är skäl för att utredningen ska föreslå liknande särskilda regler för äldre avseende rätten till sjukersättning som de som föreslagits av utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.[37]

Utredningen bedömer att det i vissa fall kan vara orimligt att ställa krav på omställning till annat arbete för arbetslösa med begränsad tid kvar av arbetslivet och som på grund av sjukdom inte kan fort-

[36] SOU 2020:6.
[37] SOU 2020:6.

sätta arbeta i arbeten som de sedan tidigare har erfarenhet av. Så kan vara fallet om den försäkrade på grund av sjukdom fått en varaktigt nedsatt arbetsförmåga i ett arbete han eller hon haft under lång tid, samtidigt som en omställning till annat arbete kan förväntas ta lång tid. Vidare kan gränsdragningsproblematik uppstå om en försäkrad har en eller flera deltidsanställningar, är arbetslös på deltid, är visstidsanställd eller timanställd eller om anställningen upphör under en pågående sjukskrivning. Utredningen anser att det är viktigt att försäkrade som har flera kortare visstidsanställningar skyddas på ett liknande sätt som försäkrade som har tillsvidareanställningar. Olika regler skulle även kunna upplevas som orättvist för arbetslösa personer, särskilt för de som förlorar sitt arbete kort tid innan de når åldern för att omfattas av reglerna.

Vidare kan konstateras att sjukpenningen skiljer sig från sjukersättningen bland annat i fråga om vilket perspektiv förmånen betalas ut. Sjukpenning betalas ut utifrån ett kortare tidsperspektiv (dag för dag), varför det kan vara motiverat med ett mer begränsat arbetsmarknadsbegrepp för äldre försäkrade som ansöker om den förmånen.

Utredningen anser mot bakgrund av vad som nyss anförts och vid en sammantagen bedömning att fördelarna med en generell lösning för alla äldre försäkrade, oavsett om de har arbete eller är arbetslösa, väger över fördelarna med separata regler för anställda respektive arbetslösa. Genom att samtliga försäkrade som omfattas av de särskilda reglerna prövas mot arbeten de har erfarenhet av ställs samma omställningskrav på alla försäkrade i denna åldersgrupp.

Arbeten som den försäkrade har erfarenhet av

Utredningen har vägt mellan alternativen att de försäkrade ska prövas mot *arbeten där den försäkrade har erfarenhet*, respektive mot *arbeten där den försäkrades erfarenhet kan tas tillvara*. Det senare alternativet innebär en prövning gentemot en vidare arbetsmarknad än det första. Utredningen anser dessutom att med det senare alternativet kan det tänkas att nästan alla äldre har erfarenheter som kan tänkas tas tillvara i yrken som inte ställer krav på utbildning eller tidigare erfarenhet. Det alternativet skulle alltså innebära att äldre försäkrades arbetsförmåga i praktiken inte bedöms mot en snävare arbetsmarknad. För att förslaget ska motsvara sitt syfte och vara lätt-

begripligt anser utredningen därmed att de äldre försäkrade ska prövas mot *arbeten de har erfarenhet av*. Utredningen har vidare övervägt att inte endast arbeten där den försäkrade har erfarenhet ska beaktas, utan att *arbeten som ryms inom det yrke den försäkrade har erfarenhet* ska beaktas. Detta alternativ har dock nackdelar, inte minst i form av svårigheter i att närmare avgöra vilka olika arbeten som ska anses omfattas av ett visst yrke och definitionssvårigheter kring yrkesbegreppet.

Bedömningar av vilka *arbeten* den försäkrade har erfarenhet förekommer dock redan i socialförsäkringen och liknande regler har även funnits historiskt. I arbetsskadeförsäkringen finns i dag särskilda regler för äldre försäkrade, i 41 kap. 10 § andra stycket SFB anges att i fråga om en äldre försäkrad ska hänsyn främst tas till hans eller hennes förmåga och möjlighet att skaffa sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han eller hon har utfört tidigare, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne. Förr fanns för rätt till förtidspension vidare särskilda regler för äldre försäkrade. Enligt en lydelse av 7 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring[38] gällde att i fråga om äldre försäkrade skulle bedömningen avseende nedsättningen av arbetsförmågan främst avse den försäkrades förmåga och möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som denna tidigare utfört eller genom annat för den försäkrade tillgängligt lämpligt arbete. Bestämmelsen i 41 kap. 10 § andra stycket SFB[39] har utformats i nära anslutning till bestämmelserna i dåvarande 7 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. Samma principer för invaliditetsbedömningen som gällde inom den allmänna försäkringen för förtidspensionering efter 1970 års reform[40] gäller inom arbetsskadeförsäkringen.[41] Av 27 kap. 46 § SB framgår vidare att vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne. Vid bedömningar av rätten till sjukpenning behöver handläggaren alltså bedöma den enskildes arbetsförmåga gentemot ett visst arbete, nämligen dennes nuvarande.

Utredningen bedömer vidare att det bör röra sig om *erfarenheter* av förvärvsarbete i en angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Om begräns-

[38] SFS 1970:186.
[39] Tidigare 4 kap. 3 § andra stycket LAF.
[40] Prop. 1970:66.
[41] Jfr prop. 1975/76:197 s. 74 f. och 97.

ningen inte görs utifrån detta begrepp, som gäller för övriga försäkrade, kan reglerna komma att innebära att äldre försäkrade prövas gentemot ett bredare arbetsmarknadsbegrepp än övriga försäkrade. Detta är inte syftet med utredningens förslag. En försäkrad som har erfarenhet av ett anpassat arbete på exempelvis Samhall, men som inte längre har ett sådant arbete tillgängligt ska således inte bedömas mot ett vidare arbetsmarknadsbegrepp än om han eller hon inte haft tillgång till ett sådant anpassat arbete.

Dessa avvägningar innebär att till exempel en 62-årig snickare som alltid haft detta arbete ska få sin arbetsförmåga bedömd gentemot sitt nuvarande arbete. Bedöms den försäkrade i detta fall ha nedsatt arbetsförmåga under överskådlig tid i sitt arbete som snickare samt att inget annat lämpligt arbete är tillgängligt för den försäkrade, är kravet om nedsatt arbetsförmåga, sett till arbetsmarknadskriteriet, uppfyllt.

Vid bedömningen av vilka arbeten som den försäkrade har erfarenhet av ska arbeten vilka han eller hon har utbildning för men inte någon arbetslivserfarenhet av inte beaktas. För en försäkrad som exempelvis har läst lärarprogrammet men som inte har arbetat som lärare ska alltså inte bedömning av arbetsförmågan göras mot arbetet som lärare. Om personen däremot har arbetat som vikarie på skolor och således har erfarenhet av lärararbete, även fast han eller hon inte har läst lärarprogrammet eller är behörig lärare, *ska* alltså arbetsförmågan bedömas mot arbetet som lärare. Utredningen konstaterar vidare att det blir allt vanligare att försäkrade har utbildning och/eller erfarenhet av flera olika sorters arbeten. Det kan röra sig om personer som under samma period arbetar deltid på flera olika arbetsplatser eller som under sitt arbetsliv haft flera olika slags arbeten, ett i taget. En del personer har också olika (heltids-) arbeten beroende på årstid. Frågan uppstår därmed hur det mer konkret ska bedömas vilka arbeten som den enskilde har erfarenhet av.

En försäkrad som parallellt haft flera arbeten eller anställningar ska bedömas mot samtliga dessa arbeten. Som exempel kan nämnas en försäkrad som har två arbeten, ett som vårdbiträde i hemtjänsten och ett som tidningsutdelare. Hans eller hennes förmåga ska bedömas gentemot såväl arbetsuppgifterna som vårdbiträde som arbetsuppgifterna som tidningsutdelare, oavsett om dessa tillsammans motsvarar mer än sysselsättning på heltid eller inte.

Försäkrade som är arbetslösa vid tiden för prövningen av rätten till ersättning ska bedömas gentemot de arbeten de hade innan arbetslösheten. För både arbetslösa försäkrade och försäkrade som har arbete ska bedömningen göras vidare än det nuvarande eller senaste arbetet. Vid en sammantagen bedömning anser utredningen att arbeten den försäkrade haft upp till 15 år innan tidpunkten för prövningen ska beaktas. Det betyder att den försäkrades förmåga ska prövas gentemot samtliga arbeten, heltid såväl som deltid, han eller hon haft under de senaste 15 åren, räknat bakåt från och med den månad för vilken den försäkrade ansöker om sjukersättning. Detta gäller såväl för försäkrade som är arbetslösa som försäkrade som har arbete vid tiden för prövningen. Vid utbytesärenden ska de 15 åren räknas bakåt från och med den månad Försäkringskassan inledde utredningen av utbytet.

En försäkrad som till exempel tidigare arbetat som undersköterska men som bytt yrke och numera arbetar som kock ska därmed bedömas mot båda dessa arbeten om karriärskiftet ägde rum mindre än 15 år sedan men endast mot det nuvarande arbetet om skiftet ägde rum för mer än 15 år sedan.

Försäkrade som aldrig haft ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden, eller i vart fall inte haft något sådant arbete under de senaste 15 åren, har inga i detta sammanhang relevanta arbetslivserfarenheter att bedömas mot. Dessa försäkrade ska därför inte omfattas av de särskilda reglerna för äldre utan ska således bedömas gentemot samma arbetsmarknadsbegrepp som gäller för prövning av rätt till sjukersättning i övrigt.[42] Ett syfte med de särskilda reglerna för äldre är att de ska underlätta för de försäkrade som arbetat länge i slitsamma arbeten. De som inte arbetat under en så lång tid bör bedömas mot samma regelverk som övriga försäkrade. De som står långt från arbetsmarknaden kan vidare sägas redan befinna sig en slags omställningsfas när de söker arbete. Alternativet vore att personer som inte haft något arbete under de senaste 15 åren inte har något relevant arbete att bedömas gentemot, och att de därmed automatiskt skulle anses ha en nedsatt arbetsförmåga. Detta alternativ bedömer utredningen dock inte som lämpligt, inte minst för att det i praktiken innebär att långvarig arbetslöshet i sig skulle innebära att det blir lättare att beviljas sjukersättning.

För att Försäkringskassan ska få kunskap om vilka arbeten den försäkrade har erfarenhet av under de senaste 15 åren kan den för-

[42] Jfr prop. 1970:66, s. 40.

säkrade exempelvis ange sina arbeten i en för ändamålet framtagen blankett som ska skrivas under på heder och samvete.

Erfarenheter av olika arbeten kan visserligen ha olika relevans, beroende på hur ett visst arbetsområde utvecklas och hur länge sedan det var den försäkrade arbetade inom ett visst arbete. En försäkrad som exempelvis för tio år sedan arbetade som drifttekniker inom it men sedan dess börjat arbetat mer och mer med organisations- och administrationsfrågor och därför inte är lika insatt i sina tidigare arbetsuppgifter har möjligtvis inte helt relevanta och uppdaterade kunskaper i sitt tidigare arbete som drifttekniker. Utredningen har därför övervägt att Försäkringskassan, utöver att beakta hur länge sedan den försäkrade hade ett visst arbete, även ska bedöma hur relevanta erfarenheterna av tidigare arbeten är. Med hänsyn till att en sådan bedömning skulle kräva att myndigheten följer utvecklingen på arbetsmarknaden vad gäller bl.a. branschutveckling på ett sätt som myndigheten inte annars gör, bedöms dock att en sådan lösning innebär för omfattande utredningsskyldigheter och bedömningsutrymme för Försäkringskassan samt att det i så fall tillkommer ansvarsområden som i dag inte ryms i myndighetens uppdrag. Förslaget är därmed att sådana arbetserfarenheter som den försäkrade förvärvat under de senaste 15 åren vid tiden för ansökan men också samtliga dessa arbeten ska beaktas. Erfarenheter på upp till 15 år bedöms således vara relevanta att beakta. Det kan röra sig om arbetserfarenheter från en anställning eller egen verksamhet. Oavlönad praktik ska dock inte beaktas.

Denna period kan tyckas lång. Vidareutbildning inom ett arbete man har erfarenhet för att kunskaperna ska vara uppdaterade kan dock sällan anses vara en lika omfattande insats som omskolning till ett arbete man inte tidigare haft. Mot denna bakgrund görs bedömningen att det kan anses relevant att det finns krav att den försäkrade ska uppdatera sina kunskaper i ett arbete som denne tidigare har arbetat med. Utredningen bedömer alltså att det inte är ett orimligt omställningskrav för den försäkrade att uppdatera sina kunskaper i ett arbete som man haft under de senaste 15 åren.

I praktiken kan situationen uppstå att personer med relevanta erfarenheter av många arbeten således prövas mot ett vidare arbetsmarknadsbegrepp än personer som endast har erfarenhet av ett eller ett fåtal arbeten. Kraven på omställning är dock desamma för samtliga äldre försäkrade som har relevanta arbetslivserfarenheter. Inga

försäkrade, oavsett om de har erfarenhet av ett yrke eller av flera yrken, behöver ställa om till ett arbete som de *inte* har erfarenhet av.

8.4.5 Rehabiliteringsmöjligheter för äldre

Förslaget att det ska bortses från sådana rehabiliteringsmöjligheter som syftar till att den försäkrade ska arbeta i ett arbete som han eller hon inte har tidigare erfarenhet av är en konsekvens av det särskilda arbetsmarknadsbegrepp som ska gälla för äldre försäkrade, se avsnitt 8.4.4.

Som framgått i avsnitt 8.3 föreslår utredningen en generell förändring vid bedömning av vilka rehabiliteringsinsatser som ska beaktas vid bedömningen av en försäkrads rätt till ersättning. Förändringen att rehabiliteringsåtgärder som är klara först efter sista tidpunkten då sjukersättning kan betalas ut inte ska beaktas kommer i praktiken främst innebära en lättnad för äldre försäkrade i arbetsför ålder.

Med hänsyn även tagen till det i avsnitt 8.1 föreslagna förändringen av vilket arbetsmarknadsbegrepp den försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot ska vidare rehabiliteringsåtgärderna syfta till att personen får arbetsförmåga i ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det innebär en förändring från dagens regler som innebär att risken minskar att den försäkrade rehabiliteras till en period av arbetslöshet eller i skyddat arbete fram till pensionsåldern.

Även med beaktande av nämnda generella lättnad avseende vilka rehabiliteringsåtgärder som ska beaktas kan kraven för att en äldre försäkrad ska beviljas sjukersättning uppfattas som allt för stränga. Om en äldre person behöver omfattande rehabiliteringsinsatser för att ställa om till ett annat yrke finns likväl en risk att personen inte får ett arbete efter att rehabiliteringen avslutats, om personen har få år kvar i arbetslivet. Att rehabilitera någon för att denna ska vara arbetslös är inte ändamålsenligt både sett till samhälleliga och individuella resurser.

Mot bakgrund av det samhälleliga intresset av att äldres kompetens tas tillvara och att fördomar mot äldre ska motverkas bör reglerna om rätt till sjukersättning dock inte leda till att personer i förvärvsarbetande ålder får minskad tillgång till rehabilitering eller andra in-

satser som kan leda till att de kan försörja sig på egen hand genom arbete fram till riktåldern för ålderspensionen eller längre än så. Rehabiliteringsåtgärder ska således även fortsättningsvis vara uttömda för att äldre personer ska kunna beviljas sjukersättning. Därmed ska förslaget inte innebära en mindre aktiv rehabiliteringsprocess. På så sätt beaktas vidare den allmänna utvecklingen med allt friskare äldre och intresset av att behålla dessa på arbetsmarknaden.

Genom att rehabiliteringsmöjligheterna ska riktas in mot förvärvsarbeten i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden som den försäkrade redan har erfarenhet inom ges ökade möjligheter att ta tillvara den kompetens den försäkrade har förvärvat. Personer med långa yrkesliv, kanske i ett slitsamt arbete, som har svårt att arbeta fram till riktåldern för pension får möjlighet att beviljas sjukersättning utan att det ställs krav på omfattande omskolning i slutet av arbetslivet.

Avsikten med utredningens förslag är alltså att för att en rehabiliteringsåtgärd ska bedömas vara relevant vid bedömningen av den försäkrades rätt till sjukersättning ska insatsen leda till att den försäkrade får en förbättrad arbetsförmåga i ett sådant arbete som omfattas av det arbetsmarknadsbegrepp som äldres arbetsförmåga ska bedömas mot.

Ett par exempel kan här anges. En 63-årig snickare, som endast arbetat i detta yrke, har fått förslitningsskador och en 64-årig ekonomiadministratör som dessutom arbetar deltid som kassapersonal som drabbats av stressproblematik. Det kan tänkas att dessa försäkrade genom rehabiliteringsinsatser, bland annat utbildningar, skulle kunna få arbetsförmåga exempelvis i ett arbete som inte ställer samma sorts krav som deras nuvarande arbeten. Snickaren skulle exempelvis kunna tänkas kunna få arbetsförmåga i ett arbete som telefonförsäljare och ekonomiadministratören skulle kunna få arbetsförmåga i ett arbete som städare. Eftersom de försäkrade dock inte tidigare har erfarenhet av sådana arbeten ska sådana rehabiliteringsmöjligheter inte beaktas vid bedömningen av om de har rätt till sjukersättning. Endast om det finns rehabiliteringsinsatser som leder till att de, innan de når åldern för när sjukersättning inte längre kan utbetalas, kan få arbetsförmåga i sådana förvärvsarbeten, i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, som de har erfarenhet av, alltså snickare respektive ekonomi-

administratör och kassapersonal, kan ansökan om sjukersättning avslås med motiveringen att rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda.

Längden på kvarvarande arbetstid efter slutförd rehabiliterings- eller andra omställningsinsatser ska inte beaktas

Utredningen konstaterar att många lämnar arbetslivet när de når riktåldern för pension och att utgångspunkten många gånger är att människor inte arbetar längre än så. Vid bedömningen av rimligheten i olika rehabiliteringsåtgärder läggs därmed ofta vikt vid hur kort tid efter avslutad rehabilitering den försäkrade har kvar till denna ålder. Det är dock viktigt att beakta att många försäkrade vill arbeta längre än så, och genom rätt rehabiliteringsinsatser också kan få möjlighet till det, om än kanske inte på heltid. I den utsträckning en äldre försäkrad i arbetsför ålder kan återfå arbetsförmåga genom ett kortare rehabiliteringsprogram och det därmed finns en chans att denne kan återgå i samma arbete som tidigare är inte sjukersättning ”rätt” ersättning för den personen, oavsett hur lång tid som kvarstår till pensionsåldern efter att rehabiliteringsinsatserna bedöms vara klara. Det är vidare inte någon exakt vetenskap att bedöma hur lång tid rehabiliteringsåtgärder kan tänkas ta utan detta varierar mellan olika enskilda fall.

Relationen till sjukpenning om kvarvarande regler om rätt till den förmånen kvarstår

Om en försäkrad har en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan i förhållande till sådana förvärvsarbeten, i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, som denna har erfarenhet av, och alla rehabiliteringsmöjligheter gentemot dessa är uttömda, är dock arbetsförmågan inte nödvändigtvis nedsatt gentemot *alla* förvärvsarbeten i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

I ett sådant fall skulle den försäkrade inte ha rätt till sjukpenning (från dag 181, enligt huvudregeln), men han eller hon kan ändå beviljas sjukersättning. Denna situation kan dock endast inträffa om

den försäkrade samtidigt har en nedsättning vars varaktighet är för överskådlig tid och möjligheterna till rehabilitering är uttömda.

8.5 Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Ett kodifierat beviskrav ska införas för prövningen av rätten till sjukersättning. Rätt till sjukersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att arbetsförmågan är nedsatt på sådant sätt som föreskrivs.

Skälen för utredningens förslag: I direktiven anges att utredningen mot bakgrund av variationen i andelen avslagsbeslut över tid trots oförändrat regelverk ska ta ställning till om ett nytt författningsreglerat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen.

I dagsläget finns inget i lagtexten angivet beviskrav för prövningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. På så sätt ansluter sig sjukersättningen till det normala tillståndet i förvaltningsärenden, dvs. att beviskravet inte är en del av regelverket. Införandet av ett nytt beviskrav i lagtexten får anses vara en mycket ovanlig åtgärd. Som utredningen har konstaterat i avsnittet om beviskrav finns i förvaltningsprocessen inget för alla situationer gällande beviskrav utan detta varierar med hänsyn till sakens beskaffenhet. När det gäller bevismedel bygger processen på att bevisföringen är fri, dvs. den är inte begränsad till vissa bevismedel.[43]

Den första frågan i denna del blir således om det alls är rimligt att kodifiera ett fast beviskrav för prövningen av rätt till sjuk- och aktivitetsersättning. Den andra frågan blir vilket beviskrav som i så fall lämpligen bör gälla. Utredningen är av uppfattningen att bevisfrågor generellt bör ta större plats i förvaltningsprocessen. Till skillnad från situationen i civilprocessen är ämnet inte särskilt undersökt och det saknas i många fall svar på frågorna. På socialförsäkringarnas område saknas ofta i förarbetena resonemang om bevisfrågor. Här finns onekligen ett behov av vägledning, såvida man eftersträvar en förutsebar tillämpning av regler om beviskrav för den rättsliga prövningen. Det

[43] Se vidare avsnitt 7.8. och HFD 2013 ref. 61.

finns därför enligt utredningens uppfattning skäl att ta processuella regler om bevisning på större allvar.

Utredningens ställningstagande i denna fråga är sammantaget att ett författningsreglerat beviskrav bör införas och att fördelarna överväger riskerna. Nedan diskuteras skälen för detta och vilka effekter ett sådant författningsreglerat beviskrav kan komma att få.

Att bevisbördan som huvudprincip ligger på den försäkrade när denne ansöker om en förmån står klart. Denna princip är inte ifrågasatt och förekommer oftare än övriga frågor om beviskrav i de enskilda ärendena där ansökan om sjukersättning har avslagits – då i form av ett konstaterande att det är den enskilde som ska visa att förutsättningarna för beviljande av ersättningen är uppfyllda. Det är dock sällan man ser en skrivning där det uttryckligen anges att den försäkrade har bevisbördan. Det hindrar emellertid inte att Försäkringskassan har gjort en bevisvärdering som innebär att man lagt bevisbördan på den försäkrade.

Svårare är frågan om beviskrav och bevisstyrka. Utredningen har i föregående analys diskuterat vilken bevisstyrka som kan sägas krävas i socialförsäkringsärenden i allmänhet och i ansökningsärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning i synnerhet (se avsnitt 7.8.). Detta utgör viktiga frågor, men som utredningen har kunnat konstatera saknas resonemang om bevisfrågor till stor del i såväl förarbeten som i litteraturen. Det kan vidare konstateras att det inte finns några säkra svar i frågan. Vad som också är ett bekymmer är att det sällan i den praktiska tillämpningen diskuteras vilket beviskrav som har tillämpats och varför utredningen i det enskilda fallet når upp till eller inte når upp till detta krav.

Utredningen har kunnat konstatera att HFD i de avgöranden om sjukersättning och aktivitetsersättning som har meddelats sedan de nuvarande reglerna trädde i kraft den 1 juli 2008 inte specifikt har uttalat sig om beviskrav för omständigheten varaktig nedsättning, men väl något om möjligheten till rehabilitering. De uttalanden som gjorts i samband med frågor om uttömda rehabiliteringsmöjligheter får dock läsas med stor försiktighet då HFD inte har fört några uttalade resonemang kring bevisfrågorna.

Utifrån de granskade besluten i den aktstudie som utredningen har genomfört kan utredningen konstatera att det i Försäkringskassans motiveringar vid avslag[44] i dessa beslut inte har skett en

[44] För bifallsbeslut krävs inte motivering.

egentlig bevisvärdering i någon större utsträckning.[45] Det framgår oftast inte vad Försäkringskassan har krävt av utredningen i det enskilda ärendet. Motiveringarna i besluten har snarare karaktären av skönsmässiga bedömningar. Det räknas ofta upp vilka omständigheter som förekommer i framför allt den medicinska utredningen – såsom sjukdomar och besvär den försäkrade lider av och på vilket sätt läkaren har bedömt att detta påverkar arbetsförmågan – men någon värdering av dessa fakta görs mera sällan och det är svårt att följa en logisk kedja mellan besvären och varför dessa inte anses medföra exempelvis nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Ett särskilt problem som utredningen, i likhet med ISF[46], har kunnat iaktta är också användandet av begreppet *styrkt*, eller motiveringar i beslut som går ut på att den försäkrade inte har förmått *styrka* sina sjukdomar och besvär, sin arbetsförmågenedsättning till följd av sjukdomsbesvären eller rätt till ersättning. I de fall i de undersökta sjukersättningsbesluten där termer med mått av bevisstyrka alls används är det fråga om detta begrepp.

Det bör dock understrykas att stor försiktighet behövs när det gäller att i allmänhet tillskriva termerna ”styrka” eller ”styrkt” en beviskravsinnebörd. I många fall innebär uttrycken bara var bevisbördan har placerats medan det fortfarande är oklart vilket beviskrav som har gällt. Utredningen kan med detta konstatera att uttrycket styrka får anses vara mindre lämpligt att använda i dessa sammanhang då betydelsen är tvetydig och det lätt framstår som oklart vad Försäkringskassan eller domstolen menar med uttrycket.

Frågan om användandet av ”styrkt” i många beslut sätter dock fingret på ett av de många problem som följer av de oklarheter som ett icke-definierat beviskrav innebär. Utredningen är av uppfattningen att dessa problem behöver åtgärdas och att ett kodifierat beviskrav är en lösning på många av problemen. Nedan diskuteras vilka fördelar respektive risker ett sådant författningsreglerat beviskrav skulle kunna medföra.

[45] Som framgår av bilagan om aktgranskningen är urvalet för litet för att utredningen ska kunna dra några långtgående slutsatser om handläggningen överlag.
[46] ISF 2020:9 s. 94 f.

8.5.1 Fördelar med ett kodifierat beviskrav

Utredningens ståndpunkt är att ett författningsreglerat beviskrav skulle innebära en rad fördelar mot hur tillämpningen sker i dagsläget. Den tydligaste fördelen utgörs av den enhetlighet i handläggning och bedömning som ökad tydlighet i frågan skulle innebära. Med ett klart uttalat beviskrav föreligger mindre risk för att handläggare och beslutsfattare ska göra olika bedömningar. Även risken att olika höga krav ställs upp beroende på vilken beslutsfattare som hanterar ärendet, där vissa krav är för höga medan andra kanske sätts för lågt, kommer sannolikt att minska. Även om frågan om beviskrav inte är uttalad eller reglerad i lag måste beslutsfattaren hos Försäkringskassan, eller för den delen rättens ledamöter vid en överprövning i domstol, ta ställning till om kraven för att den försäkrade ska beviljas den begärda ersättningen är uppfyllda. Ett sådant krav finns nämligen även om den nivå på bevisningens styrka som krävs inte är uttalad. Utan att ett uttryckt beviskrav finns på plats är då den försäkrade utelämnad till att beslutsfattaren ändå fattar ”rätt” beslut utifrån de ”rätta” kraven. Det säger sig självt att detta blir en form av skönsmässig bedömning, där beslutsfattaren behöver hitta en nivå som känns rimlig och där rätten till ersättning är ”visad” eller inte. Vid denna bedömning kan så klart finnas ett allmänt accepterat ”oskrivet” beviskrav, alternativt ett beviskrav som får anses allmänt accepterat och tillämpat i rättspraxis.

I detta sammanhang kan sägas något om begreppet ”styrkt” och hur detta används i tillämpningen. Utredningen har kunnat konstatera att begreppet förekommer i ett antal beslut från såväl aktgranskning som ISF:s rapport 2020:9. Denna användning ger vid handen att ett annat beviskrav, såsom ”sannolikt” inte är särskilt etablerat. I så fall skulle inte skrivningen ”styrka” förekomma så ofta i beslutsmotiveringarna. Uttrycket ”styrka” är problematiskt och har i olika sammanhang haft olika betydelser. Det kan stå såväl för ett mått på beviskrav som för att bevisningen är tillräckligt stark och att ett förhållande därmed är visat[47] och det är svårt i det enskilda fallet att avgöra vad som avses. Utredningen menar mot denna bakgrund att uttrycket om möjligt bör undvikas.

En annan fördel med ett författningsreglerat beviskrav är att den enskilde kommer att få en tydligare bild av den nivå som krävs för

[47] Se avsnitt 7.8.4.

att medicinsk och annan utredning ska vara tillräcklig för att ersättning ska kunna utbetalas. För att prövningen ska kunna bli så rättssäker som möjligt är det viktigt att den enskilde vet vad som förväntas av henne, vilka brister och luckor som kan accepteras i den medicinska utredningen och vad som kan krävas vid en eventuell komplettering. Skulle en ansökan om ersättning avslås bör den enskilde ha kännedom om vilket beviskrav en domstol kommer att bedöma ärendet utifrån vid en överprövning av Försäkringskassans beslut, för att på så sätt bilda sig en uppfattning om chanserna till bifall och på vilket sätt utredningen kan behöva kompletteras.

En trolig, positiv konsekvens av att beviskravet slås fast och kodifieras är en mer enhetlig tillämpning av regelverket, särskilt om detta förenas med utbildning och vidare diskussion inom beslutsmyndigheten och dess handläggare. Principerna om likabehandling och rättssäkerhet – som utredningen tidigare har konstaterat hamnar i fara när tillämpningen varierar mycket utan rimlig orsak – förstärks därmed.

Domstolarna kommer fungera som ytterligare garant för att beviskravet över tid fylls med innehåll. Genom rättspraxis kommer bevisfrågorna att ytterligare belysas och då beviskravet är kodifierat kommer domstolarna att tvingas ta ställning till bevisfrågor i större utsträckning. Detta menar utredningen är av godo.

8.5.2 Risker med ett kodifierat beviskrav

Införande av ett kodifierat beviskrav för vissa ersättningar är en relativt stor och ovanlig förändring på förvaltningsprocessens område. Det är därför naturligtvis också förenat med svårigheter att införa och kodifiera ett beviskrav som ska gälla för sjukersättningen och aktivitetsersättningen, utan att samtidigt göra en översyn av närliggande områden och ersättningar.

En grundläggande fråga är om det är rimligt att införa ett kodifierat beviskrav på ett enskilt område, som i detta fall sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Dessa förmåner skulle på så sätt kunna ses som en anomali på socialförsäkringens område. Det skulle kunna uppstå osäkerhet när vissa men inte alla områden har kodifierade beviskrav och medföra att tillämpningen skulle skifta mellan dessa olika områden.

Ett argument mot detta synsätt skulle kunna sägas vara att det redan är etablerat, om än inte kodifierat, att beviskravet sannolikt råder som normalkrav vid ansökningsärenden i förvaltningsprocessen. Ett införande av beviskravet i lagtexten utgör således endast ett tydliggörande av vad som redan gäller och förändrar inget i sak. Detta skulle i sin tur bidra till tydlighet även på exempelvis sjukpenningens område, där analogier till sjuk- och aktivitetsersättningen skulle kunna dras i väntan på att fler områden får frågan om beviskravet belyst.

Det finns även paralleller att dra till befintliga, närliggande regelverk där kodifierade beviskrav inte bara förekommer utan också utgör en viktig del av regelverket och dess tillämpning. De större förändringar som skett av arbetsskadeförsäkringens regelverk i modern tid har till stor del handlar om ändrade beviskrav och vilka krav som ansetts kunna ställas upp på den forskning som ligger till grund för bedömningar om skadlighet föreligger vid en viss exponering i arbetet.[48] I och med 1993 års förändring av regelverket skärptes beviskravet avsevärt jämfört med 1977 års presumtionsregel om arbetsskada, och när regelverket åter ändrades år 2002 var det främst med syftet att lätta upp de stränga krav på bevisningen som då rådde, detta för att få en rimligare tillämpning av arbetsskadeförsäkringen. Det främsta tillvägagångssättet för lagstiftaren att nå de avsedda förändringarna var att förändra det kodifierade beviskravet i försäkringen.

Hänsyn kommer inte att kunna tas på samma sätt till det enskilda fallet om ett beviskrav kodifieras

En annan invändning mot ett kodifierat beviskrav som man kan tänka sig är att förutsättningarna för en individuell bedömning och hänsyn i det enskilda fallet kommer att minska. Som framgår av redogörelsen i avsnitt 6.9 finns flera uttalanden om att det inte går att säga att ett visst beviskrav råder inom förvaltningsprocessen och att beviskravet i det enskilda fallet beror på omständigheterna i just det fallet. Det skulle således kunna påstås att det är av goda skäl som något särskilt beviskrav inte har etablerats i förvaltningsprocessen.

En situation när detta skulle blir särskilt viktigt är om den enskilde hamnar i ett sämre läge än hen skulle ha gjort utan ett kodifierat beviskrav. Med beviskravet angett i lagtexten finns naturligtvis

[48] Se vidare t.ex. SOU 2017:25 eller Carlsson, 2008.

inte någon möjlighet för den beslutande myndigheten att bortse från det och i stället tillämpa ett annat beviskrav. Hänsyn skulle inte på samma sätt kunna tas till det enskilda fallet där kanske t.o.m. ett lägre beviskrav än sannolikt skulle kunna tillämpas.

Tillämpligt beviskrav är, till skillnad från beslutsmyndighetens eller rättens bevisvärdering av ett visst bevismedel, ett rättspolitiskt styrmedel och en rättsfråga, alltså inte något som kan avgöras från fall till fall. Det är på denna grund olyckligt om det råder oenighet kring tillämpligt beviskrav – likt fallet var i HFD 2013 ref. 50 och alltjämt i viss utsträckning synes vara fallet i mål om sjukersättning – då värderingen ska förhålla sig till beviskravets formulering.

Som kommentar till denna invändning skulle då sammantaget kunna anföras att ett för alla försäkrade fastställt beviskrav vid prövningen av rätt till sjukersättning skulle bidra till likformighet och förutsebarhet i tillämpningen. Den individuella bedömningen skulle kvarstå, men inte i sänkandet av beviskravet i sig utan i värderingen av bevismaterialet och bedömningen av hur exempelvis sjukdomsbesvär påverkar den försäkrade i det enskilda fallet. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, såsom den aktuella sjukdomsbilden och kunskapen kring denna, skulle lägre eller högre krav på utredningen kunna ställas för att anse att det aktuella beviskravet skulle vara uppfyllt. Detta skulle enligt utredningens uppfattning utgöra en mer rättssäker lösning för att uppnå rättssäker tillämpning samtidigt som individperspektivet behålls.

Det kan anses oklart vad beviskravet ”sannolikt” innebär i fråga om vilket styrka på bevisningen som ska krävas

En annan invändning skulle kunna vara att införandet av ett kodifierat beviskrav som ”sannolikt” inte klargör tillräckligt mycket. Det kommer med andra ord fortfarande vara oklart vilken styrka på bevisningen som krävs för rätt till ersättning och Försäkringskassans beslut kommer inte att bli bättre eller mer begripliga för den enskilde även om rätten till ersättning prövas mot ett etablerat beviskrav.

Invändningen kan appliceras på i stort sett varje fråga som innefattar ett mått av bedömning. Med ett uttalat beviskrav kommer inramningen av bedömningen att bli något tydligare. Utredningen har svårt att se hur det skulle gå att komma tillrätta med detta problem utan att införa en mer formalistisk bedömning som skulle vara oför-

enlig med principen om en individuell bedömning som inte är låst till viss typ av bevisning, vissa diagnoser etc. Däremot är utredningen av uppfattningen att det vore värdefullt om frågan om olika beviskrav och deras innebörd skulle blir föremål för en mer extensiv uttolkning i rättspraxis. Införandet av ett författningsreglerat beviskrav kan vara en sådan väg.

8.5.3 Vilket beviskrav bör gälla vid prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning?

Vid prövningen av ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning får det anses föreligga ett starkt intresse av materiellt riktiga beslut. Utredningen har tidigare redogjort för vikten av rättssäkerhet i form av förutsebarhet, men också i form av materiell rättssäkerhet. Därmed bör inte ett för högt beviskrav ställas upp för den enskilde, utan ett lägre, eller medelhögt, beviskrav bör ställas. Ett gångbart synsätt torde därför vara att situationen bör uppfattas så att beviskravet ”sannolikt” gäller, men med krav på ett visst bevismedel – såsom ett läkarutlåtande om hälsotillstånd – vilket också är fallet enligt nuvarande lagstiftning.

I utredningens direktiv ingår inte uttryckligen att föreslå vare sig ett beviskrav som skulle göra det *lättare* för en försäkrad att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning eller att göra kraven *strängare*. I stället har i direktiven uttryckts att utredningen ska analysera om ett kodifierat beviskrav skulle kunna motverka stora variationer i tillämpningen. Detta, tillsammans med vad som anförts ovan, leder till slutsatsen att beviskravet *sannolikt* är väl avvägt för denna typ av ärenden. Det är detta beviskrav som enligt vad utredningen har kunnat komma fram till i dagsläget utgör normalkravet i såväl denna typ av ärenden som i förvaltningsprocessen i stort och som tillämpas i praktiken av domstolarna. Det är också ett medelhögt beviskrav av normalgraden och där vikten av ett materiellt riktigt beslut motiverar en relativt vidsträckt utredningsskyldighet från beslutsmyndighetens, dvs. Försäkringskassans, sida. Om ett kodifierat beviskrav införs och detta dessutom inte sätts för högt – t.ex. genom kravet ”sannolikt” kommer möjligheterna för materiellt riktiga beslut enligt utredningens mening sannolikt att öka.

Det ska också sägas något om den försäkrades möjlighet att påverka bevismedlen, som i första hand består av läkarutlåtanden och andra

medicinska intyg. Den enskilde kan naturligtvis också tillföra andra uppgifter till utredningen inför ett beslut. Sådana uppgifter från den försäkrade får dock typiskt sett ha ett begränsat bevisvärde. Viss utredning, såsom uppgifter från en arbetsförmågeutredning i Arbetsförmedlingens regi, har dock i rättspraxis konstaterats ha relativt högt bevisvärde generellt sett; HFD har bl.a. i HFD 2018 ref. 51 angett att sådan utredning som utgångspunkt bör kunna vara vägledande också för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan.

Den försäkrade får således anses ha en begränsad möjlighet att påverka bevismedlen. Det är naturligt att anta att dessa bevismedel inte kan innehålla fullständig information om den försäkrade och dennes sjukdomstillstånd och alla de sätt som sjukdomen kan påverka den försäkrades vardag och möjlighet att utföra arbetsuppgifter av alla tänkbara slag. Dessa brister, som medför att någon fullständig bevisning sällan kan läggas fram, bör inte lastas den försäkrade. Bevisprövningen är vidare visserligen fri, men försäkringens medicinska renodling där endast medicinska faktorers påverkan på arbetsförmågan får beaktas, leder naturligt också till att det nästan uteslutande är medicinsk utredning som läggs till grund för prövningen om en försäkrad har rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Aktstudier från ISF och utredningens egen granskning av Försäkringskassans beslut visar också att den praktiska tillämpningen och Försäkringskassans beslut nästan uteslutande baseras på vad som framkommit i den medicinska utredningen i ett ärende.[49]

8.5.4 Överväganden om andra beviskrav än sannolikt

Utredningen har i det ovan anförda föreslagit att det beviskrav som ska användas i ansökningsärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning ska vara ”sannolikt”. Skälen för detta är framför allt att kraven på bevisstyrkan är väl avvägd vid detta beviskrav, men därutöver även att beviskravet får anses vara det i dagsläget rådande vid tillämpningen av sjuk- och aktivitetsersättningen.

Det bör dock övervägas om något annat beviskrav kan vara lämpligare och i så fall varför. I tidigare framställning om beviskravet (se avsnitt 7.8) diskuteras bl.a. olika beviskrav och deras inbördes relation. Där anges bl.a. att ett krav som kan antas är ett lågt beviskrav,

[49] Se t.ex. ISF 2020:9, s. 91 f.

att övervägande skäl innebär en överviktsbedömning medan krav som styrkt utgör ett betydligt högre krav. Utredningen har inte kunnat finna övertygande skäl som talar för att vare sig ett särskilt lågt eller högt beviskrav ska uppställas för rätten till sjukersättning. Inte heller direktiven ger några sådana signaler. Med ett beviskrav som innebär att det vid en helhetsbedömning räcker att det *kan antas* att den enskildes arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt skulle det bli betydligt lättare att beviljas ersättningen, lättare än att t.ex. få sjukpenning. Tillsammans med förslaget om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp gör utredningen bedömningen att konsekvenserna skulle bli att får låga krav skulle ställas på den medicinska utredningen och att fler än avsett skulle beviljas sjukersättning. Däremot är utredningen av uppfattningen att beviskravet ”kan antas” är väl avvägt för det led i bedömningen som avser frågan om uttömda rehabiliteringsmöjligheter, se avsnitt 7.3.5.

Ett högre ställt beviskrav än ”sannolikt” skulle innebära en skärpning av prövningen av rätten till sjukersättning. Så skulle bli fallet om det valda beviskravet var t.ex. ”med hög grad av sannolikhet” eller ”styrkt”. Utredningen menar att en sådan skärpning vore olycklig, särskilt mot bakgrund av vad som redovisats i analysen om att dagens regelverk är för strikt och leder till oönskade konsekvenser för enskilda.

8.5.5 Övrigt om beviskrav

Det finns skäl som talar för att enhetlighet bör råda inom närliggande förmåner och regelverk. Det bör därför övervägas om inte ett kodifierat beviskrav borde införas även på andra områden inom socialförsäkringen, såsom för sjukpenningen.[50] Exempelvis skulle en utredning kunna tillsättas för att bredare se över frågan om beviskrav i förvaltningsprocessen.

[50] Det finns i dag vissa kodifierade beviskrav inom socialförsäkringen, men t.ex. inte för bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid prövning av rätt till sjukpenning.

8.6 Bedömningar med avseende på att motverka stora variationer i tillämpningen

Utredningens bedömning: För att öka stabilitet i tillämpningen över tid bör regeringen ha en uthållighet i styrningen av Försäkringskassan och sjukförsäkringen. Det är även relevant att beakta att styrningen inte bör påverka hur myndigheten använder det bedömningsutrymme som finns i försäkringen.

Försäkringskassan bör sträva efter att utforma den interna styrningen på ett sätt så att denna faktor inte medför kraftiga svängningar i tillämpningen av försäkringen.

Skälen för utredningens bedömning: Som framgår av analysen i tidigare avsnitt har såväl sjukersättningen som aktivitetsersättningen problem med stabilitet i tillämpningen över tid. Variationerna har i första hand konstaterats ha sin grund i Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Utan att ta ställning till om den förändrade, mer strikta tillämpningen har varit korrekt i sak har utredningen gjort bedömningen att det är problematiskt att andelen avslag och beviljanden kan variera kraftigt över tid utan att vare sig lagstiftning eller rättspraxis har ändrats. En sådan variation innebär allvarliga problem utifrån bl.a. ett rättssäkerhetsperspektiv, som också inkluderar förutsebarhet och tilliten till försäkringen.

Variationerna beror delvis på att det finns ett stort bedömningsutrymme i lagstiftningen. Det innebär även att praxis och andra typer av styrning i exempelvis regleringsbrev därmed kan få stort genomslag vad gäller hur bedömningsutrymmet tillämpas. Eftersom beviskraven för att beviljas ersättning inte har definierats närmre torde det vara en delförklaring till de stora variationerna i tillämpningen.

Utredningens förslag om ett förändrat, med sjukpenningen harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp, ett författningsreglerat beviskrav och förtydliganden av varaktighetskriterierna. bedöms medföra att regelverket blir tydligare. På så sätt torde dessa förändringar bidra till att göra tillämpningen av regelverket mer stabil över tid.

Även om förändringar av regelverket utgör en viktig åtgärd kan dessa inte ensamt motverka variationer i tillämpningen. Som utredningen har kunnat konstatera utgör regelverket i sig eller oklarheter kring detsamma inte den främsta orsaken till de stora variationer

som skett i försäkringen över tid. Det som främst bidragit till de stora variationerna är extern och intern styrning av Försäkringskassan och sjukersättningen och aktivitetsersättningen. I likhet med vad Inspektionen för socialförsäkringen har uttryckt anser utredningen därför att det är angeläget med en långsiktig inriktning för styrningen av sjukförsäkringen med tålamod och uthållighet.[51] Detta gäller hela styrningskedjan, från regeringen till den lokala handläggningsorganisationen på Försäkringskassan. På så sätt skapas bättre förutsättningar för att uppnå stabilitet i tillämpningen sett över tid samt för att skapa goda förutsättningar att uppnå det riksdagsbundna målet för utgiftsområdet, att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.

Stora förändringar i tillämpningen sett till skillnader i andel bifall respektive avslag kan härledas till regeringens styrning år 2011, då fokus ändrades till att förtroendet för myndigheten skulle öka. 2016 skedde andra tydliga förändringar i styrningen, då fokus i stället skiftades till att betona rättssäkerheten i myndighetens handläggning. Det var samma år riktmärket infördes om att nybeviljade sjukersättningar inte skulle överstiga 18 000 i genomsnitt per år under 2016–2020.

Att Försäkringskassan följer regeringens styrning och verkställer det i sin verksamhet är korrekt och i enlighet med den svenska förvaltningsmodellen. Utredningen instämmer också i ISF:s uppfattning att det på ett generellt plan både finns fördelar och risker med att Försäkringskassan är effektiv och snabb i sin förmåga att omsätta regeringens styrning i praktisk handling.

Utredningen anser att regeringen bör utforma styrningen av Försäkringskassan och av sjukförsäkringen på ett sätt som bidrar till en långsiktigt hållbar och stabil utveckling av ersättningarna. Detta är också en bedömning som framförs av ISF.[52]

Centrala komponenter för att kunna uppnå detta är tålamod och uthållighet i styrningen. Det är också relevant att beakta att utformningen av styrning kopplat till förmåner som har (stort) bedömningsutrymme kan få konsekvenser vad gäller hur fritt myndigheten använder bedömningsutrymmet i handläggningen. Det finns således skäl att beakta att även små förändringar i den externa styrningen, exempelvis genom regleringsbrev, kan få stora effekter i tillämpningen.

[51] ISF rapport 2020:9.
[52] ISF rapport 2020:9.

Utredningen instämmer också i ISF:s slutsats att Försäkringskassan bör sträva efter att genomföra den interna styrningen på ett sätt att den inte bidrar till kraftiga svängningar i tillämpningen av försäkringen. För att uppnå det bör myndigheten beakta effekterna och riskerna då man ändrar i fokus på olika aspekter i myndighetens uppdrag. Försäkringskassan uttryckte i januari 2021, i en skrivelse som svar på ISF:s rapport 2020:9 om variationer i aktivitetsersättningen, att:

> Ett grundläggande krav för att tillämpningen ska vara stabil och förutsebar över tid är att lagtillämpningen inte påverkas genom annan extern styrning än ändrad lagstiftning eller ny domstolspraxis. Försäkringskassans interna styrning måste fortsatt utformas i enlighet med detta.[53]

Utredningen delar Försäkringskassans uttryckta målsättning i denna skrivelse. Endast genom att med denna utgångspunkt ta sig an regelverket kan en stabil och rättssäker tillämpning uppnås över tid.

8.7 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Utredningens bedömning: Några ändringar i regelverkets utformning i syfte att undanröja hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behövs inte.

Skälen för utredningens bedömning: Enligt direktiven ska utredningen utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning och ta ställning till om dessa hinder bör avhjälpas genom ändringar i regelverkets utformning.

Som konstaterats i avsnitt 7.6 samarbetar inte myndigheterna i dagsläget på något generellt, strukturerat sätt inför beslut om rätt till ersättning. Det handlar snarast om att det i enskilda ärenden kan finnas behov av informationsutbyte. Arbetsförmedlingen kan exempelvis ha information som är relevant för Försäkringskassans bedömning av rätt till ersättning. Som tidigare konstaterats kan förbättrad samverkan mellan myndigheterna inte heller fullt ut överbrygga de skillnader som finns i myndigheternas respektive uppdrag och regelverk.

[53] Försäkringskassan, skrivelse 2021-01-18, FK 2020/000178.

Utredningen kan konstatera att ett gemensamt arbetsförmågebegrepp för de båda myndigheterna skulle kunna tänkas minska diskrepansen mellan myndigheternas perspektiv och antalet ärenden där enskilda ”faller mellan stolarna”. Myndigheterna har dock olika uppdrag och verkar inom olika sakområden som kan vara svåra att förena i ett harmoniserat arbetsförmågebegrepp. Utredningen bedömer vidare att genom ovan nämnda förslag för rätt till ersättning, särskilt genom förslaget om det förändrade arbetsmarknadsbegreppet, kommer Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga bli mer konkret jämfört med i dag. Med utredningens förslag kommer inte heller situationen som beskrivs i direktiven, att en försäkrad får ett avslagsbeslut på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning med motiveringen att den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett för denne anpassat arbete utan att arbetet är tillgängligt inte heller inträffa framöver. Den information från Arbetsförmedlingen som i dag används av Försäkringskassans inför beslut om rätt till ersättning kommer även kunna användas i framtiden.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund, vid en sammantagen bedömning, att särskilda ändringar i regelverkets utformning i syfte att undanröja hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte är nödvändigt.

9 Rätten till sjukersättning – konsekvenser av utredningens förslag

I detta avsnitt redovisas konsekvenser av utredningens förslag avseende rätten till sjukersättning. Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna belysas för den enskilde, staten och dess myndigheter, kommuner, regioner, organisationer och företag. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottslighet, sysselsättning, offentlig service i olika delar av landet, jämställdhet mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga i förhållande till större företag beskrivas.

Utredningen bedömer att förslagen i detta kapitel framför allt påverkar den enskildes ekonomiska situation, statens försäkringsutgifter och handläggande myndigheters administrativa kostnader och sysselsättningen. Förslagen bedöms även till viss del påverka företag samt hälso- och sjukvården.

Ett generellt problem vid konsekvensbeskrivningar av förändringar i olika ersättningssystem, är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror till stor del på att det är svårt att förutsäga människors beteenden under nya förutsättningar. Därmed blir det svårt att beräkna hur många nya ansökningar om sjukersättning som ansvarig myndighet har att behandla och hur många av dessa som beviljas ersättning. Det är också svårt att uppskatta när i tiden kostnader uppstår. I det aktuella fallet rörande sjukersättningen uppskattar utredningen att nybeviljanden kommer öka i samband med att nya regler införs. Hur stor denna ökning blir beror dels på hur många som ansöker under de första åren och i vilken takt Försäkringskassan kommer kunna hantera de ökade ansökningsvolymerna. Det

är rimligt att det sker en anpassningsprocess där människors beteenden och benägenhet att ansöka om sjukersättning succesivt förändras. I det korta perspektivet gör också utredningen bedömningen att det finns anpassningssvårigheter hos Försäkringskassan till stora ökningar av ansökningsvolymerna. Det innebär att även om ansökningarna skulle öka kraftigt när reglerna införs skulle inte beviljandet av sjukersättning kunna öka i samma takt och därmed ökar handläggningstiderna. Det talar således för att en succesiv ökning av inflödet till sjukersättning under ett antal år framöver.

Beräkningar av kostnaderna har gjorts med hjälp av mikrosimuleringsmodellen FASIT. Där har individer slumpmässigt valts ut från de olika ersättningsystem som inflödet till sjukersättningen bedöms komma ifrån. Deras ersättning i dessa system har därefter bytts mot sjukersättning. Sjukersättningen har i dessa fall beräknats utifrån den information om den enskildes inkomster som finns tillgängliga i de underliggande register som är kopplade till modellen. Ersättningen blir därmed i de fall individen har haft inkomster, baserad på individens SGI. För de som saknar inkomster har ersättningen beräknats enligt sjukersättningens garantinivå. För de individer som i modellen får sjukersättning i stället för sjukpenning, arbetslöshetsersättning, aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd beräknas behovet av de inkomstprövade ersättningarna efter den nya inkomst individen får med sjukersättning. Det innebär att vissa kan bli berättigade till bostadstillägg om det finns ett ekonomiskt behov för detta och att behovet av ekonomiskt bistånd justeras efter de nya inkomstförutsättningarna. Beräkningen av rätten till de inkomstprövade ersättningarna görs då utifrån befintliga registeruppgifter om boendekostnader och make/makas och andra familjemedlemmars inkomster.

Utredningen vill också betona att mot bakgrund av de svårigheter som finns med att förutse människors beteenden när regler förändras, är de beräkningar som redovisats i detta avsnitt gjorda utifrån de antaganden som beskrivs under respektive avsnitt. Ändras antagandena påverkar det också utfallet av beräkningen. Konsekvensberäkningarna ska därför mer ses som en ungefärlig bedömning av storleksordningen på de ekonomiska konsekvenserna, givet de gjorda antagandena, än som en prognos över utfallet. Med de stora osäkerheter som finns kring de volymbedömningar som utredningen gör om antalet nya personer med sjukersättning bör beräkningarna därför tolkas med försiktighet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisa-

tioner har i möjligaste utsträckning stämts av med berörda parter men är av naturliga skäl även beroende av de volymantaganden som görs. Ändrade volymer får således även konsekvenser för myndigheternas administrativa kostnader.

Konsekvensbeskrivningen i detta kapitel är uppdelad i fem olika delar där den första delen beskriver hur många som kan komma beviljas sjukersättning till följd av utredningens förslag och beskriver olika antaganden om hur dessa volymer kan tänkas utvecklas under de närmaste 20 åren. De ekonomiska konsekvenserna för dem som är yngre än 60 år beskrivs i avsnitt 9.2 och avsnitt 9.3 beskriver motsvarande konsekvenser för dem som är äldre än 60 år. En redovisning av den sammanlaga effekten för båda dessa grupper görs i avsnitt 9.4. Samtliga beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna i avsnitt 9.2–9.4 avser det kortsiktiga statiska perspektivet. I dessa avsnitt görs kostnadsberäkningar avseende de två första åren efter att förslagen trätt i kraft. I det femte avsnittet görs en bedömning av hur utredningens förslag kan förväntas påverka den långsiktiga utveckling av antalet personer med sjukersättning och vilken betydelse det har för sysselsättning och de offentliga finanserna på längre sikt. Avslutningsvis redovisas effekterna av utredningens förslag för företag, berörda myndigheter, jämställdhet mellan kvinnor och män samt hälso- och sjukvården. Inledningsvis ges en övergripande beskrivning av vilka effekter utredningen förväntar sig av de regelförändringar som föreslås i kapitel 8.

Ett nytt arbetsmarknadsbegrepp

Utredningen föreslår att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller ett för den försäkrade tillgängligt arbete (hädanefter normalt förekommande arbete). Det innebär att den försäkrade enligt förslaget ska bedömas mot samma arbetsmarknadsbegrepp som föreslås i prop. 2020/21:171 för prövning av rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. För personer med mindre än fem år kvar tills sjukersättning inte längre kan lämnas ska enbart arbetsförmågan i de arbeten som den försäkrade har erfarenhet av eller annat tillgängligt arbete beaktas. Det är en generösare bedömning av rätten till sjuk-

ersättning än i dag genom att arbetsförmågan prövas mot en mindre del av arbetsmarknaden. Det torde enligt utredningens mening innebära att fler kan beviljas sjukersättning än med dagens regler.

Utredningen bedömer att den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet påverkar både benägenheten att ansöka om sjukersättning och andelen av ansökningarna som beviljas ersättning. Det bedöms också påverka Försäkringskassans utbyte av sjukpenning till sjukersättning som kan förväntas öka.

När nya regler kommuniceras med andemeningen att det ska bli lättare att få sjukersättning är det naturligt att fler vill få sitt ärende prövat enligt det nya regelverket. Detta inte minst mot bakgrund av att det finns många som fått avslag på sin ansökan om sjukersättning som kan vilja få sitt ärende prövat på nytt enligt de nya reglerna. Utredningen har också kunnat konstatera att en viktig orsak till att många får avslag på sin ansökan i dag är att de anses ha arbetsförmåga i ett skyddat eller anpassat arbete. Med ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp är utredningens bedömning att relativt många av dessa kommer kunna beviljas sjukersättning när de nya reglerna införs. Utredningens bedömning är dock att effekten av en sådan ökad ansökningsbenägenhet sker succesivt. Alla kommer sannolikt inte att söka om ersättning på en gång. Erfarenheter från tidigare perioder när regler blivit generösare, 1970–1990, visar på en liknande utveckling.

Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp kommer innebära ett ökat inflöde till sjukersättningen från personer som har sjukpenning. Det är personer som under överskådlig tid har nedsatt arbetsförmåga i normalt förekommande arbeten men som med dagens regler inte kan beviljas sjukersättning då de anses ha arbetsförmåga i ett skyddat eller anpassat arbete. En annan grupp är de som är arbetslösa och där arbetsförmågan under överskådlig tid anses vara nedsatt i normalt förekommande arbeten men där det finns en arbetsförmåga i skyddade eller anpassade arbeten. Även dessa personer ska kunna beviljas sjukersättning med de nya reglerna under förutsättning att personen inte redan har ett skyddat eller anpassat arbete där arbetsförmåga finns. Då anses den försäkrade ha arbetsförmåga i annat tillgängligt arbete och ska så länge detta arbete pågår inte kunna beviljas sjukersättning. Det innebär att inflödet från personer som finns i arbetslöshetsförsäkringen eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder i Arbetsförmedlingens eller kommunens regi kommer att öka.

Utredningen gör också bedömningen att det åtminstone inledningsvis kan komma ett ökat inflöde från personer som tagit ut allmän inkomstpension före 65 års ålder. I denna grupp finns en del individer som efter avslag på ansökan, eller som valt att inte ansöka om sjukersättning, valt att ta ut pension. Med nya regler kan denna grupp ansöka om sjukersättning och slippa ta ut pension innan 65-årsdagen.

Det finns sannolikt även en grupp människor som inte försörjs i andra välfärdsystem som vid en förändring av arbetsmarknadsbegreppet skulle kunna beviljas sjukersättning. Det kan t.ex. vara personer som saknar SGI för att de inte arbetat och därmed inte har rätt till sjukpenning vid sjukdom eller äldre personer som efter avslag från sjukpenning och sjukersättning valt att träda ur arbetskraften. Det är personer som då försörjs av sin make, maka eller andra tillgångar. Givet att de uppfyller kraven i de nya reglerna kan de om utredningens förslag genomförs beviljas sjukersättning.

Erfarenheter från tidigare studier av personer som fått avslag på sin ansökan om sjukersättning visar att de allra flesta får sin försörjning från andra välfärdsystem åren efter avslaget.[1] Inkomsterna åren efter avslaget sjunker och en relativt liten grupp återvänder till arbetslivet. I det korta perspektivet kan därför en relativt liten negativ effekt på sysselsättning och arbetade timmar till följd av utredningens förslag förväntas, en effekt som dock på sikt växer sig större. Att det finns människor som efter avslag på sin ansökan om sjukersättning återvänder till arbetslivet gör dock att denna effekt bör beaktas i en beräkning av hur utredningens förslag påverkar utgifter i andra välfärdssystem. Utredningen antar därför att en liten del av de som i dag är sysselsatta och i arbete, vid ett införande av ett nytt arbetsmarknadsbegrepp kan söka och beviljas sjukersättning.

Avslutningsvis ser utredningen även att inflödet på sikt kan komma att öka från personer som har aktivitetsersättning. Utredningens förslag till nytt regelverk omfattar även aktivitetsersättningen. Det är därför rimligt att anta att antalet personer med aktivitetsersättning också kommer att öka. Med de föreslagna reglerna för både rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning torde fler personer som haft aktivitetsersättning även uppfylla villkoren för sjukersättning, framför allt vid övergången till sjukersättning när den försäkrade fyller 30 år.

[1] Riksrevisionen, ”Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa” RiR 2018:09.

Varaktighetskravet

Utredningens förslag innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig tid i stället för som i dag vara stadigvarande nedsatt. Vid bedömningen av huruvida arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid ska inte beaktas tid bortom den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas.

Förslaget syftar till att tydliggöra hur lagstiftningen ska tolkas och har inte för avsikt att förändra de grundläggande principer som redan i dag gäller vid bedömning av varaktigheten för nedsättningen av arbetsförmågan. På marginalen kan förtydligandet få effekter på hur läkare vid utfärdande av läkarutlåtanden bedömer varaktighetsbegreppet och sannolikheten att individer med ett visst sjukdomstillstånd kan få eller återfå arbetsförmåga under överskådlig tid. I dessa fall torde det innebära en viss mildring av varaktighetskravet och därmed göra det något enklare för vissa personer att få sjukersättning.

I denna riktning pekar också förslaget om att bedömningen av varaktighet som längst ska göras fram till dess att sjukersättning inte längre kan beviljas. Denna begränsning gör att prognosen kommer att avse kortare tid ju äldre den försäkrade är vid prövningen av rätt till sjukersättning. I någon mening blir bedömningen utifrån varaktighetskravet generösare ju äldre man är. Det kommer framför allt beröra dem som har mindre än fem år kvar till den tidpunkt då sjukersättning inte länge kan lämnas, se avsnitt 9.3.

Utredningen bedömer att ett nytt varaktighetsbegrepp sannolikt har en liten effekt på antalet nybeviljade sjukersättningsärenden under dagens regler. Effekten är sannolikt större bland äldre än bland yngre. Varaktighetskravet är ett av flera rekvisit som reglerar rätten till sjukersättningen där varje rekvisit är en del av en helhet. En bedömning av olika förslags effekter måste därför ses i den kontext de föreslås och införs. Här har arbetsmarknadsbegreppet en viktig betydelse. Med ett mer generöst arbetsmarknadsbegrepp är det fler personer som uppfyller detta krav och därmed behöver varaktighetskravet prövas för fler personer. Det innebär att även utan en förändring av varaktighetsbegreppet är det fler fall där varaktighetskravet ska bedömas och kan ha betydelse för om ersättning beviljas eller inte. En förändring av varaktighetskravet berör därmed fler personer än i dag. Det innebär att en förändring av varaktighetsbegreppet sannolikt har större effekt om det införs tillsammans med en förändring av arbetsmark-

nadsbegreppet än om det införs separat. Utredningen gör emellertid ingen enskild bedömning av vilken effekt som ett förändrat varaktighetskrav har, utan förslaget ska ses i kombination med övriga förändringar som sker av rätten till sjukersättning. I relation till den effekt som ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp kan bedömas ha gör dock utredningen bedömningen att den föreslagna förändringen av varaktighetskravet påverkar antalet nybeviljande sjukersättningsärenden i relativt liten omfattning.

Förändringar av bedömning av rehabiliteringsmöjligheter

Utredningens förslag innebär att det inte ska finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. För försäkrade som aldrig haft någon arbetsförmåga görs ett förtydligande att även åtgärder som kan antas medföra att en försäkrad får arbetsförmåga ska beaktas. Vid denna bedömning ska endast sådana rehabiliteringsåtgärder där den försäkrade bedöms få eller återfå arbetsförmåga före den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan utbetalas beaktas.

Förslaget innehållet också ett förtydligande kring vilken nivå på arbetsförmågan som den försäkrade kan förväntas återfå för att ansökan om sjukersättning ska kunna avslås på denna grund. Bestämmelsen justeras från att den försäkrade ska bedömas kunna återfå någon arbetsförmåga till att avse den arbetsförmågenivå som den försäkrade haft vid tidpunkten för ansökan. Avseende beviskravet för bedömning av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter, som kan ge eller återge den försäkrade arbetsförmåga, är det för att sjukersättning ska kunna beviljas tillräckligt att det kan antas att det inte finns sådana rehabiliteringsmöjligheter.

Utredningens bedömning är att dessa förtydliganden har små effekter och i huvudsak utgör ett förtydligande av hur regelverket redan tillämpas i dag. Kravet på att rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda kvarstår. Det gör att det vare sig blir lättare eller svårare att beviljas sjukersättning. I den utsträckning det påverkar antalet beviljade sjukersättningar gör utredningen bedömningen att det kommer innebära att fler partiella ersättningar beviljas.

En gräns för rehabiliteringsåtgärder vid tidpunkten för ålderspension kommer sannolikt att medföra att ett fåtal fler äldre kommer

att kunna beviljas sjukersättning än i dag. De fall där sjukersättning beviljas på grund av denna korrigering kommer också närmast uteslutande att utgöras av kortare perioder med sjukersättning.

Ett kodifierat beviskrav

Rätt till sjukersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att kriterierna för att den försäkrade ska kunna beviljas sjukersättning är uppfyllda. Utredningens bedömning är att effekterna av ett förändrat beviskrav kommer att bli små. Det föreslagna beviskravet *sannolikt* utgör enligt utredningens bedömning endast en kodifiering av det beviskrav som redan gäller som normalkrav för förvaltningsprocessen i stort och för ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning. Även om beviskravet inte alltid är uttalat kan det sannolikt anses vara det krav som i praktiken redan i dag tillämpas av domstolarna och Försäkringskassan i de allra flesta fall. Utredningen har dock kunnat konstatera att det finns fall då beviskravet synes ha ställts för högt, eller i vart fall formulerats på ett sätt i beslutet så att det framstår som att ett för högt krav har tillämpats.

Med det föreslagna beviskravet inskrivet i lagtexten bör en tydligare, mer enhetlig rättstillämpning kunna uppnås och felaktigheter i frågan kunna undvikas i högre utsträckning. Konsekvenserna för tillämpningen torde emellertid inte bli särskilt stora. I ett mindre antal fall bör enskilda, med stöd av rätt tillämpning av beviskravet och där inte för höga krav ställs på utredningen, kunna beviljas ersättning där sådan inte skulle beviljats med dagens tillämpning.

Läst ihop med utredningens förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp är utredningens bedömning att ett fastslaget författningsreglerat beviskrav kommer medföra att något fler personer varje år kommer att beviljas sjukersättning.

9.1 Hur många kan beviljas sjukersättning?

För att uppskatta hur många som kan tänkas komma att beviljas sjukersättning till följd av utredningens förslag har utredningen blickat tillbaka på den historiska utvecklingen. För att hitta en tidsperiod som är jämförbar med den utvecklingen som kan förväntas av ett generösare regelverk måste man emellertid gå långt tillbaka i tiden. Det

är länge sedan reglerna i sjukersättningen eller den tidigare förtidspensionen reformerades i mer generös riktning. Utvecklingen under de senaste 30 åren har i stället gått mot ett striktare regelverk och (sedan 2006) ett minskat antal personer med sjukersättning. En rimlig jämförelseperiod är emellertid den utvecklingen som skedde under åren 1970–1990. Det är en tidsperiod under vilken den dåvarande förtidspensionen reformerades i en generösare riktning både avseende rätten till ersättning och ersättningsnivåns storlek. Reformerna under den aktuella perioden inriktades framför allt mot lättnader för den äldre arbetskraften genom t.ex. speciella regler för äldre som inte bara såg till de medicinska förutsättningarna att fortsätta arbeta, utan även beaktade arbetsmarknadsskäl vid bedömningen av rätten till sjukersättning. Effekterna av de reformer som genomfördes blev att fler och fler beviljade sjukersättning och andelen förtidspensionärer i befolkningen steg kraftigt i framför allt de äldre åldersgrupperna. Effekterna av dessa reformer har analyserats i forskningslitteraturen och uppskattats till en ökning av andelen förtidspensionärer i åldersgruppen 60–64 år med ca 10–13 procentenheter.[2] Någon utvärdering av effekterna för de yngre åldersgrupperna har utredningen inte kunnat finna i litteraturen. Ett rimligt antagande är dock att effekten i dessa grupper var mindre, vilket antyds av att ökningen av andelen förtidspensionärer i dessa åldersgrupper var lägre.

Med utgångspunkt i den ökning av andelen förtidspensionärer bland äldre som forskningen påvisat under perioden 1970–1990 gör utredningen antagandet att de regler som utredningen föreslår på sikt skulle kunna innebära att andelen personer i befolkningen med sjukersättning i åldrarna 60–64 år ökar med 10 procentenheter. I övriga åldersgrupper, där regelförändringarna inte är lika omfattande som för de äldre, gör utredningen bedömningen att ökningen av andelen personer med sjukersättning i befolkningen blir lägre.[3]

Utredningen redovisar i tabell 9 vilka konsekvenser det skulle få på inflödet till sjukersättning i tre olika scenarier – ett grundscenario, ett högt scenario och ett lågt scenario. I grundscenariot skulle utredningens antaganden leda till ca 150 000 fler personer med sjukersättning på 20 års sikt, i det höga alternativet nästan 200 000 fler och i det låga alternativet ca 100 000 fler personer med sjukersättning.

[2] Johansson, Laun, Palme och Olofsdotter Stensöta (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.
[3] Antagandena framgår av tabell 9.1.

Omkring 40 procent av det ökade inflödet kommer från personer äldre än 60 år. Med tanke på att denna grupp enbart representerar fem ålderskohorter innebär antagandena en kraftig ökning av inflödet till sjukersättning bland de äldre. I grundscenariot ökar andelen i befolkningen som har sjukersättning i åldersgruppen 60–64 från ca 13 procent till 23 procent. Utslaget över 20 år innebär det en årlig genomsnittlig ökning på ca 4 400 personer yngre än 60 år och ca 2 800 äldre än 60 år, vilket totalt sett innebär en ökning med ca 7 300 personer per år. I det höga alternativet innebär det en ökning av 6 100 personer per år i gruppen yngre än 60 år och 3 800 personer i gruppen äldre än 60 år. Totalt sett blir det en ökning av antalet personer med sjukersättning med knappt 10 000 personer per år. I det låga scenariot blir utfallet av utredningens antaganden att antalet personer med sjukersättning ökar med ca 2 800 personer per år bland dem som är yngre än 60 år och ca 1 900 personer bland dem som är äldre. Totalt sett ger det en ökning av antalet personer med sjukersättning med i genomsnitt 4 700 personer per år.

Tabell 9.1 Antal nya personer som kan beviljas sjukersättning

Antal uttrycks i 1000-tal och andelar i procent

	Ålder								
	19–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Befolkning i dag (1 000-tal)	579	718	740	659	634	667	669	642	569
Antal med sjukersättning i dag (1 000-tal)	1	2	10	13	16	25	40	57	76
Andel med sjukersättning i dag (%)	0,2	0,2	1,4	1,9	2,5	3,7	6,0	9,0	13,3

Antagen andel av befolkningen med sjukersättning på 20 års sikt (Utredningens förslag)

	Ålder								
Antaganden	19–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Hög	0,26	0,37	2,18	3,07	4,28	6,29	10,77	16,12	26,64
Grund	0,23	0,32	1,91	2,69	3,78	5,55	9,58	14,33	23,31
Låg	0,19	0,27	1,64	2,31	3,27	4,81	8,38	12,53	19,98

Antal fler personer med sjukersättning på 20 års sikt (1 000-tal) (Utredningens förslag)

	Ålder								
Antaganden	19–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64

	Ålder								
	19–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Hög	0,5	0,9	6,1	7,6	11,2	17,3	32,0	46,0	75,8
Grund	0,3	0,5	4,0	5,1	8,0	12,3	24,0	34,5	56,9
Låg	0,1	0,2	2,0	2,5	4,8	7,4	16,0	23,0	37,9

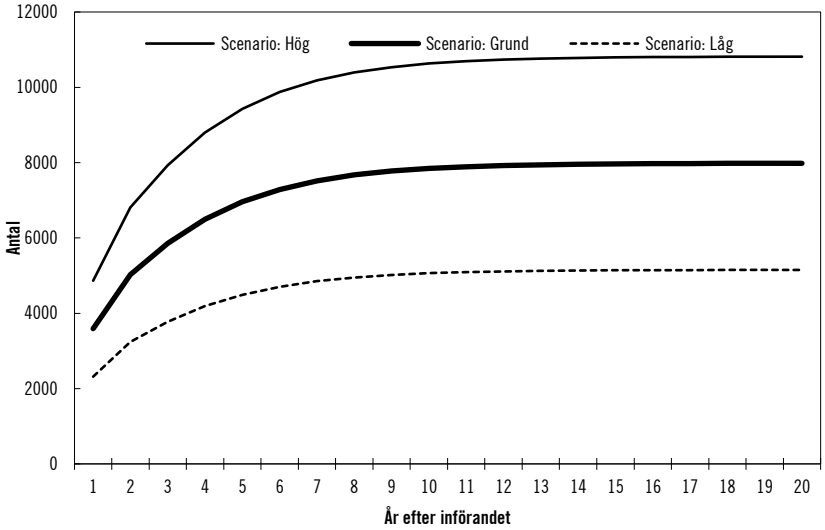
	Totalt inflöde 20 år			Genomsnittligt årligt inflöde 20 år		
	Ålder			Ålder		
	19–59	60–64	Total	19–59	60–64	Totalt
Hög	121	76	197	6,1	3,8	9,9
Grund	89	57	146	4,4	2,8	7,3
Låg	56	38	94	2,8	1,9	4,7

Källa: Egna beräkningar.

Utifrån den diskussion som fördes inledningsvis kring hur utredningen tror att inflödet till sjukersättning kan komma att utvecklas över tid, har de tre olika scenarierna implementerats med en avtagande tillväxttakt. Argumentet för en sådan utveckling är att det inledningsvis finns många personer som redan vid införandet av de nya reglerna eller i nära anslutning till införandet kommer kunna beviljas sjukersättning. Utredningen räknar därför med att antal beviljade sjukersättningar ökar relativt snabbt under de inledande åren men att ökningstakten succesivt avtar. Det finns ingen tydlig kunskap kring frågan om under hur lång tid denna process kan förväntas pågå. Utredningen räknar i sin antaganden med en infasningstid på ca 10–15 år och att antalet nya ersättningstagare sedan planar ut. Av figur 9.1 framgår hur en sådan utveckling skulle kunna se ut. Det innebär i grundscenariot att inflödet till sjukersättning under det första året skulle vara omkring 3 500 fler personer än i dag och att detta antal ökar till omkring 8 000 personer sett över en 20-årsperiod. I högscenariot skulle inflödet under införandeåret vara omkring 5 000 personer och efter 20 år innebära ett årligt inflöde till sjukersättningen på ca 11 000 personer. Det lägre alternativet innebär att inflödet under införandeåret blir ca 2 300 personer och sedan ökar mot en jämviktsnivå på ca 5 100 personer.

Figur 9.1 Antagen utveckling av det totala inflödet till sjukersättning

Avser både personer yngre än 60 och äldre än 60 år



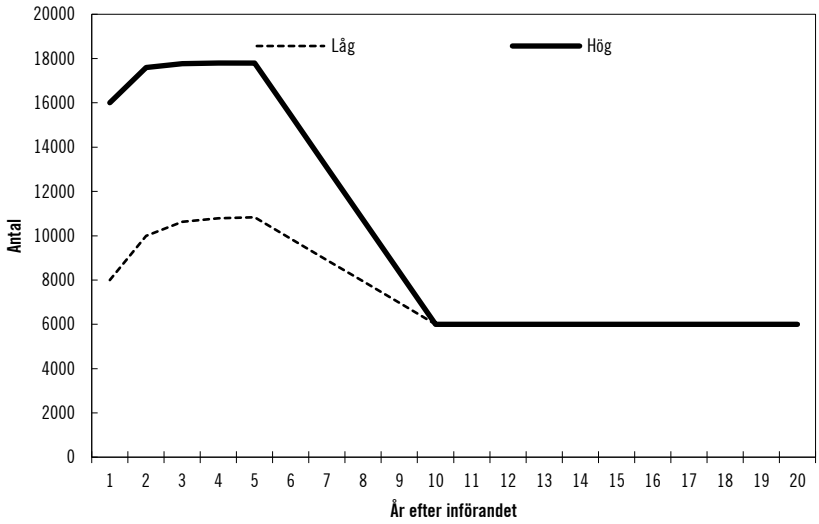
Källa: Egna beräkningar.
Anm.: Avser både personer yngre och äldre än 60 år.

Osäkerheten kring hur antalet ansökningar och beviljanden av nya sjukersättningsfall kan komma att utvecklas vid ett införande av utredningens förslag är emellertid stor. Det kan därför finnas anledning att även redovisa konsekvenserna av andra antaganden. Utredningen gör därför utifrån de grundantaganden som redovisats ovan en enkel beräkning som illustrerar hur utvecklingen skulle kunna bli om det vid införandet strömmar in många nya fall i början och att ansökningsbenägenheten sedan avtar och stabiliseras på en ny nivå som är högre än dagens. En sådan utveckling skulle kunna bli verklighet om det vid införandet finns en relativt stor stock av människor som tidigare nekats sjukersättning och som relativt snabbt efter att det nya regelverket trätt i kraft söker och beviljas sjukersättning. Med tiden skulle då denna stock minska i takt med att de beviljas ersättning. Även antalet nya personer som årligen ansöker om sjukersättning skulle då minska. Ett sådant antagande bygger också på att Försäkringskassan klarar av att fatta beslut i den takt ansökningarna kommer in. Det finns naturligtvis oändligt många utseenden som en sådan utvecklingskurva skulle kunna anta. En enkel illustration ges

av figur 9.2 där två olika alternativ redovisas. Båda dessa innebär ett högre initialt inflöde till sjukersättningen än i de scenarier som diskuterades ovan men sett över 20 år skulle utvecklingsbanorna ge samma antal personer med sjukersättning som i grundscenariot ovan, ca 150 000 fler med sjukersättning. I det lägre av dessa alternativ antas inflödet under det första året vara ca 8 000 personer och i det högre dubbelt så stort, ca 16 000. I båda dessa alternativ antas inflödet till sjukersättning öka under de första fem åren för att sedan succesivt minska mot den nya jämviktsnivån. Eftersom inflödet i dessa alternativ antas vara högre än i grundscenariot ovan blir den långsiktiga jämvikten lägre än i grundscenariot då vi på sikt antar att det ska ge lika många nya personer med sjukersättning. I grundscenariot ovan antas inflödet till sjukersättningen stabiliseras på omkring 8 000 nya sjukersättningstagare. I den alternativa utvecklingskurvan antas denna nivå bli lägre, ca 6 000 nya personer.

Figur 9.2 Alternativ utveckling av det totala inflödet till sjukersättning

Avser både personer yngre än 60 och äldre än 60 år



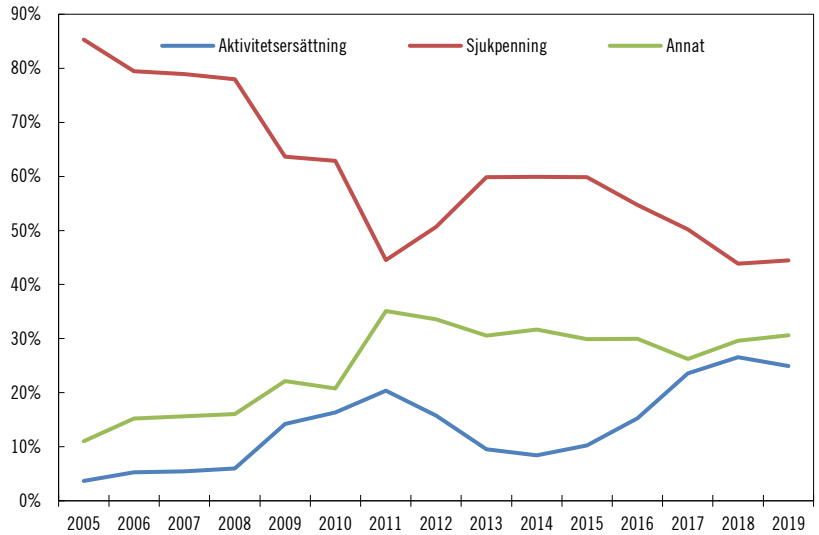
Källa: Egna beräkningar.

9.2 En reformerad sjukersättning för personer yngre än 60 år

Utredningen har i avsnitt 9.1 redogjort för antagandena kring hur många som kan förväntas beviljas sjukersättning bland dem som är yngre än 60 år. För att kunna göra en kostnadsberäkning av det antagna inflödet behöver utredningen göra antaganden om hur de som med utredningens förslag kan beviljas sjukersättning försörjer sig i dag. En utgångspunkt för en sådan bedömning är hur inflödet till sjukersättningen ser ut i dag och hur det har sett ut historiskt.

Av figur 9.3 framgår att inflödet från sjukpenning till sjukersättning i dag svarar för omkring 40 procent av det totala inflödet till sjukersättningen för personer mellan 19–59 år. Andelen har under den senaste tioårsperioden varierat men sett i ett längre perspektiv kan utredningen konstatera att andelen minskat kraftigt sedan 2005. Under åren 2005–2008 svarade inflödet från sjukpenning till sjukersättning i den aktuella åldersgruppen för 75–80 procent av det totala inflödet till sjukersättningen. Den viktigaste orsaken bakom denna utvecklig är att antalet utbytesärenden har minskat kraftigt. Därmed har andelen av inflödet som kommer från sjukpenning minskat dramatiskt. Det har då också medfört att andelen av inflödet som kommer från andra grupper har ökat under den studerade perioden. Med denna vetskap drar utredningen slutsatsen att andelen av inflödet som kommer från sjukpenning kommer att öka med utredningens förslag. Att nivån skulle bli lika hög som innan 2008 bedömer utredningen som mindre realistiskt, åtminstone i ett kortare perspektiv. Dels finns det sannolikt en grupp människor som övergått till andra ersättningssystem efter att de fått avslag på fortsatt sjukpenning och som relativt snabbt kan beviljas ersättning om de uppfyller kraven i de nya regelverket. Dels var en del av förklaringen till den tidigare höga andelen att tidsbegränsad sjukersättning kunde beviljas för de vars arbetsförmåga inte bedömdes vara nedsatt för all överskådlig framtid men under minst ett år. Utredningens bedömning är därför att andelen av inflödet som kommer från sjukpenning i den aktuella åldersgruppen ökar till ca 60 procent.

Figur 9.3 Andel av inflödet till sjukersättning som kommer från sjukpenning, aktivitetsersättning eller annat för personer yngre än 60 år



Källa: Försäkringskassan.

Anm.: Inflödet från annat är t.ex. sysselsatta utan sjukpenning, arbetslöshet eller personer utanför arbetskraften.

Inflödet från aktivitetsersättning har, sett till antalet personer, varit förhållande stabilt under perioden 2005–2019. Under hela perioden har inflödet legat kring ca 2 000–2 500 personer. Med utredningens förslag avseende rätten till aktivitetsersättning kommer inflödet till aktivitetsersättningen att öka. Utredningen bedömer att denna ökning kommer ha en liten påverkan på inflödet till sjukersättningen. De personer som i dag har aktivitetsersättning kan beviljas sjukersättning under förutsättning att alla rehabiliteringsmöjligheter är uttömda och att varaktighetskravet är uppfyllt. Om man är mellan 19–29 år kan man endast beviljas hel sjukersättning. Många av dem som till följd av ett nytt arbetsmarknadsbegrepp uppfyller villkoren för sjukersättning borde således beviljas sjukersättning direkt utan att ta omvägen via aktivitetsersättningen och kommer då sannolikt från annan ersättning.

Ytterligare ett argument för att detta flöde kommer vara lågt är att de flesta som beviljas aktivitetsersättning är yngre än 25 år. Det kommer därmed att ta tid innan det blir aktuellt för denna grupp att

ansöka om sjukersättning, vilket för de allra flesta sker vid 30 års ålder. De förändrade regler som utredningen föreslår bedöms därför påverka inflödet från aktivitetsersättning till sjukersättning i en relativt liten omfattning. Utredningens bedömning är att andelen av inflödet till sjukersättning som utgörs av personer som tidigare haft aktivitetsersättning minskar till omkring 10–15 procent av det totala inflödet till sjukersättning bland dem som är yngre än 60 år.

Det återstående inflödet kommer från personer med annan ersättning. Dessa personer kan vara arbetslösa med ersättning från arbetslöshetsförsäkringen, aktivitetsstöd för deltagande i arbetsmarknadspolitiska program eller utvecklingsersättning. En grupp finns sannolikt också/eller hos kommunens socialtjänst och försörjs med ekonomiskt bistånd. Med de strikta regler som gällt för att beviljas sjukersättning finns det rimligtvis även en grupp människor som frivilligt valt att inte längre delta i arbetskraften och därmed försörjs av sin make/maka, andra familjemedlemmar eller genom personliga besparingar. Gemensamt för alla dessa grupper är att de ofta har en sjukdomshistorik. För de som har arbetat har det inneburit att de under perioder haft sjukpenning. De som står utanför arbetskraften och därmed saknar SGI har vid sjukdom inte rätt till sjukpenning. De har då antingen fått sin försörjning från kommunen via ekonomiskt bistånd eller genom make/maka, andra familjemedlemmar eller personliga besparingar. En annan grupp som diskuterats i tidigare avsnitt är de som fått avslag på tidigare ansökan om sjukersättning och återgått till arbete. Utredningen bedömer denna grupp som liten men antar att det vid en förändring av arbetsmarknadsbegreppet finns individer som i dag är i arbete men som kommer söka och beviljas sjukersättning.

Utredningens har ingen närmare kunskap kring hur fördelningen mellan nämnda grupper ser ut. Utredningen gör bedömningen att omkring fem procent har ekonomiskt bistånd som huvudsaklig försörjning och att en lika stor andel finns utanför arbetskraften, antingen med försörjning av make/make eller egna besparingar. En lika stor andel, fem procent, antas komma personer som är i arbete men som vid nya regler kan söka och beviljas sjukersättning. Resterande del antas komma från personer som har arbetslöshetsersättning eller deltar i arbetsmarknadspolitiska insatser med aktivitetsstöd, ca tio procent. Av tabell 9.2 framgår utredningens antaganden och hur inflö-

det till sjukersättning blir under de första två åren efter införandet, enligt de utvecklingsbanor som redogjordes för i avsnitt 9.1.

Tabell 9.2 Inflöde till sjukersättning från olika ersättningar för personer yngre än 60 år

Ökat inflöde i förhållande till dagens nivå

	Andel	Alt.1			Alt. 2	
		Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
Inflöde år 1						
Sjuka	0,60	1 800	1 310	830	3 000	6 000
Arbetslösa	0,10	300	220	140	500	1 000
Ekonomiskt bistånd	0,05	150	110	70	250	500
Aktivitetsersättning	0,15	450	330	210	750	1 500
Utanför a.k. övrig	0,05	150	110	70	250	500
I arbete	0,05	150	110	70	250	500
Totalt	**1,00**	3 000	2 190	1 380	5 000	10 000
Inflöde år 2						
Sjuka	0,60	2 520	1 840	1 160	3 750	6 600
Arbetslösa	0,10	420	310	190	630	1 100
Ekonomiskt bistånd	0,05	210	150	100	310	550
Aktivitetsersättning	0,15	630	460	290	940	1 650
Utanför a.k. övrig	0,05	210	150	100	310	550
I arbete	0,05	210	150	100	310	550
Totalt	**1,00**	4 200	3 070	1 940	6 250	11 000

Källa: Egna beräkningar.

9.2.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer yngre än 60 år

Utredningen redovisar i detta avsnitt de ekonomiska konsekvenser som utredningens förslag bedöms få på sjukersättning, aktivitetsersättning, sjukpenning, arbetslöshetsersättning, bostadstillägg och ekonomiskt bistånd. Utredningen redovisar fem olika alternativa kostnadsberäkningar givet de antaganden som redovisas i avsnitt 9.1 och 9.2, där alternativ 1 och 2 avser de olika införandebanor som redogjordes för i avsnitt 9.1 och låg, grund och hög avser de olika volymer som antas givet dessa införandebanor. Kostnaderna redovisas för två år,

införandeåret och året därefter och avser kostnadsökningen i förhållande till dagens nivå i respektive ersättningssystem. Beräkningarna avser de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna och tar inte hänsyn till eventuella beteendeförändringar som kan påverka benägenheten att ansöka om ersättning. Utredningen antar dock att dessa förändringar på kort sikt är små och inte påverkar beräkningarna i nämnvärd omfattning. I ett längre perspektiv är dock dessa förändringar centrala, då förändrade beteenden på sikt påverkar hur inflödet till sjukersättningen kommer att utvecklas. Utredningen redovisar i avsnitt 9.5 de långsiktiga konsekvenserna av utredningens förslag på sysselsättning, arbetslöshet och de offentliga finanserna.

Av tabell 9.3 framgår hur förslagen bedöms påverka den enskilde individen genom den disponibla inkomsten, staten genom förändrade skatter och transfereringar och kommunerna genom det ekonomiska biståndet. Med fler som beviljas sjukersättning ökar kostnaderna för sjukersättningen. Utredningen bedömer att kostnadsökningen under införandeåret uppgår till 90–630 miljoner kronor beroende på hur många som beviljas sjukersättning under det första året. Utredningen har här antagit att beviljandet av sjukersättning kommer ske med en jämn fördelning över årets alla månader. Det innebär således att kostnaderna inte kommer öka i den omfattning som antalet personer i tabellen anger, då detta inflöde avser antalet nya personer som beviljas ersättning under året och inte helårspersoner. Med en jämn fördelning av beviljandet över alla månader kommer alla dessa personer inte ha ersättning under hela året. Utredningen har därför antagit att inflödet uttryckt i helårspersoner blir hälften så stort. Hela kostnaden för denna grupp uppstår dock år två, då även hälften av de som tillkommer under detta år bidrar till en kostnadsökning i anslaget. Under det andra året beräknar utredningen under dessa antaganden att utgifterna ökar med 0,4–1,3 miljarder kronor.

Eftersom en stor del av det ökade inflödet till sjukersättning bedöms komma från personer som tidigare haft sjukpenning, minskar utgifterna för sjukpenning när dessa individer i stället får sjukersättning. Ersättningen vid sjukpenning är oftast högre än i sjukersättningen, utom för de med väldigt låga inkomster. Det innebär att denna övergång i de flesta fall medför en besparing för staten och en minskning av disponibla inkomsten för den enskilde individen. Utredningens beräkningar visar att anslaget för sjukpenning, under det första året, minskar med ca 70–500 miljoner kronor beroende på hur mycket

inflödet till sjukersättningen ökar. Under det andra året ökar besparingen till 0,15–1,1 miljarder kronor.

Även utgifterna för arbetslöshetsersättning, då främst aktivitetsstöd och utvecklingsersättning, bedöms minska. En mindre del av inflödet till sjukersättning bland dem yngre än 60 år, bedöms komma från personer som är arbetslösa, se tabell 9.2. Det innebär att utgifterna för arbetslöshetsersättningen minskar med 10–50 miljoner kronor under det första året och 20–110 miljoner kronor under andra året.

Ett ökat inflöde från personer som tidigare haft aktivitetsersättning innebär att utgifterna för aktivitetsersättning minskar när dessa personer övergår till sjukersättning. Utredningen bedömer dock att en relativt liten del av det ökade inflödet från aktivitetsersättning kommer från personer för vilka sjukersättning är den alternativa försörjningskällan till aktivitetsersättning. Den största delen av det ökade inflödet kommer från personer som övergår till sjukersättning när de fyller 30 år. Därmed uppstår inte minskade kostnader i aktivitetsersättningen till samma del som inflödet från aktivitetsersättningen ökar. Utredningen beräknar att utgifterna för aktivitetsersättning minskar med 1–10 miljoner kronor under första året och 2–20 miljoner kronor under det andra året.

Ett inflöde till sjukersättningen från personer som tidigare haft ekonomiskt bistånd innebär att kommunens utgifter för ekonomiskt bistånd minskar. Ekonomiskt bistånd kan visserligen även fortsatt betalas till den enskilda individen om särskilda behov föreligger. Ekonomiskt bistånd avseende de grundläggande försörjningsbehoven minskar dock då dessa i stället tillgodoses genom sjukersättning och bostadstillägg. Utredningen räknar med att kommunernas utgifter för ekonomiskt bistånd i den aktuella åldersgruppen minskar med 5–20 miljoner kronor under det första året, beroende på hur många nya personer som beviljas sjukersättning. Under det andra året blir besparingen större, ca 10–50 miljoner kronor.

Tabell 9.3 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag på kort sikt för individen (disponibel inkomst), staten och kommuner (Personer yngre än 60 år)

Kostnadsökning i förhållande till dagens nivå, miljoner kronor

		Alt.1		Alt. 2	
	Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
År 1 Inflöde (Antal)	**3 000**	**2 190**	**1 390**	**5 000**	**10 000**
Sjukersättning	190	140	90	320	630
Sjukpenning	-150	-110	-70	-250	-500
Arbetslöshetsersättning	-20	-10	-10	-30	-50
Bostadstillägg	20	10	10	30	50
Ekonomiskt bistånd	-10	-5	-5	-10	-20
Aktivitetsersättning	-2	-1	-1	-3	-10
Skatter	10	10	10	20	40
Totalt disponibel inkomst	20	20	10	30	70
Effekter för staten*	40	30	20	70	150
Effekter för kommuner	-10	-5	-3	-10	-20
År 2 Inflöde (Antal)	**4 200**	**3 080**	**1 930**	**6 260**	**11 000**
Sjukersättning	400	290	190	670	1 330
Sjukpenning	-320	-240	-150	-540	-1 080
Arbetslöshetsersättning	-30	-20	-20	-50	-110
Bostadstillägg	30	20	15	50	110
Ekonomiskt bistånd	-10	-10	-10	-20	-50
Aktivitetsersättning	-5	-3	-2	-10	-20
Skatter	20	10	10	30	50
Totalt disponibel inkomst	40	30	20	70	140
Effekter för staten*	90	70	40	160	310
Effekter för kommuner	-10	-10	-10	-20	-50

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: * Innehåller Statlig ålderspensionsavgift på 18,5 % för sjuk- och aktivitetsersättning samt 10,21 % för sjukpenning och arbetslöshetsersättning.

Kostnadsökningen för både år 1 och år 2 ska ses i relation till året innan de nya reglerna införs.

När personer övergår från sjukpenning eller arbetslöshetsersättning till sjukersättning får de möjlighet att söka bostadstillägg. Det innebär att med fler som beviljas sjukersättning kan även utgifterna för bostadstillägg förväntas öka. Bostadstillägg är emellertid en hushålls-

transferering som kräver utgifter för boende men också beaktar andra familjemedlemmars inkomster. Det innebär att det inte är självklart att den som söker sjukersättning beviljas bostadstillägg. Många av de som beviljas sjukersättning har tidigare arbetat och har en inkomstrelaterad ersättning som tillsammans med inkomster från make/maka gör att hushållets samlade inkomster blir för höga för att bostadstillägg ska kunna beviljas. Utredningen beräknar att bostadstillägget kan komma att öka med 10–50 miljoner kronor under det första året och ca 15–110 miljoner under det andra året för dem yngre än 60 år.

Sammantaget innebär utredningens förslag att den disponibla inkomsten ökar något i förhållande till i dag. Utredningen beräknar denna effekt till 10–70 miljoner kronor under det första året och 20–140 miljoner kronor under det andra året. För den enskilde innebär det att inkomsten i genomsnitt blir något högre än i dag. För staten innebär utredningens förslag att utgifterna ökar. Med beaktande av de minskade skatteintäkter som uppstår till följd av att inkomsterna i genomsnitt minskar innebär det en nettoökning för staten om ca 20–150 miljoner kronor under det första året och 40–310 miljoner kronor under det andra året.

För kommunerna innebär utredningens förslag att utgifterna för ekonomiskt bistånd minskar. Utredningen beräknar denna minskning till 3–20 miljoner kronor under det första året och ca 10–50 miljoner kronor under det andra året, beroende på hur mycket inflödet till sjukersättningen ökar.

9.3 En reformerad sjukersättning för personer äldre än 60 år

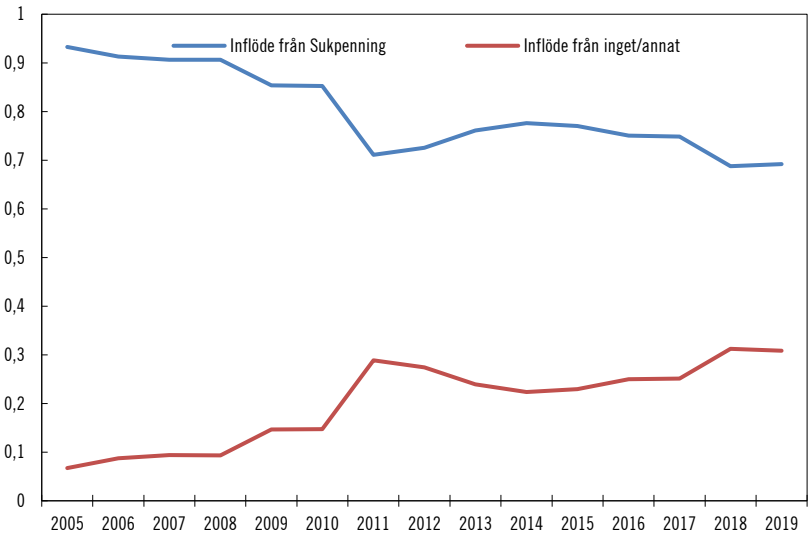
Utredningens förslag innebär att arbetsförmågan för personer som har mindre än fem år kvar till den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan lämnas enbart prövas i förhållande till arbeten som den försäkrade har erfarenhet av. Med dagens regler omfattar det personer i åldrarna 60–64 år. För de som saknar arbetslivserfarenheter under de senaste 15 åren ska arbetsförmågan bedömas mot angivet normalt förekommande arbete på samma sätt som utredningen föreslår ska gälla för personer som är yngre än 60 år. Det krävs även att arbetsförmågan i de arbeten som den försäkrade prövas mot ska vara nedsatt under överskådlig tid. Med överskådlig tid avses i detta

fall att arbetsförmågan är nedsatt fram till den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan lämnas. Kraven på omställning mildras därmed i förhållande till dagens regler och synen på vad som är en varaktig nedsättning av arbetsförmågan tydliggörs. En förväntad effekt av detta är att det blir lättare för personer i åldrarna 60–64 år att beviljas sjukersättning i förhållande till i dag.

Utredningen har i avsnitt 9.1 redogjort för antagandena kring hur många som kan förväntas beviljas sjukersättning bland dem som är äldre än 60 år. För att kunna göra en kostnadsberäkning av det antagna inflödet behöver utredningen göra antaganden om hur de som med utredningens förslag kan beviljas sjukersättning försörjer sig i dag. En utgångspunkt för en sådan bedömning är hur inflödet till sjukersättningen ser ut i dag och hur det har sett ut historiskt.

Av figur 9.4 framgår att i dag svarar inflödet från sjukpenning för nästan 70 procent av det totala inflödet till sjukersättning för personer äldre än 60 år. Andelen har under den senaste tioårsperioden varierar mellan 70 och 80 procent men utgjorde vid införandet av dagens regler 2008 omkring 90 procent av inflödet till sjukersättning i denna åldersgrupp.

Figur 9.4 Andel av inflödet till sjukersättning som kommer från sjukpenning eller annat för personer äldre än 60 år



Källa: Försäkringskassan.
Anm.: Inflödet från inget/annat är t.ex. arbetslöshet eller personer utanför arbetskraften.

Det finns således utifrån den historiska utvecklingen anledning att anta att andelen av inflödet som kommer från sjukpenning på sikt kommer öka även bland de äldre. På kort sikt kan man dock förvänta sig att denna andel kan bli något lägre. Utredningen har under sitt arbete uppfattat att det i dag kan finnas grupper som efter att ha nekats sjukpenning övergått till andra ersättningsystem, som arbetslöshet eller pension, och att det finns grupper som i dag inte har rätt till sjukpenning eftersom de saknar SGI och av detta skäl får ekonomiskt bistånd från kommunen eller försörjs av sin make/maka, andra familjemedlemmar eller genom egna besparingar.

Det finns i dag en stor grupp som tagit ut allmän ålderspension redan från 62 års ålder. Skälen till detta varierar. En del gör det för de vill gå ner i arbetstid och ägna sin tid till annat än arbete, andra för att dra nyttat av förmåner som pensionär. För vissa handlar det om att man inte vill eller orkar arbeta längre. En del av dessa kan ha fattat sitt pensionsbeslut efter att de nekats sjukpenning eller sjukersättning eller inte ansett att det varit lönt att söka någon av förmånerna utifrån dagen regelverk. Med nya generösare regler som begränsar den arbetsmarknad som individens arbetsförmåga ska prövas mot kan det under en kort övergångsperiod finnas människor som väljer att ansöka om sjukersättning och pausa sitt pensionsuttag för att i stället få sjukersättning under de sista åren. Utredningen menar dock att detta flöde ganska snabbt avtar eftersom de nya kohorter som kommer in och omfattas av reglerna för äldre sannolikt kommer att ansöka om sjukersättning direkt utan att ta omvägen via pensionssystemet. Detta flöde borde således enbart beröra de som vid reglernas införande har tagit ut allmän ålderspension och som har en varaktigt nedsatt arbetsförmåga i det eller de arbeten som den försäkrade har erfarenhet av under de senaste 15 åren. Det finns dock en kostnad för individen med att ansöka om sjukersättning. Han eller hon ska genomgå omfattande prövningar och granskningar av det egna hälsotillståndet. Utredningen bedömer därför att detta flöde kommer att finnas men att antalet individer blir relativt litet.

Tabell 9.4 Inflöde till sjukersättning från olika ersättningar för personer äldre än 60 år

Ökat inflöde i förhållande till dagens nivå

	Andel	Alt.1			Alt. 2	
		Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
Inflöde år 1						
Sjuka	0,60	1 120	840	560	1 800	3 600
Arbetslösa	0,10	190	140	90	300	600
Ekonomiskt bistånd	0,05	90	70	50	150	300
Pension	0,10	190	140	90	300	600
Utanför a.k. övrig	0,08	150	110	70	240	480
I arbete	0,07	130	100	70	210	420
Totalt	1,00	1 870	1 400	940	3 000	6 000
Inflöde år 2						
Sjuka	0,60	1 570	1 180	790	2 250	3 960
Arbetslösa	0,10	260	200	130	380	660
Ekonomiskt bistånd	0,05	130	100	70	190	330
Pension	0,10	260	200	130	380	660
Utanför a.k. övrig	0,08	210	160	100	300	530
I arbete	0,07	180	140	90	260	460
Totalt	1,00	2 620	1 960	1 310	3 750	6 600

Källa: Egna beräkningar.

Ytterligare en grupp som kan förväntas ansöka och beviljas sjukersättning kommer från de som i dag finns utanför arbetskraften. De rör sig dels om personer som finns inom kommunernas socialtjänst och försörjs med ekonomiskt bistånd, dels om personer som inte arbetar och försörjs av make/maka eller egna besparingar. Båda dessa grupper antas utgöra en lägre andel än bland de yngre. För de som försörjs med ekonomiskt bistånd kan detta motiveras utifrån att det är färre äldre än yngre som får ekonomiskt bistånd.

Utredningens bedömning i det korta perspektivet, vars effekter redovisas i detta avsnitt, är att andelen av inflödet till sjukersättning som utgörs av personer som kommer från sjukpenning minskar något i förhållande till i dag. Utredningens bedömning är att inflödets andel bland de äldre blir lika stort som bland de yngre undre de första åren, dvs. ca 60 procent. På sikt kommer denna andel att öka när den stock som finns av sökanden utanför sjukpenningen succesivt avtar.

Som diskuterades ovan kommer t.ex. flödet från pension till sjukersättning relativt snabbt att avta, vilket då ökar andelen av inflödet som kommer från sjukpenning. Utredningens antaganden om hur inflödet till sjukersättning från olika grupper förväntas utvecklas i det korta perspektivet framgår av tabell 9.4.

9.3.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer äldre än 60 år

De kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag för personer 60 år eller äldre framgår av tabell 9.5. Utredningen redovisar fem olika alternativa kostnadsberäkningar givet de antaganden som redovisas i avsnitt 9.1 och 9.2, där alternativ 1 och 2 avser olika införandebanor av det ökade inflödet och låg, grund och hög avser olika volymer givet dessa införandebanor. Kostnaderna redovisas för två år, införandeåret och året därefter, och avser kostnadsökningen i förhållande till dagens nivå i respektive ersättningssystem. Beräkningarna avser de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna och tar inte hänsyn till eventuella beteendeförändringar som kan påverka benägenheten att ansöka om ersättning. Utredningen antar dock att dessa förändringar på kort sikt är små och inte påverkar beräkningarna i nämnvärd omfattning. I ett längre perspektiv är dock dessa förändringar centrala, då förändrade beteenden på sikt påverkar hur inflödet till sjukersättningen kommer att utvecklas. Utredningen redovisar i avsnitt 9.5 de långsiktiga konsekvenserna av utredningens förslag på sysselsättning, arbetslöshet och de offentliga finanserna.

Utredningen antar, på samma sätt som för gruppen yngre än 60 år, att beviljandet av nya sjukersättningsfall kommer att spridas ut jämnt under året och räknar därmed att effekten på helårspersoner blir hälften av det totala antalet personer som kan förväntas beviljas ersättning under respektive år (dvs. hälften av det antal som anges i tabell 9.5). I ett kortsiktigt perspektiv bedömer utredningen att utgifterna för sjukersättning för gruppen 60 år eller äldre ökar med 60–410 miljoner under det första året efter att de nya reglerna införts och med 120–880 miljoner året därefter. Besparingen i sjukpenningsystemet bedöms bli ca 40–310 miljoner kronor under det första året och 90–670 miljoner kronor under det andra året, beroende på hur mycket inflödet till sjukersättningen ökar.

Inflödet från personer som i dag har arbetslöshetsersättning väntas leda till att utgifterna för dessa försäkringar minskar med 10–50 miljoner kronor under införandeåret och med 10–140 miljoner kronor under året därefter.

För de individer som övergår från pension till sjukersättning ersätts pensionsinkomsten med sjukersättning. Under införandeåret bedömer utredningen att det innebär en minskning av den enskildes pensionsutbetalningar med 3–20 miljoner kronor och 10–40 miljoner kronor under det andra året.

Tabell 9.5 Konsekvenser av utredningens förslag för utgifter i olika ersättningssystem på kort sikt för personer äldre än 60 år

Kostnadsökning i förhållande till dagens nivå, miljoner kronor

		Alt.1		Alt. 2	
	Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
År 1 Inflöde (Antal)	**1 890**	**1 410**	**950**	**3 000**	**6 000**
Sjukersättning	120	90	60	200	410
Sjukpenning	-90	-70	-40	-150	-310
Arbetslöshetsersättning	-20	-10	-10	-30	-50
Bostadstillägg	10	10	5	10	30
Ekonomiskt bistånd	-5	-3	-2	-10	-20
Pension	-10	-5	-3	-10	-20
Skatter	3	2	1	5	10
Totalt disponibel inkomst	10	10	3	10	20
Effekter för staten*	30	20	10	50	100
Effekter för kommuner	-5	-3	-2	-10	-20
År 2 Inflöde (Antal)	**2 640**	**1 970**	**1 310**	**3 750**	**6 590**
Sjukersättning	260	190	120	440	880
Sjukpenning	-200	-150	-90	-340	-670
Arbetslöshetsersättning	-30	-20	-10	-50	-110
Bostadstillägg	20	10	10	30	60
Ekonomiskt bistånd	-10	-10	-5	-20	-30
Pension	-10	-10	-10	-20	-40
Skatter	10	5	3	10	20
Totalt disponibel inkomst	20	10	10	30	60
Effekter för staten*	70	50	30	110	220
Effekter för kommuner	-10	-10	-5	-20	-30

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: * Innehåller Statlig ålderspensionsavgift på 18,5 % för sjuk- och aktivitetsersättning samt 10,21 % för sjukpenning och arbetslöshetsersättning.
Kostnadsökningen för både år 1 och år 2 ska ses i relation till året innan de nya reglerna införs.

Möjligheten för de som beviljas sjukersättning att söka bostadstillägg innebär att utgifterna för bostadstillägg ökar något. Alla som beviljas sjukersättning har emellertid inte per automatik rätt till bostadstillägg och många av de som beviljas sjukersättning i dessa åldrar har en inkomstrelaterad ersättning som ensamt eller tillsammans med make/makas inkomst gör att hushållets samlade inkomster är för höga för att bostadstillägg ska kunna beviljas. Utredningens beräkning under antagandena i tabell 9.4 leder till att utgifterna för bostadstillägg kan förväntas öka med 5–30 miljoner kronor under det första året och med 10–60 miljoner kronor under det andra året.

Sammantaget innebär utredningens förslag att den disponibla inkomsten minskar. Utredningen beräknar denna effekt till 5–30 miljoner kronor under det första året och 7–50 miljoner kronor under det andra året. För den enskilde innebär det att inkomsten igenomsnitt blir något lägre än i dag. För staten innebär utredningens förslag att utgifterna ökar. Med beaktande av de minskade skatteintäkter som uppstår till följd av att inkomsterna i genomsnitt minskar innebär det en nettoökning för staten med ca 8–60 miljoner kronor under det första året och 20–150 miljoner kronor under det andra året.

För kommunerna innebär utredningens förslag att utgifterna för ekonomiskt bistånd minskar. Utredningen beräknar denna minskning till 3–20 miljoner kronor under det första året och ca 7–50 miljoner kronor under det andra året, beroende på hur stort inflödet till sjukersättningen ökar.

För pensionssystemet innebär det en besparing med ca 6–40 miljoner kronor under första året och 10–80 miljoner kronor under andra året, beroende på hur stort inflödet till sjukersättning blir från denna grupp.

9.4 Sammantagen ökning av antal personer med sjukersättning

I avsnitt 9.2 och 9.3 har utredningen redogjort för de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag på kort sikt för dem som är yngre än 60 år och för dem som är äldre än 60 år. I detta avsnitt summeras dessa effekter och utredningen redovisar effekten för befolkningen som helhet. Utredningen redovisar fem olika alternativa kostnadsberäkningar givet de antaganden som redovisas i avsnitt 9.1 och 9.2, där alternativ 1 och 2 avser olika införandebanor av det ökade

inflödet och låg, grund och hög avser olika volymer givet dessa införandebanor. Kostnaderna redovisas för två år, införandeåret och året därefter och avser kostnadsökningen i förhållande till dagens nivå på respektive ersättningssystem. Beräkningarna avser de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna och tar inte hänsyn till eventuella beteendeförändringar som kan påverka benägenheten att ansöka om ersättning. Utredningen antar dock att dessa förändringar på kort sikt är små och inte påverkar beräkningarna i nämnvärd omfattning. I ett längre perspektiv är dessa förändringar centrala, då förändrade beteende på sikt påverkar hur inflödet till sjukersättningen kommer att utvecklas. Utredningen redovisar i avsnitt 9.5 de långsiktiga konsekvenserna av utredningens förslag på sysselsättning, arbetslöshet och de offentliga finanserna.

En sammanfattning av inflödet till sjukersättningen ges av tabell 9.6. Av tabellen framgår det sammantagna inflödet av både de som är äldre och yngre än 60 år för respektive antagande. I det som i avsnitt 9.1 benämns alternativ 1 och som innebär ett succesivt ökat inflöde till sjukersättningen under de närmaste 10–15 åren antas inflödet öka med 2 300–5 000 personer under det första året och ca 3 200–6 800 personer under det andra året. Det andra alternativet, som i avsnitt 9.1 benämns alternativ 2, innebär ett kraftigt ökat inflöde under de första tre åren och att inflödet därefter avtar samt går mot en lägre jämviktsnivå på ca 6 000 fler beviljanden än i dag. Dessa antagande skulle innebära ett inflöde på ca 8 000–16 000 personer under det första året och ca 10 000–17 600 under året därefter.

Tabell 9.6 Inflöde till sjukersättning från olika ersättningstyper

Ökat inflöde i förhållande till dagens nivå

	Alt.1			Alt. 2	
	Hög	**Grund**	**Låg**	**Låg**	**Hög**
Inflöde år 1					
Sjuka	2 920	2 160	1 390	4 800	9 600
Arbetslösa	490	360	230	800	1 600
Ekonomiskt bistånd	240	180	120	400	800
Pension	190	140	90	300	600
Aktivitetsersättning	450	330	210	750	1 500
Utanför a.k. övrig	300	220	140	490	980
I arbete	280	210	130	460	920
Totalt	4 870	3 590	2 320	8 000	16 000

	Alt.1			Alt. 2	
	Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
Inflöde år 2					
Sjuka	4 090	3 020	1 950	6 000	10 560
Arbetslösa	680	500	320	1 000	1 760
Ekonomiskt bistånd	340	250	160	500	880
Pension	260	200	130	380	660
Aktivitetsersättning	630	460	290	940	1 650
Utanför a.k. övrig	420	310	200	610	1 080
I arbete	390	290	190	580	1 010
Totalt	6 820	5 030	3 250	10 000	17 600

Källa: Egna beräkningar.

Givet inflödet i tabell 9.6 redovisar utredningen de ekonomiska konsekvenserna för respektive utgiftssystem i tabell 9.7. Utgifterna för sjukersättning bedöms sammantaget öka med 0,14–1,0 miljard kronor under införande året och med 0,3–2,2 miljarder kronor under det andra året, beroende på hur stort inflödet till sjukersättningen blir. Det ökade inflödet till sjukersättning innebär att utgifterna för sjukpenning minskar med 110–800 miljoner kronor under det första året och 0,24–1,7 miljarder kronor under det andra året. Utgifterna för arbetslöshetsersättning minskar med 10–110 miljoner kronor under det första året och 30–250 miljoner kronor under det följande året.

En del av inflödet bland dem yngre än 60 år kan förväntas komma från aktivitetsersättningen. Utredningen beräknar att utgifterna för aktivitetsersättning till följd av detta minskar med 1–10 miljoner kronor under första året och 2–20 miljoner kronor under det andra året. Utgifterna för bostadstillägg kan förväntas öka när fler beviljas sjukersättning. Utredningen beräknar att utgifterna för bostadstillägg ökar med 10–80 miljoner kronor under första året och 20–160 miljoner kronor under det andra året.

Kommunernas ekonomi kan förväntas påverkas genom minskade utgifter för ekonomiskt bistånd. En del av dem som kan komma att beviljas sjukersättning med utredningens förslag har i dag ersättning från kommunerna via ekonomiskt bistånd. Utredningen beräknar att dessa utgifter kan komma att minska med 10–40 miljoner kronor under införandeåret och med ca 10–50 miljoner kronor under året därefter.

Sammantaget innebär utredningens förslag en nettoökning av statens utgifter under det första året med 30–250 miljoner kronor och 70–530 miljoner kronor under det andra året.

Tabell 9.7 Konsekvenser av utredningens förslag för utgifter i olika ersättningssystem på kort sikt

Kostnadsökning i förhållande till dagens nivå, miljoner kronor

		Alt.1		Alt. 2	
	Hög	Grund	Låg	Låg	Hög
Inflöde År 1 (Antal)	**4 910**	**3 610**	**2 330**	**8 000**	**16 000**
Sjukersättning	310	230	140	520	1 040
Sjukpenning	-240	-180	-110	-400	-810
Arbetslöshetsersättning	-30	-20	-10	-50	-110
Bostadstillägg	20	20	10	40	80
Ekonomiskt bistånd	-10	-10	-10	-20	-40
Pension	-10	0	0	-10	-20
Aktivitetsersättning	-2	-1	-1	-3	-10
Skatter	10	10	10	20	50
Totalt disponibel inkomst	30	20	10	50	90
Effekter för staten*	70	50	30	120	250
Effekter för kommuner	-10	-10	-10	-20	-40
Inflöde År 2 (Antal)	**6 820**	**5 020**	**3 250**	**10 000**	**17 600**
Sjukersättning	660	480	310	1 110	2 210
Sjukpenning	-520	-380	-240	-870	-1 750
Arbetslöshetsersättning	-60	-50	-30	-110	-220
Bostadstillägg	50	40	20	80	160
Ekonomiskt bistånd	-20	-10	-10	-30	-50
Pension	-10	-10	-10	-20	-40
Aktivitetsersättning	-5	-3	-2	-10	-20
Skatter	20	20	10	40	70
Totalt disponibel inkomst	70	50	30	110	220
Effekter för staten*	160	120	70	260	530
Effekter för kommuner	-20	-20	-10	-40	-80

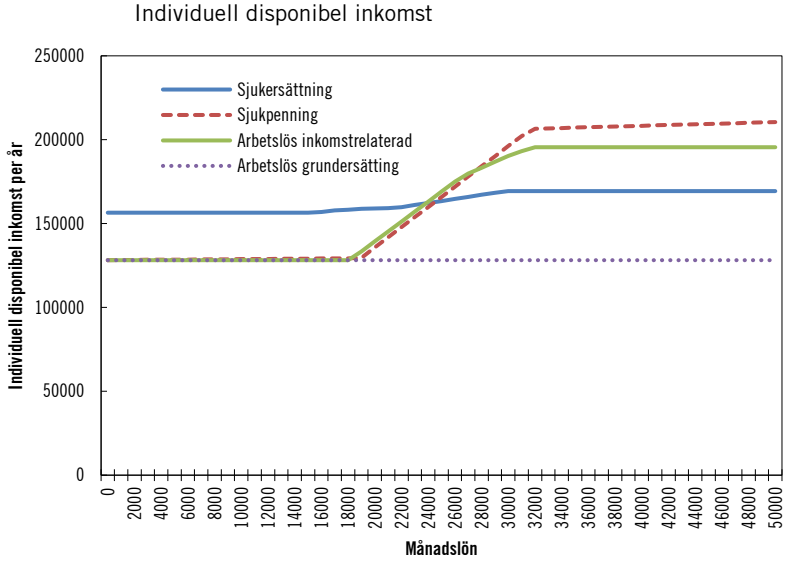
Källa: Egna beräkningar.
Anm.: * Innehåller Statlig ålderspensionsavgift på 18,5 % för sjuk- och aktivitetsersättning samt 10,21 % för sjukpenning och arbetslöshetsersättning.

9.4.1 Effekter för den enskilde

Hur förslagen påverkar den enskilde är svårt att ge ett generellt svar på. Det beror helt och hållet på den enskildes ekonomiska situation vid beviljandet av sjukersättning. Eftersom sjukersättningen har en garantinivå kan sjukersättningen för de som kommer från sjukpenning bli både högre och lägre än den ersättning de har i dag från sjukpenningen. Vid låga nivåer på sjukpenningen blir ersättningen från sjukersättning högre medan det omvända gäller vid högre nivåer på sjukpenningen. Utredningens bedömning är att ersättningen för de flesta i denna grupp blir lägre med sjukersättning än med sjukpenning.

Beviljandet av sjukersättning ger också den enskilde möjlighet att ansöka om bostadstillägg. Bostadstillägg är emellertid en hushållsbaserad förmån där hushållets samlade inkomster beaktas. Det är således inte självklart att den som beviljas sjukersättning också beviljas bostadstillägg.

Figur 9.5 Ersättning från olika ersättningssystem givet olika inkomstnivåer



Källa: Egna beräkningar.

Utredningen redovisar i figur 9.5 den individuella disponibla inkomsten vid ersättning från olika ersättningssystem. Beräkningarna avser ett ensamhushåll och antar att den vars inkomst tillåter rätt till bostadstillägg också beviljas denna ersättning. För dessa specifika typfall gäller då att den individuella disponibla inkomsten vid sjukersättning blir lägre för de som kommer till sjukersättningen från sjukpenning eller arbetslöshetsförsäkringen om den ersättningsgrundande inkomsten vid arbete var lägre än 24 000 kronor per månad. I de fall den ersättningsgrundande inkomsten var högre än 24 000 kronor per månad ger sjukpenning och arbetslöshetsersättning en högre individuell disponibel inkomst än vad sjukersättning tillsammans med bostadstillägg gör. För de som kommer till sjukersättning från aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning och saknar tidigare inkomster från arbete blir den individuella disponibla inkomsten högre med sjukersättning än med ersättningen från dessa system.

9.4.2 Effekter i andra ersättningssystem

Utöver de konsekvenser i angränsande system som utredningen beskrivit ovan berörs även antalet personer som kan beviljas arbetsskadelivränta av utredningens förslag. Utredningen gör här ingen närmare bedömning av kostnadskonsekvenserna avseende detta då osäkerheten kring effekten är stor.

Från och med den 1 juli 2008 kan sjukersättning endast beviljas då arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt. Innan dessa fanns det möjlighet till tidsbegränsad sjukersättning där varaktighetskravet på arbetsförmågans ersättning inte var lika strikt. Det var då naturligt att rätten till arbetsskadelivränta prövades i samband med en ansökan om tidsbegränsad sjukersättning. I och med att möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning togs bort finns inte längre en tydlig tidpunkt vid vilken frågan om livränta aktualiseras. Det har inneburit att den enskilda individen får ansöka om livränta när denne anser att förmågan att skaffa sig inkomst genom arbete kan antas vara nedsatt i minst ett år framåt till följd av en arbetsskada. I en rapport från ISF konstateras att antalet ärenden om livränta har minskat väsentligt sedan förändringarna i sjukförsäkringen 2008.[4] Avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen angavs som en trolig förklaring.

[4] ISF rapport 2015:14.

När arbetsmarknadsbegreppet förändras och likställs med det som i dag gäller i för rätten till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan och varaktighetskravet förtydligas är det, som utredningen redogjort för ovan, troligt att fler kommer ansöka om och beviljas sjukersättning. När fler ansöker om och beviljas sjukersättning blir det naturligt att de som har en arbetsskada ansöker om livränta i samband med en ansökan om sjukersättning. Utredningens förslag kan då få effekt både på förvaltningskostnaderna, på grund av fler prövningar av rätten till livränta och på försäkringskostnaderna, när fler beviljas livränta. Utredningen har emellertid inget underlag för att kunna kostnadsberäkna denna effekt men vill ändå som en del av konsekvensbeskrivningen påtala att denna effekt kan förväntas uppstå när de nya reglerna träder i kraft.

9.5 Långsiktiga effekter av fler med sjukersättning

De som beviljats sjukersättning befinner sig ofta i sjukersättningssystemet under en lång tid. För de allra flesta är det fram tills de tar ut ålderspension. Det innebär emellertid inte att systemet är helt statiskt. Några avlider under tiden med sjukersättning och en mindre grupp lämnar sjukersättningen av andra skäl. Samtidigt beviljas hela tiden nya personer sjukersättning och graden av sjukersättning kan förändras över tid för de som redan har sjukersättning. Partiell ersättning kan exempelvis utökas eller övergå till hel sjukersättning. Hur det årliga antalet personer som har sjukersättning utvecklas från ett år till ett annat beror därför på hur många som initialt befinner sig i systemet och hur de fördelas över olika åldersgrupper, hur många som lämnar systemet, hur många som kommer in i systemet (nybeviljas ersättningen) och hur behovet av ersättning förändras för de som redan har sjukersättning.

För att kunna göra en mer långsiktig bedömning av konsekvenserna av ett ökat inflöde till sjukersättningen behöver alla dessa dimensioner beaktas och dynamiken hos dessa storheter studeras över en längre period. Utredningen har därför implementerat utvecklingen i det grundscenario som beskrivs i avsnitt 9.1 i en långsiktig flödesmodell som utgår från övergångssannolikheter mellan olika tillstånd på arbetsmarknaden. Modellen beräknar utifrån dessa övergångssannolikheter utvecklingen av antalet sysselsatta arbetslösa, pensionärer, sjuka utan-

för arbetskraften och övriga personer utanför arbetskraften. Därmed beaktas såväl inflödet till sjukersättning som utflödet från det samma. Modellen utgår från uppgifter från arbetskraftsundersökningen (AKU) och de flöden som sker mellan olika grupper i denna undersökning. Den grupp som utredningen approximerar personer med sjukersättning med är gruppen sjuka utanför arbetskraften. Den nya antagna nivån på antalet personer med sjukersättning uppnås genom att förändra övergångssannolikheter mellan olika tillstånd på arbetsmarknaden. Detta har i bästa utsträckning gjorts utifrån den kunskap som finns kring hur dessa flöden historiskt sett har förändrats när generösare regler införts i sjukersättningen.

9.5.1 Erfarenheter från tidigare forskning

Hur kan då en ökning av antalet personer med sjukersättning förväntas påverka inflödet till sjukersättning från olika delar av arbetsmarknaden? Det är länge sedan reglerna i sjukersättningen eller den tidigare förtidspensionen reformerades i mer generös riktning. Utvecklingen under de senaste 30 åren har i stället gått mot ett striktare regelverk och (sedan 2006) ett minskat antal personer med sjukersättning. För att i historien hitta reformer som går i en generösare riktning behöver vi söka oss tillbaka till början av 1970-talet. Då introducerades särskilda regler för äldre arbetstagare mellan 63 och 67 år. Det innebar att äldre inte behövde omskola sig eller flytta när de av hälsoskäl inte kunde utföra sitt ordinarie arbete, att lägre medicinska krav ställdes vid bedömning av arbetsförmåga och att funktionsnedsättningar till följd av normalt åldrande också kunde ligga till grund för beviljande av förtidspension. Samtidigt infördes också möjligheten att bevilja förtidspension av arbetsmarknadsskäl i kombination med hälsoskäl. Detta innebar att långtidsarbetslösa med nedsatt funktionsförmåga kunde beviljas förtidspension efter att ha varit arbetslösa i ett till två år. När pensionsåldern sänktes till 65 år 1976 ändrades åldersgränserna för när dessa regler kunde användas till 60–64 år. Utöver dessa förändringar genomfördes även reformer som gjorde ersättningen vid förtidspension mer generös.[5] Sammantaget kan man således konstatera att i princip alla reformer som genomfördes under dessa

[5] För en mer utförlig beskrivning av regelverkets förändringar se Johansson, Laun, Palme och Olofsdotter Stensöta (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

år gjorde förmånen mer generös och verkade i riktning mot ett högre användande av den dåvarande förtidspensionen.

Under perioden 1970–1990 ökade andelen förtidspensionärer i befolkningen både bland kvinnor och män. Tydligast är trenden för åldersgruppen 60–64 år. Skillnaden mellan utvecklingen hos åldersgruppen 60–64 år och 55–59 år kan tolkas som en effekt av de generösare reglerna för äldre. I rapporten *Drivkrafter och möjligheter för ett förlängt arbetsliv* görs bedömningen att de förändrade reglerna under denna period kan ha ökat andelen förtidspensionärer i befolkningen med 10–13 procentenheter i åldersgruppen 60–64 år.[6] I rapporten görs också en liknande analys av hur andelen utanför arbetskraften utvecklades under de aktuella åren för åldersgrupperna 55–59 år och 60–64 år. Skillnaden mellan hur stor andel av respektive åldersgrupp som inte deltog i arbetskraften ökade kontinuerligt mellan 1960 och 1990. Utvecklingen var likartad för kvinnor och män trots den underliggande kohorteffekten mot ett ökat arbetskraftsdeltagande bland kvinnor. Mycket tyder därför på att de generösare reglerna för rätten till förtidspension som introducerades under dessa år hade en tydlig påverkan på arbetskraftsdeltagandet hos både kvinnor och män. Historiskt sett har förtidspension/sjukersättning varit den huvudsakliga vägen ut ur arbetslivet för dem som lämnar arbetslivet före 65 års ålder. Den långa perioden med lägre beviljandekrav för personer i åldern 60–64 år, mellan 1972 och 1997, ledde till att en tredjedel av åldersgruppen erhöll förtidspension i början av 1990-talet. Mycket tyder på att ökningen av arbetskraftsdeltagandet, från 55 till 75 procent, från slutet av 1990-talet till mitten av 2010-talet till stor del kan tillskrivas förändringarna av reglerna i sjukersättningen. Trots dessa markanta förändringar finns inga tecken på negativa effekter på försörjning, ojämlikhet eller hälsa i gruppen som helhet.[7]

I utredningens förslag finns både likheter och olikheter med de regler som infördes i rätten till förtidspension under 1970- och 1980-talen. En likhet är att utredningens förslag gör det enklare att beviljas sjukersättning, speciellt för äldre men även för yngre. Inriktningen mot de äldre fanns också i de reformer som lättade upp reglerna i förtidspensionssystemet under åren 1970–1990. Dessa förändringar tog dock mer sikte på rent arbetsmarknadsmässiga aspekter än vad utredningens förslag gör. I utredningens förslag är det arbetsförmå-

[6] A.a.
[7] A.a.

gans nedsättning och varaktighet som sätts i fokus medan regelverket i förtidspensionen också vägde in individens möjligheter att kunna få arbete. Det innebär att utredningens förslag för den äldre arbetskraften är mer strikt än tidigare regler i förtidspensionen. Vidare innehåller inte utredningens förslag någon förändring av ersättningens storlek, vilket var fallet under den period som förtidspensionssystemet gjordes generösare. Därmed bedömer utredningen att de särskilda regler för äldres rätt till sjukersättning som nu föreslås sannolikt inte får lika kraftiga effekter på inflödet till sjukersättningen som under perioden 1970 fram till millennieskiftet.

Ett argument som pekar i samma riktning är också att Försäkringskassan under de senaste åren bedrivit ett kvalitetsutvecklingsarbete kring bedömningen av rätten till sjukersättning. Försäkringskassan menar att kvaliteten i besluten om rätt till sjukersättning förbättrats. Utredningens bedömning är därför att ”portvaktsfunktionen” i försäkringssystemet sannolikt är bättre i dag än under 1970-talet. Det innebär att när de nya reglerna införs har Försäkringskassan bättre förutsättningar att fatta rätt beslut i ett ärende. Detta skulle också kunna vara en faktor som på marginalen bidrar till att ökningen av antalet personer som får sjukersättning inte blir lika stor som den annars skulle varit. Det är emellertid viktigt att noga beakta dessa effekter och uppmärksamma de lärdomar som finns att dra av de historiska erfarenheterna av generösare regler. En viktig slutsats är att reglernas utformning bidrog till ett ökat inflöde till sjukförsäkringen som helhet och minskade de äldres arbetskraftsutbud, vilket hade en negativ effekt på skattebasen och således statens skatteintäkter.

En annan viktig aspekt är hälsans utveckling och dess betydelse för inflödet till sjukersättningen. Hälsoutvecklingen i samhället har sedan början av 1970-talet kontinuerligt förbättrats för breda grupper i samhället. Trots detta har inflödet till sjukersättning under långa perioder varit opåverkat. Under vissa perioder och för vissa grupper syns dock ett samband. Män i åldersgruppen 60–64 år har upplevt den största minskningen i mortalitet sedan 1970-talet. Denna grupp har också den största förbättringen i självupplevd hälsa. Denna folkhälsoförbättring sammanfaller med en kraftig minskning av andelen män med förtidspension/sjukersättning sedan mitten av 1990-talet. För kvinnor sammanfaller ökningen av andelen som får sjukersättning med en försämring av den självupplevda hälsan för åldersgrup-

pen 45–54 år, åtminstone mellan början av 1990-talet och 2005.[8] Utredningen drar utifrån detta slutsatsen att hälsoutvecklingen inte är någon huvudsaklig förklaring till den utveckling av inflödet till sjukersättning/förtidspension som skett under vare sig de tidsperioder då inflödet ökat eller de perioder när inflödet minskat. Institutionella faktorer som hur regler utformas och hur normer och attityder till sjukdom varierat över tid tycks vara viktigare förklaringar.

Det finns en diger forskningslitteratur från de senaste decennierna som beskriver de ekonomiska incitamentens betydelse för utvecklingen av antalet ersättningstagare i olika välfärdssystem.[9] Slutsatsen från denna forskning är att ekonomiska incitament både vad avser ersättningens storlek och regelverkets konstruktion för att kunna beviljas ersättning har betydelse för individens vilja att befinna sig i ett visst ersättningsystem. Högre ersättningsnivåer och generösare möjligheter att beviljas ersättning ökar individens vilja att befinna sig i ett visst ersättningssystem. I fallet med sjukersättningen innebär det att med ett generösare regelverk kommer fler vilja söka sjukersättning. Att söka sjukersättning är förknippat med kostnader för den enskilde t.ex. i form av medicinska undersökningar m.m. För den enskilde blir det därmed en fråga om den kostnaden är mödan värd. Om sannolikheten att beviljas ersättning ökar, är det rimligt att fler individer är villiga att bära denna kostnad och antalet personer som söker ersättning ökar. Det har emellertid inte bara en påverkan på sjukersättningen utan även på intilliggande system som sjuk- och rehabiliteringspenning, arbetslöshetsförsäkring, aktivitetsstöd samt pensionssystemet. Med generösare regler i sjukersättningen blir det på ett individuellt plan viktigare att uppvisa en sjukdomshistorik för den som ser sjukersättningen som ett attraktivt ersättningsystem. Därmed är det rimligt att inflödet från sysselsättning till sjukpenning ökar. På samma sätt kan man tänka sig att inflödet från Arbetslöshetsförsäkringen påverkas, speciellt för de som är slutet av sina ersättningsperioder och är på väg över i aktiva insatser i aktivitetsstödet. För en del av dessa individer kan den ekonomiska trygghet som sjukersättningen ger och möjligheten att fritt disponera sin tid

[8] Jönsson, Lisa, Palme, Mårten och Svensson, Ingemar (2011) "Påverkar folkhälsan utnyttjandet av sjukersättningen?", Ekonomisk Debatt, vol. 39(4), s. 56–68.
[9] Se t.ex. Skogman Thorsie,"Ekonomiska incitament i arbetslöshets och sjukförsäkringarna", Underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen SOU 2010:04, eller Johansson, , Laun, Palme och Olofsdotter Stensöta (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

vara ett argument för att söka sjukersättning i stället för att delta i stödjande och rustande insatser hos arbetsförmedlingen. Även inflödet från pensionssystemet kan tänkas öka. Om sannolikheten att beviljas sjukersättning ökar är det fler personer som är beredda att ta de ansökningskostnader som finns till sjukersättningen. Man kan därför förvänta sig att fler av de som i dag tagit ut pension innan 65-årsdagen kommer ansöka om och beviljas sjukersättning. Med sjukersättning under de sista åren betalar staten ålderspensionsavgifter och individen slipper ta av sitt pensionskapital. Det ger en högre pension för individen den dag han eller hon inte längre har rätt till sjukersättning.

Med fler som ansöker om sjukersättning ökar också antalet som befinner sig i gränslandet mellan att beviljas och inte beviljas ersättning. Lagstiftningen är inte alltid så tydlig att det är självklart om en ansökan ska bifallas eller avslås. I takt med att normer och värderingar förskjuts i en mer generös riktning ökar risken för en glidning i tillämpningen över tid. Det skulle i så fall på marginalen öka inflödet till sjukersättningen ytterligare. För att öka tydligheten i regelverket lämnar utredningen bl.a. förslag om ett kodifierat beviskrav för rätt till ersättning.

Inriktningen på politiken har under de senaste åren varit att fler ska arbeta längre. Dels för att en ökad livslängd har inneburit att pensionsbehållningen blir lägre när tiden som pensionär blir längre, dels för att den demografiska situationen inneburit stora pensionsavgångar och den yrkesverksamma delen av befolkningen har minskat i relation till de äldre. Att arbeta längre är därför viktigt för att kunna upprätthålla den allmänna välfärden. Särskild hänsyn till ålder i välfärdssystem som t.ex. sjukersättning kan därför vara svårt att förena med en strävan mot det längre arbetsliv som höjda åldersgränser i ålderspensionssystemet syftar till. Att hälsan dessutom generellt sett förbättrats bland de äldre under de senaste decennierna tyder också på att behovet av särskilda regler för äldre är begränsat ur hälsohänseende.[10] Samtidigt finns det ändå vissa försäkrade som efter ett långt arbetsliv i psykiskt och/eller fysiskt slitsamma arbeten inte kan arbeta fram till ålderspensionen. Utredningen bedömer därför att det

[10] Launoch Palme(2019b) "Kan seniorer arbeta längre?", Rapport 1, Delegationen för senior arbetskraft, S 2018:10.

behövs åtgärder både för att möjliggöra ett längre arbetsliv för fler och för att underlätta för dem som behöver avsluta arbetslivet tidigt.[11]

Utredningen har vid utformningen av förslagen vägt behovet av att arbeta längre mot den enskildes trygghet och tilltro till socialförsäkringssystemet. För att sjukersättningen ska vara en ändamålsenlig förmån bedömer utredningen att det finns skäl att införa regler för personer som åldersmässigt befinner sig i slutet av arbetslivet och inte har rimliga möjligheter till omställning. Även om det i generell mening inte finns behov av speciella regler för äldre och det finns en samhällelig strävan om att fler ska arbeta längre, finns det redan i dag personer som har svårt att arbeta fram till dess att allmän ålderspension kan tas ut. I takt med att pensionsåldern höjs kan denna grupp komma att öka. I avsnitt 8.4.2 resonerar utredningen mer omfattande kring särskilda regler för äldre. Utredningen konstaterar att den nuvarande principen är att ersättning endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt på grund av sjukdom och anser att sjukersättningen måste ses i sitt sjukförsäkringsrättsliga sammanhang. Mot denna bakgrund görs bedömningen att det även fortsättningsvis endast bör vara just nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som ska utgöra grund för ersättning. Det är därmed inte lämpligt att föra in andra än medicinska skäl vid prövning av arbetsförmågans nedsättning. En allmän och generell möjlighet att ta hänsyn till sådana individuella omständigheter som ålder, bosättningsort, social situation eller arbetsmarknad bör inte tas med som bedömningsgrund så länge sjukersättningen är en förmån inom sjukförsäkringen. Med ett tydligt fokus på sjukdom som grund för rätt till ersättning menar utredningen att den svåra avvägningen mellan att tillvarata individens arbetsförmåga så långt som möjligt och individens behov av en trygghet vid arbetsoförmåga blir väl avvägt. Mot bakgrund av den forskning som gjorts kring regelverkens betydelse för samhällsekonomins funktionssätt kan utredningen konstatera att generösare regler har negativa effekter på arbetsutbud, sysselsättning och ekonomisk tillväxt. I följande avsnitt redovisas vilka effekter utredningens förslag kan förväntas få på antalet sysselsatta, arbetslösa, pensionärer och personer utanför arbetskraften.

[11] Se avsnitt 7.4.1. för en vidare utveckling av detta resonemang.

9.5.2 Långsiktiga effekter på sysselsättning, arbetslöshet och antalet arbetade timmar

För att beräkna de långsiktiga effekterna på sysselsättning, arbetslöshet, antalet pensionärer och personer utanför arbetskraften har utredningen använt finansdepartementets flödesmodell för beräkning av jämviktsarbetslöshet. Modellen kan beskrivas som en empirisk tolkning av en sök- och matchningsmodell där bedömningen av den långsiktiga jämviktsarbetslösheten utgår från att arbetsmarknaden karaktäriseras av sökfriktioner, dvs. att det tar tid och är kostsamt för såväl företag som arbetslösa att hitta varandra. I en sök- och matchningsmodell beskrivs jämviktsarbetslösheten som en flödesjämvikt. Denna jämvikt bestäms av att sannolikheten att övergå från en status på arbetsmarknaden till en annan är konstant mellan samtliga tillstånd. Sannolikheterna beskriver t.ex. hur stor chansen är att arbetslösa blir sysselsatta, eller att sysselsatta blir sjuka och lämnar arbetskraften. Om samtliga övergångssannolikheter är konstanta leder det över tid till att flödet från t.ex. sjuka utanför arbetskraften är lika stort som flödet till sjuka utanför arbetskraften. Det uppstår därmed en flödesjämvikt där stockar i termer av arbetslöshet, sysselsättning, sjuka utanför arbetskraften och pensionärer m.m. är konstanta. Modellen tar inte hänsyn till demografiska förändringar och beräknar således den långsiktiga flödesjämvikten givet konstanta översgångssannolikheter mellan olika tillstånd på arbetsmarknaden. Modellens sannolikheter att gå från en arbetsmarknadsstatus till en annan är skattade på data från arbetskraftsundersökningarna för perioden 2005–2019.[12]

Utredningen har genom att förändra de ursprungliga övergångssannolikheterna kalibrerat modellen så att den ger ca 150 000 fler personer med sjukersättning över en period om 20 år. Det intressanta i denna beräkning är dock inte de exakta nivåerna utan varifrån inflödet till sjukersättningen kan förväntas komma och hur det påverkar sysselsättning, arbetslöshet, antalet pensionärer och personer utanför arbetskraften. Utredningen antar i denna simulering att sannolikheten att övergå från sysselsättning till sjukersättning påverkas mest. Som tidigare beskrivits kommer den största delen av inflödet till sjukersättningen i dag från sjukpenningen, där ca 85 procent av alla som har sjukpenning är anställda och därmed sysselsatta. I avsnitt 9.2 och

[12] De är justerade för att beakta konjunkturell variation utifrån Konjunkturinstitutets indikator för resursutnyttjande och andelen arbetade timmar utav det totala utbudet av arbetade timmar som framgår av arbetskraftsundersökningarna.

9.3 antas mot bakgrund av den historiska utvecklingen att detta inflöde ökar om reglerna för rätten till sjukersättning görs generösare. Även sannolikheten att övergå från att vara arbetslös till sjukersättning förväntas öka, liksom sannolikheten för personer utanför arbetskraften att övergå till sjukersättning. Båda dessa övergångssannolikheter antas i procentuella termer öka lika mycket i simuleringen. Även sannolikheten att gå från pension till sjukersättning kan förväntas öka. Som utredningen beskrivit tidigare bedöms denna effekt dock mest uppstå i det korta perspektivet. Utredningen antar därför endast en marginell förändring av sannolikheten att gå från pension till sjukersättning. Hur modellens övergångssannolikheter ser ut före och efter utredningens ändrade antaganden framgår av tabell 9.8.

Tabell 9.8 Övergångssannolikheter för sysselsatta, arbetslösa, pensionärer och personer utanför arbetskraften att övergå till sjukersättning

Procent

	I dag	Utredningens antaganden
Sysselsatta	0,08	0,15
Arbetslösa	0,72	0,79
Pensionärer	0,47	0,48
Övriga utanför arbetskraften	3,98	4,38

Källa: Egna beräkningar, (simulering med finansdepartementets långsiktiga jämnviktmodell).

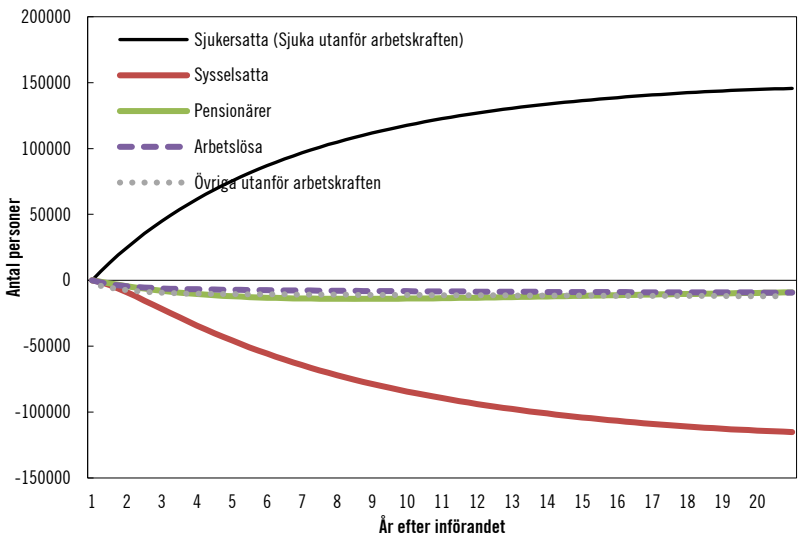
Givet dessa antaganden om sannolikheter för sysselsatta, arbetslösa, pensionärer och personer utanför arbetskraften att beviljas sjukersättning leder en simulering över 20 år till att antalet sjukersatta (sjuk utanför arbetskraften) ökar med ca 150 000 personer. Den största delen av detta flöde kommer från personer som tidigare varit sysselsatta. Antalet sysselsatta kan förväntas minska med omkring 90 000 personer efter 10 år och ca 120 000 personer efter 20 år. Övriga grupper påverkas i betydligt mindre omfattning. Personer utanför arbetskraften minskar med drygt 12 000 personer, antalet arbetslösa med ca 9 000 personer och antalet pensionärer med ca 9 000 personer.

Man kan naturligtvis diskutera dessa antaganden. En något mindre förändring av övergångssannolikheten för de sysselsatta och högre för övriga grupper ger ett mindre flöde från gruppen i sysselsättning till gruppen med sjukersättning och ett större flöde från övriga grupper. Det intressanta i denna simulering är dock dynamiken i en

förändring av inflödet från sysselsättning till sjukersättning. Eftersom denna grupp till antalet är den största gruppen och redan i dag står för den största delen av inflödet till sjukersättning kommer en förändring av övergångssannolikheten för de sysselsatta att påverka inflödet till sjukersättning mer än en lika stor förändring i andra grupper. Det gör att vi kan förvänta oss att mer generösa regler för rätten till sjukersättning framför allt kommer att påverka antalet sysselsatta i ekonomin, medan effekten på arbetslöshet, pensionärer och personer utanför arbetskraften blir mer begränsad.

Totalt sett kommer dock det totala antalet personer med sjukersättning sannolikt minska även med utredningens förslag, åtminstone under de närmaste åren. Det beror på att det i dag finns många personer med sjukersättning i åldersgrupperna 55–64 år som kommer att lämna systemet relativt snart. Även med de större inflöden som utredningen räknar med kommer inflödet inte att överstiga utflödet, åtminstone inte i det korta tidsperspektivet. Därmed kommer antalet personer med sjukersättning minska under åren framöver.

Figur 9.6 Långsiktiga effekter på sysselsättning, arbetslöshet, antalet pensionärer och personer utanför arbetskraften av att fler beviljas sjukersättning



Källa: Egna beräkningar, (simulering med finansdepartementets långsiktiga jämnviktmodell).

9.5.3 Långsiktiga effekter på BNP och de offentliga finanserna

Vid beräkningen av de offentligfinansiella effekterna styrs den offentliga konsumtionen av vård, skola och omsorg av de demografiska behoven. Dessa behov antas inte påverkas av reformen, vilket gör att hela den minskade sysselsättningen sker i näringslivet. Beräkningen bygger också på att reformen är ofinansierad, dvs. dess kostnader tillåts påverka det offentliga sparandet fullt ut. I verkligheten minskar reformen utrymmet för andra reformer inom ramen för ett givet budgetutrymme som bestäms av det finansiella sparandets utveckling i förhållande till överskottsmålet. Det innebär att det offentliga sparandet och skulden skulle utvecklas på samma sätt, både med och utan en reform, då reformen måste finansieras med högre statliga inkomster eller lägre utgifter inom ett annat område. Vidare antas i beräkningarna att medelarbetstiden för de som lämnar sysselsättningen till följd av reformen är 80 procent av genomsnittlig medelarbetstid. Det innebär att antalet arbetade timmar i näringslivet minskar något mindre än sysselsättningen, eller med ca 1,7 procent efter tio år och med ca 2,2 procent efter 20 år.

Färre arbetade timmar innebär att BNP minskar. Beräkningarna pekar på att BNP blir ca 1,3 respektive 1,7 procent lägre än dagens nivå efter tio respektive 20 år. Även timlönen för de som lämnar sysselsättning antas vara lägre än genomsnittet, ca 80 procent av genomsnittet. Hushållens disponibla inkomster bedöms efter tio år ha minskat med ca 4 miljarder kronor, eller 0,1 procent, när lönesumman minskar med ca 34 miljarder kronor och transfereringarna till hushållen ökar med ca 29 miljarder kronor. Efter 20 år har disponibelinkomsten och lönesumman minskat med ca 9 miljarder kronor respektive ca 67 miljarder kronor, medan transfereringarna till hushållen ökat med ca 57 miljarder kronor. Om hushållens sparkvot är den samma med och utan reform innebär det att hushållens konsumtionsutgifter minskar med ca 3 miljarder kronor efter tio år och med ca 9 miljarder kronor efter 20 år, eller med ca 0,1 procent i förhållande till dagens nivå.

Minskade inkomster innebär att statens och kommunernas skatteintäkter minskar, och mindre konsumtion innebär lägre momsintäkter. Lägre inkomster från löneföljande skatter och moms och högre transfereringsutgifter försvagar det offentliga sparandet något. Pensionssystemets inkomster och utgifter påverkas endast marginellt. Det är

framför allt statens primära sparande som försvagas när utgifterna för sjukersättning ökar. Uttryckt som andel av BNP ökar de offentliga inkomsterna svagt och de offentliga utgifterna mer, se Tabell 9.9.

Sammantaget försämras statens primära sparande med ca 0,6 procent av BNP efter tio år och med ca 0,7 procent av BNP efter 20 år. Statens inkomster är mer eller mindre oförändrade som andel av BNP och statens utgifter ökar med ca 0,7 respektive 0,8 procent av BNP efter tio respektive 20 år. Ett försämrat primärt statligt sparande leder i sin tur till att statsskulden, och därmed även statens ränteutgifter, blir högre. Efter tio år bedöms det finansiella sparandet i staten och den offentliga sektorn vara ca 0,7 procent lägre som andel av BNP och efter 20 år ca 1,1 procent lägre som andel av BNP. Sparandet försämras gradvis allt eftersom antalet sysselsatta minskar och antalet personer med sjukersättning ökar. Med tiden leder det lägre sparandet till att den offentliga skulden ökar. Efter tio år har det lägre sparandet ackumulerats till en konsoliderad bruttoskuld, vars andel av BNP är ca 3,5 procent högre än utan en reform, och efter 20 år är skuldens andel av BNP knappt 10 procent högre.

Tabell 9.9 Långsiktiga effekter på de offentliga finanserna

Förändring i förhållande till dagens nivå, miljoner kronor och procent

	10 år	20 år
Sysselsättning (1 000-tal)	-88	-120
Arbetade timmar (I förhållande till basscenariot)	-1,3	-1,6
BNP (I förhållande till basscenariot)	-1,3	-1,7
Hushållens disponibla inkomster (Mdkr)	-4	-9
Lönesumma (Mdkr)	-34	-67
Transfereringar (Mdkr)	29	57
Hushållens konsumtionsutgifter (Mdkr)	-3	-9
Statens primära sparande (Procent av BNP)	-0,6	-0,7
Statens inkomster (Procent av BNP)	0,1	0,1
Statens utgifter (Procent av BNP)	0,7	0,8
Finansiellt sparande i offentlig sektor (Procent av BNP)	-0,7	-1,1
Procentuell förändring av konsoliderad bruttoskulds andel av BNP (%)	3,5	9,8

Källa: Egna beräkningar.

9.6 Effekter för jämställdhet

Utredningens förslag rörande rätten till sjukersättning påverkar inte kvinnors möjligheter att söka ersättningen på annat sätt än mäns. Konsekvensen av utredningens förslag bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten. Nybeviljandet av sjukersättning är i dag jämnt fördelat mellan kvinnor och män och utredningen bedömer inte att de lagda förslagen påverkar denna fördelning. Utredningen har inte närmare analyserat hur utredningens förslag påverkar olika diagnosgruppers möjligheter att beviljas sjukersättning. I den utsträckning förslagen skulle påverka olika diagnosgruppers möjligheter att beviljas sjukersättning, där kvinnor eller män är överrepresenterade, skulle det kunna påverka fördelningen mellan kvinnor och män.

9.7 Effekter för myndigheter

Utredningen bedömer att förslagen främst berör Försäkringskassans administration och handläggning. Även Arbetsförmedlingen kommer beröras av förslaget då färre personer kommer behöva delta i arbetsmarknadspolitiska insatser.

Försäkringskassan

Om fler personer beviljas sjukersättning innebär det fler ärenden som ska handläggas och ökade kostnader för Försäkringskassan. På sikt kan antalet ansökningar förväntas öka ytterligare då fler personer även utanför den tänkta målgruppen väljer att ansöka om sjukersättning. De nya ärenden som tillkommer för Försäkringskassan bedöms emellertid inte vara mer komplicerade än dagens ärenden varmed utredningen bedömer att den genomsnittliga tid det tar att handlägga ett ärende inte kommer att förändras med utredningens förslag. Utredningen bedömer att den ärendetyp som framför allt kommer öka är utbytesärenden, dvs. ärende där Försäkringskassan själv initierar ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning. Det innebär i sin tur att färre ansökningar om sjukpenning i pågående sjukfall. Därmed minskar Försäkringskassans handläggningskostnader för sjukpenning samtidigt som den ökar för sjukersättning. Den sam-

lade effekten av detta borde dock bli att det blir färre ansökningar att hantera om en person beviljas sjukersättning i stället för att fortsätta med sjukpenning. Huruvida detta leder till minskade kostnader beror dock på hur komplexiteten och tidsåtgången i sjukpenningärenden förhåller sig till ärenden som prövas för sjukersättning.

Utöver kostnader för handläggning av de nya ärendena kan också konstateras att de nya reglerna kommer innebära ett antal initiala kostnader för Försäkringskassan. Det omfattar kostnader för att uppdatera styrande och stödjande dokument såsom blanketter, brevmallar samt interna och externa informations- och utbildningsinsatser. Utredningen bedömer även att det finns ett behov för Försäkringskassan att se över och uppdatera statistiksystemen i samband med de nya reglerna. I övrigt bedömer utredningen att även att Försäkringskassan behöver utveckla och anpassa sina it-system till det nya regelverket. Utredningen uppskattar denna kostnad till 20 miljoner kronor.

För att klara av att hantera det ökade antal ärenden som utredningen bedömer bli konsekvensen av de nya reglerna kommer Försäkringskassan ha behov av fler försäkringsutredare, försäkringshandläggare (beräknare), specialister, beslutsfattare, chefer och försäkringsmedicinska rådgivare. Dessa medarbetare behöver både rekryteras och utbildas. Befintlig personal kommer behöva handleda nya medarbetare parallellt som de själva är i behov av utbildning i de förändrade regelverken. Med nya regler behöver även omprövningsverksamhet och processföring ses över, vilket kortsiktigt kommer kräva interna resurser.

Även angränsande ersättningssystem bedöms påverkas. Främst är det kring bostadstillägg och arbetsskador som Försäkringskassan får ökade kostnader för att handlägga fler ansökningar.

Utredningen saknar djupare kunskap för att kunna gör en kvalificerad bedömning av hur detta påverkar den samlade administrativa kostanden i både sjukpenning och sjukersättning och har inte heller fått underlag från Försäkringskassan som gör en sådan beräkning möjlig. Med utgångspunkt från de styckkostnader för handläggningen som anges i Försäkringskassans årsredovisning för 2020 kan dock konstateras att styckkostnaden för handläggning av sjukersättningsärenden är 6 730 kronor. Motsvarande kostnad per avslutat sjukfall i sjukpenningen är 6 080 kronor. Med utgångspunkt från dessa uppgifter kan en grov uppskattning av de administrativa kostnaderna göras. Utredningen har bedömt att det under införandeåret kan handla om

2 300–16 000 ytterligare personer som kan beviljas sjukersättning. Med angiven styckkostnad innebär det en ökad administration för handläggning av dessa ärenden med 15–110 miljoner kronor. Som beskrevs ovan innebär dock att personer övergår från sjukpenning till sjukersättning en minskad administration i sjukpenning i och med att dessa ärenden inte blir föremål för vidare bedömning inom sjukpenningen. Utredningen uppskattar denna minskning till 20 procent av den totala styckkostnaden för handläggning av ett sjukpenningärende. Utredningen uppskattar att 60 procent av de nya ärenden som beviljas sjukersättning kommer från sjukpenning. Det skulle i så fall innebära en minskad administration inom sjukpenningen med 7–47 miljoner kronor beroende på hur många ärenden som övergår från sjukpenning till sjukersättning. Sammantaget innebär den ökning av handläggningskostnaderna för sjukersättning med 9–60 miljoner kronor.

Arbetsförmedlingen

Utredningens förslag innebär att fler kommer beviljas sjukersättning. Utredningen uppskattar att mellan 200–1 600 personer kommer från arbetslöshetsförsäkringen eller insatser hos Arbetsförmedlingen. Det innebär att personer på sikt kommer delta i insatser hos Arbetsförmedlingen under kortare perioder än i dag. Styckkostnaden för handläggning av ärenden inom ramen för aktivitetsstödet var enligt Arbetsförmedlingens årsredovisning 2020 ca 1 600 kronor per ärende. Under antagandet att handläggningskostnaden för de fall som övergår från aktivitetsstöd till sjukersättning minskar med 20 procent av den totala handläggningskostnaden p.g.a. kortare tid med aktivitetsstöd skulle det innebära en besparing med 0,2–2 miljoner kronor i anslaget för aktivitetsstöd.

9.8 Effekter för arbetsgivare och företag

Utredningens förslag berör alla företag som har anställda. Som andel av det totala antalet företag med minst en anställd utgör företag med färre än 50 anställda omkring 97 procent. Utredningen bedömer dock att förslagen i denna del har en begränsad betydelse för företags och arbetsgivares kostnader. För dem som har en anställning och beviljas

hel sjukersättning innebär det att anställningsförhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare upphör. Därmed upphör också arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Det kan i de fall där rehabiliteringsprocessen annars skulle varit utdragen innebära minskade kostnader för arbetsgivaren.

I de fall där partiell sjukersättning beviljas kvarstår anställningsförhållandet vanligtvis till den del för vilken sjukersättning inte betalas ut. Det innebär att arbetsgivaren även fortsättningsvis har ett rehabiliteringsansvar. Det är emellertid inte självklart att kostnaderna för rehabilitering och anpassning minskar bara för att anställningens omfattning minskar.

9.9 Effekter för hälso- och sjukvården

En generösare bedömning av rätten till sjukersättning enligt de förändringar av regelverket som utredningen föreslår har till följd att fler kommer att ansöka om och beviljas sjukersättning. Det innebär att hälso- och sjukvårdens belastning avseende läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd kommer att öka. I dag är det dock många som får avslag på sin ansökan om sjukersättning, vilket innebär att hälso- och sjukvården tar fram betydligt fler underlag och utlåtande som bifogas den enskildes ansökan, jämfört med antalet personer som i slutändan beviljas ersättning. Underlag tas även fram i de fall där Försäkringskassan undersöker om ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning skulle vara möjligt. Alla dessa beviljas inte sjukersättning. Det innebär således att en del av det ökade antal beviljanden av sjukersättning som kan förväntas om utredningens förslag införs, tas från de ansökning eller ärenden där hälso- och sjukvården redan i dag tar fram ett underlag. Även om generösare regler kan förväntas leda till att fler ansöker om sjukersättning än i dag, kommer den ökning av nya underlag som hälso- och sjukvården kan förväntas utföra till följd av de nya reglerna sannolikt vara lägre än den sammantagna ökningen av nybeviljade sjukersättningsärenden som förslaget medför.

I avsnitt 5.3.2 redogör utredningen för den utredningsprocess som föregår ett beslut om rätt till sjukersättning. En viktig del i denna process är de medicinska underlag som den enskilde ska bifoga ansökan om förmånen. Underlaget kan omfatta läkarutlåtanden om den

försäkrades begränsningar på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk utredning, utredning genomförd av arbetsterapeut, läkarintyg och journalanteckningar från hälso- och sjukvården. Försäkringskassan kan också beställa en försäkringsmedicinsk utredning för att belysa om och hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet. En form av försäkringsmedicinsk utredning är aktivitetsförmågeutredning (AFU) som syftar dels till att ge en helhetsbild av den försäkrades funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, dels till att presentera en bedömning av den försäkrades kvarvarande förmåga till aktivitet. Den försäkrades funktionsnivå kan efter en AFU visa sig vara oklar eller att resultaten är motstridiga. I dessa fall får individen, utöver läkare, även träffa en eller flera andra yrkesroller såsom arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog. Av denna beskrivning framgår att framtagandet av de medicinska underlagen är en kostsam process för hälso- och sjukvården men samtidigt en viktig del för att få fram information för bedömningar av den enskildes kvarvarande arbetsförmåga.

Den ökade belastningen i form av intyg för sjukersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas under pågående sjukperiod med sjukpenning. Under en längre sjukdomsperiod behöver den försäkrade för att fortsatt kunna beviljas sjukpenning besöka hälso- och sjukvården vid ett flertal tillfällen för undersökningar och utfärdande av nya intyg. Läkarintygen som lämnas som underlag till bedömning av sjukpenning är vanligtvis mindre omfattande än läkarutlåtanden som skrivs i samband med ansökan om sjukersättning. Färre intyg under tid med sjukpenning innebär emellertid att den administrativa belastningen minskar något avseende sjukpenningen. Huruvida den administrativa bördan för hälso- och sjukvården samtaget ökar eller minskar är dock svårbedömt. Utredningen gör dock bedömningen att minskningen av bördan i sjukpenning inte riktigt blir lika stor som ökningen i sjukersättning och att utredningens förslag sammantaget kommer innebära små men ökade kostnader för hälso- och sjukvården.

En uppskattning är att ett läkarutlåtande för underlag till beslut om sjukersättning i normalfallet omfattar ca 3 läkarbesök. Ett exempel på ersättningsnivå är förordningen för lag (1994:1121) om läkarvård för 2021, där ett normalbesök tar mellan 20 och 50 minuter med en ersättning mellan 880 och 1 566 kronor. För 3 normalbesök skulle det med denna grova uppskattning betyda mellan 2 640 och

4 698 kronor.[13] Som utredningen beskrivit är osäkerheten stor kring hur många som kan komma att beviljas sjukersättning med de regler som utredningen föreslår. Beroende på hur ansökningarna fördelar sig över tid bedömer utredningen att det kan röra sig om mellan 2 000 och 16 000 nya personer med sjukersättning under det första året. Som utredningen diskuterade ovan är det inte sannolikt att alla dessa personer är nya fall, dvs. många kan vara sådana personer som tidigare ansökt om sjukersättning men fått avslag. Därmed behöver sannolikt inte alla dessa personer nya underlag från hälso- och sjukvården. Utredningen gör bedömningen att hälften av det ökade inflödet kommer från personer som behöver nya underlag från hälso- och sjukvården. Det skulle därmed innebär ökade kostnader med ca 4–30 miljoner kronor. Från denna kostnad ska man dock dra kostnaden som hälso- och sjukvården i dag har för att utfärda intyg i pågående sjukfall. Utredningen har inget närmare uppgift om tidsåtgången för att skriva sjukintyg för ansökan om sjukpenning. Under antagandet att ett sjukintyg med tillhörande undersökningar i genomsnitt tar en fjärdedel så lång tid som utlåtande i samband med sjukersättning men att de i snitt görs tre gånger under en sjukdomsperiod blir tidsåtgången för dessa sjukintyg 75 procent av tidsåtgången för att utfärda ett underlag för ansökan om sjukersättning. Det skulle i så fall innebära att kostnaderna för hälso- och sjukvården sammantaget ökar med 1–8 miljoner kronor.

[13] Det innebär i genomsnitt ca 3 669 kronor. Utredningen använder denna för beräkning av kostnader för hälso- och sjukvården.

Rätten till aktivitetssättning – kapitel 10–13

10 Rätten till aktivitetsersättning – regelverk och handläggning

I detta kapitel avhandlas aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Det är en ersättningsform som i stora delar liknar sjukersättningen, med liknande rekvisit och en gemensam rättslig bakgrund (se kapitel 5), men som även i vissa väsentliga delar är annorlunda än sjukersättningen. Därför behandlas de båda förmånerna i olika avsnitt. Skillnaderna handlar bl.a. om att det är en yngre åldersgrupp som omfattas av reglerna för aktivitetsersättning. I den utsträckning bestämmelser etc. för aktivitetsersättning är likartade dem som gäller för sjukersättning sker i huvudsak hänvisning till relevanta avsnitt om sjukersättningen.

För information om regelverken i andra nordiska länder för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, se kapitel 6.

10.1 Nuvarande regelverk och handläggning

Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga är en ersättningsform för unga i åldern 19–29 år[1] som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.[2] Ersättningen är tidsbegränsad till 1–3 år, men kan beviljas för flera perioder. Även under den tid som den försäkrade får behandling, eller medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering som hindrar förvärvsarbete, anses han eller hon ha nedsatt arbetsförmåga.[3]

[1] Ersättningen kan beviljas fr.o.m. juli månad det år de försäkrade fyller 19 år.
[2] 33 kap. 5 och 18 §§ SFB.
[3] 33 kap. 12 § SFB.

Likheter mellan aktivitetsersättning och sjukersättning – arbetsförmågebedömning och arbetsmarknadsbegrepp

När det gäller aktivitetsersättning ska bedömningen av arbetsförmågan göras utifrån den unges förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Bedömningen ska baseras efter samma grunder oavsett på vilket sätt prestationsförmågan är nedsatt och den ska bedömas i relation till ett heltidsarbete.[4] Prövningen ska göras i förhållande till förvärvsarbete på hela arbetsmarknaden, vilket innebär att även särskilt anpassade eller subventionerade arbeten och anställningar beaktas. Andra faktorer, som exempelvis utbildning eller bosättning, ska inte beaktas vid arbetsförmågebedömningen.[5]

Samma begrepp och bedömning i detta avseende gäller således för aktivitetsersättning och sjukersättning. Det gör att exempelvis rättspraxis som rör den ena formen av ersättning också blir tillämpbar på den andra i frågor som rör arbetsförmåga och arbetsmarknadsbegreppet.

Skillnader i varaktighetskravet

Det finns likheter mellan sjukersättningen och aktivitetsersättningen på så sätt att de båda avser att kompensera för långvarig nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. En viktig skillnad mellan ersättningarna är emellertid att aktivitetsersättningen är tidsbegränsad, medan ett beslut om sjukersättning gäller tills vidare.[6] En förutsättning för att få aktivitetsersättning är att den enskildes arbetsförmåga kan antas vara nedsatt i minst ett år. Det kan jämföras med sjukersättning, där det krävs dels att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt, dels att rehabilitering inte bedöms kunna förbättra förmågan. Under tid med aktivitetsersättning kan rehabiliteringsåtgärder pågå i syfte att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga.

Tidsbegränsningen av aktivitetsersättningen syftar till att ta tillvara den unges möjligheter till utveckling och arbete i ungdomsåren, och unga under 29 år ska således enligt huvudregeln inte få en varaktig ersättning.[7] Den 1 februari 2017 infördes emellertid en möjlighet att beviljas hel sjukersättning från 19 år, och därmed få ersättning

[4] 33 kap. 10–11 §§ SFB.
[5] Prop. 2007/08:136, s. 88 ff.
[6] 33 kap. 4, 17 och 19 §§ SFB.
[7] Prop. 2000/01:96, s. 80–81 och Ds 2000:40, s. 85.

tills vidare.[8] Motivet var att regeringen ville trygga försörjningen för det fåtal unga som bedöms helt sakna förutsättningar för att kunna utveckla arbetsförmågan.[9]

Aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken

I samband med ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning ska Försäkringskassan undersöka om han eller hon under den tid ersättningen ska lämnas kan delta i aktiviteter som kan antas ha en gynnsam inverkan på hans eller hennes sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga.[10] Den försäkrade kan få ersättning (som kallas särskild ersättning) för kostnader för aktiviteter som han eller hon deltar i.[11]

En skillnad mellan de båda ersättningarna är således att en försäkrad inte kan få aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken och ej heller särskild ersättning vid beviljad sjukersättning.

Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång

En försäkrad som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin skolgång på grundskolenivå och gymnasial nivå vid ingången av juli månad det år då han eller hon fyller 19 år har rätt till aktivitetsersättning under den tid skolgången varar. Denna ersättning beviljas oavsett om arbetsförmågan är nedsatt eller inte.[12]

I den proposition som föregick införandet av bestämmelserna om aktivitetsersättning vid förlängd skolgång framhålls att ungdomar med funktionshinder ska ha möjlighet att slutföra utbildning som ger kompetens motsvarande gymnasienivån utan att de själva ska behöva svara för sin försörjning under tid sådan utbildning pågår.[13] Vidare framhölls i förarbetena att det är viktigt att det görs en klar åtskillnad mellan sådana förlängningar av studierna som beror på funktionshinder och sådana som är en följd av andra skäl som inte är rent medicinska, t.ex. sociala problem, skoltrötthet och liknande.

[8] SFS 2016:1291.
[9] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 46 och Ds 2016:5, s. 35 ff.
[10] 33 kap. 21 § SFB.
[11] 33 kap. 25 §, förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning och RFFS 2002:36.
[12] 33 kap. 8, 13 och 20 §§.
[13] Prop. 2000/01:96, s. 83 f.

Aktivitetsersättning förförlängd skolgång bör således inte utges i andra fall än där det finns ett klart samband mellan funktionshindret och behovet av förlängda studier.

10.1.1 Bakgrund till reglerna om aktivitetsersättning

År 2003 avskaffades ersättningarna förtidspension och sjukbidrag som var en del av pensionsområdet. Sjukersättning och aktivitetsersättning infördes då och blev även en del av sjukförsäkringen. Redan dessförinnan hade förtidspensionen delvis anpassats till sjukpenning, bland annat genom samordnade ersättningsnivåer.[14]

Ett viktigt syfte med förändringen 2003 var att uppnå en finansiellt sammanhållen försäkring som innefattade alla ersättningsfall på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan, oberoende av hur lång tid som nedsättningen beräknades bestå. Några förändringar beträffande själva bedömningen av arbetsförmåga genomfördes dock inte 2003. En central utgångspunkt var även att de nya ersättningarna skulle innehålla en väl avvägd balans mellan målen att ge ekonomisk trygghet och att stimulera eget arbete. Båda ersättningstyperna riktade sig till dem vars arbetsförmåga var långvarigt nedsatt. Medan sjukersättning avsåg personer över 30 år var ersättningsformen aktivitetsersättning avsedd för personer under 30 år.[15] Syftet med aktivitetsersättningen till unga var, förutom att ge ekonomisk trygghet, att skapa förutsättningar för sjuka, skadade eller funktionshindrade ungdomar att ha ett aktivt samhällsliv, och få ökade möjligheter till inträde på arbetsmarknaden och i arbetslivet.[16] I lagmotiven framhölls att det var

> […] principiellt viktigt att det görs klart för såväl den enskilde som samhället i sin helhet att ingen skall behöva bli pensionerad i mycket unga år, innan omfattande insatser har gjorts för att så långt det är möjligt ta tillvara kapacitet och utvecklingsmöjligheter bland unga som är svårt sjuka eller funktionshindrade.[17]

Den 1 juli 2008 infördes ett antal åtgärder som syftade till att effektivisera sjukskrivningsprocessen, med tidiga insatser för att i högre grad ta till vara arbetsförmågan genom bland annat fasta tidpunkter

[14] Se prop. 1992/93:31.
[15] Prop. 1997/98:111, s. 4 ff. Se även nuvarande 33 kap. 2 § SFB.
[16] Ds 2000:40, prop. 2000/01:96, prop. 2001/02:84 och prop. 2007/08:136.
[17] Prop. 2000/01:96, s. 71.

för prövning av arbetsförmågan vid sjukskrivning. Vid samma tidpunkt trädde även förändringar inom både sjuk- och aktivitetsersättningen i kraft med bl.a. innebörden att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning skulle göras i förhållande till förvärvsarbeten på arbetsmarknaden. Från samma tidpunkt avskaffades ersättningsformen tidsbegränsad sjukersättning.[18]

Socialförsäkringsbalken (SFB) trädde i kraft den 1 januari 2011. I och med införandet av denna sammanhållna och heltäckande socialförsäkringslag ersattes ca 30 av de tidigare gällande socialförsäkringsförfattningarna, däribland lagen om allmän försäkring (AFL).

Den 1 januari 2013 ändrades reglerna för vilande aktivitetsersättning.[19] En annan ändring som började gälla den 1 januari 2013 var att de försäkrade vars aktivitetsersättning upphörde på grund av att de fyllde 30 år omfattades av möjligheten att kunna delta i arbetslivsintroduktion samt av rätten att kunna få sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg.

Den 1 februari 2016 avskaffades den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. För de som har aktivitetsersättning innebär det att de i fortsättningen inte kommer att kunna erbjudas att delta i så kallad arbetslivsintroduktion när aktivitetsersättningen upphör p.g.a. att de försäkrade fyller 30 år. Den lagändringen innebär också att den försäkrade i stället kan ansöka om sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjukpenning i särskilda fall i direkt anslutning till en avslutad period med aktivitetsersättning. Dessa ersättningar kan beviljas personer som inte har någon eller endast en låg sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

Den 1 februari 2017 trädde en lagändring i kraft som innebär att en försäkrad kan beviljas hel sjukersättning från och med juli det år personen fyller 19 år. Det gäller den som har en grav, livslång och omfattande funktionsnedsättning och en stadigvarande hel arbetsoförmåga. Det är sedan den 1 februari 2017 även möjligt att ansöka om aktivitetsersättning under prövotid för studier under sammanlagt sex månader.

Utgångspunkten för aktivitetsersättningen är att samhället ska bidra till att unga med nedsatt arbetsförmåga ska kunna delta i såväl arbetsliv som samhällsliv. Under åren sedan ersättningsformen infördes har ett stort antal utredningar emellertid kunnat peka på att utfallet

[18] Se prop. 2007/08:136.
[19] 36 kap. 15–18 d §§ SFB.

inte motsvarar dessa förväntningar. Såväl Försäkringskassan som Inspektionen för socialförsäkringen och Riksrevisionen har konstaterat att det har saknats aktiviteter för många av dem som beviljas aktivitetsersättning. Det förekommer dock även arbetslivsinriktade aktiviteter och deltagande i kommunal daglig verksamhet, men utbudet av insatser och aktiviteter som de unga får ta del av motsvarar inte den faktiska efterfrågan som finns.[20] I en av Riksrevisionen genomförd granskning år 2015 konstaterades att syftet med aktivitetsersättningen inte uppnåtts och att försäkringen inte lever upp till målsättningen om ett aktivt förhållningssätt för unga med nedsatt arbetsförmåga.[21]

Regeringen instämde i Riksrevisionens bedömning och aviserade en översyn av regelverket. Regeringen konstaterade även de att aktivitetsersättningen inte har kommit att präglas av aktivitet så som var avsikten när förmånen infördes. De angav också att det är angeläget att regelverket är utformat så att den enskildes initiativ att närma sig arbetsmarknaden underlättas.[22] Översynen resulterade bl.a. i regelförändring som innebär att sjukersättning numera kan beviljas unga under 29 år som har omfattande funktionshinder och som har ytterst små förutsättningar att kunna utföra ett arbete. Motivet till att bevilja sjukersättning även till personer som är under 30 år var att renodla gruppen som har aktivitetsersättning så att den ersättningen ska bestå av unga som har potential att utveckla sin arbetsförmåga och därmed kunna närma sig arbetsmarknaden.[23]

10.1.2 Internationella åtaganden – FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

För att en person ska ha rätt till ersättning enligt socialförsäkringsbalken krävs att svensk lagstiftning är tillämplig samt att personen är försäkrad i Sverige, omfattas av det svenska socialförsäkringsskyddet och uppfyller de särskilda förmånsvillkoren. I avsnitt 5.1 om rätten till sjukersättning redogjordes översiktligt för EU-rätten och Sveriges

[20] Se Mannelqvist, Ruth, Aktivitetsersättning och arbetsförmåga, med hänvisning till bl.a. Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning: en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, 2012-11-30, Riksrevisionen (2015:7) Aktivitetsersättning: en ersättning utan aktivitet och ISF 2011:10, ISF 2017:5 Aktivitetsersättning till trettio års ålder – vad händer sedan?
[21] RiR 2015:7, s. 97.
[22] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, s. 46.
[23] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10 och Ds 2016:5 samt 33 kap. 16 §.

internationella åtaganden. Samma grundförutsättningar gäller för aktivitetsersättningen som för sjukersättningen.

Utöver detta kan nämnas att Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) antogs av FN:s generalförsamling 2006 och Sverige är sedan 2009 juridiskt bunden av den. Målet för funktionshinderspolitiken i Sverige är att, med CRPD som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning. Principen om universell utformning ska vara styrande. Det innebär att hänsyn ska tas till människors olika behov och förutsättningar. Alla människor ska i största möjliga utsträckning kunna använda produkter, miljöer och tjänster utan behov av anpassning eller specialutformning.

10.1.3 Aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen

Aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB som en försäkrad har rätt att delta i under tiden med aktivitetsersättning, och för vilka denne kan få särskild ersättning för, ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på de förhållanden som medför att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Aktiviteterna har till syfte att förbättra förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan, vilket enligt förarbetena innebär en skillnad mot rehabilitering ”vars syfte är att åstadkomma att den försäkrade skall kunna arbeta trots nedsatt arbetsförmåga”.[24] I förarbetena nämns kurser, dagverksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter och praktik som exempel på sannolika aktiviteter.[25]

Möjligheten att delta i aktiviteter innebär inte att allt som den försäkrade aktiverar sig i kan betraktas som aktiviteter enligt SFB. Om den försäkrade exempelvis deltar i förenings- eller idrottsaktiviteter eller i en daglig verksamhet utan planering och samordning av Försäkringskassan ska inte det engagemanget betraktas som aktiviteter enligt SFB. Det är inte typen av insats som avgör om det är en aktivitet utan om den planeras och samordnas av Försäkringskassan.[26] En insats som riskerar att försämra det medicinska tillståndet eller som hindrar andra insatser som kan leda till en arbetsförmåga kan dock inte bedömas som en aktivitet inom ramen för aktivitetsersättningen.[27]

[24] Prop. 2000/01:96, s. 181.
[25] Prop. 2000/01:96, s. 87.
[26] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 196.
[27] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 195.

Rehabiliteringsinsatser anses ovan inte som en aktivitet inom ramen för aktivitetsersättningen. När det behövs för tillämpningen av socialförsäkringsbalken får vidare den handläggande myndigheten begära att den försäkrade genomgår undersökning enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av dennes medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Inte heller nämnda åtgärder räknas som aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen.[28]

Yrkesutbildningar och förberedande studier till sådana utbildningar anses inte som aktiviteter enligt SFB.

Under tid med aktivitetsersättning har den försäkrade också rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses vanligtvis åtgärder som ska hjälpa en enskild att få eller behålla ett arbete.[29] Åtgärderna kan till exempel vara arbetsträning eller utbildning.[30]

10.2 Gällande regelverk

10.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till aktivitetsersättning

Villkoren för att en försäkrad ska kunna beviljas aktivitetsersättning liknar till stora delar dem som gäller för sjukersättning. Det finns emellertid också avgörande skillnader.

Aktivitetsersättning kan beviljas vid två från varandra skilda situationer. Den ena liknar sjukersättningen på så sätt att det ska vara fråga om en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Den andra varianten innebär att en försäkrad kan beviljas aktivitetsersättning för förlängd skolgång. Denna form av aktivitetsersättning kräver inte en nedsatt arbetsförmåga. Personer kan få denna ersättning fr.o.m. juli det år de fyller 19 år, om man behöver mer tid på sig för att bli klar med skolan upp till gymnasienivå. Behovet av förlängd skolgång ska bero på en funktionsnedsättning för att ersättning ska kunna beviljas. Aktivitetsersättning för förlängd skolgång ingår inte i utredningens arbete.

[28] 33 kap. 24 § SFB och 110 kap. 14 § 4 SFB.
[29] Se närmare om begreppet i avsnitt 7.1.2.
[30] Prop. 1991/92:40, s. 32.

En försäkrad kan få beslut om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga antingen genom att han eller hon ansöker om det eller genom att Försäkringskassan byter ut den försäkrades sjukpenning, rehabiliteringspenning, livränta eller ersättning för sjukhusvård enligt SFB till aktivitetsersättning.[31]

För att en försäkrad ska kunna beviljas aktivitetsersättning krävs liksom för sjukersättning att flera förutsättningar är uppfyllda. Personens arbetsförmåga ska vara nedsatt med minst en fjärdedel till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, och nedsättningens varaktighet behöver uppgå till minst 12 månader.

Aktivitetsersättning kan tidigast lämnas från och med juli det år då den försäkrade fyller 19 år och allra längst till månaden före den försäkrades trettioårsdag.[32] Tidpunkten då aktivitetsersättning tidigast kan beviljas, juli det år den försäkrade fyller 19 år, är kopplad till när den grundläggande skolutbildningen normalt sett är avslutad och förvärvsarbete kan ta vid.[33] Aktivitetsersättning är en tidsbegränsad förmån. Ett beslut om aktivitetsersättning får beviljas maximalt för tre år i taget.[34] En försäkrad kan dock beviljas flera perioder med aktivitetsersättning.

Endast arbetsförmågenedsättning på medicinsk grund ska beaktas

Liksom för sjukersättningen gäller för att en försäkrad har rätt till aktivitetsersättning om arbetsoförmågan beror på sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Det finns enligt gällande regelverk inte möjlighet att ta hänsyn till andra faktorer vid denna bedömning. Av förarbetena framgår att man med detta menar att ersättning från sjukförsäkringen, däribland sjukersättning, enbart ska komma i fråga när arbetsförmågan är nedsatt av medicinska orsaker. Vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning ska därför hänsyn inte tas till sådant som den försäkrades bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande om-

[31] 36 kap. 25 § SFB. För försäkrade som redan har beviljats aktivitetsersättning kan Försäkringskassan även på eget initiativ förlänga den pågående ersättningsperioden. Sådan förlängning kan exempelvis vara aktuellt om den försäkrade saknar sjukdomsinsikt och det är uppenbart att han eller hon har fortsatt rätt till ersättning.
[32] 33 kap. 18 § SFB.
[33] Se prop. 2000/01:96, s. 81.
[34] 33 kap. 19 § SFB.

ständigheter. Situationen på arbetsmarknaden får inte heller vägas in i bedömningen av rätten till aktivitetsersättning.[35]

En grundläggande förutsättning är således att den försäkrade har en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. De medicinska faktorer som sätter ned arbetsförmågan kan utgöras av kroppslig eller psykisk sjukdom, ett följdtillstånd efter sjukdom eller en medfödd eller förvärvad funktionsnedsättning. Se vidare avsnitt 5.2 om sjukersättning för ytterligare redogörelse för sjukdomsbegreppet m.m. Detsamma gäller de grundläggande principerna inom sjukförsäkringen som att prövningen ska vara gjord med hänsyn till individen och att den försäkrade är försäkrad i ”befintligt skick”.

Arbetsförmåga och arbetsmarknad

Vid bedömning om den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga ska beaktas den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.[36] Detta innebär att arbetsförmågan prövas även mot anställning med lönebidrag eller en liknande anställning som inte nödvändigtvis är, men kan bli tillgänglig för den försäkrade.[37] Arbetsmarknadsbegreppet och bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga är desamma för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. För en mer utförlig diskussion och bakgrund till begreppen arbetsförmåga och arbetsmarknad hänvisas därför till kapitel 5.

Varaktighetskravet – minst ett års nedsättning

Nedsättningen av arbetsförmågan får inte vara tillfällig eller kortvarig om rätt till ersättning ska föreligga, bedömningen handlar framför allt om huruvida nedsättningen är tillräcklig även med ett framtida perspektiv – i detta fall om arbetsförmågan kan förväntas vara nedsatt under minst ett års tid.

Medan arbetsförmåge- och arbetsmarknadsbegreppet, liksom försäkringens medicinska grund, är densamma för aktivitetsersättning och sjukersättning, gäller olika varaktighetskriterier i försäkringarna.

[35] Prop. 2007/08 :136, s. 67 och 88.
[36] 33 kap. 10 § SFB.
[37] Prop. 2007/08:136, s. 88.

Till skillnad från vad som gäller för sjukersättning kan aktivitetsersättning alltså beviljas för en långvarig, men inte stadigvarande, nedsättning av arbetsförmågan. I lagtexten formuleras kravet på varaktighetsbedömningen som att ”nedsättningen kan antas bestå under minst ett år”.[38]

I lagtexten ställs, till skillnad från vad som gäller för sjukersättning, inga krav på att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda för att en försäkrad ska ha rätt till aktivitetsersättning. Inte heller finns något krav på att rehabiliteringsåtgärder ska ha prövats. Om det däremot är klarlagt att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och rehabiliteringsinsatser är en förutsättning för att den försäkrade ska kunna få arbetsförmåga i ett förvärvsarbete men dessa beräknas ta kortare tid än ett år har denne inte rätt till aktivitetsersättning eftersom varaktighetskriteriet i så fall inte är uppfyllt.

Det krävs inte att samma grad av nedsättning av arbetsförmågan ska föreligga under ett års tid. Det räcker således att ett antagande enligt 33 kap. 5 § SFB om minst en fjärdedels nedsättning av arbetsförmågan under minst ett år kan göras. Graden av nedsättning kan således variera under de 12 månaderna.[39]

I bevishänseende utgör uttrycket ”kan antas” generellt ett av de lägre beviskraven. Frågan om beviskravet och vad formuleringen ska antas innebära för styrkan på prognosen om nedsatt arbetsförmåga har emellertid inte berörts mer specifikt i rättspraxis.

I de fall en försäkrad redan har ersättning och det står klart att arbetsförmågan kommer att vara fortsatt nedsatt under en begränsad tid kan Försäkringskassan i vissa situationer *förlänga* en pågående period med aktivitetsersättning för en kortare tid än ett år. Förlängning av den pågående perioden görs i dessa fall utifrån de uppgifter som låg till grund för det ursprungliga beslutet. Detta kan vara aktuellt i situationer där den försäkrade deltar i eller har planering om deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering, alternativt att medicinsk behandling eller rehabilitering, konvalescens eller läkning pågår eller är planerad.[40]

[38] 33 kap. 7 § SFB.
[39] Jfr HFD 2011 ref. 27.
[40] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 31.

Olika nivåer av aktivitetsersättning

I likhet med vad som gäller för sjukersättning kan fyra olika nivåer beviljas med hänsyn till arbetsförmågans nedsättning: hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels aktivitetsersättning.[41]

Till skillnad från vad som gäller vid sjukpenning ersätts den försäkrade inte utifrån sjukpenninggrundad inkomst utan inkomstunderlaget baseras i stället på en så kallad antagandeinkomst och kan beviljas som inkomstrelaterad ersättning eller garantiersättning, eller som en blandning av båda formerna.[42]

Hel aktivitetsersättning lämnas när den försäkrades arbetsförmåga är helt eller i det närmaste helt nedsatt. Det ska då handla om en betydande funktionsnedsättning för att den försäkrade ska bedömas helt sakna arbetsförmåga.[43] Uttrycket ”helt eller i det närmaste helt nedsatt” är menat att uttrycka samma nedre gräns i fråga om graden av nedsättning som det mer teoretiska ”sju åttondelar”.[44] Även om det i ett enskilt fall anses möjligt att fastställa att en individ har en återstående arbetsförmåga av mycket liten omfattning måste då också tas hänsyn till vilka de reella möjligheterna är att utföra förvärvsarbete med användande av en sådan marginell arbetsförmåga.[45]

Av motivuttalanden i anslutning till att den äldre motsvarigheten fjärdedels förtidspension infördes framgår att möjligheten till den ersättningsgraden borde tillämpas med restriktivitet. För att en så – relativt sett – liten nedsättning av arbetsförmågan som en fjärdedel ska kunna konstateras föreligga ställs höga krav på att det finns ett klart samband mellan de medicinska faktorerna och nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga.[46]

10.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen

Sedan reglerna om aktivitetsersättningen trädde i kraft den 1 januari 2003 har Högsta förvaltningsdomstolen endast i ett fåtal avgöranden berört denna ersättningsform. Vid bedömningar som avser nedsatt

[41] 33 kap. 9 § SFB.
[42] 34–35 kap. SFB.
[43] Prop. 2007/08:136, s. 67.
[44] Prop. 1997/98:111, s. 69.
[45] Prop. 1997/98:111, s. 48.
[46] Prop. 1992/93:31, s. 65 och 83, jfr även HFD 2011 ref. 63 I–III.

arbetsförmåga och arbetsmarknadsbegreppet är även avgöranden som avser sjukersättning tillämpliga, se närmare avsnitt 5.2.

HFD 2011 ref. 27 – behöver arbetsförmågan vara nedsatt i samma omfattning under minst ett års tid för att ersättning ska kunna beviljas?

I målet hade Försäkringskassan beslutat att bevilja den försäkrade halv aktivitetsersättning för en period på ca ett och ett halvt år. Beslutet motiverades med att arbetsförmågan var nedsatt till hälften men inte med mer än hälften under en begränsad tid.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det av aktuella bestämmelser framgår att en försäkrad har rätt till aktivitetsersättning om arbetsförmågan på grund av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år och att ersättningen utges allt efter arbetsförmågans nedsättning som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Det går däremot inte att utläsa något krav på att nedsättningen till en viss nivå ska kunna antas bestå under minst ett år. Något hinder mot att bevilja aktivitetsersättning enligt olika nivåer under en och samma ersättningsperiod finns därför inte så länge arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år.

10.3 Handläggning av aktivitetsersättning

Handläggning och utredning av rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga följer i princip samma modell som utredning av rätt till sjukersättning, se avsnitt 5.3 om handläggning av ärenden om sjukersättning.

Till skillnad från sjukersättning är dock aktivitetsersättning alltid tidsbegränsad och målet är att den försäkrade efter en period med aktivitetsersättning ska ha fått eller återfått arbetsförmåga och kunna förvärvsarbeta. För att uppnå detta ska försäkrade som har medicinska förutsättningar för det bl.a. genomgå rehabiliteringsinsatser under tid med ersättning. Vissa av dessa insatser administreras via en strukturerad rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, också kallat förstärkt samarbete.

Det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har sedan 2014 en gemensam process som beskriver ett överenskommet arbetssätt för myndigheternas rehabiliteringssamverkan. Syftet med denna myndighetsgemensamma process för arbetslivsinriktad rehabilitering är att ge förutsättningar för ett väl fungerande samarbete med ett enhetligt arbetssätt. Processen inleds när Försäkringskassan har identifierat ett sannolikt behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och möter individen för att förbereda en gemensam kartläggning och tar slut när det förstärkta samarbetet avslutas eller avbryts. Detta samarbete omfattar bl.a. personer som får aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Se avsnitt 19.1.3 för mer information om detta rehabiliteringssamarbete samt kapitel 18–21 för mer information om arbetslivsinriktad rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken.

11 Rätten till aktivitetsersättning – problemanalys

I kapitel 6 om rätten till sjukersättning, diskuterades vilka frågor som utgör huvudproblemen med dagens regelverk. Flera av de aspekter som är aktuella för sjukersättningen gör sig gällande även för aktivitetsersättningen.

I direktiven anges att för att ett beslut om avslag på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning ska uppfattas som rimligt när den försäkrade har arbetsförmåga i ett för denna anpassat arbete måste det vara realistiskt att denne kan få ett sådant lämpligt arbete inom en rimlig tid. Direktiven nämner även att Riksrevisionen (RiR 2018:9) uppmärksammat den diskrepans som finns mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

Ett ytterligare problem rör stabiliteten i tillämpningen. Andelen avslag på ansökningar har varierat stort över tid trots ett oförändrat regelverk. Stora variationer över tid riskerar att påverka tilltron till försäkringen negativt.

I vart och ett av dessa fall finns det tänkbara förklaringar, externa och interna. De externa förklaringarna är sådana som ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen. Det kan till exempel handla om demografiska förändringar, förändringar i folkhälsan eller att arbetsmarknaden har förändrats. De interna förklaringarna är sådana som handlar om reglernas innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter eller om samarbete mellan myndigheter.

11.1 Aktivitetsersättningens utveckling över tid

I detta avsnitt ges en beskrivning av hur antalet ersättningstagare utvecklats i aktivitetsersättningen under perioden 2003–2019. Beskrivningen görs genomgående efter ålder, kön och diagnos. Här görs ingen analys av orsakerna bakom den utveckling som framgår, variationen i utvecklingen berörs i avsnitt 11.2.

Avsnittet är uppdelat i två separata delar eftersom de är viktiga att hålla isär sett till analys- och problemformuleringsperspektiv: Dels beskrivs utveckling av det totala antalet ersättningstagare, dels utvecklingen av inflödet och utflödet ur försäkringen.

En viktig faktor när variationen i aktivitetsersättningen ska analyseras är att ersättningsformen inkluderar såväl aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga som aktivitetsersättning för förlängd skolgång. Redovisad statistik inkluderar ofta även ersättning för förlängd skolgång, vilket blir missvisande i relation till sjukersättningen. Eftersom aktivitetsersättning för förlängd skolgång inte kräver nedsatt arbetsförmåga blir diskussionen om arbetsmarknadsbegrepp, varaktighet m.m. inte tillämplig för denna ersättningsform. Utredningen har inte uppfattat kommittédirektivet som att även aktivitetsersättning vid förlängd skolgång ska utredas. Utredningen vill därför poängtera att när aktivitetsersättning fortsatt diskuteras handlar det om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga om inget annat anges. Samtliga figurer avser även denna grupp om inget annat anges.

11.1.1 Antal personer med aktivitetsersättning

Antalet ersättningstagare

Antal individer som erhöll aktivitetsersättning uppgick i december 2019 till knappt 30 000 personer. Det är en markant ökning i förhållande till de omkring 5 500 personer som hade aktivitetsersättning 2003.[1] Under perioden 2003–2016 ökade antalet ersatta med drygt 30 000 personer. Som mest uppgick antalet personer med aktivitetsersättning till knappt 40 000 personer 2016. Under de senaste åren har utvecklingen vänt nedåt och antalet med denna ersättning har minskat med nästan 10 000 personer. I december 2019 var det om-

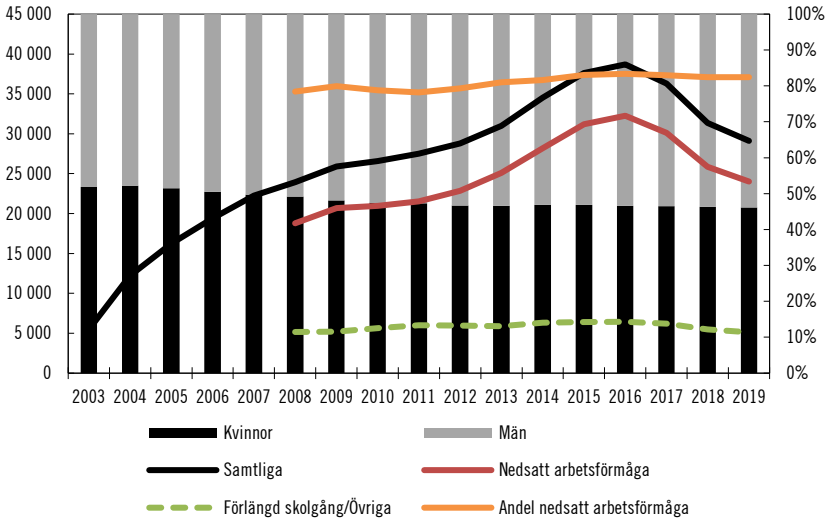
[1] Uppgifterna avser antalet ersatta i december. Aktivitetsersättning infördes 2003 och därför var det relativt få personer som hade den ersättningen detta år.

kring 29 000 personer som hade aktivitetsersättning. Den kraftiga ökningen av antalet ersättningstagare runt 2003 förklaras av att ersättningen infördes den 1 januari 2003. 2003 och några år framåt kom därför bl.a. många personer in i aktivitetsersättning efter att tidigare haft sjukbidrag. En del yngre personer nybeviljades sannolikt också aktivitetsersättning vid förlängd skolgång innan de övergick till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Under hela perioden 2003–2019 har ungefär lika många kvinnor som män haft aktivitetsersättning. Utvecklingen har dock gått från en liten överrepresentation av kvinnor till en överrepresentation av män. Andelen män som har aktivitetsersättning har ökat med nästan 5 procentenheter mellan åren 2003 och 2019. Könsfördelningen skiljer sig därmed från sjukpenning och sjukersättning där en övervägande del av de som har ersättning är kvinnor.

De flesta som har aktivitetsersättning har det på grund av en nedsatt arbetsförmåga. Det är också denna grupp som svarar för i princip hela ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning medan gruppen med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång legat stabilt kring 5 000–6 000 personer. Det har medfört att andelen personer med aktivitetsersättning med nedsatt arbetsförmåga ökat över tid. Sedan 2008 har denna andel stigit från 78 till 82 procent.

Figur 11.1 Antal personer med aktivitetsersättning och andelen kvinnor och män

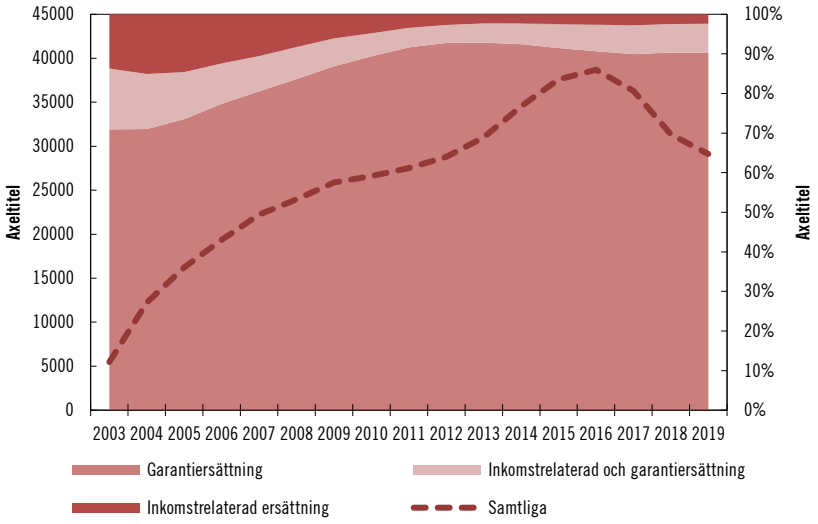


Källa: Försäkringskassan.

De allra flesta som har aktivitetsersättning har ersättning på garantinivå. I början på 2000-talet var det omkring 70 procent av alla ersättningstagare som hade ersättning på garantinivå. Sett över tid har denna andel ökat men har sedan slutet av 2000-talet stabiliserats på en nivå kring 90 procent. Utvecklingen tyder på att en ökad andel av de som har aktivitetsersättning är personer som inte tidigare arbetat. Omkring 60 procent av dem som nybeviljas aktivitetsersättning har föräldrar som tidigare haft vårdbidrag.[2] Det innebär att en stor andel av de ungdomar som beviljas aktivitetsersättning har en sjukdom eller funktionsnedsättning som redan tidigt i livet medför ett särskilt behov av tillsyn och vård. Det är således svårt för denna grupp att pröva sin arbetsförmåga och kvalificera sig för en inkomstrelaterad ersättning.

[2] Försäkringskassan – Unga i aktivitetsersättning, FK – korta analyser 2017:3.

Figur 11.2 Antal personer med aktivitetsersättning fördelade efter typ av ersättning



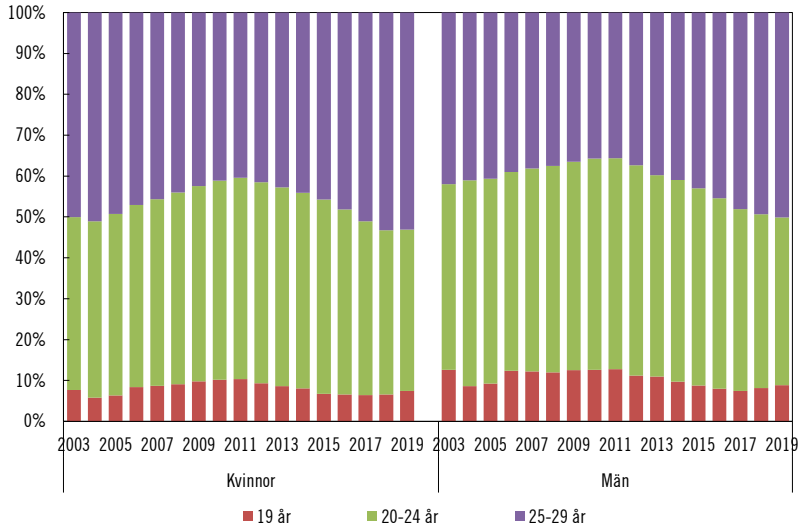
Källa: Försäkringskassan.

Åldersfördelning

Åldersmönstret hos de försäkrade som har aktivitetsersättning har varierat över tid. Hur olika åldersgrupper varierar över tid beror i stor utsträckning på nybeviljandet och vid vilken ålder man beviljas aktivitetsersättning. I början av 2000-talet var andelen mellan 25–29 år 50 procent hos kvinnor och 60 procent hos män. Fram till början av 2010-talet minskade denna andel för både kvinnor och män. Minskningen var något kraftigare för kvinnor. I båda fallen berodde den minskade andelen av 25–29-åringar bland personer med aktivitetsersättning på att denna åldersgrupp inte ökade i samma takt som 20–24-åringarna. Efter 2011 och fram till 2016 skedde det för både kvinnor och män en kraftig ökning av antalet 25–29-åringar bland de försäkrade och denna grupps andel ökade. En ökning som fortsatte fram till 2019 men som under de senare åren drivits av att minskningen av antalet med aktivitetsersättning var kraftigare i åldersgruppen 20–24 år än bland 25–29-åringar. Det har således inneburit att gruppen 25–29 år har fortsatt att öka sin andel, även under åren 2016–2019, då det totala antalet personer med aktivitetsersättning har minskat.

Andelen 19-åringar som beviljats aktivitetsersättning är något högre för män än kvinnor. Så har det varit i princip varje år sedan 2003.[3]

Figur 11.3 Åldersfördelning

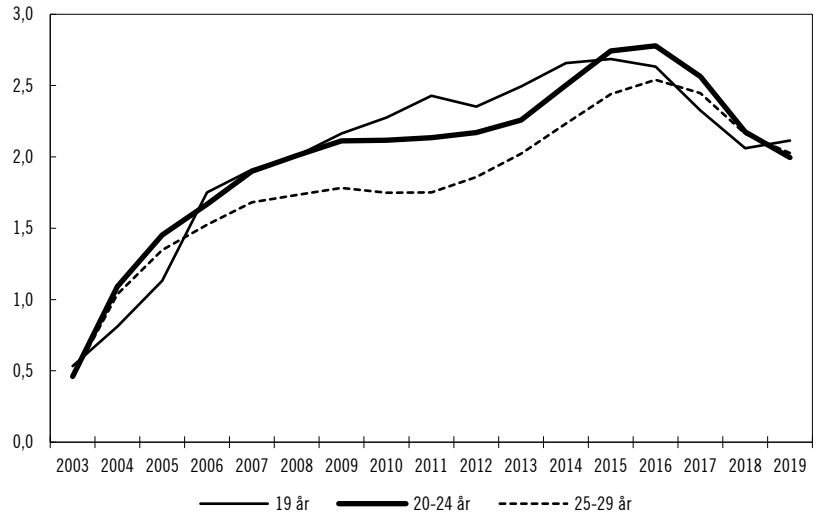


Källa: Försäkringskassan.

Ett annat perspektiv på åldersgruppernas utveckling är hur antalet personer med aktivitetsersättning i olika åldersgrupper utvecklats i förhållande till respektive åldersgrupp i befolkningen. Sedan början av 2000-talet har denna andel ökat från omkring en halv procent i respektive åldersgrupp till drygt 2 procent 2019. Som störst var andelen med aktivitetsersättning i befolkningen 2016 då 2,5–2,7 procent av befolkningen i respektive ålderskategori hade aktivitetsersättning. Under perioden 2016–2019 då antalet personer med aktivitetsersättning minskat har också andelen av befolkningen som har aktivitetsersättning minskat. De åldersförskjutningar som skett under denna period har också gjort att andelen av respektive ålderskategori i befolkningen som har aktivitetsersättning jämnats ut. Skillnaden mellan de olika ålderskategorierna var 2019 väldigt små.

[3] Sedan 2017 kan sjukersättning beviljas från och med 19 års ålder. Sjukersättning från 19 år beviljas dock för ett så pass litet antal människor att det inte nämnvärt påverkar analysen i detta avsnitt.

Figur 11.4 Andelen av befolkningen med aktivitetsersättning i olika åldersgrupper

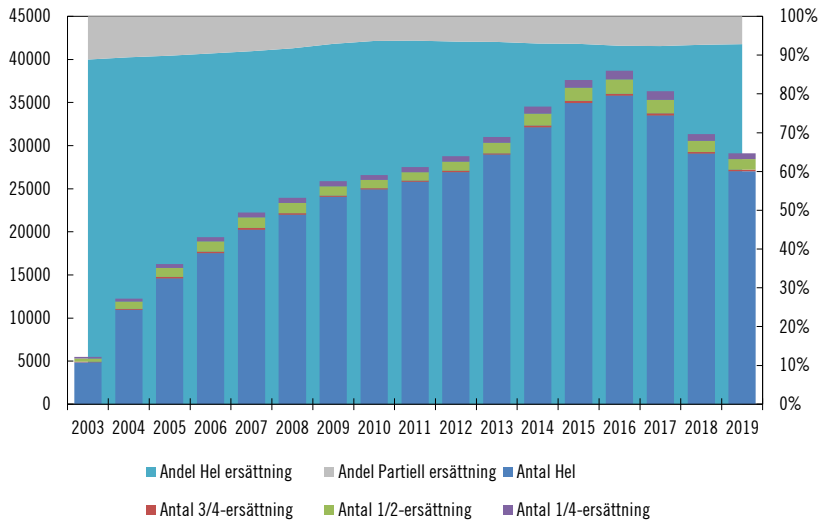


Källa: Försäkringskassan.

Hel eller partiell ersättning

En övervägande majoritet av alla som har aktivitetsersättning har ersättning på heltid. Sedan 2003 har andelen ökat svagt och i december 2019 var det drygt 90 procent av samtliga ersättningstagare som hade ersättning på heltid. Av de knappa 10 procent som har partiell ersättning dominerar personer med halv ersättning. Omkring 60 procent av de partiella ersättningarna är ersättning på halvtid, ca 30 procent utgörs av en fjärdedels ersättning och ca 10 procent av trefjärdedelsersättning. Över tid har dessa andelar varit stabila och 2003 var fördelningen mellan de partiella ersättningarna i princip likadan som 2019.

Figur 11.5 Hel eller partiell ersättning

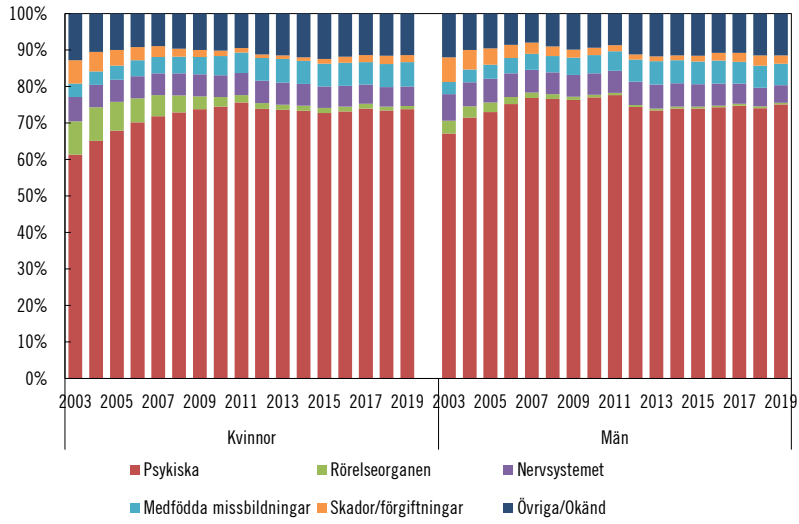


Källa: Försäkringskassan.

Diagnoser

Den dominerande diagnosen bland dem som beviljats aktivitetsersättning har under hela perioden 2003–2019 varit psykiatrisk. Andelen med psykiatriska diagnoser ökade under 2000-talet men har under de senaste tio åren stabiliserats på en nivå kring 75 procent för såväl kvinnor som män. Det finns således en tydlig skillnad mellan orsakerna till att beviljas aktivitetsersättning och sjukersättning. Medan sjukdomar i rörelseorganen varit en stor del av orsaken till att personer beviljats sjukersättning har denna diagnos aldrig varit särskilt stor orsak till beviljade aktivitetsersättningarna. Över tid har den dessutom minskat i betydelse i takt med att andelen med psykiatriska diagnoser ökat, särskilt för kvinnor. I övrigt är det små skillnader mellan hur orsaksdiagnoserna fördelar sig mellan kvinnor och män och de olika diagnoserna svarar för ungefär lika stora delar hos kvinnor och män.

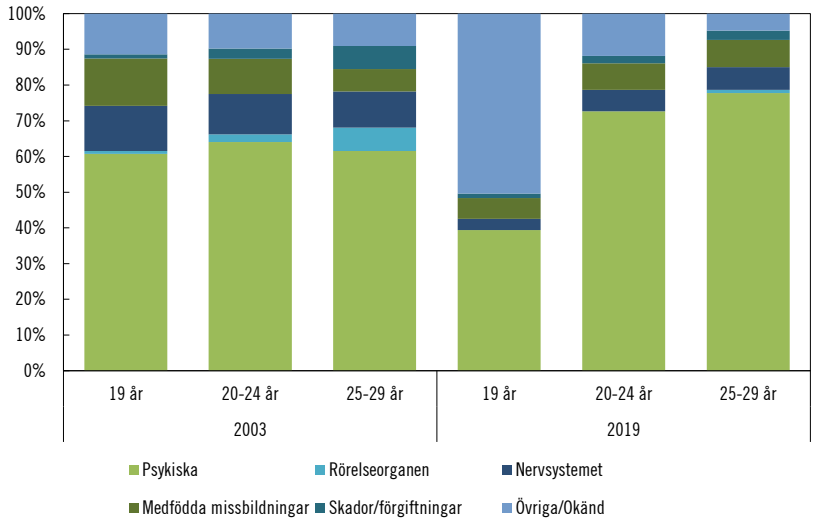
Figur 11.6 Olika diagnosers andel av antalet personer med aktivitetsersättning



Källa: Försäkringskassan.

De psykiatriska diagnoserna utgör en stor del av orsaksdiagnoserna i alla åldersgrupper. Mest dominanta är de emellertid i åldersgrupperna 20–24 år och 25–29 år där de svarar för 70–80 procent av samtliga personer med aktivitetsersättning i respektive åldersgrupp. Bland 19-åringar som beviljas aktivitetsersättning utgör de psykiatriska diagnoserna en mindre andel än i övriga åldersgrupper. I denna ålderskategori är det i stället gruppen övriga diagnoser som dominerar och utgör nästan hälften av alla med aktivitetsersättning. Det är en betydande skillnad mot hur stor andel denna grupp utgjorde i början av 2000-talet då bara omkring 10 procent av de med aktivitetsersättning hade denna orsaksdiagnos. Det kan förklaras av den ökning som skett av antalet som beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång och som till största del skett bland 19-åringar. För dessa personer behöver Försäkringskassan inte alltid ta in ett medicinskt underlag för att bevilja aktivitetsersättning utan det räcker med ett intyg från skolan. Där med registreras dessa som övriga/okänd i statistiken.

Figur 11.7 Diagnoser fördelat efter ålder



Källa: Försäkringskassan.

11.1.2 Nybeviljade aktivitetsersättningar

Ett annat perspektiv på utvecklingen av aktivitetsersättningen är hur antal nybeviljade ersättningar utvecklas. I detta avsnitt fokuseras på nybeviljandet av aktivitetsersättningar och utvecklingen belyses med avseende på ålder, kön och diagnoser. Vidare studeras vilken typ av ersättning de som nybeviljas aktivitetsersättning får och om ersättning är hel eller partiell.

Antal nybeviljade aktivitetsersättningar

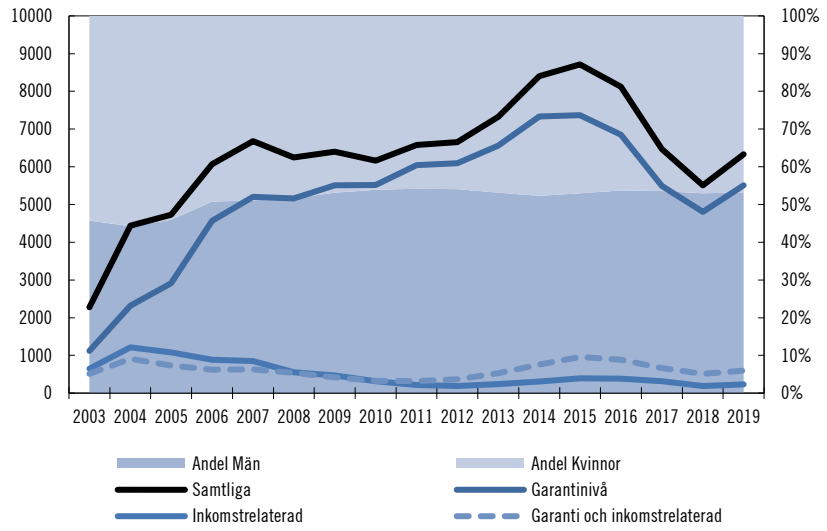
Antal nybeviljade aktivitetsersättningar ökade kraftigt under perioden 2003–2015. Under dessa år ökade nybeviljandet från drygt 2 000 personer per år till knappt 9 000 personer per år. Efter 2015 sjönk nybeviljandet under ett antal år för att åter vända uppåt under de senaste åren, 2018 och 2019. Under 2019 nybeviljades omkring 6 300 aktivitetsersättningar.

Andel män som nybeviljas aktivitetsersättning är i dag något fler än andelen kvinnor. Nybeviljandet bland män ökade under andra hälften av 2000-talet och andelen män bland de nybeviljade aktivitets-

ersättningarna ökade från strax under hälften till strax över hälften. Sedan början av 2010-talet har andelen män legat på en relativt stabil nivå och de nybeviljade aktivitetsersättningarna kring knappt 55 procent.

De allra flesta som nybeviljas aktivitetsersättning ges ersättning på garantinivå. Omkring hälften av alla personer med aktivitetsersättning hade garantiersättning 2003. Under de följande åren steg andelen snabbt och i början av 2010-talet utgjorde personer med ersättning på garantinivå drygt 90 procent av samtliga nybeviljade aktivitetsersättningar. Sedan dess har andelen minskat svagt men utgjorde fortfarande 2019 nästan 90 procent av alla nybeviljade aktivitetsersättningar. Ytterst få av de som i dag beviljas aktivitetsersättning har hela sin ersättning från den inkomstrelaterade delen, ca 4 procent. Ungefär 10 procent av de nybeviljade aktivitetsersättningstagarna har ersättning från både ersättning på garantinivå och inkomstrelaterad ersättning.

Figur 11.8 Antal nybeviljade aktivitetsersättningar

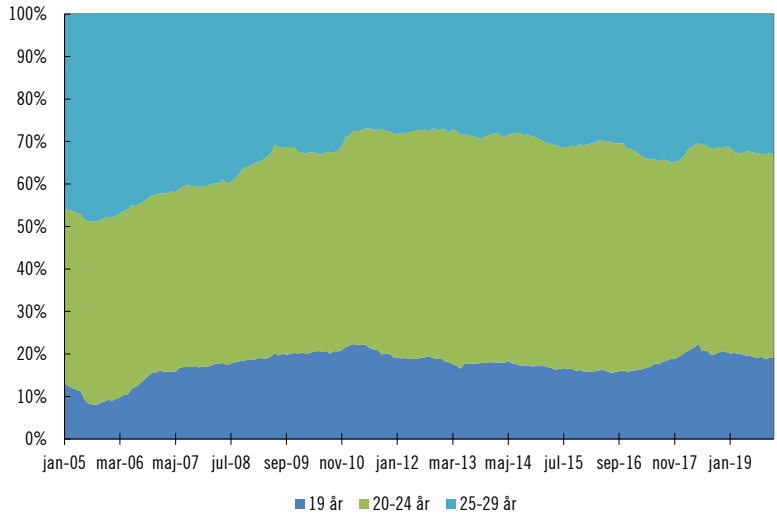


Källa: Försäkringskassan.

Ålder

Åldersstrukturen på de som nybeviljas aktivitetsersättning har förändrats över tid. Andelen 19-åringar och personer i åldrarna 20–24 år har ökat samtidigt som andelen i åldersgruppen 25–29 år minskat. I mitten av 2000-talet var knappt 15 procent av de nybeviljade aktivitetsersättningstagarna 19 år och i slutet av 2019 var motsvarande andel knappt 20 procent. Under samma period har åldersgruppen 25–29 år minskat sin andel av de nybeviljade aktivitetsersättningsärendena från 45 till 30 procent.

Figur 11.9 Åldersstruktur nybeviljade aktivitetsersättningar, nedsatt arbetsförmåga



Källa: Försäkringskassan.

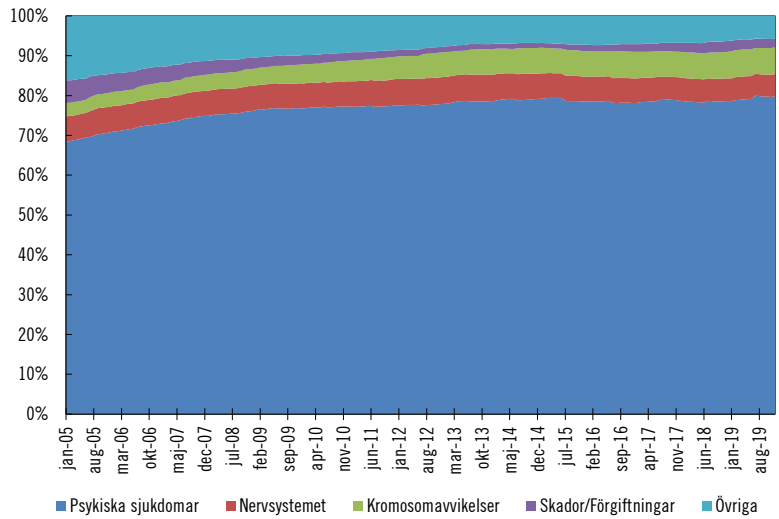
Diagnoser

Flertalet av alla nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga kan kopplas till psykiatriska diagnoser. Så har utvecklingen sett ut sedan mitten av 2000-talet. Sedan mitten av 2000-talet har andelen med psykiatriska diagnoser ökat med nästan 10 procentenheter och utgjorde i december 2019 nästan 80 procent av alla nybeviljade aktivitetsersättningar. Under 2019 var det omkring 2 400 personer som nybeviljades aktivitetsersättning med anledning av en

psykiatrisk diagnos, vilket var 82 procent av samtliga som nybeviljades aktivitetsersättning 2019. Psykiatriska diagnoser dominerar både bland kvinnor och män. Andelen är något större hos män än kvinnor. Psykiatriska diagnoser är således än mer dominerande inom aktivitetsersättningen än i sjukersättningen även om andelen psykiatriska diagnoser ökat även inom sjukersättningen. Fördelning av övriga diagnosgrupper är även den förhållandevis jämn mellan kvinnor och män.

Inom de psykiatriska diagnoserna finns emellertid vissa skillnader mellan kvinnor och män som nybeviljas aktivitetsersättning. En större andel hade en störning av psykisk utveckling (46 procent för män och 32 procent för kvinnor). Bland kvinnor är stressrelaterade syndrom och förstämningssyndrom vanligare än hos män.

Figur 11.10 Nybeviljade diagnoser, kvinnor och män



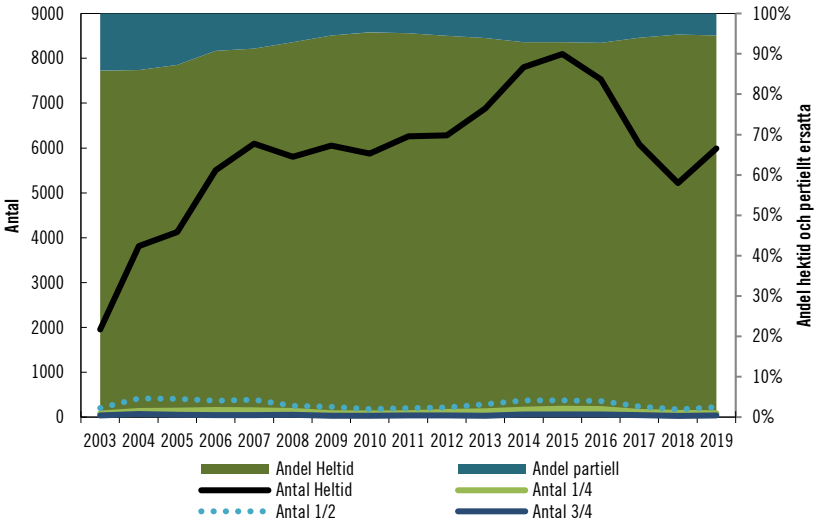
Källa: Försäkringskassan.

Hel respektive partiell ersättning

Nästan alla som nybeviljas aktivitetsersättning har ersättningen på heltid. Personer som nybeviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång har, per automatik, ersättning på heltid. Bland de personer som nybeviljats aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga kan partiell ersättning betalas ut, men de flesta får hel ersättning. Sett

över tid har andelen som har ersättning på heltid ökat. När aktivitetsersättningen infördes 2003 var det omkring 85 procent av alla nybeviljade aktivitetsersättningar som var heltidsersättningar. Sedan dess har andelen succesivt ökat och utgjorde i december 2019 95 procent av alla aktivitetsersättningar. Den vanligaste av de partiella ersättningarna hos nybeviljade aktivitetsersättningar var halv ersättning.

Figur 11.11 Nybeviljade aktivitetsersättningar, hel respektive partiell ersättning



Källa: Försäkringskassan

11.1.3 Ansökningar, bifall och avslag

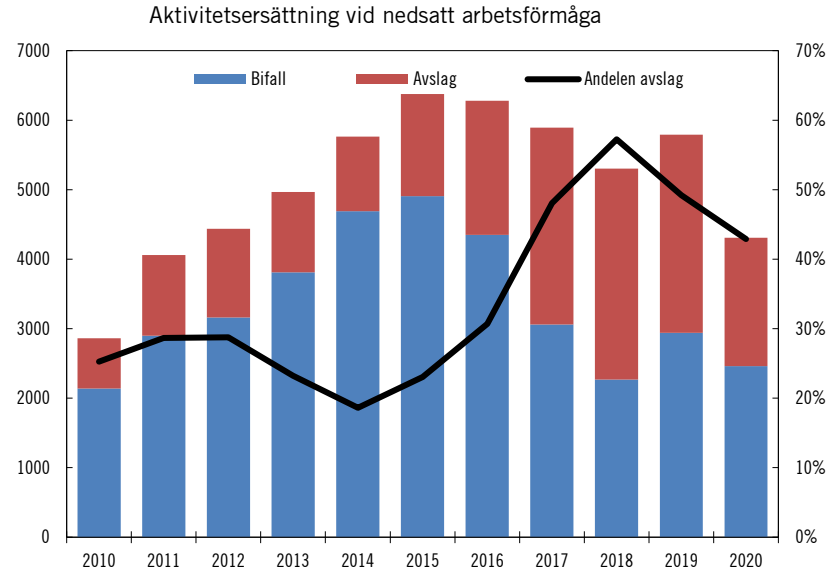
Antalet initiala ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga ökad mellan 2015 och 2019 från ca 3 000 till 6 500 ansökningar. Därefter har antalet initiala ansökningar om aktivitetsersättning minskat och uppgick 2020 till ca 4 000 ansökningar.

Avslagsfrekvensen har under åren 2010–2020 varierat kraftigt. Det är svårt att se något samband mellan utvecklingen av antalet ansökningar och andelen avslag. Under perioden 2012–2014 sjönk avslagsfrekvensen från 30 procent 2011 till 20 procent 2014. Därefter steg avslagsfrekvensen kraftigt under ett antal år och 2018 avslogs knappt 60 procent av alla ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatta arbetsförmåga. Under de senaste åren har andelen avslag minskat

och 2020 avslogs drygt 40 procent av alla ansökningar. Andelen avslag var 2020 något högre för kvinnor än för män.

Ökningen av andelen avslag efter 2016 kan ha ett samband med den rättsliga kvalitetsuppföljning av handläggningen inom aktivitetsersättning som genomfördes av Försäkringskassan under 2016. Att andelen avslag minskade mellan 2018 och 2019 kan ha ett samband med vägledande domar från kammarrätten och Högsta förvaltningsdomstolen.[4]

Figur 11.12 Initiala ansökningar, bifall och avslag 2010–2020



Källa: Försäkringskassan.

11.1.4 Inflöde till och utflöde från aktivitetsersättningen

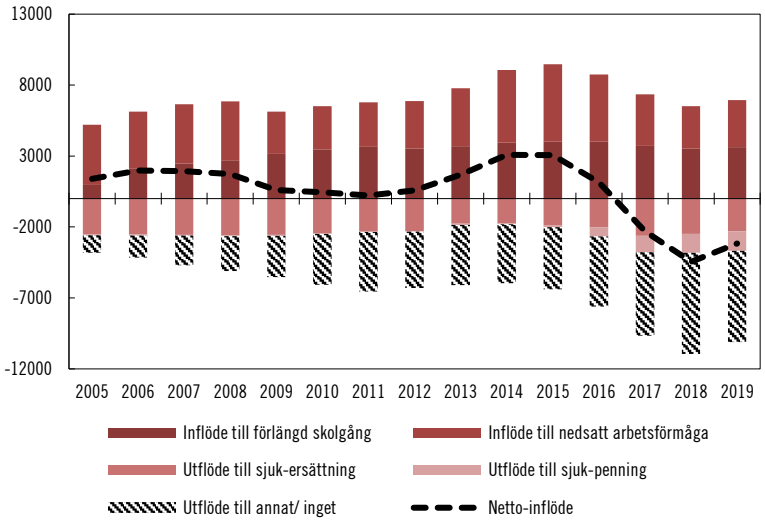
Under perioden 2003–2019 har såväl inflödet till som utflödet från aktivitetsersättningen ökat. Ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning har haft olika förklaringar under olika tidsperioder. Under perioden 2005–2008 ökade antalet personer med aktivitetsersättning som en konsekvens av att inflödet var större än utflödet från försäkringen. Åren 2009–2012 var nettoinflödet nära noll dvs. inflödet och utflödet var ungefär lika stort. Ökningstakten avtog

[4] Se avsnitt 11.2.5.

men antalet personer med aktivitetsersättning fortsatte öka tack vare en ökad varaktighet i systemet. Efter 2012 började inflödet till aktivitetsersättningen återigen öka och nettotillskottet till försäkringen blev positivt. Det ökade inflödet fortsatte fram till 2015 och bidrog i kombination med ett minskat utflöde från aktivitetsersättningen till att antalet personer med aktivitetsersättning fortsatte att öka. Under perioden 2015–2018 vände utvecklingen. Inflödet till aktivitetsersättningen minskade och utflödet har ökade. Under det senaste året har antalet personer med aktivitetsersättning återigen ökat vilket är en kombination av ett ökat inflöde och ett minskat utflöde.

Inflödet till aktivitetsersättningen har under åren förändrats från att i mitten 2000-talet i huvudsak utgöras av ärenden med nedsatt arbetsförmåga till att i dag bestå av ungefär lika många ärenden från förlängd skolgång som nedsatt arbetsförmåga. Även utflödets karaktär har förändrats. I mitten av 2000-talet övergick drygt 60 procent av alla som lämnade aktivitetsersättningen till sjukersättning. I dag har denna andel minskat till omkring 20 procent. Antalsmässigt är det dock ungefär lika många personer som varje år lämnar aktivitetsersättningen för att övergå i sjukersättning. Att andelen minskat så kraftig beror på att antalet personer som lämnar aktivitetsersättningen till förmån för annat/inget ökat kraftigt. I dag är det omkring 60 procent av alla som lämnar aktivitetsersättningen som tillhör denna kategori.

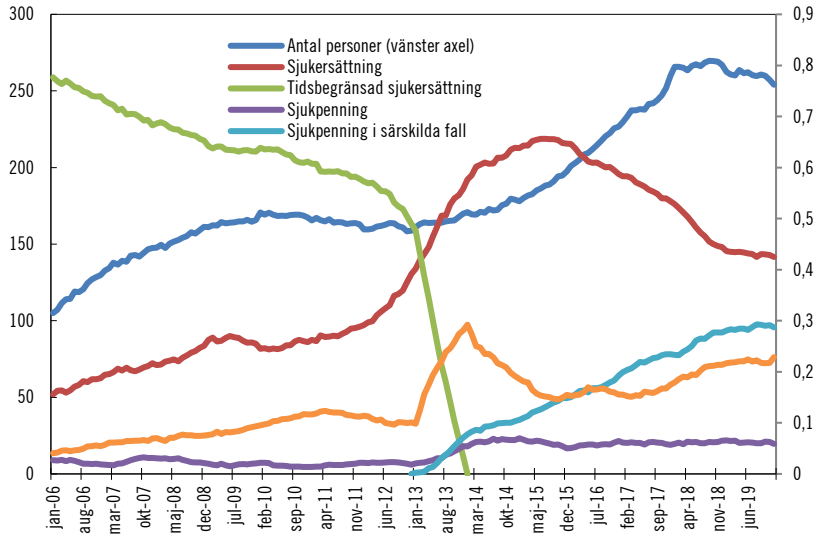
Figur 11.13 Orsaker till in- och utflöde från aktivitetsersättningen



Källa: Försäkringskassan.

En del av utflödet från aktivitetsersättning sker när ersättningen upphör i och med att den försäkrade fyller 30 år. Antal personer som lämnar försäkringen vid denna tidpunkt har ökat över tid och är en spegelbild av att antalet ersättningstagare ökat över tid. De allra flesta som lämnar aktivitetsersättningen vid 30 års ålder övergår till sjukersättning (ca 45 procent 2019). Andelen har dock minskat sedan 2015 då över 60 procent övergick till sjukersättning. Den vanligaste ersättningsformen för dem som inte övergår till sjukersättning är sjukpenning i särskilda fall. Sedan ersättningsformen introducerades i början av 2010-talet har antalet som övergår till denna ersättningsform ökat år för år. I december 2019 lämnade omkring 30 procent av 30 åringarna aktivitetsersättningen till förmån för sjukpenning i särskilda fall. Nästan lika vanligt är det att försäkrade övergår till annan eller ingen ersättning. Denna andel har också haft en uppåtgående trend under de senaste åren och har sedan 2016 ökat från 15 till knappt 25 procent. Omkring 5 procent av de 30-åringar som lämnar aktivitetsersättningen övergår till sjukpenning. Denna andel har varit konstant sedan slutet av 2013.

Figur 11.14 Utflöde från aktivitetsersättning vid 30 års ålder

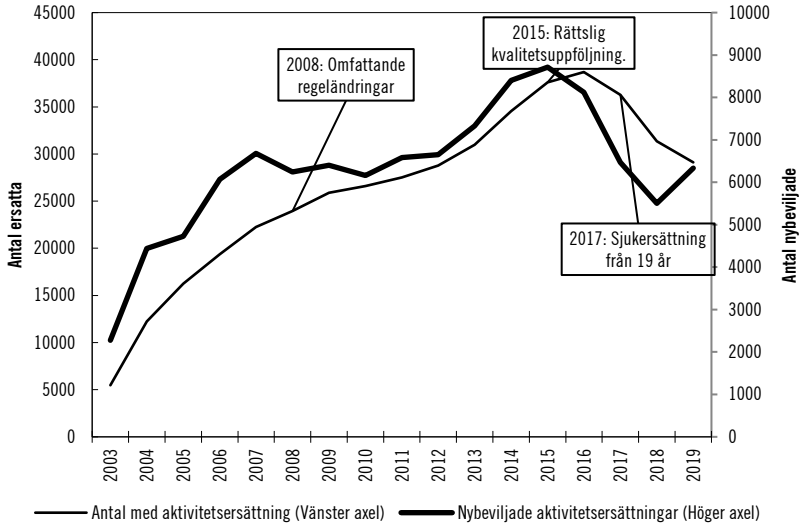


Källa: Försäkringskassan

11.1.5 Aktivitetsersättningens utveckling och regeländringar

En sammanfattande bild av den utveckling som beskrivits ovan ges i figur 11.5. Här visas utvecklingen av både antalet ersatta och nybeviljade aktivitetsersättningstagare samt de viktigaste regeländringar som gjorts inom aktivitetsersättningen sedan 2003. Ytterligare beskrivning av regelverket och dess förändringar finns i avsnitt 10.1.1.

Figur 11.15 Utvecklingen av antalet ersättningstagare och nybeviljade aktivitetsersättningar samt regeländringar 2003–2019



Källa: Försäkringskassan.

11.2 Variationer i beviljandegraden av ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga

Aktivitetsersättningen har, liksom sjukersättningen, haft stora variationer över tid. Det gäller exempelvis hur många försäkrade som har ersättningen, hur många som ansökt om ersättning per år och antalet nybeviljanden.

Andelen personer som har fått avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga har varierat under de senaste tio åren. Detta gäller särskilt de senare åren. Försäkringskassan avslog 13 procent av ansökningarna om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga under 2016. För 2018 hade andelen avslag ökat till 30 procent.

Utredningen har tidigare beskrivit de problem stora variationer innebär, främst för rättssäkerheten, om det inte kan förklaras med regeländringar eller yttre omständigheter som förändringar på arbetsmarknaden eller befolkningens hälsa, se vidare kapitel 3.

Liksom för sjukersättningen går utredningen i följande avsnitt därför igenom ett antal faktorer som på olika sätt skulle kunna förklara de stora variationerna i beviljandegrad. Liksom för sjukersättningen är det främst förändringar efter införande av de nuvarande reglerna den 1 juli 2008 som är av intresse. Avslagsfrekvensen vid ansökning om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga har varierat kraftigt genom åren och det är svårt att se något samband mellan utvecklingen av antalet ansökningar och andelen avslag. Under perioden 2010–2014 sjönk avslagsfrekvensen från 26 procent 2011 till 17 procent 2014. Därefter steg avslagsfrekvensen kraftigt under ett antal år och 2018 avslogs knappt 60 procent av alla ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Under det senaste året har andelen avslag minskat något och 2019 avslogs omkring hälften av alla ansökningar. På så sätt skiljer sig utvecklingen mellan aktivitetsersättningen och sjukersättningen, avslagsfrekvensen för den sistnämnda förmånen har i stället har legat relativt stadigt på ca 70 procent sedan andra halvan av 2015.[5]

Andelen avslag vid ansökan om ny (ytterligare) period med aktivitetsersättning har ökat från tre procent 2014 till 17 procent 2018 – dvs. en ökning med nästan 500 procent på fyra år.

Antalet personer med aktivitetsersättning prognostiseras till ungefär 29 000 i december 2020, en minskning med ungefär 1 500 personer jämfört med december 2019. På lång sikt förväntas alla personer som får aktivitetsersättning, men som egentligen har rätt till sjukersättning, ha bytt förmån. Försäkringskassan prognosticerar att kostnaderna för aktivitetsersättningen ska fortsätta att minska fram till 2023.[6] Antalet personer som får ersättningen förväntas fortsätta minska under prognosperioden, om än mer avtagande mot slutet av perioden. Det beror till viss del på regeländringen den 1 mars 2017 som innebär att hel sjukersättning kan beviljas till personer mellan 19 och 29 år, samt att inflödet till aktivitetsersättningen har minskat. Sedan regeländringen har ungefär 2 900 personer med aktivitetsersättning blivit beviljade sjukersättning. Majoriteten av övergångarna har skett under juli månad åren 2017–2019, då flertalet försäkringsperioder löpte ut. Dessa övergångar påverkar varken det samlade antalet personer med aktivitets- och sjukersättningar eller utgifterna, då ersättningen är lika stor oavsett vilken av förmånerna

[5] Se avsnitt 7.1 om statistik för sjukersättningen.
[6] Försäkringskassan, Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023.

personen får. Det är fortfarande osäkert hur många övergångar denna regeländring faktiskt kommer att resultera i. Under prognosperioden förväntas de fortsätta i en avtagande takt.[7]

Nedan analyseras ett antal möjliga faktorer som kan antas utgöra mer eller mindre sannolika förklaringar till variationerna i försäkringen. Utredningen redogör för den aktuella faktorn och gör en översiktlig bedömning av huruvida den i mer eller mindre utsträckning har kommit att påverka variationen vad avser beviljande av ansökan om aktivitetsersättning.

Variationen i avslagsfrekvens inom aktivitetsersättningen var 2020 föremål för en granskning av Inspektionen för socialförsäkringen.[8] En av orsakerna bakom ökningen i andelen avslag inom aktivitetsersättningen vid nedsatt arbetsförmåga under 2017 och 2018 konstaterar ISF, i likhet med utredningen, är att det blivit stora variationer i beviljandegraden för aktivitetsersättningen sedan regelförändringarna som trädde i kraft juli 2008. ISF har särskilt undersökt orsakerna bakom den kraftiga ökningen i andelen avslag under 2017 och 2018.

11.2.1 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen 19–29 år

Eftersom syftet med aktivitetsersättning är att kompensera för inkomstbortfall p.g.a. långvarig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom är en möjlig förklaring till variationen i antalet försäkrade som har aktivitetsersättning förändringar i befolkningens hälsa. I en befolkning med överlag bättre hälsa borde färre ha behov att ta del av förmåner vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Samtidigt gör dock de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper i befolkningen att det även i en situation där hälsan förbättras sammantaget, ändå kan vara vissa personer som har så dålig hälsa att den leder till en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. För att finna förklaringar till variationer i inflödet och utflödet i aktivitetsersättningen är det därför mest intressant att studera utvecklingen av hälsan hos de som är mest sjukliga.

[7] Försäkringskassans utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023. Som Försäkringskassan konstaterar att prognoser emellertid är osäkra. Dessutom ökar denna osäkerhet ju längre tidshorisont som prognosen avser.
[8] ISF, rapport 2020:9.

Det har skett variationer av hälsoläget, mätt som självskattad hälsa, under den tid som gått sedan dagens regler för aktivitetsersättning infördes juli 2008. Andelen yngre, i åldern 16–29 år, som uppger dålig eller mycket dålig fysisk hälsa har varierat mellan 2 och 5 procent under åren 2008–2018. Andelen minskade från 3 till 2 procent år 2020 och mellan 2015 och 2018 har den ökat till 5 procent. Det finns alltså en trend som visar att andelen som uppgav dålig eller mycket dålig fysisk hälsa i åldersgruppen 16–29 år ökar. När det gäller den psykiska hälsan går det att se en tydlig trend med en ökning av andelen som uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande under det senaste decenniet. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande har under hela perioden 2006–2018 varit störst bland de yngre i åldersgruppen 16–29 och har ökat även i den gruppen, även om variationer skett under tiden.

Det finns alltså variationer i såväl den fysiska som psykiska hälsan under den tidsperiod utredningen studerar. Den ökning av andelen av befolkningen med aktivitetsersättning som sker 2008–2016 ligger i linje med denna utveckling, medan nedgången därefter inte gör det. Liksom för sjukersättningen så kan de snabba variationerna i beviljandegraden inte förklaras av förändringar i hälsan bland försäkrade i åldern 19–29 år.

I detta sammanhang kan också noteras att Riksrevisionen bedömer att svängningarna i antalet beviljanden av sjuk- och aktivitetsersättningen inte speglar motsvarande variationer i hälsa och arbetsförmåga i arbetskraften.

11.2.2 Arbetsmarknadens utveckling

Unga människor har generellt sett en större risk att bli arbetslösa, oavsett om de har nedsatt arbetsförmåga eller inte. För gruppen unga med nedsatt arbetsförmåga är naturligtvis situationen än svårare än för övriga personer i samma ålder.

Över tid har anknytningen till arbetsmarknaden för unga med funktionsnedsättning försvagats.[9] Bland annat som en effekt av att kraven på arbetsmarknaden höjts och konkurrensens om de ”enkla” jobben skärpts.

[9] Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2015:3), En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden, s. 136.

Som redogjordes för tidigare borde ett samband mellan arbetslöshetens utveckling och beviljandegraden av antalet ansökningar om aktivitetsersättning indikera att karaktären hos dem som ansöker om aktivitetsersättning förändras med konjunkturen. Det skulle således kunna var fler ansökningar i en lågkonjunktur än i en högkonjunktur. Fler ansökningar borde i sin tur innebära att andelen tveksamma fall där aktivitetsersättning inte bör beviljas ökar, vilket medför en ökad avslagsfrekvens. När antalet ansökningar minskar blir resonemanget det omvända.

Under det senaste decenniet är det likväl svårt att finna ett tydligt samband mellan antalet ansökningar om aktivitetsersättning och utvecklingen av arbetslösheten. Under åren 2012 till 2015 steg antalet ansökningar från 4 500 till 6 500 samtidigt som arbetslösheten minskade svagt. Sedan 2015 har arbetslösheten och antalet ansökningar om aktivitetsersättning följt en likartad utveckling. Samtidigt har andelen ansökningar som bifalls minskat kraftigt. Under åren 2014 till 2018 har avslagsfrekvensen ökat med nästan 40 procentenheter, en variation som saknar en tydlig koppling till de förändringar som skett på arbetsmarknaden och de konsekvenser dessa enligt resonemanget ovan borde ha på ansökningsbenägenheten. Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte är särskilt sannolikt att de kraftiga variationer i beviljandegraden som funnits i aktivitetsersättningen de senaste åren till någon större del förklaras av utvecklingen på arbetsmarknaden.

11.2.3 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning?

En stor variation i antalet beslut om beviljad aktivitetsersättning skulle kunna förklaras av en stor variation i antalet personer som ansöker om förmånen. Även beviljandegraden kan påverkas om fler ansökningar innebär att en större andel av de sökande är personer vars arbetsförmåga är nedsatt i mindre grad.

Antalet ansökningar om aktivitetsersättning har sedan 2012 legat på en nivå mellan 4 500–6 000 ansökningar per år. Under åren 2012 till 2015 ökade antalet ansökningar, därefter minskade de fram till 2018 för att åter öka under det senaste året. Att antalet ansökningar om ersättning har varierat antyder att benägenheten hos befolkningen att söka förmånen har varierat.

Det är dock svårt att se något samband mellan utvecklingen av antalet ansökningar och andelen avslag. Avslagsfrekvensen vid ansökning av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga har varierat kraftigt över åren. De eventuella förändringarna i ansökningsbenägenhet motsvaras inte av förändringarna i beviljandegrad. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att variationen i antalet beslut om beviljad aktivitetsersättning inte kan förklaras av en variation i de försäkrades ansökningsbenägenhet.

Jämfört med sjukersättningen uppvisar aktivitetsersättningen större svängningar i antalet ansökningar mellan olika år. Det tycks dock inte föreligga något samband mellan antalet ansökningar och beviljandegraden. Mellan 2012 och 2014 ökade antalet ansökningar samtidigt som andelen avslag sjönk. Därefter vände avslagsfrekvensen uppåt samtidigt som antalet ansökningar först ökade och sedan minskade.

Även ISF konstaterar att en ökad mängd ansökningar inte kan förklara den stora ökningen i andelen avslag under 2017 och 2018.[10] Dessa år ökade både antalet och andelen avslag mycket samtidigt som antalet ansökningar minskade.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att variationen i antalet beslut om beviljad aktivitetsersättning inte kan förklaras av en variation i enskildas ansökningsbenägenhet.

11.2.4 Förändringar i andra system

Utformningen av andra närliggande förmåner kan påverka såväl benägenheten att ansöka om aktivitetsersättning som vilka individer det är som ansöker. Förändringar i närliggande regelverk eller tillämpning för sådana ersättningar kan därför ha betydelse för variationer vad gäller antalet personer som beviljas aktivitetsersättning. Det kan t.ex. handla om förändringar av grunderna för att beviljas eller behålla andra förmåner eller nivån på förmånerna i förhållande till varandra. Även politiska målsättningar att förändra antalet som har en viss förmån kan spela roll.

I kapitel 7 om sjukersättning redogörs närmre för förändringar i andra system. I viss utsträckning är dessa också relevanta för aktivitetsersättningen.

[10] ISF 2020:9, s. 102.

Som tidigare nämnts genomfördes i juli 2008 och januari 2009 stora förändringar i regelverken för såväl sjuk- och aktivitetsersättning som sjukpenning, samt att flera förändringar i regelverket för sjukpenning även trätt i kraft efter 2008. Förändringar av arbetsmarknadsbegreppet skedde exempelvis 2012 för sjukpenningen och i februari 2016 togs den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen bort.

Det finns goda skäl att anta att aktivitetsersättningens förhållande till omgivande system på flera punkter skiljer sig från sjukersättningens. T.ex. torde ålderspensionssystemets utformning vara av ytterst begränsad betydelse på kort sikt. Däremot kan en lång period med aktivitetsersättning (och sjukersättning) påverka storleken på pensionen negativt.

Fördelningen vad gäller typ av ersättning, där kring 90 procent har garantiersättning, visar att endast en liten andel har haft förvärvsarbete innan de beviljades aktivitetsersättning. Det innebär att arbetslöshetsförsäkringens utformning sannolikt har liten påverkan på antal personer som söker och beviljas aktivitetsersättning.

Även sjukpenningens regelverk torde ha begränsad betydelse för antalet personer som söker och beviljas aktivitetsersättning. Kvalificeringen till sjukpenning sker genom förvärvsarbete. De flesta som beviljas aktivitetsersättning har aldrig arbetat eller endast gjort det i ringa omfattning. Flödet från sjukpenning till aktivitetsersättning är därför begränsat. Något som också talar för detta är det faktum att det är 6 procent av de personer som har aktivitetsersättning fram till 30-årsdagen som därefter får sjukpenning.[11]

Från och med den 1 februari 2017 är det även möjligt att ansöka om hel sjukersättning från och med juli det år den försäkrade fyller 19 år.[12] Det gäller personer med grava, livslånga och omfattande funktionsnedsättningar och en stadigvarande arbetsoförmåga.[13] Enligt Försäkringskassans statistik från 2020 har runt 2 900 personer i åldrarna 19–29 år fått sjukersättning sedan dessa regler infördes.[14] Denna lagstiftning har därmed i någon utsträckning minskat inflödet till aktivitetsersättningen. Minskningen kan också ha påverkat förhållandet mellan antalet avslag och beviljanden av aktivitetsersättning. Det rör sig dock om förhållandevis få ärenden i förhållande till den totala mängden ansökningar av aktivitetsersättning. Denna lag-

[11] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling, 2020, s. 55.
[12] 36 kap. 16 § SFB.
[13] Prop. 2016/17:1, Budgetproposition för 2017, utgiftsområde 10, s. 52.
[14] Försäkringskassan, Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023, s. 60.

ändring bedöms därför inte ha påverkat utvecklingen av andelen avslag på ett avgörande sätt.[15]

11.2.5 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning?

Av tidigare redogörelse kan konstateras att regelverket för rätt till aktivitetsersättning inte har förändrats i några väsentliga delar sedan 2008. Förändringar i lagstiftningen kan således avskrivas som förklaringsmodell till variationer i tillämpningen.

Av HFD:s generella uttalanden i avgöranden om rätt till aktivitetsersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008, samt i viss del av utgången i målen, kan konstateras att HFD har preciserat flera av de begrepp som är aktuella för tillämpningen av regelverket och uttalat bl.a. vilka faktorer som ska beaktas vid bedömningen av rätten till aktivitetsersättning. För aktivitetsersättningen får ett senare avgörande från 2019, HFD 2019 ref. 48, anses ha störst betydelse för den framtida tillämpningen. I detta avgörande har HFD preciserat och begränsat arbetsmarknadsbegreppet. Mot bakgrund av att detta avgörande tillkommit först under slutet av 2019 (domen meddelades den 11 oktober 2019), har det dock inte kunnat påverka utvecklingen före 2020.

Försäkringskassan anser att andelen avslag inom aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga, som minskade mellan 2018 och 2019, kan ha ett samband med vägledande domar från kammarrätten[16] och Högsta förvaltningsdomstolen.[17] Domarna från kammarrätten gäller vilka uppgifter som bör finnas i den medicinska utredningen vid prövningen av rätten till aktivitetsersättning och hur uppgifterna ska värderas. Domarna klargör att avsaknaden av objektiva undersökningsfynd inte är avgörande för Försäkringskassans bedömning av rätten till aktivitetsersättning.[18]

Domen från Högsta förvaltningsdomstolen har alltså kommit för sent för att ha kunnat påverka utvecklingen mellan 2018 och 2019. Domen från kammarrätten är från 2010 men har enligt Försäkringskassan omvärderats i myndighetens Domsnytt från 2019.[19]

[15] Jfr ISF 2020:9, bilaga 4 där samma slutsats framgår.
[16] Kammarrätten i Göteborgs dom den 28 maj 2010 i mål nr 6875-09 (Domsnytt 2019:014).
[17] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling, 2020.
[18] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020.
[19] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling, 2020.

Utredningens slutsatser är att regelverket avseende rätt till aktivitetsersättning, liksom för sjukersättningen inte har förändrats i någon väsentlig del sedan 2008. Den rättspraxis som kommit att utkristalliseras genom HFD:s avgöranden efter regeländringarna 2008 har vidare inte inneburit en uttolkning av reglerna i skärpande riktning. Variationen i tillämpningen kan därmed inte heller förklaras av förändringar i de rättsliga förutsättningarna. Däremot får Försäkringskassans interna styrmedel, där Domsnytt är ett och innefattar bl.a. värdering av även äldre kammarrättsavgöranden, stor betydelse för den fortsatta handläggningen. Se vidare om Försäkringskassans förändrade tillämpning i avsnitt 11.2.7.

11.2.6 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning

En möjlig förklaring till variationen i tillämpningen skulle kunna vara oklarheter i beviskravet, alltså vilken nivå på bevisningen som krävs för att ersättning ska kunna beviljas. I lagtexten och förarbetena anges vilka krav som ska vara uppfyllda för att en försäkrad ska kunna beviljas aktivitetsersättning, men inte vilken nivå på den faktiska bevisningen som krävs för dessa krav ska anses vara uppfyllda. Det föreligger således ett stort bedömningsutrymme för den enskilde beslutsfattaren.

Enligt utredningens direktiv ska frågan om beviskravet analyseras och ställningstagande ska göras till om ett nytt, kodifierat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna antas leda till en ökad stabilitet i tillämpningen. Vilket beviskrav som gäller för sjuk- och aktivitetsersättningen, huruvida beviskravet kan uppfattas vara oklart och effekterna av denna oklarhet berörs närmare i kapitel 12. I övrigt hänvisas till vad som anförts i denna del avseende sjukersättningen.

11.2.7 Förändrad tillämpning av regelverket

Av ovan redovisade uppgifter om aktivitetsersättningens utveckling över tid framgår att antalet personer som har ersättningen har ökat sedan mitten av 2000-talet. På detta sätt skiljer sig aktivitetsersättningen från sjukersättningen. Av uppgifterna framgår vidare att det

finns stora variationer i antalet nybeviljanden av ersättningar, med en kraftig uppgång av antalet avslag från 2014 och med ökning under 2016. Sett till denna aspekt liknar aktivitetsersättningen alltså sjukersättningen.

År 2019 vände åter siffrorna och fler nybeviljades aktivitetsersättning än 2018. Den främsta anledningen till att fler nybeviljades 2019 än 2018 är enligt Försäkringskassan att 10 procent fler personer ansökte om aktivitetsersättning. Försäkringskassan beviljade också en större andel av ansökningarna. Det finns dock en viktig skillnad mellan de två delarna av aktivitetsersättningen. Andelen avslag är och har varit större vid ansökningar om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga, jämfört med vid förlängd skolgång. Inom aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga minskade andelen avslag från 57 till 49 procent mellan 2018 och 2019. Det har bidragit till ökningen av nybeviljandet av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Beviljandefrekvensen av rätt till aktivitetsersättning har, liksom för sjukersättningen, således varierat kraftigt över tid. Samtidigt har regelverket för aktivitetsersättningen inte genomgått några större förändringar sedan juli 2008. Utredningen kan konstatera att det i allt väsentligt är samma bedömningsgrunder som gäller för att beviljas aktivitetsersättning i dag som varit fallet sedan juli 2008.

Riksrevisionen har kunnat konstatera att såväl antalet nybeviljanden som beviljandefrekvensen varierar kraftigt över tid och följer samma mönster, med toppar 2009 och 2014 och med låga nivåer på beviljande 2010–2011 samt 2017[20] Riksrevisionen har konstaterat att antalet beviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning halverades mellan åren 2003 och 2008 trots att olika mått på hälsa signalerade en stabil hälsoutveckling under samma period. En viktig orsak till nedgången var i stället enligt Riksrevisionen förändringar i Försäkringskassans arbetssätt och tillämpning av reglerna[21].

Det framstår som att en förändrad tillämpning är den viktigaste orsaken till att fler ärenden avslås. För detta talar också att det inte tycks ha skett några förändringar i vilka grupper som ansöker om aktivitetsersättning som kan förklara utvecklingen.

[20] Riksrevisionen 2018:9 s. 21. Riksrevisionens rapport är från 2018 varför de fortsatta låga nivåerna för efterföljande år inte har omfattat denna granskning.
[21] Riksrevisionen rapport 2018:9 s. 10 med hänvisning till Johansson m.fl. 2014.

Rättsliga kvalitetsuppföljningar

Försäkringskassan har vid flera tillfällen de senaste åren granskat den rättsliga kvaliteten i sjuk- och aktivitetsersättningsärenden. I avsnitt 7.2.8. om sjukersättningen konstateras att det finns en nära tidsmässig korrelation mellan Försäkringskassans slutsatser i de rättsliga uppföljningarna och myndighetens (fortsatta) tillämpning av regelverket. Samma slutsats kan dras avseende aktivitetsersättningen. De rättsliga kvalitetsuppföljningarna och åtgärderna som där föreslås synes således ha en mycket stark påverkan på handläggningen av ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning. Det är också Försäkringskassans uppfattning att den ökade andelen avslag inom sjukersättningen delvis beror på åtgärder som vidtogs efter att Försäkringskassan under 2015 genomförde en granskning av den rättsliga kvaliteten inom sjukersättningsärenden, se vidare kapitel 6 för redogörelse om dessa kvalitetsuppföljningar.[22]

Vad gäller aktivitetsersättningen redovisade Försäkringskassan 2016 en uppföljning av den rättsliga kvaliteten i ärenden där myndigheten beviljat aktivitetsersättning.[23] Resultaten, som påminde om de resultat som hade framkommit i granskningen av sjukersättningsärenden 2015, visade på en betydande förbättringspotential av utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. I närmare en tredjedel av ärendena bedömdes utredningen vara bristfällig och i de ärenden där utredningen ansågs vara tillräcklig ansågs beslutet av andra orsaker tveksamt i nästan hälften av fallen. För att komma till rätta med de bristande utredningarna bedömde Försäkringskassan att det behövdes kompetensutveckling. Beslutsfattarnas roll behövde stärkas så att de kan fylla sin funktion som garanter för en högkvalitativ utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Uppföljningen indikerade vidare att det fanns en förbättringspotential när det gäller konsultationer med försäkringsmedicinsk rådgivare. Förutom att försäkringsmedicinska rådgivarnas kompetens behövde användas i fler ärenden behövde kvaliteten på yttrandena också förbättras. Myndigheten bedömde också att det fanns behov av att säkerställa att adekvata rehabiliteringsplaner upprättades för de försäkrade som under perioden med aktivitetsersättning skulle delta i arbetslivsinriktad rehabilitering.

[22] Försäkringskassan, Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023, 2020-07-27.
[23] Försäkringskassan, Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga – Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:6.

Till följd av resultatet i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar sattes åtgärder i form av bl.a. utbildningsinsatser och ändringar i styrande dokument in. Sådana ändringar följs nästan alltid av myndigheten, inom ramen för efterföljande verksamhetsutveckling. Av intervjuresultat av myndigheten framgår dock att t.ex. utbildning brukar prioriteras bort när inflödet av ärenden ökar. Utbildningar är något som handläggarna generellt ser som positivt men ibland lyfts frågan om utbildning verkligen leder till effekter på den rättliga kvaliteten.[24]

Försäkringskassan har i en metaanalys av de rättsliga kvalitetsuppföljningarna[25] bl.a. konstaterat att det har funnits två områden av huvudsakliga brister i de granskade ärendena. Det första området är att de medicinska underlagen i utredningarna inte är tillräckliga. Det andra området består i att bedömningarna brister då de görs i förhållande till ett arbetsmarknadsbegrepp eller aktivitet där lagstiftaren inte angett ett tydligt innehåll. Resultaten visar också att det finns förmånsövergripande brister i upprättandet av olika typer av planer och i beslutsmotiveringarna. Orsakerna till de huvudsakliga bristerna är enligt Försäkringskassan till stor del att det finns tolkningsutrymme i regelverket. Detta fortplantar sig sedan i hela utredningsprocessen. Brister som uppstår när ett beslut fattas och det finns ett tolkningsutrymme, har att göra med hur man värderar olika uppgifter, vilka uppgifter som behövs och hur säkra handläggarna behöver vara för att kunna fatta ett korrekt beslut. Bevisvärdering och utredningsmetodik framstår då som områden som myndigheten behöver utveckla. Det är Försäkringskassans rättsavdelning som har tolkningsföreträde när det gäller hur reglerna ska tolkas.[26] I intervjuerna har det dock framkommit att några av verksamhetsutvecklarna på myndighetens försäkringsavdelningar inte alltid hållit med om tolkningen eller innebörden av gällande rätt som görs i de rättsliga kvalitetsuppföljningarna, bl.a. för att de inte vet vad som ligger bakom och bedömer att den varit för strikt.

Utredningen gör bedömningen att det står klart att Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar har stor betydelse för myndighetens tillämpning. Det är, såväl vad gäller sjukersättningen som aktivitetsersättningen, i samband med att dessa kvalitetsuppfölj-

[24] Försäkringskassan, Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014-2017 – en metaanalys, PM 2018:6.
[25] Försäkringskassan, Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014-2017 – en metaanalys, PM 2018:6.
[26] Försäkringskassans arbetsordning.

ningar har genomförts (och följts upp), som de stora variationerna i tillämpningen har inträffat. ISF:s kommer till liknande slutsatser i en effektstudie som visar att sannolikheten för att få ett avslag på en ansökan om aktivitetsersättning ökade (statistiskt säkerställt) efter att Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2016 hade publicerats.[27]

11.2.8 Regeringens styrning av Försäkringskassan

Regeringens styrning av myndigheten är också av intresse för att se till bakgrunden till Försäkringskassans arbete med bl.a. rättsliga kvalitetsuppföljningar samt den förändrade tillämpningen. Se avsnitt 7.2.8 för närmre redogörelse om detta.

När det gäller mer specifikt om aktivitetsersättningen fann ISF i en granskning att regeringens styrning av Försäkringskassan med avseende på aktivitetsersättning har haft betydelse för förändringarna i handläggningen och de ökade avslagen.[28] Den kraftiga ökningen av andelen avslag 2017 och 2018 föregicks av att regeringen från 2015 förändrade betoningen i sin styrning av Försäkringskassan. Regeringen stärkte då sitt fokus på prövning av rätten till ersättning och uttryckte också en oro över det ökande antalet unga med aktivitetsersättning.

ISF:s granskning visar att regeringens förflyttning av fokus i sin styrning runt år 2015 har gjort tydligt avtryck i Försäkringskassans interna styrning. I enlighet med regeringens direktiv riktade myndigheten fokus mot antalet unga med aktivitetsersättning. De förändrade även handläggningen för att i högre grad betona de rättsliga förutsättningarna för att bevilja aktivitetsersättning.

Slutsatser om Försäkringskassans tillämpning

Utredningen kan konstatera att den ökade andelen avslag som inträffat framför allt fr.o.m. 2015 i huvudsak beror på Försäkringskassans tillämpning och inte förändringar i regelverk eller rättspraxis.

Liksom gäller för sjukersättningen, är tolkningen att Försäkringskassans egna slutsatser från framför allt de rättsliga kvalitets-

[27] ISF, rapport 2020:9.
[28] ISF, rapport 2020:9

uppföljningarna är att myndigheten bedömer den egna handläggningen och bedömningarna under många års tid som bristande, med en alltför generös tillämpning där fler personer fått aktivitetsersättning beviljad än vad som skulle varit fallet om tillämpningen varit mer korrekt.

Liksom vad som är fallet avseende sjukersättningen drar utredningen, utifrån omständigheten att några förändringar i regelverket eller rättspraxis under perioden inte har skett, slutsatsen att det finns anledning att förhålla sig kritisk till den utveckling som skett inom tillämpningen. Rättsliga kvalitetsuppföljningar från Försäkringskassans sida har visserligen pekat på brister i handläggningen och bedömningen. Samtidigt är bedömningsutrymmet stort för enskilda beslutsfattare och begreppen inom försäkringen svårbedömda. Det kan ifrågasättas om det kan sägas finnas stöd för en så *kraftig* förändring av tillämpningen utifrån granskningar där olika bedömare gör olika bedömningar av materialet och utan förändringar i exempelvis rättspraxis.

Ett viktigt perspektiv i denna fråga är också att regelverket för aktivitetsersättningen utgör rättighetslagstiftning. Den som uppfyller kriterierna för att beviljas ersättning enligt gällande regelverk har också rätt till denna ersättning. Ett avslagsbeslut är också möjligt för den enskilde att överklaga till domstol. Antalet personer som beviljas ersättning ett enskilt år ska endast vara beroende av hur många av dessa som uppfyller kraven för ersättningen. Dessa aspekter får betydelse i framför allt frågan kring styrningen av Försäkringskassan. Utredningen kunde ovan konstatera att de mål som ställs upp av regeringen också påverkar myndigheterna tillämpning och handläggning av de enskilda ärendena.

11.2.9 Utredningens slutsatser om variationen i tillämpningen av aktivitetsersättning

Utredningen har i detta avsnitt diskuterat frågan om variationen i tillämpningen över tid och vilka orsaker – interna och externa – som kan tänkas utgöra förklaringsmodeller till dessa variationer.

En första slutsats som kan dras är att aktivitetsersättningen liksom sjukersättningen har problem med stabilitet i tillämpningen. Nybeviljandet av aktivitetsersättning har minskat kraftigt framför allt sedan 2016. Avslagsfrekvensen har ökat kraftigt över tid, från

13 procent år 2014 till 40 procent år 2019. Även för ansökan om ny period med ersättning har ökningen av andelen avslag varit mycket stor och gått från 3 procent år 2014 till 17 procent år 2018. Dock kan konstateras att andelen avslag inom aktivitetsersättningen från och med 2019 har minskat något. Detta har inträffat samtidigt som regeringen genom denna utrednings direktiv samt genom att ge ett uppdrag till ISF, har uppmärksammat att andelen avslag inom aktivitetsersättningen har ökat.[29] Minskningen av antalet avslag sammanfaller också med rättsfallet HFD 2019 ref. 48 som framgent kan komma att påverka utfallet i ärenden om aktivitetsersättning.

Som utredningen har konstaterat innebär stora variationer och en instabil tillämpning i sig problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tillit till försäkringen. När tillämpningen varierar över tid utan att några större regeländringar har genomförts för sjukförsäkringen kan det äventyra rättssäkerheten över tid. Dessutom finns det en risk för att tilltron till socialförsäkringssystemet och förtroendet för Försäkringskassan skadas.[30]

Utredningen drar vad gäller orsaken till variationerna slutsatsen att problembilden med variationer i beviljandegrad i första hand beror på Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Styrningen av myndigheten utgör också en delorsak till variationerna inklusive att Försäkringskassan får impulser om att se över tillämpningen. Övriga faktorer anses ha liten eller ingen betydelse för variationen i tillämpningen. Arbetsmarknadens utveckling och hälsofaktorer hos befolkningen kan inte ses som avgörande förklaringar till variationen i tillämpningen.

Något svar på frågan om den kraftiga variationen står inte heller att finna i förändringar av regelverket. 2008 genomfördes stora förändringar i regelverken för såväl sjuk- och aktivitetsersättningen som sjukpenningen. Under de tretton år som gått har emellertid regelverket inte ändrats på någon väsentlig punkt för aktivitetsersättningen. Vissa förändringar i regelverket för sjukpenningen 2016 bör förvisso ha påverkat risken för försäkrade att bli kvar i långa sjukskrivningar, men torde inte i övrigt ha haft inverkan på variationen i beviljandegrad av aktivitetsersättning. Utredningen har vidare kunnat konstatera att det inte heller finns stöd i rättspraxis från

[29] Uppdrag att analysera variationen i avslag och nybeviljande av aktivitetsersättning (S2019/03412/SF), se även ISF 2020:9, s. 110.
[30] Jfr slutsatserna i ISF rapport Förändrad styrning av och i Försäkringskassan, 2018:16.

Högsta förvaltningsdomstolen från denna period som motiverar denna förändring mot en striktare tillämpning; tvärtom kan rättspraxis anses ha gått i en något generösare riktning vad avser kraven för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning.

Effekten av regeringens styrning av myndigheten på utfall av handläggningen ska heller inte underskattas.

Den centrala faktorn som förklarar den stora variationen i antal beviljade ersättningar är således Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket. Försäkringskassan har tillämpat reglerna på olika sätt under olika år och avslagsfrekvensen har gått upp med flera hundra procent mellan 2014 och 2018 (från ca 20 procents avslag till ca 60 procent år 2018). Som utredningen har kunnat konstatera vilar inte heller de rättsliga kvalitetsuppföljningarna på någon förändring i regelverk eller rättspraxis. En sådan kraftig variation i beviljandegraden som skett får anses problematisk. Försäkringskassan har inom ramen för de rättsliga kvalitetsuppföljningarna pekat på bl.a. bristande kompetens och utbildning hos handläggarna, men också på att oklarhet i rättsliga begrepp leder till kvalitetsbrister och felaktig tillämpning. De bedömningar som de rättsliga kvalitetsuppföljningarna ger uttryck för medför för en betydligt striktare tillämpning och värdering av underlaget än hos t.ex. beslutsfattarna i det dagliga arbetet, vilket t.ex. har framkommit i intervjuer vid uppföljning av kvalitetsuppföljningarna. Denna diskrepans får i sig anses utgöra ett problem för värderingen av bedömningarna i underlaget.

Utredningen gör ingen värdering om förändringarna av handläggningen har varit nödvändiga och relevanta; inte om den striktare tillämpningen av regelverket är rättsligt mer korrekt. Utredningen kan samtidigt konstatera att det är problematiskt, inte minst ur ett rättssäkerhetsperspektiv, att andelen avslag och beviljanden kan pendla kraftigt utan att vare sig lagstiftning eller rättspraxis har ändrats. Det kan bl.a. medföra brist på förutsebarhet för unga personer som ansöker om aktivitetsersättning. Det är exempelvis svårt för en person som tidigare har fått bifall eller avslag på en ansökan att förutse och förstå att resultatet en kort tid senare kan bli det motsatta, utan att förutsättningarna har ändrats i sak. I likhet med vad ISF anför[31] menar utredningen att en sådan utveckling kan skada uppfattningen om rättssäkerheten i systemet och förtroendet för socialförsäkringen.

[31] ISF 2020:9, s. 13.

11.3 Orsaker bakom ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning i början av 2000-talet

ISF studerade 2011 utvecklingen av antalet beslut om beviljad aktivitetsersättning.[32] Vid tidpunkten för granskningen hade antalet personer med aktivitetsersättning ökat under en tioårsperiod. Det var en trend som Sverige delade med många andra OECD-länder inklusive våra nordiska grannländer, men som var tydligast i Sverige. En viktig del av ökningen bestod av personer som beviljats aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

I rapporten konstaterades också att antalet avslutade fall med aktivitetsersättning ökade även om den genomsnittliga tiden med ersättning alltjämt var mycket lång. Allt fler av dem som lämnade ersättningen gick ut i arbetslivet, antingen som anställda eller som inskrivna vid Arbetsförmedlingen.

Det ökade in- och utflödet i aktivitetsersättningen ska ses mot bakgrund av den förändring av regelverket som gjordes 2003 och som möjliggjorde ersättning även vid studier. I rapporten nämns utvecklingen inom skolan som en viktig faktor till det ökade inflödet. Förutom det ökade antalet personer i gymnasiesärskolan, vars elever ofta kan ha rätt till aktivitetsersättning för förlängd skolgång, kan andra reformer inom skolan också haft betydelse. Införandet av ett tredje (teoretiskt) år på de yrkesinriktade linjerna och övergången till ett målrelaterat betygssystem i grund- och gymnasieskolan i början på 1990-talet hade negativa effekter på examensfrekvensen. Sämre skolresultat torde även innebära större svårigheter att etablera sig i arbetslivet, vilket i förlängningen skulle kunna leda till en ökad risk att behöva aktivitetsersättning.[33]

I ISF-rapporten framförs även andra förklaringar till de ungas situation som också kan ha bidragit till utvecklingen. Även om betydelsen av dessa faktorer är svåra att härleda och kvantifiera, kan de ha haft en betydande inverkan på utvecklingen. Bland dessa kan nämnas en svårare arbetsmarknad med högre arbetslöshet och en högre andel tillfälliga anställningar, en försämrad psykisk hälsa i samhället, till-

[32] ISF, rapport 2011:10.
[33] Temagruppen unga i arbetslivet, Tid för aktivitetsersättning för unga, s. 32. (I Temagruppen unga i arbetslivetsamarbetade Arbetsförmedlingen, Communicare, Försäkringskassan, Skolverket, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner samt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor).

komsten av nya diagnoser, samt eventuellt också förskjutningar av normer och attityder till användningen av sjukförsäkringen.

Såväl kognitiv förmåga som utbildningsnivå har visat sig vara av stor betydelse för att få aktivitetsersättning. De bakomliggande mekanismerna för sambandet mellan kognitiv förmåga och aktivitetsersättning kan vara relaterade till hälsa. Personer med mer begränsad kognitiv förmåga har visat sig ha en ökad risk för både sjuklighet och dödlighet. Dessutom har en högre utbildning visat sig minska sannolikheten för att få aktivitetsersättning oavsett graden av kognitiv förmåga.

Andelen individer med låg kognitiv förmåga har inte ökat över tid. Däremot har arbetslivets krav förändrats i och med att manuella arbeten har blivit färre och arbetsuppgifterna blivit både mer kvalificerade och mer datoriserade. En hypotes ISF för fram är därför att det krävs en högre kognitiv förmåga i arbetslivet i dag jämfört med för tjugo år sedan. Detta skulle i så fall över tid innebära en ökad risk att få aktivitetsersättning för personer med låg kognitiv förmåga. ISF har i en studie undersökt om den relativa risken för aktivitetsersättning bland män med låg kognitiv förmåga jämfört med dem med högre kognitiv förmåga har förändrats över tid.[34]

I studien konstateras att aktivitetsersättning har blivit vanligare bland både dem med låg kognitiv förmåga och bland dem med hög kognitiv förmåga. Sannolikheten för aktivitetsersättning har inte ökat bland dem med låg kognitiv förmåga jämfört med dem med hög kognitiv förmåga. Det innebär i sin tur att den ökade förekomsten av unga vuxna med aktivitetsersättning troligtvis inte beror på dålig överensstämmelse mellan arbetslivets krav och kognitiv förmåga. Resultaten visar också att en högre utbildning minskar sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning oavsett kognitiv förmåga, vilket är intressant då det är en faktor som går att påverka i högre utsträckning än kognitiv förmåga.

[34] ISF, Arbetsrapport 2015:2.

Psykisk ohälsa bakom ökat nybeviljande

Försäkringskassan analyserade 2017 utvecklingen av nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning och redovisade särskilt övergångar från aktivitetsersättning till sjukersättning respektive till sjukpenning i särskilda fall med ett särskilt fokus på de som avslutar aktivitetsersättningen vid 30 års ålder.[35]

Försäkringskassan konstaterade att antalet personer med aktivitetsersättning i genomsnitt har ökat med ca 10 procent per år sedan 2005 och var i februari 2017 knappt 39 000 personer. Under det sista studerade året 2017 hade dock utvecklingen stannat av, bland annat på grund av en ökning av avslagen.

Ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning kan till stor del kopplas till en ökning av antalet fall med psykisk ohälsa. Det är bland annat diagnoser som störningar inom autismspektrum och hyperaktivitetsstörningar som ökat. Omkring 70 procent av de som beviljats aktivitetsersättning har en psykisk diagnos. Befolkningsökningen i åldrarna 19–29 år bidrar också till ökningen av antalet personer som beviljas aktivitetsersättning. En tredje förklaringsfaktor är att de som söker aktivitetsersättning är allt yngre när de ansöker och stannar därmed längre i ersättningen.

Flertalet av de som har aktivitetsersättning har ersättning på garantinivå. De har i de flesta fall inte haft möjlighet att genom förvärvsarbete bygga upp ett inkomstrelaterat försäkringsskydd. Ungefär hälften av alla som får aktivitetsersättning vid förlängd skolgång går över till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Omkring 60 procent av de som har aktivitetsersättning vid 30 års ålder går över till sjukersättning, 19 procent får sjukpenning i särskilda fall och 21 procent en annan typ av försörjning, till exempel sjukpenninggrundad utifrån tidigare inkomst.

Ökat antal personer med aktivitetsersättning en internationell trend

Mot bakgrund av det ökade antalet personer som fått aktivitetsersättning genomförde Inspektionen för socialförsäkringen 2013 en jämförande studie mellan sju europiska länder.[36] Syftet med studien

[35] Försäkringskassan, dnr. 013687-2017, Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning.
[36] ISF 2013:7, Unga förtidspensionärer – studie av sju europeiska länder.

var att identifiera erfarenheter och åtgärder som skulle kunna bidra till vidareutvecklingen av aktivitetsersättningen, det svenska förtidspensionssystemet för unga vuxna mellan 19 och 29 år.

Studien visar att den svenska utvecklingen inte var unik. Av de studerade länderna var det bara Danmark och Finland som hade en lägre andel unga förtidspensionärer än Sverige. I alla de studerade länderna var psykiska sjukdomar och syndrom de mest förekommande diagnoserna bland unga förtidspensionärer. I Sverige hade 76 procent av alla nya mottagare av förtidspension en psykisk diagnos år 2011. För de andra granskade länderna varierade förekomsten av dessa diagnoser mellan 58 och 80 procent.

Jämförelsen av de olika nationella systemen visade på relativt stora skillnader i regelverken, handläggningen av förtidspensionsärenden och insatserna för att stärka unga förtidspensionärers arbetsförmåga. Det är dock klart att länderna står inför likartade utmaningar med en relativt hög andel unga förtidspensionärer, som ofta står ganska långt från arbetsmarknaden.

Generellt finns lite kunskap kring vilka insatser och stöd som effektivt bidrar till att stärka unga förtidspensionärers arbetsförmåga. Det gäller i såväl Sverige som övriga studerade länder.

Övergång från aktivitetsersättning till sjukersättning

Även om aktivitetsersättningen är en tidsbegränsad förmån är det relativt få personer som lämnar ersättningen. Tiden med ersättning är därför lång och många lämnar ersättningsformen först när de fyller 30 år. En stor andel av dem som lämnar ersättningen vid 30 års ålder övergår dock till sjukersättning.[37] Andelen är något större för män (68 procent) än för kvinnor (60 procent). Omkring 20 procent av fallen lämnar aktivitetsersättning för sjukpenning i särskilda fall eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Var åttonde person som lämnade aktivitetsersättningen hade året efter ekonomiskt bistånd från kommunen. Omkring 20 procent av dem som lämnade aktivitetsersättningen hade en arbetsinkomst under året de fyllde 30 år. Endast 7 procent hade en arbetsinkomst större än 100 000 kronor per år.

[37] ISF 2017:5, Aktivitetsersättning vid trettio års ålder – Vad händer sedan?

11.4 Kraven för att beviljas aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden

Som utredningen tidigare konstaterat har det varit stor variation i antalet personer som beviljas aktivitetsersättning, även om den inte varit lika stor som för sjukersättningen. Allt fler försäkrade har dock fått avslag på sina ansökningar om aktivitetsersättning sedan 2014 och med en kraftigare uppgång sedan 2016. Liksom för sjukersättningen uppkommer frågan om vad som händer med de försäkrade som har nekats ersättning. Vilka effekter har ett nekande av aktivitetsersättning på individens efterföljande inkomster, hälsa och användande av sjukförsäkringen?

Begreppet förvärvsarbete är detsamma i sjukersättningen och aktivitetsersättning

En huvudfråga som lyfts i utredningens direktiv är arbetsmarknadsbegreppet och hur detta tillämpas. För aktivitetsersättning utgörs detta begrepp av *förvärvsarbete*. Det är alltså samma begrepp som tillämpas vid prövningen av rätt till sjukersättning. Diskussion om detta begrepp i avsnittet om sjukersättning är således även relevant för aktivitetsersättningen. Riksrevisionens rapport (2018:9) om vad som händer försäkrade som har nekats ersättning gäller såväl beslut om sjukersättning som aktivitetsersättning, se avsnitt 7.3.3 om denna granskning.

11.4.1 Bedömningen av nedsättning av arbetsförmågan

Bedömningen av arbetsförmåga är komplex och kan vara särskilt svårt vad gäller unga personer som kanske aldrig eller endast i ringa omfattning har varit ute i arbetslivet. Vissa personer har dessutom diagnoser som gör att funktionsförmågan varierar över tid. Detta skapar sammantaget en utmanande situation för handläggare på Försäkringskassan i sitt uppdrag att löpande följa, bedöma, tillvara och stimulera individens arbetsförmåga.[38]

[38] Se t.ex. Temagruppen unga i arbetslivet, Tid för aktivitetsersättning för unga, s. 38.

Mannelqvist anser att bedömningen av arbetsförmåga vid prövning av rätt till aktivitetsersättning ofta huvudsakligen kan vara hypotetisk, utan koppling till reella arbetsuppgifter.[39] I en granskning av läkarintyg innehöll de framför allt medicinska bedömningar men saknade ofta koppling till arbetsuppgifter. I de fall det fanns en bedömning av arbetsförmågan i läkarintygen framgick inte i förhållande till vilket förvärvsarbete detta gjorts. Inte heller Försäkringskassan bidrog med en arbetsmarknadskoppling i sin bedömning. I de få ärenden det fanns yttrande från arbetsgivare eller arbetsterapeut innehöll bedömningen av arbetsförmågan främst beskrivningar av olika krav på individen som kunde förväntas finnas i olika typer av yrken. I många fall var det inte möjligt att bedöma arbetsförmågan. Det berodde framför allt på medicinska faktorer, men också på att sjukdomen medfört att den unge hamnat utanför samhället genom att han eller hon saknade bland annat utbildning, boende och ekonomi. Därmed blev arbetsförmågebedömningen av nödvändighet teoretisk. Mannelqvist menar också att ett problem med att det är arbetsförmågans nedsättning som ligger till grund för rätten till ersättning är att många unga som söker aktivitetsersättning aldrig har haft ett arbete eller befunnit sig på arbetsmarknaden, vilket gör det svårt att bedöma i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt. Det blir i stället en hypotetisk bedömning, utan koppling till arbete eller arbetsuppgifter, där det framför allt blir den medicinska förbättringspotentialen som ligger till grund för beslut om ersättning.[40]

11.4.2 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om aktivitetsersättning?

ISF har i en undersökning kommit fram till att personer som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning ofta har låga eller inga inkomster.[41] Det finns alltså en ekonomisk utsatthet bland många av dem som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

I granskningen delade ISF in personerna som fick avslag i fyra ömsesidigt uteslutande grupper utifrån personernas huvudsakliga

[39] Mannelqvist Ruth, Socialmedicinsk tidskrift 2019/5, Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar.
[40] Mannelqvist Ruth, Socialmedicinsk tidskrift 2019/5, Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar, s. 661 ff.
[41] ISF 2021:2.

inkomst och sysselsättning året efter avslagsbeslutet. 2 av 10 hade arbete och inkomst samt tjänade minst 133 600 kronor per år, knappt 1 av 10 studerade och hade studiemedel under två terminer, 5 av 10 var inskrivna på Arbetsförmedlingen utan att ingå i någon av de två tidigare nämnda grupperna och 2 av 10 har ingen känd huvudsaklig sysselsättning.

Tre år efter avslagsbeslutet hade fler personer pensionsgrundande inkomster över 133 600 kronor men 5 av 10 hade fortfarande låga eller inga inkomster. Andelen som ingick i gruppen utan känd huvudsaklig sysselsättning var ungefär lika stor under samtliga tre år som ISF följde personerna. Av de som saknade huvudsaklig sysselsättning året efter beslutet var det ungefär hälften som fortsatte att sakna detta under granskningsperioden. Det var en överrepresentation av unga med funktionsnedsättning bland de unga som varken arbetade eller studerade.

Många av de unga som får ett beslut om avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning har en svag ekonomisk ställning. Det är en större andel av dessa unga, än andra personer i samma åldrar som har skulder som går till Kronofogdemyndigheten. ISF konstaterar att nästan 4 av 10 har fått ekonomiskt bistånd någon gång under året efter beslutet om avslag, och att många hade bistånd under minst ett halvår. Kronofogdemyndigheten hade registrerat minst en nyinkommen skuld det första året efter beslutet om avslag för 2 av 10. De som varken hade arbete och inkomst eller som hade studier som huvudsaklig sysselsättning hade i högre utsträckning än andra grupper tagit emot ekonomiskt bistånd. De hade också oftare nytillkomna, obetalda skulder året efter avslaget. Sammantaget fick nästan 6 av 10 av männen och 4 av 10 av kvinnorna antingen ekonomiskt bistånd eller nyregistrerade skulder året efter beslutet om avslag. Var tionde person fick både ekonomiskt bistånd och nyregistrerade skulder året efter beslutet om avslag. Arbetslöshet var det vanligaste skälet till att personerna fick ekonomiskt bistånd.

Vidare fick 3 av 10 kvinnor och 4 av 10 män ekonomiskt bistånd ett år efter året de fått avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning. En något mindre andel fick ekonomiskt bistånd både under året efter de fått avslag och två år efter avslaget; ca 2 av 10 kvinnor och ca 3 av 10 män. Ytterligare en något mindre andel fick ekonomiskt bistånd tre år efter beslutet om avslag. 2 av 10 bland männen och en något mindre andel bland kvinnorna fick ekonomiskt bistånd hela eller

delar av året, tre år i rad. Det var till stor del samma personer som fick ekonomiskt bistånd som hade det återkommande under flera år.

Flera av de personer som ISF följde var inskrivna på Arbetsförmedlingen vid åtminstone något tillfälle samt under flera års tid. Tre år efter avslagsbeslutet var nästan 4 av 10 kvinnor och 5 av 10 män inskrivna på Arbetsförmedlingen. Av de som var inskrivna på Arbetsförmedlingen vid beslutstillfället var det var tredje som tre år senare fortfarande var kvar som inskriven utan uppehåll.

De personer som fick avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning hade ofta en funktionsnedsättning eller ohälsa som sätter ned den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, och befann sig enligt ISF:s bedömning troligtvis i gränslandet mellan socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. ISF:s resultat tyder på att det finns en ekonomisk utsatthet bland unga med funktionsnedsättning som fått avslag på ansökan om aktivitetsersättning, vilket enligt utredningen kan tyda på att kraven på att beviljas aktivitetsersättning är stränga. ISF har dock inte analyserat Försäkringskassans handläggning av ärendena, eller om besluten är korrekta i förhållande till befintlig lagstiftning. Resultaten från ISF:s granskning måste därför bedömas med försiktighet och ISF konstaterar att inte alla som får avslag behöver omfattande stöd för att komma i egen försörjning eller börja studera. Den studerade gruppen hade vidare en genomsnittlig utbildningsnivå som var betydligt lägre än för andra unga i samma åldersgrupp, och var tredje hade tidigare haft aktivitetsersättning för förlängd skolgång. Enligt ISF visar det på att många av dessa unga möter större utmaningar än andra när de ska ta klivet in i vuxen- och arbetslivet. Utredningen delar ISF:s bedömning att det faktum att de som myndigheten har följt har låg utbildningsnivå kan vara en del i förklaringen till att så många saknar arbete och inte har någon eller endast låg inkomst. Detta behöver således inte ha samband med att de har nedsatt arbetsförmåga.

12 Rätten till aktivitetsersättning – överväganden och förslag

12.1 Ett förändrat arbetsförmågebegrepp

Utredningens förslag: Vid prövningen av rätten till aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätten till sjukpenning.

Det innebär att prövning av arbetsförmågan ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Skälen för utredningens förslag: Vid prövning av såväl rätt till sjukersättning som aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras i förhållande till samma arbetsmarknadsbegrepp som används för sjukpenning. Utredningen föreslår därför att arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av rätt till aktivitetsersättning ska ändras till samma begrepp som regeringen i prop. 2020/21:171 föreslår ska gälla för sjukpenning: att prövningen av arbetsförmågan fr.o.m. dag 181 i rehabiliteringskedjan (för anställda) ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Sedan tidigare gäller även för sjukpenning att arbetsförmågan också ska prövas mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Även detta rekvisit ska gälla vid prövning av rätt till aktivitetsersättning.

När det gäller förslaget i prop. 2020/21:171 avseende rätt till sjukpenning är bedömningen att den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot varken görs bredare eller smalare

genom den föreslagna lagändringen.[1] Det framstår som svårt att på ett transparent sätt förklara vad som är ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och vilka krav ett sådant arbete ställer. För att prövningarna av arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbeten ska bli mer begripliga och med syfte att harmonisera det arbetsmarknadsbegrepp som används såväl vid bedömning av rätt till sjukpenning som aktivitetsersättning och sjukersättning är utredningens förslag således att arbetsförmågan ska bedömas mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Som framgår i avsnitt 8.1 bedöms en harmonisering av arbetsmarknadsbegreppet vara en ändamålsenlig förändring bl.a. för att komma till rätta med problematiken att många personer blir kvar i långa sjukskrivningar fastän det inte finns fler åtgärder att ta till för att dessa personer ska kunna få en förbättrad arbetsförmåga. Detta problem är vanligast för personer som är över 30 år, men det kan även i viss utsträckning[2] gälla för personer under 30 år vad gäller möjligheten att byta ut sjukpenningen till aktivitetsersättning om arbetsförmågan kan anses vara nedsatt under minst ett år *i normalt förekommande arbeten*. I så fall blir den enskilde m.a.o. kvar med sjukpenning fastän det är en dagersättning.

Att harmonisera arbetsmarknadsbegreppet inom hela sjukförsäkringen har i sig fördelar. Det torde bl.a. underlätta för berörda aktörer vid utredning om rätten till ersättning. Exempelvis gäller det hälso- och sjukvårdens bedömningar av den försäkrades medicinska hälsotillstånd.[3]

Genom den föreslagna förändringen kommer bedömningen av arbetsförmågan göras mot mer konkreta arbeten jämfört med vad som sker i dag, då prövningen sker i förhållande till arbeten på hela arbetsmarknaden vilket även innefattar bl.a. udda och sällan förekommande arbeten samt anställningar där arbetsgivaren får lönebidrag även i de fall sådana anställningar inte är tillgängliga. Med nuvarande lagstiftning kan arbetsförmågebedömningen således ske mot en relativt hypotetisk arbetsmarknad, med arbeten där den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga utan att det i praktiken är realistiskt att han eller hon kommer kunna få ett sådant arbete. Det förändrade arbetsmark-

[1] Prop. 2020/21:171, s. 22.
[2] Många i målgruppen saknar dock SGI och kan således inte få sjukpenning.
[3] Visserligen föreslås ett annat arbetsmarknadsbegrepp för äldre personer i arbetsför ålder, men i majoriteten av ärendena kommer det bli bedömning i förhållande till samma begrepp.

nadsbegreppet bedöms medföra att den enskildes arbetsförmåga kommer bedömas mot en mer realistisk arbetsmarknad, vilket torde leda till att bedömningar och beslut om aktivitetsersättning överlag kommer kunna framstå som mer verklighetsförankrade. Utredningen bedömer därmed att arbetsförmågebedömningen genom det nya begreppet kommer bli mer konkret med starkare koppling till reella arbeten. I förlängningen innebär detta enligt utredningens bedömning att den i avsnitt 11.4.1 beskrivna problematiken kring att bedömningen av arbetsförmågan i nuläget ofta är mer teoretisk kommer att minska och att det blir lättare att bedöma arbetsförmågan även hos personer som aldrig haft ett arbete.

Den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet innebär att det blir något lättare att beviljas aktivitetsersättning. För många unga med en långvarigt nedsatt arbetsförmåga kommer detta att vara en fördel. Samtidigt måste man beakta att många unga som är aktuella för aktivitetsersättning ofta saknar, eller har endast begränsad arbetslivserfarenhet. Vidare kan flera unga fortfarande genomgå en mognadsprocess som kan medföra att arbetsförmågan utvecklas ifall ändamålsenliga rehabiliteringsinsatser genomförs. Således är det viktigt att Försäkringskassan gör väl avvägda bedömningar och utredningar för att säkerställa att det är avsedd målgrupp som beviljas ersättningen. Dessutom blir det ytterst angeläget att avsikten med aktivitetsersättningen, att vara en ersättningsform som just präglas av aktivitet bl.a. genom ändamålsenligt stöd och insatser till de försäkrade att få eller återfå arbetsförmåga också realiseras. Risken är annars att de försäkrade passiviseras och hamnar i ett permanent utanförskap där de aldrig får en möjlighet att komma ut i arbetslivet och i stället blir kvar i sjukförsäkringen ända tills ålderspensioneringen. Därför lämnar utredningen förslag som syftar till att förstärka möjligheterna för unga med aktivitetsersättning att få ta del av insatser som syftar till att de ska få eller återfå arbetsförmåga.

12.1.1 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive aktivitetsersättning

Den nuvarande utformningen av sjukförsäkringssystemet innebär att kriterierna för att kunna beviljas aktivitetsersättning är striktare jämfört med kriterierna för sjukpenning. Eftersom aktivitetsersättning liksom sjukersättning beviljas för mer långvarigt nedsatt arbetsför-

måga är den nuvarande ordningen logisk. Utredningens föreslagna förändring av arbetsmarknadsbegreppet innebär att detta rekvisit för att beviljas aktivitetsersättning blir lättare att uppfylla. Emellertid är bedömningen att kriterierna för att kunna beviljas aktivitetsersättning även fortsättningsvis kommer att vara striktare än de vad som gäller vid prövning av rätt till sjukpenning. Detta eftersom det även framöver kommer krävas en långvarigt nedsatt arbetsförmåga, under minst ett års tid för att rätt till aktivitetsersättning ska föreligga.

12.2 Varaktighetskrav och rehabiliteringsmöjligheter

Utredningens bedömning: Varaktighetskravet i aktivitetsersättningen bör även fortsättningsvis vara att nedsättningen av arbetsförmågan ska antas bestå under minst ett år.

Skälen för utredningens bedömning: Av utredningens direktiv framgår att en analys av varaktighetskravets ändamålsenlighet i sjukersättningen och aktivitetsersättningen ska göras. Bedömningen att utesluta att en person i framtiden kan få arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete ibland innefattar ett stort mått av presumtion om framtiden.[4]

För aktivitetsersättningen gäller enligt nuvarande regelverk att den försäkrades arbetsförmåga ska kunna antas vara nedsatt i minst ett år. Utredningens uppfattning är att det även fortsättningsvis ska krävas någon form av längre varaktighetskrav för att aktivitetsersättning ska kunna beviljas. Det rör sig inte om en ersättning som ska komma i fråga redan vid kortare sjukskrivningar eller temporär nedsättning av arbetsförmågan. Genom förslaget om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp kommer aktivitetsersättningen att närma sig sjukpenningen. Varaktighetskravet blir därmed centralt för att skilja ersättningarna åt. Utan ett krav på en längre varaktighet av nedsättningen av arbetsförmågan skulle kriterierna för sjukpenning respektive aktivitetsersättning i princip bli desamma.

Ett krav på viss varaktighet av nedsättningen av arbetsförmågan är också nödvändigt för att det ska bli fruktbart att sätta in de typer av stöd och insatser som ersättningen innefattar. Exempelvis kan

[4] I direktiven används ordet ”uteslutas” om bedömningen av framtida arbetsförmåga. Utredningens slutsats är att beviskravet är ”sannolikt”; det behöver således inte ”uteslutas” att den försäkrade kan återfå arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete i framtiden.

aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB förväntas ta viss tid att både få till stånd och att utföra. Det ska således även fortsättningsvis vara fråga om en långvarig nedsättning av arbetsförmågan, i minst ett år för att ett beviljande av aktivitetsersättning ska kunna bli aktuellt.

Till skillnad från vad som gäller för rätt till sjukersättning krävs inte att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda vid prövningen av rätt till aktivitetsersättning. Däremot kan frågan till viss del sägas vara inkluderad i varaktighetsbegreppet, på så sätt att om arbetsförmågan hos den försäkrade inte kan antas vara nedsatt i minst ett år för att rehabilitering förväntas återställa arbetsförmågan på kortare tid än ett år, är kriterierna för aktivitetsersättning inte uppfyllda. Om rehabilitering planeras eller pågår, ska Försäkringskassan således ta ställning till när insatserna kommer att vara avslutade och om den försäkrade genom rehabiliteringen förväntas återfå den arbetsförmåga som ansökan avser.

Utredningen har för sjukersättningens del dragit slutsatsen att frågorna om varaktighet och rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas separat, till följd av bl.a. lagtextens utformning. För aktivitetsersättningens del blir dessa frågor tydligare sammankopplade, av det enkla skälet att frågan om uttömd rehabilitering inte utgör ett uttalat, eget kriterium för att rätt till ersättningen ska föreligga.

Det krävs typiskt sett medicinskt underlag t.ex. i form av ett läkarutlåtande om hälsotillstånd[5] av vilket det kan dras slutsatser att nedsättningen av arbetsförmågan kommer att bestå minst ett år framåt i tiden, för att det ska finnas möjlighet att bevilja aktivitetsersättning. En sådan medicinsk bedömning är ofta svår att göra.

12.2.1 Ett års nedsättning – väl avvägt varaktighetskrav

Kravet på minst ett års nedsättning av arbetsförmågan förefaller enligt utredningens uppfattning vara väl avvägt. I utredningens arbete har inte heller framkommit några indikationer om att det finns svagheter eller direkta problem med detta varaktighetskrav. Genom utredningens förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp, att det föreslås bli detsamma som för bedömningen av rätt till sjukpenning, kommer bedömningen avseende den försäkrades arbetsförmåga bli mer generös. För att hitta en bra avvägning och balans vad gäller de

[5] 3 § Förordning (2002:986) om sjukersättning och aktivitetsersättning.

sammantagna kraven för att beviljas aktivitetsersättning blir varaktighetskriteriet mer centralt. Även med beaktande av detta är utredningen sammantagna bedömning att kravet på minst ett års nedsättning av arbetsförmågan även fortsättningsvis är väl avvägt. Utredningen föreslår därför att varaktighetskravet kvarstår som i dagsläget.

12.2.2 Prognosbedömningen har ett lågt beviskrav

Enligt gällande regelverk krävs att det *kan antas* att nedsättningen av arbetsförmågan kommer att bestå i minst ett år. Utredningen kan konstatera att kravet på att det ska kunna antas att arbetsförmågan kommer vara nedsatt under minst ett år utgör ett beviskrav och att detta är relativt lågt ställt. Detta innebär att inte alltför höga krav ska ställas på denna prognos. Om det är osäkert om åtgärder hinner sättas in inom ett år eller om utfallet av dessa åtgärder är osäkra torde kravet på att arbetsförmågan kan antas vara nedsatt under minst ett år kunna anses vara uppfyllt. Det bör krävas tydliga uttalanden i det medicinska underlaget som talar för att arbetsförmågan sannolikt kommer att kunna återställas tidigare än om ett år, för att aktivitetsersättning ska kunna nekas på det kriteriet.

12.3 Ett kodifierat beviskrav vid prövning av rätt till aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Ett kodifierat beviskrav ska införas för prövningen av rätten till aktivitetsersättning. Rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att arbetsförmågan är nedsatt på sådant sätt som föreskrivs.

Utredningens bedömning: För bedömningen av varaktighetskravet bör nuvarande beviskrav kvarstå. För rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen *kan antas* bestå under minst ett år.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Utredningen har i den del som avser sjukersättningen (se avsnitt 8.5) redogjort för förslaget att införa ett författningsreglerat beviskrav, samt att detta

krav bör formuleras som att det ska vara *sannolikt* att kriterierna för sjukersättning är uppfyllda. Samma resonemang som förs där gäller också för aktivitetsersättningen. Starka skäl talar för att en kodifiering av beviskravet genomförs för sjukersättningen och aktivitetsersättningen samtidigt. Utredningen kan inte finna några skäl till varför beviskravet skulle kodifieras för den ena ersättningen men inte för den andra. Inte heller har utredningen kunnat finna några skäl till att beviskravet skulle vara olika högt vid helhetsbedömningen av rätt till ersättning. Vid en helhetsbedömning ska därför rätt till aktivitetsersättning föreligga om den försäkrade gör sannolikt att förutsättningarna för detta är uppfyllda.

Avseende prognosbedömningen – att arbetsoförmågan ska bedömas bestå under minst ett års tid – föreslås ingen ändring av nuvarande beviskrav, ”kan antas”: Av nuvarande bestämmelse framgår att för rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år.[6] Utredningen har vidare konstaterat att bedömningen av arbetsförmågan respektive frågan om arbetsoförmågans varaktighet (och möjligheten till att få eller återfå arbetsförmåga genom rehabilitering) utgör separata delar av bedömningen, vilket också innebär att olika beviskrav kan gälla för de olika delarna. Det betyder att det inte föreligger något hinder mot förslaget, att beviskravet sannolikt ska tillämpas vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning, medan man för prognosen av varaktigheten även fortsättningsvis ska tillämpa beviskravet *kan antas.*

[6] 33 kap. 7 § SFB.

13 Rätten till aktivitetsersättning – konsekvenser av utredningens förslag

I detta avsnitt redovisas konsekvenser av utredningens förslag avseende rätten till aktivitetsersättning. Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna belysas för den enskilde, staten och dess myndigheter, kommuner, regioner, organisationer och företag. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheten, sysselsättningen, offentlig service i olika delar av landet, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga i förhållande till större företag beskrivas.

Utredningen bedömer att förslagen i detta avsnitt framför allt påverkar den enskildes ekonomiska situation, statens försäkringsutgifter, kommuner och regioner samt myndigheterna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Förslagen bedöms även till viss del påverka sysselsättning och arbetslöshet. Nedan beskriver utredningen vilka bedömningar som görs kring konsekvenserna ur dessa perspektiv. Ur övriga perspektiv som utredningen enligt kommittéförordningen har att beakta bedöms små eller inga konsekvenser av förslagen uppstå.

Som konstaterats i avsnittet om sjukersättning är det svårt att med närmare precision bedöma de volymförändringar utredningens förslag kan få eftersom det saknas kunskap om hur människors beteende förändras när regler ändras. En rimlig slutsats utifrån resonemangen om aktivitetsersättning är dock att en ansökningsbenägenhet till denna ersättningsform gradvis kan komma att förändras. Syftet med utredningens förslag är att fler ska kunna beviljas aktivitetsersättning. När fler kan beviljas är det också rimligt att fler

personer ansöker om förmånen, även människor utanför den primära målgrupp som utredningens förslag är avsedda att riktas till. Därmed kan även antalet personer med aktivitetsersättning succesivt förväntas öka.

Nedan beskrivs översiktligt de förslag och bedömningar som utredningen presenterar kring rätten till aktivitetsersättning. Av de föreslagna förändringarna är det ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp som utredningen bedömer har den största effekten på nybeviljandet av aktivitetsersättning. Även om effekterna av övriga förslag på ett övergripande plan kan bedömas vara små är de emellertid delar av ett sammanhållet regelverk där varje del påverkar nästa del och alla delar tillsammans utgör en helhet. Utredningen för inledningsvis ett övergripande resonemang om respektive förslags förväntade effekter. De beräkningar som sedan görs av det förväntade antalet nya beslut om beviljad aktivitetsersättning avser dock helheten och redovisas inte för varje separat förslag.

Arbetsmarknadsbegreppet

Utredningens förslag om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp, att den försäkrades arbetsförmåga prövas mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade, gör det enligt utredningens bedömning enklare att beviljas aktivitetsersättning jämfört med i dag. Fler personer än i dag kommer därmed ansöka om och beviljas aktivitetsersättning. Utredningen bedömer denna förändring som den viktigaste orsaken till att antalet personer med aktivitetsersättning kommer att öka som en följd av utredningens förslag.

Varaktighetskravet

Varaktighetskravet i aktivitetsersättningen ska enligt utredningens bedömning även fortsättningsvis vara att nedsättningen av arbetsförmågan ska antas bestå under minst ett år. Utredningen framhåller dock att det befintliga kravet ”kan antas” ska anses utgöra ett beviskrav. Utredningen bedömer att konsekvenserna vad gäller varaktighetsbegreppet sannolikt blir små. På marginalen kan varaktighets-

kravet i kombination med det förändrade arbetsmarknadsbegreppet och det kodifierade beviskravet få effekter på hur läkare i sin intygsskrivning resonerar kring varaktighetsbegrepp och sannolikheten att individer med ett visst sjukdomstillstånd kan få eller återfå arbetsförmåga. I dessa fall torde det i praktiken kunna innebära en viss mildring av varaktighetskravet och därmed göra det något enklare för personer med vissa diagnoser att få aktivitetsersättning. Det är också möjligt att det i och med att arbetsmarknadsbegreppet vidgas finns anledning att i fler ärenden fundera kring varaktigheten av arbetsförmågans nedsättning och att varaktighetsbegreppet på så vis används mer i handläggningen av aktivitetsersättningsärenden.

Kodifierat beviskrav

Ett kodifierat beviskrav införs för prövningen av en ansökan om aktivitetsersättning. Rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att kriterierna för sådan ersättning är uppfyllda. Det föreslagna beviskravet *sannolikt* utgör enligt utredningens bedömning endast en kodifiering av det beviskrav som redan gäller som normalkrav för förvaltningsprocessen i stort och för ansökningsärenden om aktivitetsersättning. Konsekvenserna för tillämpningen bör därför inte bli alltför stora. I ett mindre antal fall bör enskilda kunna beviljas ersättning med stöd av rätt tillämpning av beviskravet, där inte orimligt höga krav ställs på utredningen. Utredningens preliminära bedömning är att effekterna av ett förändrat beviskrav är mycket små, främst mot bakgrund av att kodifiering av beviskravet endast avser att slå fast ett i tillämpningen redan använt beviskrav. Resonemanget är det samma som effekten av ett kodifierat beviskrav i sjukersättningen, se vidare kapitel 9.

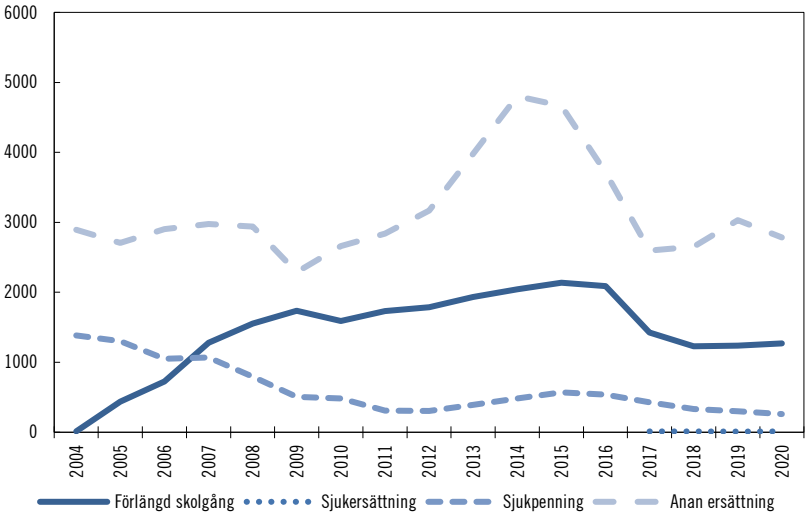
Målpopulation

I dag sker inflödet till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga till 30 procent från personer som tidigare haft aktivitetsersättning vid förlängd skolgång, omkring 5 procent från sjukpenning och resterande 65 procent kommer från annan ersättning. Annan ersättning kan t.ex. vara aktivitetsstöd från olika arbetsmarknadspolitiska insatser och/eller ekonomiskt bistånd från kommunen. Till stor del

består dock gruppen av personer med medfödda funktionsnedsättningar. Många är barn till föräldrar som tidigare haft vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag och har då själva tidigare haft studiemedel.[1]

Med de förändringar av regelverket som utredningen föreslår gör utredningen bedömningen att inflödet till aktivitetsersättning kommer öka från samtliga dessa grupper. Sedan Försäkringskassan efter 2015 höjde kvaliteten i sitt handläggningsarbete (se avsnitt 11.2.7) minskade inflödet till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga under några år men har under de senaste åren stabiliserats kring omkring 4 500 personer per år. Som framgår av figur 13.1 har minskningen skett inom samtliga av de ovan nämnda grupperna men till antalet har minskningen varit störst i gruppen som kommer från annan ersättning.

Figur 13.1 Inflöde till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga från olika ersättningstyper



Källa: Försäkringskassan.

[1] Sedan 2029 har vårdbidraget ersatts med ett omvårdnadsbidrag och en merkostnadsersättning.

13.1 Effekter för försäkringen

Nedan redovisas utredningens bedömning av hur många fler som kan beviljas aktivitetsersättning med de nya förslagen samt de ökade kostnader som detta medför. Inflödet av nya personer bedöms komma från personer som i dag har aktivitetsersättning vid förlängd skolgång, sjukpenning eller annan ersättning som exempelvis ersättning för deltagande i arbetsmarknadspolitiska insatser samt från personer med funktionsnedsättningar som kommer direkt från gymnasiestudier.

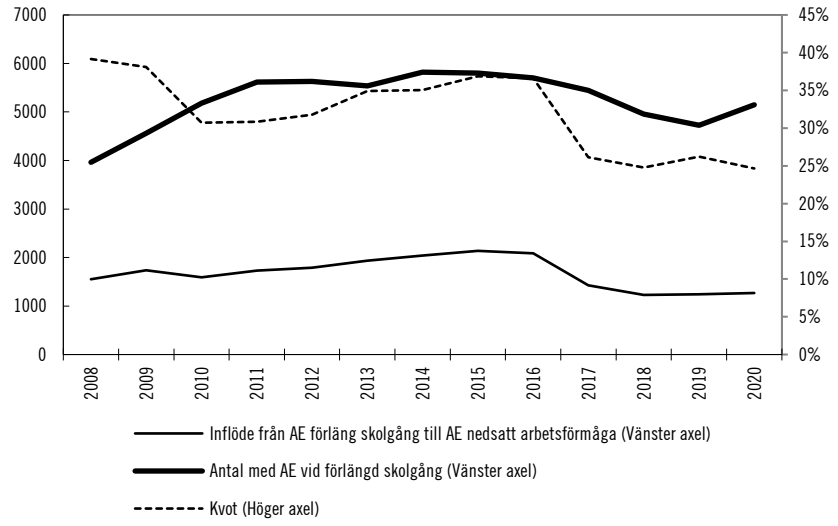
Inflöde från aktivitetsersättning vid förlängd skolgång

Inflödet till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga från personer med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång har, sett över tid, varit förhållandevis stabilt. Sedan 2010 har inflödet legat mellan 1 000–2 000 personer per år. En tydlig nedgång, som kan förknippas med åren för Försäkringskassans kvalitetshöjande arbete, syns mellan 2016 och 2018 och antalet har sedan dess stabiliserats kring 1 200 personer per år. Sedan 2011 har antalet personer med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång legat relativt stabilt mellan 5 000 och 6 000 personer. Det innebär att andelen av de som har aktivitetsersättning vid förlängd skolgång som övergår till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga har minskat under de senaste åren (se streckad linje i figur 13.2).

Ett rimligt antagande är att utredningens förslag inte påverkar inflödet till och antal personer som beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Däremot kommer sannolikt ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp innebära att en större andel än i dag kan övergå från aktivitetsersättning vid förlängd skolgång till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Av figur 13.2 framgår att denna övergångsandel sjönk från omkring 35 procent till 25 procent (benämns kvot i figuren) under mitten av 2010-talet. Utredningen menar att det med de nya regler som föreslås vore rimligt att denna andel åtminstone återgår till 35 procent. Det skulle i så fall, givet att antalet personer med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång fortsätter att ligga på en stabil nivå kring 5 000 personer per år, innebära att ytterligare 500 personer per år övergår från aktivitetsersättning

vid förlängd skolgång till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Figur 13.2 Antal med aktivitetsersättning (AE) vid förlängd skolgång och inflöde till AE vid nedsatt arbetsförmåga från AE vid förlängd skolgång samt kvoten mellan dessa



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Inflöde från sjukpenning

Inflödet till aktivitetsersättning från sjukpenning har under de senaste åren legat kring 250–300 personer per år. När arbetsmarknadsbegreppet blir mer generöst är det rimligt att detta flöde ökar. Med utredningens förslag införs samma arbetsmarknadsbegrepp inom sjukpenning och aktivitetsersättning. Det som skiljer ersättningstyperna från varandra är att arbetsförmågans nedsättning ska vara minst ett år för att aktivitetsersättning ska kunna beviljas.

För att approximativt få en uppfattning om hur stort flödet från sjukpenningen till aktivitetsersättningen kan komma att bli utgår utredningen från historisk information om hur många startade sjukfall som kan förväntas bli längre än tre år. Man kan i och för sig diskutera vilken tidsrymd som ska väljas men i sjukfall som blir längre än tre år kan åtminstone aktivitetsersättningens varaktighetskrav sannolikt anses uppfyllt. Under de senaste åren har det i genomsnitt

startats omkring 90 000 sjukfall bland personer yngre än 30 år. Omkring 1,7 procent av dessa kan förväntas bli längre än tre år.[2] Det innebär att omkring 1 600 sjukfall kan förväntas bli längre än tre år. Vid motsvarande beräkning för flödet mellan sjukpenning och sjukersättning antogs att 10 procent av de långa sjukfall skulle kunna beviljas sjukersättning. Ett rimligt antagande är att det är en något större del som skulle kunna beviljas aktivitetsersättning eftersom varaktighetskravet på arbetsförmågans nedsättning inte är lika strikt i aktivitetsersättningen som i sjukersättningen. Under antagandet att 25 procent av försäkrade i dessa långa sjukfall skulle beviljas aktivitetsersättning innebär det att ca 400 fler personer än i dag övergår från sjukpenning till aktivitetsersättning. Det innebär omkring dubbelt så många som i dag.

Inflöde från annan ersättning

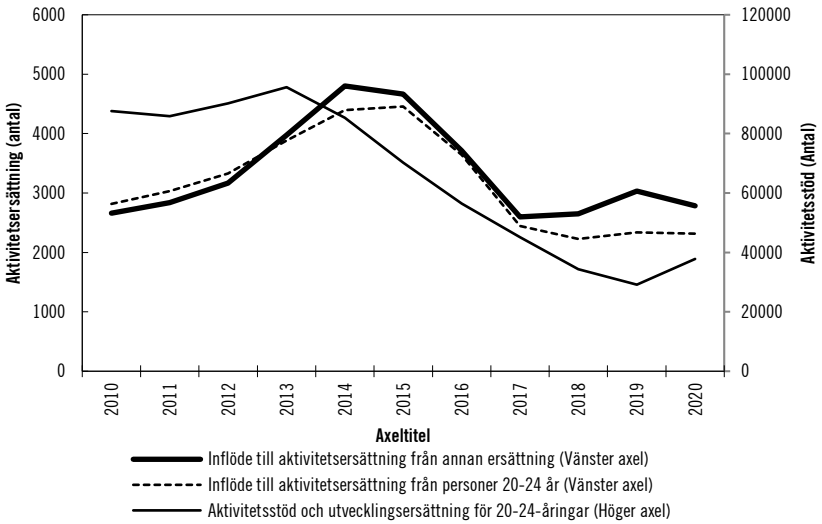
Inflödet till aktivitetsersättning från annan ersättning än sjukpenning och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång sker till stor del av personer som kommer direkt från gymnasieskolan. Många har en medfödd funktionsnedsättning, är barn till föräldrar som tidigare haft vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag och har själva haft studiemedel. En stor del av inflödet i denna grupp sker således redan vid 19 eller 20 års ålder. Med ett något generösare arbetsmarknadsbegrepp än i dag är det rimligt att fler med denna bakgrund kan beviljas aktivitetsersättning. De som i dag inte beviljas aktivitetsersättning direkt efter gymnasiestudier i den aktuella gruppen bedömer utredningen till stor del deltar i aktiviteter hos Arbetsförmedlingen som ger rätt till aktivitetsstöd eller utbildningsersättning.

Av figur 13.3 framgår att inflödet från denna grupp i princip motsvaras av det samlade inflödet från personer mellan 20–24 år. Av samma figur framgår även hur antalet personer i åldrarna 20–24 år som haft aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning vid insatser från Arbetsförmedlingen utvecklats. Den goda konjunkturen under dessa år har inneburit att antalet personer i den aktuella åldersgruppen minskat från strax under 100 000 till ca 40 000 personer. Eftersom inflödet till aktivitetsersättningen inte alls varierat i samma utsträckning som antal personer med aktivitetsstöd, har kvoten mellan dessa

[2] Siffran beräknad av Försäkringskassan.

storheter trendmässigt ökat under den aktuella perioden. Inflödet till aktivitetsersättningen från denna grupp har således succesivt ökat som andel av dem som har aktivitetsstöd, från ca 3 till 8 procent. Med den förändring av arbetsmarknadsbegreppet som utredningen föreslår kan det antas att denna andel fortsätter att öka. Om inflödets andel skulle stiga med 5 procentenheter och uppgå till ca 13 procent av de 20–24 åringar som haft aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning under 2020, skulle det innebära att ytterligare ca 2 000 personer beviljas aktivitetsersättning.

Figur 13.3 Aktivitetsstöd och utvecklingsersättning 20–24 åringar (Höger axel) samt inflöde till aktivitetsersättning från annan ersättning och från personer 20–24 år (Vänster axel)



Källa: Försäkringskassan.

Införandeeffekt

Det samlade inflödet till aktivitetsersättningen kan därmed förväntas öka med ca 3 000 personer per år. I avsnittet om sjukersättning resonerades om två olika utvecklingsbanor för hur antalet nybeviljade ersättningar kan komma att utvecklas. Dels en successiv ökning av antalet nybeviljade ersättningar, dels av en relativt kraftig ökning inledningsvis som sedan avtar. Eftersom det i aktivitetsersättningen handlar om unga människor med en begränsad erfarenhet av arbets-

livet är det rimligt att många av dessa vill och försöker pröva sin arbetsförmåga genom arbete eller fortsatta studier innan de ansöker om aktivitetsersättning. En förändring av arbetsmarknadsbegreppet på det sätt som utredningen föreslår gör det i någon utsträckning svårare att veta huruvida arbetsförmågan är nedsatt i normalt förekommande arbete innan arbetsförmågan verkligen har prövats genom antingen eget arbete eller insatser från Arbetsförmedlingen. Med dagens regler är det i viss utsträckning mer tydligt och lättare att bedöma vilka individer som ska beviljas aktivitetsersättning direkt utan att andra insatser prövats eftersom de individer som i dag är aktuella för aktivitetsersättning står längre från arbetsmarknaden. För den grupp som kan förväntas bli aktuell för aktivitetsersättning under de nya reglerna blir arbetsmarknadspolitiken sannolikt ett än viktigare verktyg än i dag för att pröva huruvida arbetsförmågan är nedsatt. Utredningen bedömer mot denna bakgrund att det inte på samma sätt som i sjukersättningen finns klara fall som direkt vid de nya reglernas införande självklart kan beviljas aktivitetsersättning. Det kan i stället vara så att ökningen sker succesivt vartefter arbetsförmågan i normalt förekommande arbete hinner prövas antingen genom eget arbete eller genom insatser från Arbetsförmedlingen. Utredningen redovisar inte några beräkningar för hur en sådan införandeeffekt skulle kunna se ut, utan presenterar enbart konsekvenserna när systemet nått sin fulla jämvikt.

Kostnader för reformer i aktivitetsersättningen

För att beräkna kostnaderna för övriga system som interagerar med aktivitetsersättningen i de aktuella fallen använder utredningen mikrosimuleringsmodellen FASIT. De görs genom att slumpmässigt välja ut individer som uppfyller egenskaperna hos de personer som kan bedömas flöda in i aktivitetsersättningen vid förändrade regler. Som diskuterats ovan handlar det om unga personer som varit långvarigt sjuka med sjukpenning, unga personer som deltagit i arbetsmarknadspolitiska insatser med aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning under längre tid samt personer som helt saknar annan försörjning. För att slumpen inte ska tillåtas ha allt för stor betydelse upprepas det slumpmässiga urvalet ett antal gånger och det som

sedan redovisas nedan den genomsnittliga effekten från dessa upprepade simuleringar.[3]

Tabell 13.1 Inflöde till aktivitetsersättning

Ökat inflöde i förhållande till dagens nivå

Inflöde från	Antal
Sjukpenning	400
Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång	530
Annan ersättning	2 000
Totalt	**2 930**

Källa: Egna beräkningar.

Kostnaderna redovisas för två år: införandeåret och året därefter och avser kostnadsökningen i förhållande till dagens nivå i respektive ersättningssystem. Beräkningarna avser de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna och tar inte hänsyn till eventuella beteendeförändringar som kan påverka benägenheten att ansöka om ersättning. Utredningen antar att dessa förändringar på kort sikt är små och inte påverkar beräkningarna i nämnvärd omfattning. I ett längre perspektiv kan dock dessa förändringar förväntas vara större och leda till att inflödet till aktivitetsersättning ökar mer än utredningens antaganden. Utredningen antar att beviljandet av nya ersättningar sker enligt ett jämnt mönster fördelat över årets alla månader. Det innebär att kostnaden under införandeåret kan uppskattas till hälften av den totala kostnaden som uppstått om samtliga ersättningstagare hade haft ersättning under hela året. Året efter införandeåret beräknar utredningen att kostnaden för de som beviljades ersättning under införandeåret slår igenom fullt ut och att kostnaden för de som nybeviljas ersättning under detta år sker med halva den fulla kostnaden på samma sätt som under införandeåret.

Med omkring 3 000 ytterligare personer som beviljas aktivitetsersättning varje år ökar utgifterna för aktivitetsersättning med ca 170 miljoner kronor. Året efter införandet ökar kostnaden till 500 miljoner kronor. Som beskrivits ovan bedömer utredningen att omkring 500 personer kommer från en tidigare sjukskrivningsperiod med sjukpenning. När sjukpenning ersätts med sjukersättning minskar

[3] Inom statistiken kallas denna metod Monte Carlo-simulering.

utgifterna för sjukpenning med omkring 30 miljoner. Under år 2 ökar denna kostnad till ca 100 miljoner kronor.

För de unga som i dag deltar i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning förväntas utgifterna minska med omkring 20 miljoner kronor under det första året och 50 miljoner kronor under det andra året. Utredningen antar, vilket redovisats ovan, att de till antalet är fler än de som kommer från sjukpenning men ersättningsnivåerna är i de flesta fall betydligt lägre. Därmed blir besparingen för utgifter kopplade till arbetsmarknadspolitiska insatser lägre än besparingen i sjukpenningen.

En del av dem som deltar i arbetsmarknadspolitiska program har i dag ekonomiskt bistånd från kommunen. De flesta av de individer som beviljas aktivitetsersättning efter att tidigare haft aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning saknar inkomstrelaterad ersättning. Det gör att dagersättningen är låg och behöver kompletteras med ekonomiskt bistånd. Eftersom aktivitetsersättning och bostadstillägg tillsammans ska ge en inkomst så att den enskilde klarar sin grundläggande försörjning minskar behovet av ekonomiskt bistånd. Utredningen uppskattar denna minskning till omkring 10 miljoner kronor under införandeåret. Besparingen ökar sedan under andra året till ca 30 miljoner kronor.

För dem som beviljas aktivitetsersättning kan även bostadstillägg beviljas. Det är emellertid inte självklart att alla som beviljas aktivitetsersättning söker bostadstillägg då det kräver utgifter för boendekostnader. I den aktuella gruppen, som till stor del består av unga personer som saknar fast förankring på arbetsmarknaden, är det rimligt att anta att en del inte söker eller är berättigade till bostadstillägg. Utredningens beräkning av kostnadsökningen för bostadstillägget bygger på registeruppgifter kopplade till mikrosimuleringsmodellen FASIT. I denna modell finns uppgifter om boendekostnader och hushållens övriga inkomster. I modellen beräknas bostadstilläggets storlek givet de inkomster som hushållet har och de uppgifter som finns angivna för hushållets boendekostnader. Utifrån de uppgifter som finns registrerade i modellen beräknas bostadstillägget öka med ca 20 miljoner kronor när fler individer beviljas aktivitetsersättning under införandeåret. Året därefter ökar utgifterna för bostadstillägg till 60 miljoner kronor när fler beviljas aktivitetsersättning.

Tabell 13.2 Kostnader utredningens förslag avseende aktivitetsersättning

Kostnadsökning i förhållande till dagens nivå, Miljoner kronor

	År 1	År 2
Aktivitetsersättning	170	500
Sjukpenning	-30	-100
Arbetsmarknadsstöd	-20	-50
Ekonomiskt bistånd	-10	-30
Bostadstillägg	20	60
Skatt	10	20
Disponibel inkomst	120	360
Effekt för staten	130	390
Effekt för kommuner	-10	-30

Källa: Egna beräkningar.

Anm. * Innehåller Statlig ålderspensionsavgift på 18,5% för aktivitetsersättning samt 10,21% för sjukpenning och arbetslöshetsersättning.

13.2 Effekter för den enskilde

De som med utredningens förslag bedöms kunna beviljas aktivitetsersättning är, som redogjorts för ovan, personer som i dag har sjukpenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning eller helt saknar egen inkomst och försörjs genom anhöriga eller kommunernas socialtjänst.

Utredningen redovisar i tabell 13.3 den individuella disponibla inkomsten vid ersättning från olika ersättningssystem. Härav kan det konstateras att den individuella disponibla inkomsten vid aktivitetsersättning på garantinivå är omkring 159 000 kronor per år under 2021. Ersättningen i sjukpenningen varierar beroende på tidigare inkomster vid arbete. För en person som har en underliggande inkomst på ca 20 000 kronor per månad blir den disponibla inkomsten omkring ca 137 000 kronor per år. Om den underliggande månadsinkomsten i stället är ca 35 000 kronor blir den individuella disponibla inkomsten omkring 207 000 kronor per år. För de som kommer in i aktivitetsersättningen via sjukpenning blir den individuella disponibla inkomsten högre vid aktivitetsersättning än sjukpenning om den underliggande månadslönen vid arbete är lägre än ca 25 000 kronor per månad. Är månadslönen högre än 25 000 kronor blir den individuella disponibla inkomsten vid aktivitetsersättning lägre än vid sjukpenning.

För de som i dag deltar i insatser från Arbetsförmedlingen som berättigar till aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning saknas ofta tidigare arbetslivserfarenhet varför ersättningen utbetalas med ett grundbelopp om 223 kronor per dag. För den som har ett försörjningsbehov utöver denna ersättning betalas även ekonomiskt bistånd från kommunen. Det innebär att den individuella disponibla inkomsten ofta är lägre än vad garantinivån i aktivitetsersättningen ger. Det innebär att för de som kommer in i aktivitetsersättning efter att ha deltagit i åtgärder hos Arbetsförmedlingen blir ersättningen ofta högre med aktivitetsersättningen och bostadstillägg än med aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning kompletterad med ett eventuellt ekonomiskt bistånd.

Ytterligare konsekvenser för den enskilde är att beviljandet av aktivitetsersättning ger rätt till aktiviteter under tiden med ersättning samt ersättning för rehabiliteringsinsatser genom särskilt bidrag. För staten är detta en relativt liten utgift som bedöms öka i relativt liten omfattning när fler beviljas aktivitetsersättning. För den enskilde individen kan dock dessa ersättningar ha en viktig betydelse för den enskildes personliga ekonomi och bidra till att rehabiliteringsåtgärder faktiskt genomförs.

Tabell 13.3 Individuell disponibel inkomst vid ersättning från aktivitetsersättning, sjukpenning eller aktivitetsstöd

Kronor per år

	Aktivitetsersättning (garantiersättning)	Sjukpenning (SGI 20 000 kr/mån)	Sjukpenning (SGI 35 000 kr/mån)	Aktivitetsstöd
Individuell disponibel inkomst	159 000	135 790	207 200	128 160

Källa: Egna beräkningar.

Anm. Antagen bostadskostnad 6 500 kronor per månad. Den enskilde antas få bostadstillägg och ekonomiskt bistånd när så är tillämpligt.

Eftersom utredningen bedömer att inflödet till aktivitetsersättning vid de nya reglernas införande kommer öka mer från aktivitetsstöd, utvecklingsersättning och de som i dag försörjs av anhöriga än från sjukpenning så kommer det bli fler personer som får ökade inkomster än personer som får minskade inkomster. Till stor del återfinns de som berörs positivt långt ner i inkomstfördelningen. Uti-

från det slumpmässiga urvalet av personer som till följd av utredningens förslag antas beviljas aktivitetsersättning kan en uppskattning av förslagens effekt på inkomstfördelningen beräknas. Effekten på inkomstfördelningen är väldigt liten. Sammanlagt bedöms inkomsterna för de med lägst inkomster öka med 0,03 procent. Det är en effekt av att det är få som berörs sett till samhällsekonomin som helhet. För de enskilda individer som beviljas aktivitetsersättning blir emellertid effekten större.

13.3 Effekter för sysselsättning

Utredningen bedömer att effekten på sysselsättningen av utredningens förslag är små. För den som beviljas aktivitetsersättning är det inte arbete som är den alternativa sysselsättningen just för stunden. Arbetsförmågan är nedsatt under minst ett år och många av de som beviljas aktivitetsersättning har tidigare inte haft ett arbete. Aktivitetsersättning ger i stället en möjlighet för den enskilde att med en trygg ersättning få eller återfå arbetsförmåga genom aktiva insatser.

Utredningen har emellertid konstaterat att mer kan göras genom aktiva åtgärder för att stötta den enskilde att återvända till arbetslivet. Utredningen har i detta syfte föreslagit att det införs ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram specifikt för dem med aktivitetsersättning. Med detta förslag vill utredningen att fler ska kunna förbättra sin arbetsförmåga samt åtminstone delvis återgå i arbete. Med aktiva insatser under tiden med aktivitetsersättning stärks också individens möjligheter att kunna ta ett arbete senare i livet.

13.4 Effekter för hälso- och sjukvården

Utredningen har tidigare redogjort för vilka effekter ökade ansökningsvolymer av sjukersättning kan förväntas ha på hälso- och sjukvården. Resonemangen är även tillämpliga avseende aktivitetsersättningen och redogörs därför inte vidare i detta avsnitt. En uppskattning är att ett läkarutlåtande i normalfallet omfattar ca 3 läkarbesök. Utredningen uppskattar den genomsnittliga kostnaden för ett sådant

utlåtande med tillhörande undersökningar till 3 600 kronor.[4] Utredningen har uppskattat att antalet personer med aktivitetsersättning kan komma att öka med ca 3 000 personer. En del av dessa är sannolikt personer som tidigare ansökt om aktivitetsersättning men fått avslag. Därmed är det inte sannolikt alla dessa personer behöver nya underlag från hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att hälften av det ökade inflödet kommer från personer som behöver nya underlag från hälso- och sjukvården. Det skulle därmed innebär ökade kostnader med ca 5,4 miljoner kronor. Et fåtal av dem som beviljas aktivitetsersättning har tidigare haft sjukpenning. De allra flesta har emellertid aldrig arbetat och saknar SGI. Utredningen räknar därmed inte med att det på samma sätt som inom sjukersättningen kan göras en besparing på sjukintyg i pågående sjukfall till följd av att fler beviljas aktivitetsersättning. Den besparing som eventuellt kan göras är i så fall liten. Utredningen saknar närmare underlag för att kunna kostnadsberäkna en sådan besparing.

13.5 Effekter för kommuner

En del av de nya personer som kan förväntas beviljas aktivitetsersättning till följd av utredningens förslag deltar åtminstone periodvis i insatser hos Arbetsförmedlingen som ger rätt till aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning. Många i denna grupp har en svag anknytning till arbetsmarknaden och har således inte kvalificerat sig för inkomstrelaterade ersättningar från arbetslöshetsförsäkringen. Dagersättningen är därför låg och för de som har en egen ekonomi och inte bor tillsammans med andra behöver inkomsten ofta kompletteras med andra ersättningar som bostadsbidrag och ekonomiskt bistånd. Aktivitetsersättningen ska tillsammans med bostadstillägg ge en inkomst som gör att ekonomiskt bistånd inte behöver betalas ut. I en del fall är emellertid försörjningsbehovet stort och den enskildes inkomster kan därmed ändå behöva kompletteras med ekonomiskt bistånd. Aktivitetsersättning tillsammans med bostadstillägg ger emellertid en högre inkomst än aktivitetsstöd och utvecklingsersättning kompletterat med bostadsbidrag och eventuellt ekonomiskt bistånd. Det innebär att behovet av ekonomiskt bistånd minskar.

[4] Det innebär i genomsnitt ca 3 067 kronor. Utredningen använder detta belopp för beräkning av kostnader för hälso- och sjukvården.

Därmed kan kommunernas utbetalningar av ekonomiskt bistånd förväntas minska till följd av att fler personer beviljas aktivitetsersättning. Utredningen uppskattar att kostnaderna för ekonomiskt bistånd minskar med ca 20 miljoner kronor till följd av att fler beviljas aktivitetsersättning.

Kommunerna har också ofta en framträdande roll vad gäller ansvar för många personer som har aktivitetsersättning, bl.a. vad gäller insatser enligt LSS. Exempelvis har vissa försäkrade som får aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga en insats i form av daglig verksamhet enligt LSS. Utredningen bedömer att vissa av förslagen kan bidra till att några personer som har daglig verksamhet kan utveckla arbetsförmåga och i stället – på sikt – börjaförvärvsarbeta. Det skulle alltså medföra att det blir färre personer med daglig verksamhet. Bedömningen är emellertid att detta endast får en mindre effekt.

13.6 Effekter för myndigheter

Utredningen bedömer att de myndigheter som berörs av förslagen i denna del är Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Arbetsförmedlingen

När reglerna för rätten till aktivitetsersättning görs generösare uppstår ett behov för mer rehabiliterande åtgärder. Vid beslut om rätt till aktivitetsersättning ska ingå beslut att försäkrade, som har behov av det, har rätt till relevanta insatser från Arbetsförmedlingen i syfte att få eller återfå arbetsförmåga under tiden den försäkrade får ersättning. För detta ändamål förslår utredningen att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram skapas. Under tiden personen har ersättning ska han eller hon ha rätt att ta del av relevanta rehabiliterande insatser i syfte att få eller återfå arbetsförmåga.

Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan inom ramen för det förstärkta samarbetet med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. Med förslaget om ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp som arbetsförmågan ska prövas mot är det emellertid rimligt att anta att de nya personer som kommer in i aktivitetsersättningen i genomsnitt har en högre arbetsförmåga än de som tidigare funnits i försäkringen. Det skulle

i så fall peka mot att det är fler som redan tidigt i processen kan tillgodogöra sig de åtgärder/insatser som Arbetsförmedlingen har att erbjuda. Det talar således för att fler personer med aktivitetsersättning skulle delta i insatser via Arbetsförmedlingen. Det innebär att Arbetsförmedlingens kostnader för aktiviteter i det föreslagna ramprogrammet ökar i förhållande till de kostnader som finns i dag i det förstärkta samarbetet. Samtidigt kan det på sikt leda till sänkta kostnader för staten om fler med aktivitetsersättning får eller återfår arbetsförmåga. De administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen av att införa ett ramprogram för personer med aktivitetsersättning beskrivs i kapitel 17.

Försäkringskassan

Om fler personer beviljas aktivitetsersättning innebär det ökade handläggningskostnader för Försäkringskassan. Eftersom aktivitetsersättningens beslut fattas för högst tre år handlar en del av handläggningsprocessen om att hantera ansökningar om ytterligare, nya perioder med ersättning. Med fler som årligen beviljas aktivitetsersättning följer även att ansökan om ny period med ersättning ökar. Även om förlängningsansökningarna ofta inte innebär en lika omfattande process som den första prövningen innebär de emellertid att Försäkringskassans administrationskostnad påverkas mer än vid enbart ett tillfälle. Dessutom ska det ske en förutsättningslös prövning av varje ansökan.

Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning ökar också kostnaderna för att administrera det som händer under tid med ersättningen. Fler kommer också att behöva samordning av insatser vilket i sin tur medför ökade förvaltningskostnader. Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning kan även fler bli aktuella för vilande ersättning och prövotid för studier. Det kan också innebära en ökad administration för aktiviteter enligt 33 kap. 21 § SFB och därmed att fler har rätt till särskild ersättning.

Detta ökar administrationen kring dessa ärendetyper och kräver mer handläggningsresurser. Utöver detta bedöms myndigheten även få ökade utvecklingskostnader, främst för utbildningsinsatser och förändringar i it-system. De sistnämnda är dock kostnader av en-

gångskaraktär som när väl investeringen gjorts inte återkommer. En uppskattning är att dessa kostnader uppgår till ca 20 miljoner kronor.

Med fler som beviljas aktivitetsersättning och fler ansökningar om ny (ytterligare) period med aktivitetsersättning blir det också fler som kommer att kunna ansöka om och beviljas bostadstillägg. Det innebär ökade handläggningskostnader inom bostadstillägget.

Försäkringskassans styckkostnad för handläggning av aktivitetsersättningsärenden var enligt myndighetens årsredovisning för 2020 ca 13 100 kronor. Med utredningens uppskattning om att ca 3 000 ytterligare personer kan beviljas aktivitetsersättning med om utredningens förslag genomförs skulle det innebära en ökad administrationskostnad på knappt 40 miljoner kronor.

13.7 Effekter för jämställdhet

I dag beviljas kvinnor och män, aktivitetsersättning i ungefär lika stor utsträckning. Utredningens förslag bedöms inte förändra detta mönster och bedöms således inte någon effekt på jämställdheten mellan kvinnor och män.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0193-1 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: PeterPencil
Bild och bildbearbetning:
Agneta S Öberg

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Vol. 2

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNINGEN
SAMT FÖRMÅNER VID REHABILITERING

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:69

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Volym 2

Betänkande av
Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:69

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0192-4 (tryck)
ISBN 978-91-525-0193-1 (pdf)
ISSN 0375-250X

Innehåll

Förkortningar **27**

Sammanfattning **29**

Summary **65**

1 Författningsförslag **93**

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 93

1.2 Förslag till lag om ändring i utsökningsbalken 134

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring 136

1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift 137

1.5 Förslag till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229) 139

1.6 Förslag till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395) 141

1.7 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980) 143

1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter 145

1.9 Förslag till förordning om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning 146

1.10 Förslag till förordning om preventionsersättning 148

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan ... 152

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning ... 153

1.13 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan ... 157

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ... 159

1.15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1155) om Polisens utlandsstyrka ... 161

1.16 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg ... 162

1.17 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser ... 164

2 Utredningens uppdrag och arbete ... 165

2.1 Uppdraget ... 165

2.2 Utredningens arbetssätt ... 166

3 Allmänna utgångspunkter ... 169

4 Bakgrund – befolkning, arbetsmarknad och hälsa ... 183

4.1.1 Befolkningsutvecklingen ... 184

4.1.2 Sysselsatta, arbetslösa och utbildningsnivå ... 186

4.1.3 Utveckling av anställningsformer, arbetstillfällen och arbetsgivare ... 192

4.1.4 Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning ... 199

4.2 Utvecklingen av hälsa och sjukfrånvaro i befolkningen 209
4.2.1 Mortalitet 209
4.2.2 Självskattad hälsa 211
4.2.3 Utvecklingen av hälsan hos äldre 216
4.2.4 Sjukfrånvarons utveckling 219

Rätten till sjukersättning – kapitel 5–9

5 Rätten till sjukersättning – regelverk och handläggning 229

5.1 Bakgrund 230
5.1.1 Sjukförsäkringssystemet 230
5.1.2 Bakgrund till reglerna om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga 231
5.1.3 EU-rätten och Sveriges internationella åtaganden 235

5.2 Gällande regelverk 238
5.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till sjukersättning 238
5.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen 251
5.2.3 Regelverket för rätt till sjukpenning 260
5.2.4 Rättspraxis avseende bedömning av rätt till sjukpenning 262

5.3 Handläggning av sjukersättningsärenden 264
5.3.1 Ett ärende initieras 264
5.3.2 Utredning och bedömning av rätt till sjukersättning 264
5.3.3 Utbytesärenden 270

6 Rätten till sjukersättning – regelverket i andra nordiska länder 271

6.1 Danmark 271
6.1.1 Villkor för rätt till ersättning 271
6.1.2 Finansiering och administration av försäkringen 272

6.2 Finland 273
6.2.1 Villkor för rätten till ersättning 273
6.2.2 Finansiering och administration av försäkringen 276

6.3 Island 276
6.3.1 Villkor för rätt till ersättning 276
6.3.2 Finansiering och administration av försäkringen 277

6.4 Norge 278
6.4.1 Villkor för rätten till ersättning 278
6.4.2 Finansiering och administration av försäkringen 280

7 Rätten till sjukersättning – problemanalys 281

7.1 Sjukersättningens utveckling över tid 282
7.1.1 Antal personer med sjukersättning 282
7.1.2 Nybeviljade sjukersättningar 289
7.1.3 Ansökningar, bifall och avslag 296
7.1.4 Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 297
7.1.5 Sjukersättningens utveckling och regeländringar 298

7.2 Variationer i beviljandegraden 299
7.2.1 Stora variationer i utvecklingen utan rimliga orsaker utgör problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tilliten till försäkringen 301
7.2.2 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen 301
7.2.3 Arbetsmarknadens utveckling 303
7.2.4 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning? 305
7.2.5 Förändringar i andra system 306
7.2.6 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning? 311
7.2.7 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning 315
7.2.8 Förändrad tillämpning av regelverket 317
7.2.9 Slutsatser om variationen i tillämpning 330

7.3 Kraven för att beviljas sjukersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden 332
7.3.1 Tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete” 336
7.3.2 Begreppet förvärvsarbete i praktiken – om anpassade, subventionerade och skyddade arbeten 342
7.3.3 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om sjukersättning? 348
7.3.4 På vilken grund får försäkrade avslag på ansökan om sjukersättning? – granskning av Försäkringskassans beslut 355
7.3.5 Slutsatser om diskrepansen mellan regelverket och de försäkrades möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete 357

7.4 Situationen för äldre i arbetsför ålder 359
7.4.1 Tidigare regelverk rörande hänsyn till den försäkrades ålder 360
7.4.2 Förlängningen av arbetslivet och riktåldern för ålderspension 361
7.4.3 Inte alla äldre kan arbeta länge 362
7.4.4 Arbetsförmåga i relation till ålder 364
7.4.5 Sysselsättningen bland äldre 366
7.4.6 Sambandet mellan sjukersättning och ålderspension 368
7.4.7 Incitament att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för genom pension 369
7.4.8 Slutsatser om situationen för äldre i arbetsför ålder 376

7.5 Gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukersättning 377

7.6 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 377
7.6.1 Myndighetssamarbete vid handläggning och utredning av ärenden 378
7.6.2 Olika bedömningskriterier och begrepp 381

7.6.3 Slutsatser rörande samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 382

7.7 Varaktighetskravet i sjukersättningen 384
7.7.1 En bedömning av arbetsförmågan i tre steg 388
7.7.2 Begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga 392
7.7.3 Rehabiliteringskriteriet – alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda 398
7.7.4 Svårigheter med medicinska prognosbedömningar 400
7.7.5 Uppföljning av arbetsförmågan senast efter tre år 402
7.7.6 Slutsatser om varaktighetskriteriet 415

7.8 Beviskravet vid prövning av rätt till sjukersättning 416
7.8.1 Allmänt om bevisregler i förvaltningsprocessen 418
7.8.2 Utredningsskyldighet 418
7.8.3 Bevisbörda i förvaltningsprocessen 424
7.8.4 Beviskrav i förvaltningsprocessen 426
7.8.5 Vad innebär beviskravet ”sannolikt”? 439
7.8.6 Bevisvärdering och bevismedel 440
7.8.7 Vilket beviskrav används i Försäkringskassans tillämpning? 442
7.8.8 Slutsatser om det för närvarande gällande beviskravet 448

8 Rätten till sjukersättning – överväganden och förslag ... 451

8.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp 452
8.1.1 Samma arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av sjukpenning och sjukersättning 453
8.1.2 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning 458
8.1.3 Avväganden kring ändrat arbetsförmågebegrepp vid prövning av sjukersättning till personer som är 19–29 år 458

8.2 Förtydliganden av varaktighetskravet 460
8.2.1 Klargörande av att bedömningen utgörs av två delar 461
8.2.2 Förtydligande av längden på prognosen om överskådlig framtid 463
8.2.3 En i antal år preciserad tidsrymd är inte ett lämpligt alternativ 466
8.2.4 Varaktighetsprognosen ska maximalt omfatta tid fram till tidpunkten då sjukersättning som längst kan utbetalas 468
8.2.5 Förslag om ett nytt, tydligare varaktighetsbegrepp 469

8.3 Justeringar och förtydliganden av kravet på uttömda rehabiliteringsmöjligheter 471
8.3.1 Det ska inte finnas några återstående rehabiliteringsmöjligheter – men sådana behöver inte faktiskt ha vidtagits 473
8.3.2 Det ska vara fråga om rehabiliteringsmöjligheter som faktiskt kan förväntas leda till ökad arbetsförmåga 474
8.3.3 Rehabiliteringsåtgärder som kan antas leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga först efter tidpunkten då sjukersättning som längst kan betalas ut ska inte beaktas 476
8.3.4 Förtydliganden av rehabiliteringskravet vid partiell sjukersättning 479
8.3.5 Mindre justering för att ta hänsyn till personer som inte tidigare har haft någon arbetsförmåga 481
8.3.6 Beviskravet för att rehabiliteringsåtgärder ska kunna bedömas vara uttömda 481

8.4 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder 484
8.4.1 Vid en viss ålder bör det ställas mindre omfattande omställningskrav 486
8.4.2 Vilken typ av särskilda regler bör införas? 488
8.4.3 Ålderskvalifikation 491
8.4.4 Arbetsförmågebegreppet 494

8.4.5 Rehabiliteringsmöjligheter för äldre 502

8.5 Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning..... 505
8.5.1 Fördelar med ett kodifierat beviskrav..... 508
8.5.2 Risker med ett kodifierat beviskrav 509
8.5.3 Vilket beviskrav bör gälla vid prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning? 512
8.5.4 Överväganden om andra beviskrav än sannolikt 513
8.5.5 Övrigt om beviskrav 514

8.6 Bedömningar med avseende på att motverka stora variationer i tillämpningen 515

8.7 Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 517

9 Rätten till sjukersättning – konsekvenser av utredningens förslag..... 519

9.1 Hur många kan beviljas sjukersättning? 526

9.2 En reformerad sjukersättning för personer yngre än 60 år 532
9.2.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer yngre än 60 år .. 535

9.3 En reformerad sjukersättning för personer äldre än 60 år 539
9.3.1 Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer äldre än 60 år.... 543

9.4 Sammantagen ökning av antal personer med sjukersättning 545
9.4.1 Effekter för den enskilde 549
9.4.2 Effekter i andra ersättningssystem..... 550

9.5 Långsiktiga effekter av fler med sjukersättning..... 551
9.5.1 Erfarenheter från tidigare forskning..... 552

9.5.2 Långsiktiga effekter på sysselsättning, arbetslöshet och antalet arbetade timmar 558
9.5.3 Långsiktiga effekter på BNP och de offentliga finanserna 561

9.6 Effekter för jämställdhet 563

9.7 Effekter för myndigheter 563

9.8 Effekter för arbetsgivare och företag 565

9.9 Effekter för hälso- och sjukvården 566

Rätten till aktivitetsersättning – kapitel 10–13

10 Rätten till aktivitetsersättning – regelverk och handläggning 571

10.1 Nuvarande regelverk och handläggning 571
10.1.1 Bakgrund till reglerna om aktivitetsersättning 574
10.1.2 Internationella åtaganden – FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning 576
10.1.3 Aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen 577

10.2 Gällande regelverk 578
10.2.1 Närmare om förutsättningar för rätt till aktivitetsersättning 578
10.2.2 Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen 582

10.3 Handläggning av aktivitetsersättning 583

11 Rätten till aktivitetsersättning – problemanalys 585

11.1 Aktivitetsersättningens utveckling över tid 586
11.1.1 Antal personer med aktivitetsersättning 586
11.1.2 Nybeviljade aktivitetsersättningar 594
11.1.3 Ansökningar, bifall och avslag 598
11.1.4 Inflöde till och utflöde från aktivitetsersättningen 599

11.1.5 Aktivitetsersättningens utveckling och regeländringar ... 602

11.2 Variationer i beviljandegraden av ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga ... 603
11.2.1 Förändrade hälsofaktorer i befolkningen 19–29 år ... 605
11.2.2 Arbetsmarknadens utveckling ... 606
11.2.3 Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning? ... 607
11.2.4 Förändringar i andra system ... 608
11.2.5 Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning? ... 610
11.2.6 Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning ... 611
11.2.7 Förändrad tillämpning av regelverket ... 611
11.2.8 Regeringens styrning av Försäkringskassan ... 615
11.2.9 Utredningens slutsatser om variationen i tillämpningen av aktivitetsersättning ... 616

11.3 Orsaker bakom ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning i början av 2000-talet ... 619

11.4 Kraven för att beviljas aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden ... 623
11.4.1 Bedömningen av nedsättning av arbetsförmågan ... 623
11.4.2 Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om aktivitetsersättning? ... 624

12 Rätten till aktivitetsersättning – överväganden och förslag ... 627

12.1 Ett förändrat arbetsförmågebegrepp ... 627
12.1.1 Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive aktivitetsersättning ... 629

12.2 Varaktighetskrav och rehabiliteringsmöjligheter 630
12.2.1 Ett års nedsättning – väl avvägt varaktighetskrav 631
12.2.2 Prognosbedömningen har ett lågt beviskrav 632
12.3 Ett kodifierat beviskrav vid prövning av rätt till aktivitetsersättning 632

13 Rätten till aktivitetsersättning – konsekvenser av utredningens förslag 635

13.1 Effekter för försäkringen 639
13.2 Effekter för den enskilde 646
13.3 Effekter för sysselsättning 648
13.4 Effekter för hälso- och sjukvården 648
13.5 Effekter för kommuner 649
13.6 Effekter för myndigheter 650
13.7 Effekter för jämställdhet 652

Volym 2

Arbete, studier och uppdrag med mera – kapitel 14–17

14 Arbete, studier och uppdrag med mera – regelverk och handläggning 655

14.1 Bakgrund 655

14.2 Gällande regelverk 657
14.2.1 Bedömningen av arbetsförmåga 657
14.2.2 Arbete inom den så kallade åttondelen 666
14.2.3 Vilande ersättning 668
14.2.4 Steglös avräkning för sjukersättning 675
14.2.5 Aktivitetsersättning – aktiviteter enligt SFB och prövotid för studier 680
14.2.6 Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning 684

14.3 Handläggning av arbete och studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning 689
14.3.1 Försäkringskassans handläggning – steglös avräkning 689
14.3.2 Försäkringskassans handläggning – vilande ersättning och prövotid 690

15 Arbete, studier och uppdrag med mera – problemanalys 693

15.1 Tre huvudgrupper för regelverket 694

15.2 Utvecklingen över tid 695
15.2.1 Sjukersättning 695
15.2.2 Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga .. 702

15.3 Huvudgrupp 1: Försäkrade som har beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning före den 1 juli 2008 708
15.3.1 Förvärvsarbete med steglös avräkning 709
15.3.2 Vilka personer använder sig av steglös avräkning? 710

15.3.3 Möjliga förklaringar till varför inte fler väljer att förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning 714
15.3.4 Arbete inom den så kallade åttondelen 735
15.3.5 Studier under tid med sjukersättning 735
15.3.6 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning 736
15.3.7 Slutsatser om huvudgrupp 1 – försäkrade som beviljats sjukersättning före juli 2008 737

15.4 Huvudgrupp 2 och 3: Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga 738
15.4.1 Möjliga förklaringar till varför inte fler arbetar med vilande sjukersättning 739
15.4.2 Studier under tid med ersättning 753
15.4.3 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med ersättning 759
15.4.4 Aktiviteter under tid med aktivitetsersättning 772
15.4.5 Slutsatser om försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga 783

15.5 Förutsättningar för förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning 790
15.5.1 Begreppet medicinskt motiverat är inte entydigt 790
15.5.2 Nuvarande ordning är inte ändamålsenligt utformad 791
15.5.3 Risk för återkrav 792

16 Arbete, studier och uppdrag med mera – överväganden och förslag 793

16.1 Huvudgrupp 1, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 799
16.1.1 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning 799
16.1.2 Utveckling av beräkningsstöd 800
16.1.3 Inriktningsförslag – steglös avräkning och arbetsgivardeklaration på individnivå 802

16.2 Huvudgrupp 2, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 804
16.2.1 Flexiblare möjligheter till arbete med vilande sjukersättning 804
16.2.2 Partiellt vilande sjukersättning vid studier 821
16.2.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning 830

16.3 Huvudgrupp 3, försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning 845
16.3.1 Flexiblare möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning 845
16.3.2 Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd prövotid vid studier 849
16.3.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning 855
16.3.4 Ökat fokus på rätten till insatser till personer med aktivitetsersättning – nytt arbetsmarknadspolitiskt program 856
16.3.5 Uppdrag att sammanställa statistik om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning 863

16.4 Övrigt om under tid med sjuk- och aktivitetsersättning ... 866
16.4.1 Förutsättningar för arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- och aktivitetsersättning 866
16.4.2 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning 878

17 Arbete, studier och uppdrag med mera – konsekvenser av utredningens förslag 879

17.1 Beräkningsstöd för steglös avräkning 880

17.2 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning 881

17.3 Mer flexibel vilande ersättning vid arbete för personer med sjuk- och aktivitetsersättning 887

17.4 Vilande ersättning vid studier i den omfattning studierna bedrivs 892

17.5 Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. 897

17.6 Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram införs 898

17.7 Förbättrad statistik om vilka aktiviteter som personer med aktivitetsersättning deltar i 902

17.8 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning 903

Förmåner vid rehabilitering – kapitel 18–23

18 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer 907

18.1 Vad är rehabilitering? 910
18.1.1 Begreppet medicinsk rehabilitering 912
18.1.2 Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering 913

18.2 Rehabiliteringskedjans koppling till rehabilitering 916

18.3 Olika aktörers ansvar för rehabiliteringen 917
18.3.1 Försäkringskassans ansvar för tillsyn och samordning 918
18.3.2 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar 920
18.3.3 Arbetsförmedlingens rehabiliteringsansvar 924
18.3.4 Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsansvar 924
18.3.5 Kommunernas rehabiliteringsansvar 925

18.3.6 Individens rehabiliteringsskyldighet 926
18.3.7 Övriga aktörer med betydelse för rehabiliteringsprocessen 927

18.4 Planer för rehabilitering och återgång i arbete 931
18.4.1 När föreligger rätt till rehabilitering? 934

19 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsersättning. 935

19.1 Gällande regelverk 936
19.1.1 Särskilt bidrag 943
19.1.2 Rehabiliteringsersättning vid arbetsskada 945
19.1.3 Handläggning av rehabilitering – samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 946
19.1.4 Rättspraxis rörande rehabiliteringsersättning 948

19.2 Utvecklingen av rehabiliteringsersättningen över tid..... 950
19.2.1 Vilken typ av rehabilitering förekommer i ärenden om rehabiliteringsersättning? 955

19.3 Rehabiliteringsersättning – problemanalys 958

19.4 Tänkbara förklaringar till det begränsade och minskade användandet av rehabiliteringsersättning 961
19.4.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre utsträckning eller utan rehabiliteringsersättning 961
19.4.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen 962
19.4.3 Oklara gränsdragningar mellan olika former av rehabilitering samt gentemot anpassning av arbete..... 964
19.4.4 Regelverket innehåller begränsningar men kan inte anses vara för snävt 968
19.4.5 Försäkringskassans tillämpning har förändrats... 975
19.4.6 Arbetet med rehabiliteringsplaner brister i praktiken..... 979
19.4.7 Kontrollen av rehabiliteringsersättning 981

19.5 Möjliga konsekvenser av att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning..... 982

19.5.1 De långa sjukfallen ökar i antal 983
19.5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs inte i relevant omfattning? 983
19.5.3 Försäkrade kommer inte tillbaka i arbete i önskvärd utsträckning 984
19.5.4 Effekter av att ersättning endast beviljas för den faktiska tid som rehabiliteringen tar 985

19.6 Slutsatser om rehabiliteringspenning 986

19.7 Det särskilda bidraget 987

20 Förmåner vid rehabilitering – sjukpenning i förebyggande syfte 991

20.1 Gällande regelverk 991
20.1.1 Handläggning av förebyggande sjukpenning 998
20.1.2 Rättspraxis rörande förebyggande sjukpenning 1001

20.2 Utvecklingen av förebyggande sjukpenning över tid 1005

20.3 Sjukpenning i förebyggande syfte – problemanalys 1012

20.4 Tänkbara förklaringar till varför användandet av förmånen är begränsat 1015
20.4.1 Förmånens syfte och funktion i de övergripande målen för sjukförsäkringen är otydligt formulerade 1015
20.4.2 Regelverket innehåller flera svårbedömda rekvisit där tolkningen skiljer sig åt mellan aktörerna 1020
20.4.3 Reglerna är svåranvända för behandling och rehabilitering i förebyggande syfte 1030
20.4.4 Rekvisiten om ersättningsbar tid saknar flexibilitet 1033
20.4.5 Förmånen är administrativt betungande för hälso- och sjukvården 1036
20.4.6 Det saknas tillräcklig kännedom om att förmånen finns och kunskap om hur den ska användas bland relevanta aktörer 1038

20.4.7 Incitament och möjligheter att använda förmånen skiljer sig åt för olika grupper på arbetsmarknaden 1040

20.5 Konsekvenser av regelverket, tillämpningen och att få försäkrade beviljas förebyggande sjukpenning 1043
20.5.1 Konsekvenser av att ersättning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar 1044
20.5.2 Konsekvenser för enskildas möjligheter att delta i behandling eller rehabilitering 1046
20.5.3 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete 1049
20.5.4 Konsekvenser för möjligheter till kontroll 1049

20.6 Sammantagna slutsatser om förebyggande sjukpenning ...1050

21 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsprocessen 1053

21.1.1 Samverkan kring rehabilitering 1053
21.1.2 Vad är effektiv rehabilitering? 1057
21.1.3 Slutsatser rörande den faktiska rehabiliteringsprocessen 1063

22 Förmåner vid rehabilitering – utredningens överväganden och förslag 1067

22.1 En reformerad rehabiliteringsersättning 1076
22.1.1 Steglös ersättning för inkomstförlust 1077
22.1.2 Rehabiliteringsersättningens koppling till rehabiliteringskedjan 1086
22.1.3 Utökade möjligheter att få rehabiliteringsersättning för utbildning 1091
22.1.4 Rehabiliteringsbidrag ersätter särskilt bidrag 1095
22.1.5 Handläggnings- och beslutsprocessen vid rehabiliteringsersättning 1096

22.2 Preventionsersättning – en ny förmån för förebyggande behandling och rehabilitering 1100
22.2.1 Allmänt om preventionsersättning 1101

22.2.2 Preventionsersättning ska kunna beviljas för medicinsk behandling i förebyggande syfte 1108
22.2.3 Preventionsersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktade insatser i förebyggande syfte 1119
22.2.4 Steglös ersättning för inkomstförlust 1142
22.2.5 Preventionspenningens koppling till rehabiliteringskedjan 1147
22.2.6 Preventionspenning i särskilda fall 1149
22.2.7 Preventionsbidrag 1153
22.2.8 Handläggnings- och beslutsprocessen vid preventionsersättning 1155
22.2.9 Försäkringsskyddet 1161
22.2.10 Samordning med andra förmåner och andra författningar samt övriga frågor med anledning av de nya förmånerna 1162

22.3 Övrigt om preventionsersättning och rehabiliteringsersättning 1163
22.3.1 Kontroll och uppföljning 1163
22.3.2 Intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa 1164
22.3.3 Uppdrag att sammanställa statistik om rehabiliteringsinsatser 1166
22.3.4 Förslag till ändringar i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning 1166

23 Förmåner vid rehabilitering – konsekvenser av utredningens förslag 1167

23.1 Konsekvenser av en reformerad rehabiliteringsersättning 1168
23.1.1 Effekter för försäkringen 1170
23.1.2 Effekter för den enskilde 1180
23.1.3 Effekter för sysselsättning 1180
23.1.4 Effekter för arbetsgivare 1181
23.1.5 Effekter för jämställdhet 1182
23.1.6 Effekter för myndigheter 1183
23.1.7 Effekter för hälso- och sjukvården 1184

23.2 Konsekvenser av preventionsersättningen 1184
23.2.1 Effekter för försäkringen 1185
23.2.2 Effekter för den enskilde 1188
23.2.3 Effekter för sysselsättning 1189
23.2.4 Effekter för arbetsgivare 1189
23.2.5 Effekter för jämställdhet 1190
23.2.6 Effekter för myndigheter 1191
23.2.7 Effekter för hälso- och sjukvården 1193

24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 1195

24.1 Ikraftträdande 1195
24.1.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning 1195
24.1.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 1195
24.1.3 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 1196
24.1.4 Under tid med aktivitetsersättning 1197
24.1.5 Rehabiliteringsersättning 1198
24.1.6 Preventionsersättning 1198

24.2 Övergångsbestämmelser 1199
24.2.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning 1199
24.2.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 1200
24.2.3 Under tid med aktivitetsersättning 1200
24.2.4 Preventionsersättning 1201
24.2.5 Rehabiliteringsersättning 1202

25 Konsekvenser 1203
25.1.1 Rätten till sjukersättning 1204
25.1.2 Rätten till aktivitetsersättning 1210
25.1.3 Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning 1214
25.1.4 Förmåner vid rehabilitering 1222

26 Författningskommentar 1231

26.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 1231

26.2 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken 1281

26.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring 1281

26.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift 1282

26.5 Förslaget till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229) 1283

26.6 Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395) 1284

26.7 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980) 1285

26.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter 1286

Referenser 1287

Särskilt yttrande 1303

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:31 1305

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:100 1317

Bilaga 3 Aktgranskning 1319

Arbete, studier och uppdrag m.m. – kapitel 14–17

14 Arbete, studier och uppdrag med mera – regelverk och handläggning

I det här kapitlet behandlas de möjligheter som personer som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning har att förvärvsarbeta, ta uppdrag, studera, arbeta ideellt eller delta i samhällslivet på andra sätt under tiden han eller hon har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Vilka alternativen är påverkas av vilken ersättning det rör sig om, när ersättningen beviljades samt omfattningen och arten av sysslorna.

14.1 Bakgrund

De olika möjligheter som finns för personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning att exempelvis förvärvsarbeta, studera eller arbeta ideellt under tiden med ersättningen fyller flera funktioner. Bland annat har i förarbeten till bestämmelserna lyfts fram att det inte kan uteslutas att personer som beviljas ersättning kommer få tillbaka en viss arbetsförmåga. Det bör därför finnas inslag i ersättningssystemen som stimulerar människor att pröva sin arbetsförmåga.[1]

Den enskildes eventuella sysslor eller förmåga att i övrigt delta i samhällslivet kan påverka rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning, dels vid prövning av om personen kan beviljas ersättning, dels under tiden den försäkrade har ersättning. En person som har förmåga att arbeta exempelvis motsvarande en halv heltidstjänst beviljas inte heller mer än halv förmån.

En försäkrad kan beviljas hel aktivitets- eller sjukersättning även om denne har en viss, begränsad, återstående arbetsförmåga, så länge denna förmåga uppgår till maximalt motsvarande en åttondel av den

[1] Prop. 2007/08:124, s. 91.

förmåga som kan anses behövas för en vanlig heltidstjänst. Därigenom kan personer som har en återstående, liten arbetsförmåga, bl.a. engagera sig i ideellt arbete inom ramen för den så kallade *åttondelen*, utan att det påverkar deras rätt till ersättning. Denna möjlighet infördes genom regler som trädde i kraft 1999 gällande rätten till förtidspension.[2]

Den enskilde kan oavsett nivån på förmånen också ansöka om *vilande ersättning* på grund av studier eller arbete. Det innebär att utbetalningen av ersättningen pausas under tiden studierna eller arbetet pågår. Regler om vilande ersättning vid arbete infördes år 2000 i det dåvarande systemet med förtidspension. Syftet med möjligheten till vilande ersättning vid förvärvsarbete är att stimulera den försäkrade att pröva sin arbetsförmåga.[3] Några år senare infördes möjligheten att även ha vilande ersättning vid studier. Syftet med denna möjlighet är att stimulera den försäkrade till att studera, vilket ansetts önskvärt då studier i många fall kan vara det mest effektiva sättet att förbättra möjligheterna att delta i arbetslivet.[4]

De försäkrade som beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före juli 2008 har i stället möjlighet att förvärvsarbeta enligt reglerna för så kallad steglös avräkning, utan att deras rätt till ersättning påverkas. Om han eller hon arbetar med inkomst sker omräkning av ersättningen med steglös avräkning. Dessa personer kan också studera, arbeta ideellt osv. utan att deras rätt till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas.

Reglerna om steglös avräkning infördes 2009 mot bakgrund av att endast få av de som har beviljats sjukersättning återgår i arbete, även om det kan antas att vissa av dem har fått förbättrad arbetsförmåga. En förklaring till låg motivation att arbeta bedömdes vara att den enskilde saknar den ekonomiska trygghet som behövs för att han eller hon ska våga återgå till arbetslivet. En beviljad ersättning innebär en ekonomisk trygghet och de som vill pröva att arbeta kan på sikt få sin framtida försörjningstrygghet påverka eftersom arbetet kan leda till en omprövning av rätten till ersättning.[5]

De som har beviljats aktivitetsersättning kan även delta i aktiviteter enligt SFB. Dessa aktiviteter ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på sjukdomstillståndet eller den fysiska eller psykiska pre-

[2] Prop. 1997/98:111, s. 47.
[3] Prop. 1999/2000:4, s. 21.
[4] Prop. 2005/06:159, s. 21.
[5] Prop. 2007/08:124, s. 45 och 47.

stationsförmågan. Deltagande i aktiviteter kan ses som ett steg mot ett självständigt och aktivt liv som i vissa fall kan innebära kontakt med arbetslivet.[6]

Sedan den 1 februari 2017 har personer som har aktivitetsersättning också möjlighet att behålla sin aktivitetsersättning under en prövotid för att studera, som ett komplement till möjligheterna till vilande ersättning. Denna möjlighet har sin bakgrund i att reglerna om vilande ersättning ansetts otillräckliga för att få fler unga med aktivitetsersättning att via studier komma ut i arbete och egen försörjning.[7] Under prövotiden får den försäkrade behålla utbetalning av hela ersättningen.

Det är vidare möjligt att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sådan rehabilitering kan även innefatta vissa slags studier. Se kapitel 18 och 19.

14.2 Gällande regelverk

14.2.1 Bedömningen av arbetsförmåga

Vid prövningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas. Flera faktorer ska vägas in, bl.a. vilken omfattning den enskilde trots sin nedsatta arbetsförmåga kan förvärvsarbeta eller utföra andra sysslor som kan jämställas med arbetsförmåga, såsom att studera m.m. Det är vilken insats som bisysslan eller uppdraget kräver som är av betydelse. Varken anställningsförhållandets art eller förekomsten eller avsaknad av arvode eller lön är avgörande. I princip bedöms oavlönat arbete inte på något annat sätt än avlönat arbete.[8] Vid bedömningen av en persons arbetsförmåga ska alltså beaktas om den enskilde utför eller kan utföra sysslor av viss omfattning och visst värde. Vilka bisysslor och uppdrag en person klarar av trots nedsatt arbetsförmåga ska därmed vägas in i bedömningen av en enskilds rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Både förvärvsarbete och exempelvis ideellt arbete kan påverka den bedömningen. Detsamma gäller bedömning om den försäkrade har rätt till fortsatt ersättning.

[6] Prop. 2000/01:96, s. 86. Se närmare avsnitt 14.2.5.
[7] Ds 2016:5, s. 42 och Prop. 2016/17:1, utg.omr. 10, s. 47.
[8] Prop. 1997/98:111, s. 36–37.

Fritidsaktiviteter som motsvarar den omfattning som en yrkesverksam person i vanligen utför på sin fritid, såsom deltagande i viss omfattning i föreningsliv eller kursverksamhet m.m., ska dock inte beaktas vid bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. Enligt förarbetena kan deltagande i föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter.[9]

Detta innebär alltså att fritidsintressen i viss omfattning vanligtvis inte påverkar rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning. Om sysslan går att jämställa med förvärvsarbete sett till omfattning, varaktighet och/eller inkomst kan rätten till ersättning dock påverkas eftersom den enskildes förmåga att utföra sådana sysslor påverkar bedömningen av nedsättningen av dennes arbetsförmåga. Försäkringskassan anger som exempel på fritidsintresse som inte påverkar rätten till ersättning motionsridning en gång i veckan. Att driva en hästgård med tävlingsverksamhet är däremot enligt myndigheten att se som motsvarande förvärvsarbete som kan påverka rätten till ersättning.[10]

Vidare ska värdet av arbete med skötsel av hemmet i skälig omfattning likställas med inkomst av arbete.[11] För att skötsel av hemmet ska påverka bedömningen av rätten till ersättning bör utredningen visa att arbetsinsatsen skulle kunna användas i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga därmed inte kan anses vara helt eller i det närmaste helt nedsatt.[12] Har den försäkrade t.ex. uppdrag som familjehem kan detta vägas in i bedömningen av arbetsförmågan. Det beror på vad en sammanvägd bedömning i varje enskilt fall visar när det gäller arbetsinsats, antal personer som uppdraget innefattar och vilken inkomst det ger.[13]

Vilket utrymme en försäkrad har för arbete, studier etc. utan att rätten till ersättning påverkas är beroende av dels omfattningen av den enskildes insatser, dels vilken nivå på förmånen som är aktuell, eftersom nivån är beroende av nedsättningen av individens arbetsförmåga. Försäkringskassans tolkning är att det i första hand måste bedömas om sysslan är sådan att den ska jämställas med ett förvärvsarbete. För att avgöra detta är det antal timmar som ägnas åt sysslan inte den enda avgörande faktorn. Detta innebär att en försäkrad

[9] Prop. 1997/98:111, s. 36–37 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.
[10] Vägledning 2013:1 Version 6, s. 33 och Vägledning 2013:2 Version 9, s. 69.
[11] 33 kap. 11 § SFB.
[12] RAR 2002:17 till 33 kap. 11 § SFB.
[13] Vägledning 2013:1 Version 6, s. 33 och Vägledning 2013:2, s. 67.

skulle kunna ägna sig åt en syssla mer än en åttondel av normal heltid utan att sysslan förlorar karaktären av fritidsaktivitet. Vid bedömningen av om en syssla ska bedömas som en fritidsaktivitet eller som något som kan jämställas med arbetsförmåga/arbete, behöver vilken insats som krävs av den försäkrade för att genomföra sysslan beaktas. Omfattningen är bara en del av bedömningen och en sammanvägd bedömning får göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Först när sysslan bedöms vara jämställd med ett arbete kan den anses visa på en arbetsförmåga och först då aktualiseras ett resonemang om åttondelen. Denna tolkning innebär att en försäkrad kan utöva fritidsintressen även om omfattningen överstiger en åttondel, så länge fritidsintresset inte är att jämställa med förvärvsarbete. Möjligheten för en försäkrad med partiell ersättning att utöva fritidsintressen som är att jämställa med förvärvsarbete är emellertid mycket begränsad (jfr RÅ 2006 ref. 17).

Uppföljning av beslut om sjukersättning respektive aktivitetsersättning

Beslut om sjukersättning som har fattats enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 är icke tidsbegränsade, men besluten ska följas upp vart tredje år.[14] Beslut om aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsade och kan maximalt beviljas för tre år i taget.[15] Rätten till aktuell förmån ska vidare omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning och väsentligt förbättrad arbetsförmåga vid aktivitetsersättning, även om personen inte arbetar.[16] Den som beviljats ersättning är vidare skyldig att anmäla ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken på ersättningen.[17] Det kan gälla förvärvsarbete eller att arbetsförmågan är förbättrad även utan att man arbetar.[18] Den som avser att påbörja ett förvärvs-

[14] 33 kap. 17 § SFB. När den försäkrade fyllt 60 år behöver dessa uppföljningar enligt bestämmelsens andra stycke inte längre göras.
[15] 33 kap. 4 och 19 §§ SFB.
[16] 36 kap. 19 och 22 §§. De som beviljats ersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 omfattas inte av omprövningsbestämmelserna i 19–21 §§, 37 kap. 2 § SFB.
[17] 110 kap. 46 § SFB.
[18] 110 kap. 51 § SFB. Anmälningsskyldigheten gäller även när den försäkrade fortsätter att förvärvsarbeta efter att en beviljad period med vilande ersättning har löpt ut, prop. 1999/2000:4, s. 31.

arbete ska anmäla detta till Försäkringskassan innan arbetet påbörjas. Det kan till exempel handla om ett politiskt uppdrag med arvode.[19]

För försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 ska Försäkringskassa alltså generellt följa upp den försäkrades arbetsförmåga minst vart tredje år. Syftet med uppföljningen är i första hand att följa upp den försäkrades arbetsförmåga, men också att stödja den som har förutsättningar att få, få tillbaka eller öka sin arbetsförmåga. Vid en uppföljning ska Försäkringskassan kontrollera om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i samma omfattning som när ersättningen beviljades, eller om den har förbättrats och om det finns förutsättningar för rehabilitering. Bestämmelserna om uppföljning ändrades den 1 februari 2017. Enligt nuvarande regelverk ska Försäkringskassan i större utsträckning behovsanpassa uppföljningen och myndigheten har även större utrymme att själv välja hur uppföljningen ska utformas i det enskilda ärendet. Därför har bl.a. lagkravet ändrats till uppföljning i stället för utredning. Försäkringskassan anger att det faktum att uppföljningen kan anpassas efter hur behovet ser ut kan detta bidra till att inte skapa onödig oro hos den enskilde.

En försäkrad som har sjukersättning, som efter omprövning minskas eller upphör på grund av att arbetsförmågan anses vara förbättrad utan att personen arbetar, har rätt att få fortsatt utbetalning av sjukersättningen. Ersättningen ska betalas ut fram tills dess att den försäkrade fått ett arbete som motsvarar den förbättring som uppkommit, men allra längst i sex månader.

Rättspraxis om hemarbete, uppdrag m.m.

Den rättspraxis som finns från Högsta förvaltningsdomstolen gällande hemarbete utgörs av domar som meddelats före lagändringen den 1 juli 2008. De överväganden som presenteras i nedanstående avgöranden kan ändå ge viss ledning, även om rättsfallen bör tolkas

[19] Detta gäller även arbete inom den så kallade åttondelen. Bakgrunden är att möjligheten för försäkrade att arbeta inom åttondelen har lyfts fram som en försvårande faktor i Försäkringskassans arbete att minska felaktiga betalningar. Skyldigheten att anmäla gäller inte heller bara innan arbetet påbörjas, utan även innan förvärvsarbete utökas eller fortsätter efter en period med vilande ersättning. Se 110 kap. 51 § SFB och prop. 2007/08:124, s. 98–99.

med försiktighet vid bedömning av arbetsförmågan i förhållande till nu gällande regler.[20]

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1997 ref. 3 – om förmåga att utföra hushållsarbete när den försäkrade tidigare förvärvsarbetat på heltid (hemarbete)

Den försäkrade var småbarnsförälder och hade arbetat heltid utanför hemmet. Högsta förvaltningsdomstolen, som anslöt sig till kammarrättens bedömning, konstaterade att arbetsförmågan skulle kunna anses helt nedsatt för en försäkrad som tidigare förvärvsarbetat på heltid, även om han eller hon utför och redan under tiden i förvärvsarbete utfört visst hushållsarbete och omvårdnad av sina barn. I ett sådant fall bör därför inte värdet av hushållsarbetet i hemmet likställas med inkomst av arbete och medföra att den försäkrade inte skulle kunna beviljas hel förmån. Bedömningen blir annorlunda om den försäkrade förvärvsarbetat endast på deltid.

Med beaktande av att den försäkrade sedan flera år hade förvärvsarbetat mestadels på heltid ansåg kammarrätten att hon, oavsett om hon kunnat utföra visst hushållsarbete i sitt hem, inte haft någon beaktansvärd förvärvsförmåga vid bedömningen av rätten till ersättning. Hon bedömdes därför på grund av sjukdom för avsevärd tid haft sin arbetsförmåga helt nedsatt och hade därför rätt till hel ersättning under i målet aktuell tid.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2001 ref. 52 I – om arbetsinsatser i hemmet med fosterhemsplacerat barn (hemarbete)

Den försäkrade hade fått ett barnbarn fosterhemsplacerat hos sig och sin make. I samband med det gick den försäkrade ner i arbetstid. Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att det av utredningen inte framgick annat än att det trettonåriga barnbarnet varit friskt och välanpassat samt därmed inte ansetts krävt några särskilda vårdinsatser. Med hänsyn till detta och till den enskildes uppgifter att hon haft hjälp i hushållet av sin make och barnbarnet kunde den enskildes ar-

[20] Jfr Försäkringskassans Vägledning 2013:1 Version 6 s. 33 och Vägledning 2013:2 Version 9, s. 67–68.

betsinsatser i hushållet inte ansetts ha varit av den omfattningen att de bör jämställas med förvärvsarbete eller ansetts visa att hon har haft en ytterligare arbetsförmåga som skulle ha kunnat nyttjas till förvärvsarbete. Att den enskilde fått ersättning för vården av barnbarnet medförde inte någon annan bedömning.

Vidare framhöll domstolen att den enskilde hade arbetat 80 procent av heltid och sedan, efter sjukskrivning, 40 procent av heltid, vilket enligt läkare var hennes maximala arbetsförmåga. Det saknades därför anledning att beakta det arvode som betalats för vården av barnbarnet. Den enskildes arbetsförmåga fick därför anses ha varit nedsatt med minst hälften.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2001 ref. 52 II – om vård av maka i hemmet och anhörigbidrag (hemarbete)

Den försäkrade hade arbetat heltid som lärare och drabbats av hjärtinfarkt. Han återgick i arbete på halvtid men fick ökade såväl psykiska som fysiska besvär och sjukskrevs till tre fjärdedelar. Under resterande tid arbetade han med anpassade uppgifter. Han sjukskrevs sedan helt. Han hade sedan flera år vårdat sin sjuka fru i hemmet. Hustrun fick anhörigbidrag om 3 328 kronor i månaden och anlitade inte någon utomstående hjälp utan maken skötte omvårdnaden av henne.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att den vård som den enskilde gett sin hustru inte kunde anses vara av den omfattningen att den bör jämställas med förvärvsarbete. Att anhörigbidrag betalats till hustrun för att täcka kostnaderna för vården ändrade inte bedömningen. Den enskildes vårdinsats kunde inte heller ansetts visa att han haft en arbetsförmåga som skulle kunnat nyttjats till något förvärvsarbete, varför den enskilde beviljades hel förtidspension.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2002 ref. 11 – om vårdinsatser för barn med funktionsnedsättning (hemarbete)

Den försäkrade, som var ensamstående förälder, hade fått bidrag för vård av sitt funktionsnedsatta barn och frågan i målet var vilken betydelse detta förhållande skulle ha vid fastställandet av den enskildes arbetsförmåga. Högsta förvaltningsdomstolen hänvisade till RÅ 2001 ref. 52 och uttalade att det faktum att en person beviljats bidrag för

vård av barn eller annan anhörig inte omedelbart kan läggas till grund för en bedömning av arbetsförmågan:

> Det avgörande är inte det faktum att bidrag utgått utan de arbetsinsatser som motiverat bidraget. Om dessa inte haft sådan omfattning att de är att jämställa med förvärvsarbete eller visar att den försäkrade haft en arbetsförmåga, som skulle ha kunnat utnyttjas för förvärvsarbete, skall i sammanhanget bortses från att de ersatts genom bidrag.

I ett läkarutlåtande angavs bland annat att den enskilde hade hela ansvaret för barnet i hemmet och att detta innebar många tunga lyft och störd nattsömn genom att hon blev väckt varje timme.

Högsta förvaltningsdomstolen bedömde vidare att utredningen i det aktuella målet gav stöd för att vårdinsatserna var av sådan omfattning att de var att jämställa med förvärvsarbete. Den enskilde, som före sin sjukskrivning endast arbetat 75 procent av heltid, hade dessutom under den i målet aktuella perioden haft ett förvärvsarbete på halvtid. Vid sådant förhållande kunde hennes arbetsförmåga inte anses ha varit av sjukdom nedsatt med minst hälften.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2006 ref. 17 – om uppdrag som mötessekreterare, vicevärd och instruktör (uppdrag)

Frågan i målet var om den enskildes arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan var nedsatt med minst en fjärdedel. Den enskilde arbetade deltid i en omfattning om 75 procent som förskollärare och tjänade 13 900 kronor per månad. Hon hade därutöver uppdrag på sin fritid som sekreterare vid möten ungefär en gång per månad och vicevärd i en bostadsrättsförening, vilket innebär att hon under 1–2 timmar per vecka gick igenom post, felanmälningar och beställde reparatörer. Styrelsearvodet uppgår till 10 900 kronor per år och hon fick 100 kronor per timme i arvode för att vara vicevärd. Hon tränade qigong mellan en halvtimme och en och en halv timme per dag och var även instruktör och höll i 1–3 veckoslutskurser per termin. Ibland höll hon föredrag. För dessa sysslor fick hon årligen sekreterararvode med 10 551 kronor samt arvode som vicevärd med 17 050 kronor och för kontakt med medlemmar med 12 000 kronor.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att lagändringen som gav möjlighet för de med hel förtidspension att arbeta i viss mindre omfattning utan att det påverkade rätten till ersättning endast gällde personer med hel förmån och att det visserligen inte kan anses uteslutet att även personer med mer begränsad nedsättning av arbetsförmågan kan utföra vissa uppgifter på fritiden utan att rätten till förtidspension sätts i fråga, men att utrymmet för dessa personer att med bibehållen ersättning utföra sådana sysslor torde vara mycket begränsat. Domstolen framhöll även att den enskilde vid sidan av sin anställning fullgjort flera arvoderade uppdrag för en bostadsrättsförening och drivit eget företag. Domstolen ansåg att dessa insatser uppenbarligen varit av sådan omfattning att de måste påverka bedömningen av hennes arbetsförmåga. Vid den bedömningen fann domstolen att det stod klart att den enskildes arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt med minst en fjärdedel.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 17 juni 2008 i mål nr 496-07 – om passiv jordbruksverksamhet (uppdrag)

Den enskilde bedrev jordbruksverksamhet. Kammarrätten framhöll att vid bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan ska hänsyn tas till den arbetsinsats som en verksamhet av den aktuella omfattningen kräver, oavsett om verksamheten bedrivs aktivt eller passivt, eller om den går med vinst eller inte. Det ankom på den enskilde att visa att dennes arbetsinsats varit av så liten omfattning att hel sjukersättning kan beviljas. Även med beaktande av den hjälp den enskilde angett att hon fått ansåg domstolen vid en sammantagen bedömning att hon inte visat att hennes arbetsinsats i verksamheten varit av så liten omfattning att hennes arbetsförmåga var helt eller i det närmaste helt nedsatt.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 6 december 2017 i mål nr 3783-17 – om ordförandeskap i ideell förening (uppdrag)

Kammarrätten ansåg att den enskildes uppdrag som ordförande i en ideell förening var att jämställa med arbete som påverkar rätten till sjukersättning. Vad den enskilde anfört om föreningsfrihet och lika-

behandling av personer med funktionsnedsättning ledde inte till någon annan bedömning.

Kammarrätten i Stockholms dom den 26 september 2014 i mål nr 2009-2010-14 – om kennelverksamhet (fritid)

Den enskilde bedrev kennelverksamhet. Kammarrätten, som delade förvaltningsrättens bedömning, fann att utredningen visade att den enskildes engagemang med uppfödning av hundar, försäljning, administration och kursverksamhet i flera avseenden måste jämställas med ett normalt förekommande förvärvsarbete. Utredningen bedömdes dock inte styrka att den enskilde hade förmåga att arbeta mer än en fjärdedel av heltid i ett normalt förekommande förvärvsarbete. Kammarrätten fäste särskild vikt vid att det ”måste vara tillåtet att i någon utsträckning få ägna sig åt hundar som fritidsintresse samtidigt som man uppbär sjukersättning”.

Kammarrätten i Sundsvalls dom den 18 november 2020 i mål nr 2420–2421-19 – om föreningsaktiviteter (uppdrag)

Kammarrätten bedömde att det medicinska underlaget gav stöd för att den enskilde hade en arbetsförmåga som är stadigvarande nedsatt med 50 procent. Frågan var om hans bisysslor, främst i form av styrelseuppdrag i en bostadsrättsförening och njurförening, medförde skäl att bedöma arbetsförmågan på annat sätt. Kammarrätten framhöll att den enskildes arbetsgivare berättat att den enskilde tog tjänstledigt för sina möten med föreningarna när semesterdagarna var slut. Kammarrätten fann inte anledning att ifrågasätta att den tjänstledighet om 18 timmar och 30 minuter som den enskilde tagit ut från sitt arbete under 2017 hade ägnats åt aktiviteter i föreningarna. Vid sådana förhållanden ska denna tid enligt kammarrätten inte beaktas vid prövningen av omfattningen av arbetsförmågan. Av de ca 35–40 timmar per år som den enskilde ägnar åt föreningsaktiviteter återstår således en begränsad tidsomfattning som understiger två timmar per månad. Enligt kammarrättens mening innebär varken uppdragens art eller omfattning att den försäkrade kan anses ha haft någon ytterligare arbetsförmåga utöver den om 50 procent som han redan har använt i sitt vanliga arbete. Mot denna bakgrund fann kam-

marrätten att den enskilda uppfyller förutsättningarna för halv sjukersättning.

14.2.2 Arbete inom den så kallade åttondelen

För rätt till hel sjukersättning och hel aktivitetsersättning krävs att individens arbetsförmåga är helt eller i det närmaste helt nedsatt.[21] Formuleringen ”i det närmaste helt nedsatt” avser att den enskilde ska ha en nedsättning motsvarande den teoretiska graden ”sju åttondelar”.[22] I Riksförsäkringsverkets allmänna råd om sjukersättning och aktivitetsersättning anges att vid bedömningen om den försäkrade trots viss begränsad arbetsförmåga är berättigad till *hel* förmån bör följande beaktas:

> För bedömning av arbetstiden bör utgångspunkten vara ett heltidsarbete i den sysselsättning, det uppdrag eller det förvärvsarbete den försäkrade kan utföra. Arbetstiden bör inte överstiga en åttondel av ett sådant heltidsarbete. Arbetsinkomst som inte överstiger en åttondel av den normala inkomsten på heltid i den sysselsättning, det uppdrag eller det förvärvsarbete den försäkrade kan utföra bör inte påverka rätten till hel förmån.[23]

För att en försäkrad ska kunna få hel ersättning krävs därmed att denne har en arbetsförmåga som maximalt får uppgå till motsvarande en åttondel av den förmåga som kan anses behövas för en normal heltidstjänst. I förarbetena angavs som skäl till denna regeländring att det vid bedömning av nedsättning av arbetsförmågan kan vara mycket svårt att avgöra huruvida nedsättningen är exakt 100 procent eller om det kvarstår någon *mindre* arbetsförmåga. Dessutom angavs att även om det i vissa ärenden anses möjligt att fastställa att en individ endast har återstående arbetsförmåga i mycket liten omfattning, måste det också beaktas vilka de reella möjligheterna är att utföra förvärvsarbete med användande av en sådan marginell restarbetsförmåga.

I den utsträckning en enskild med hel ersättning har en viss återstående arbetsförmåga finns det möjlighet för denne att använda arbetsförmågan i till exempel ideellt eller politiskt arbete, utan att

[21] 33 kap. 9 § SFB.
[22] Prop. 1997/98:111, s. 69.
[23] RAR 2002:17 till 33 kap. 9 § SFB.

rätten till ersättning påverkas.[24] Den som beviljats hel ersättning har alltså ett visst utrymme att under tiden med ersättning ha bisysslor, uppdrag eller ägna sig åt annat som kan jämställas med förvärvsarbete. Den som vill använda utrymmet och arbeta inom ramen för den så kallade åttondelen ska anmäla ett sådant arbete innan det påbörjas, utökas eller fortsätter efter tid då ersättningen varit vilande.[25]

Försäkrade som har beviljats ersättning på annan nivå än hel förmån har ingen motsvarighet till ”åttondelen”, oavsett vilken typ av arbetsinsats det rör sig om. Den enskilde har därför inte möjlighet att nyttja en arbetsförmåga utöver tre fjärdedelar, hälften respektive en fjärdedel, utan att detta kan påverka rätten till ersättning på aktuell nivå.

Rättspraxis om ”åttondelen”

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2010 ref. 83 II – om ökad redovisad inkomst av näringsverksamhet

Den enskilde hade varit sjukskriven en tid och beviljats hel tidsbegränsad sjukersättning. Försäkringskassan avslog hans ansökan om fortsatt sjukersättning med motiveringen att hans förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete inte bedömdes vara nedsatt med minst en fjärdedel av medicinska skäl, mot bakgrund av att hans årsinkomster stigit.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att den enskilde fick anses uppfylla de medicinska förutsättningarna för hel sjukersättning. Vidare bedömde domstolen att det också fick anses stå klart att det arbete han lade ner i näringsverksamheten vid den aktuella tiden i vart fall inte uppgick till en åttondel av ett heltidsarbete. Mot den bakgrunden anförde domstolen att det förhållandet att den redovisade inkomsten av näringsverksamheten ökat och var relativt hög inte påverkade bedömningen att hans arbetsförmåga skulle anses helt eller i det närmast helt nedsatt. Eftersom något annat skäl att neka den enskilde den sökta ersättningen inte hade kommit fram beviljades han hel sjukersättning.

[24] Prop. 1997/98:111, s. 69.
[25] 33 kap. 9 § SFB och prop. 2007/08:124, s. 98.

14.2.3 Vilande ersättning

Enligt tidigare regelverk kunde personer som haft sjukersättning eller aktivitetsersättning i minst ett år få fortsatt utbetalning av sin ersättning i tre månader samtidigt som han eller hon prövade att arbeta. Om den försäkrade fortsatte att arbeta efter de tre månaderna kunde han eller hon få vilande ersättning. Många försäkrade nyttjade möjligheten med denna så kallade prövotid och bibehållen utbetalning av ersättningen. Däremot var det inte många som fortsatte att arbeta med vilande ersättning. Den 1 januari 2009 ersattes därför möjligheten att få aktivitets- eller sjukersättningen utbetald under tre månader under prövotiden av en mer långsiktig ekonomisk stimulans. Regeländringen innebar att en försäkrad i stället kunde arbeta med vilande ersättning och under 12 månader få utbetalning av ett belopp som motsvarade 25 procent av den vilande ersättningen. Dessa regler har därefter ändrats ytterligare, i syfte att i än högre grad förstärka den långsiktiga ekonomiska stimulansen. Numera kan försäkrade som arbetar med vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning få utbetalning av det 25-procentiga beloppet i 24 månader när ersättningen är vilande.

Regler om vilande ersättning för arbete infördes år 2000 i det dåvarande systemet med förtidspension och införlivades år 2003 i systemet med sjuk- och aktivitetsersättning. Systemet med vilande ersättning för studier eller förvärvsarbete är i stora delar uppbyggt på samma sätt, och har i stort samma syfte, oavsett om det rör sjukersättning eller aktivitetsersättning.[26] Syftet med möjligheten att ansöka om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning är att stimulera den enskilde till att pröva sin arbetsförmåga eller studera.[27]

Att ersättningen görs vilande innebär att det ursprungliga beslutet om rätten till ersättning gäller, men att ersättningen inte betalas ut för den tid och omfattning som vilandeförklaringen gäller.[28] Under denna tid, som längst till utgången av den tjugofjärde månaden från och med den första månad som beslutet omfattar, kan den enskilde pröva att förvärvsarbeta eller studera.[29] Enligt förarbetena innebär

[26] Reglerna om vilande ersättning omfattar dock inte personer som har sjukersättning enligt reglerna som gällde före den 1 juli 2008. Dessa personer omfattas i stället av reglerna i 37 kap. SFB.
[27] Prop. 1999/2000:4, s. 21 och Prop. 2005/06:159, s. 21.
[28] 36 kap. 11 § SFB.
[29] 36 kap. 14–15 §§ SFB. Tidstaket på 24 månader gäller oavsett om ersättning ges med en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel ersättning samt oavsett om det rör enbart arbete, enbart

systemet att den försäkrade får möjlighet att med ekonomisk trygghet och stor flexibilitet pröva att arbeta i den utsträckning som denne vill utan att rätten till sjukersättningen påverkas. Den försäkrade kan avbryta försöket, begära att vilandeförklaringen upphör och utan särskild prövning få ersättningen utbetald igen. Syftet är att den försäkrade ska kunna pröva om förvärvsarbete är möjligt, vilket arbete som skulle vara lämpligt och i vilken omfattning det medicinska tillståndet tillåter arbete.[30]

Ersättningen kan förklaras vilande endast när den enskilde förvärvsarbetar eller studerar med nyttjande av en arbetsförmåga som denne antogs sakna när beslutet om ersättningen fattades samt om den enskilde under minst tolv månader omedelbart dessförinnan har fått aktuell ersättning.[31] Vilandeförklaring får avse ersättning på en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel nivå.[32]

Det är möjligt att ha ersättningen vilande i flera perioder som tillsammans uppgår till maximalt 24 månader, räknat från och med den första vilandemånaden. För att en helt ny 24-månadersperiod med vilande ersättning ska kunna påbörjas ska den försäkrade ha fått sin ersättning utbetalad i minst tolv månader sedan den tidigare perioden med vilande ersättning avslutades.[33]

Den försäkrade ska ansöka om vilande ersättning innan arbetet eller studierna påbörjas.[34] Vid studier ska den försäkrade ansöka om vilande ersättning senast inom en vecka från det att han eller hon fått besked om antagning till utbildningen, om sådant besked lämnats först efter det att den har startat.

Om den enskilde efter 24 månader med vilande ersättning fortsätter att arbeta eller studera som tidigare eller förändrar sin arbetsinsats ska den fortsatta rätten till ersättning omprövas.[35]

Ett beslut om vilandeförklaring ska upphävas om den försäkrade begär det.[36] En begäran om att ett beslut om vilandeförklaring ska

studier eller en kombination av de båda. Om den enskilde under en period om tolv månader före den första månad som vilandeförklaringen avser har fått aktivitetsersättning under prövotid, får ett beslut om vilandeförklaring tillsammans med prövotidsbeslutet uppgå till högst 24 månader.

[30] Prop. 1999/2000:4 s. 25 och Prop. 2002/03:89, s. 49.

[31] 36 kap. 10 § SFB och Prop. 2005/06:159, s. 33.

[32] 36 kap. 12 § SFB. Prop. 1999/2000:4, s. 25.

[33] Prop. 1999/2000:4, s. 55.

[34] 3 a § Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 2002:36) om sjukersättning och aktivitetsersättning.

[35] Prop. 1999/2000:4, s. 27, 34–35.

[36] 36 kap. 16 § SFB.

upphävas innebär att den försäkrade ska få tillbaka ersättningen på samma beräkningsunderlag som fastställdes i det ursprungliga beslutet.[37]

Den försäkrade ska anmäla till Försäkringskassan om han eller hon avser börja arbeta eller utöka sin arbetsinsats. Anmälningsskyldigheten gäller också för den som tänker fortsätta att arbeta eller utöka sin arbetsinsats sedan ett beslut om vilande ersättning har upphört. Anmälan om förvärvsarbete ska göras innan detta påbörjas, utökas eller fortsätter efter en period med vilande ersättning. Den som inte fullgör anmälningsskyldigheten kan dels få återkrav av ersättningen för den tid som förvärvsarbete har utförts, dels få rätten till ersättning minskad eller indragen.[38]

Rätten till ersättning ska omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning eller väsentligt förbättrad arbetsförmåga vid aktivitetsersättning.[39] Ersättning som förklarats vilande får dock inte ändras med anledning av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet om vilandeförklaring uppvisar en förbättrad arbetsförmåga genom förvärvsarbete eller studier.[40] Den arbetsförmåga som uppvisats under vilandeperioden får alltså inte ligga till grund för omprövning.

Arbetsförmåga som uppvisats under tid med vilande aktivitetsersättning kan dock beaktas t.ex. vid en ansökan om *sjukersättning* eller vid ansökan om en ny period med aktivitetsersättning. Skyddet mot omprövning gäller endast den del av förmånen som har omfattats av ett beslut om vilandeförklaring. En försäkrad som har fått förmånen vilandeförklarad till hälften men arbetar heltid kan alltså få halva ersättningen minskad eller indragen.[41]

Den totala summan en individ får från sjukförsäkringen kan vara beräknad på en kombination av olika förmåner, exempelvis aktivitetsersättning och bostadstillägg. Att sjuk- eller aktivitetsersättning kombineras med andra inkomster såsom lön, kan påverka ersättningsnivån för andra beviljade förmåner. När sjuk- eller aktivitetsersättningen förklaras vilande ska exempelvis med ersättningen samordnad arbetsskadelivränta också förklaras vilande.[42] Möjligheten att

[37] Prop. 1999/2000:4 s. 30. Den försäkrade behöver inte ge in ett medicinskt utlåtande för att beslutet om vilandeförklaring ska upphävas och den enskilde ska få tillbaka ersättningen.
[38] 36 kap. 9 § samt 110 kap. 51–52 §§ SFB och Prop. 1999/2000:4, s. 55.
[39] 36 kap. 19 och 22 §§.
[40] 36 kap. 21 och 23 §§ SFB.
[41] Prop. 1999/2000:4, s. 53.
[42] 41 kap. 19 § SFB.

få bostadstillägg kvarstår under hela vilandeperioden.[43] Tilläggsersättningar som exempelvis bostadstillägg kan dock påverkas vid förändringar av bidragsgrundande inkomst. Vid beräkningen av sådana ersättningar är det olika reduceringsbelopp beroende på inkomst.

Vilande ersättning vid arbete

En försäkrad som arbetar under tid med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning får varje månad ett belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som har förklarats vilande.[44] Beloppet får betalas ut under en och samma vilandeperiod i högst 24 månader. Beloppet är skattefritt och är inte pensionsgrundande.[45] Den enskilde behöver inte ansöka om att få beloppet, utan det betalas ut när denne uppfyller villkoren för att ha rätt till månadsbeloppet. Utbetalningen syftar till att öka drivkrafterna att fortsätta att arbeta och därigenom underlättas en återgång till arbete.[46]

När det bedöms hur stor del av ersättningen som ska förklaras vilande ska omfattningen av det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra beaktas.[47] Ersättningen förklaras vilande till samma nivå som man arbetar. Utgångspunkten vara den omfattning den försäkrade avser att arbeta. Eftersom Försäkringskassan inte på eget initiativ, mot den försäkrades vilja, kan fatta beslut om vilandeförklaring gäller detta också med vilken andel vilandeförklaring ska ske.[48] Hur stor del av ersättningen som ska förklaras vilande ska bedömas utifrån den försäkrades arbetsförmåga i det arbete som finns tillgängligt för denne och som faktiskt utförs.[49] För den som har hel förmån ska hänsyn först tas till om arbetet ryms inom den så kallade åttondelen.[50]

Det är den försäkrades ansvar att lämna uppgift om arbetets omfattning, inkomst med mera så att graden av vilande ersättning kan fastställas. Om den försäkrade arbetar mer än han eller hon har upp-

[43] 101 kap. 4 § SFB och Prop. 2002/03:89, s. 49.
[44] 36 kap. 18 § SFB.
[45] Prop. 2007/08:124, s. 92 och 11 kap. 30 § tredje stycket inkomstskattelagen.
[46] Prop. 2007/08:124, s. 92.
[47] 36 kap. 12 § SFB och Prop. 1999/2000:4, s. 25.
[48] Prop. 1999/2000:4, s. 55.
[49] Prop. 1999/2000:4, s. 28.
[50] Prop. 1999/2000:4, s. 29.

gett ska reglerna i 36 kap. SFB om omprövning av rätten till ersättning tillämpas.[51]

Vilande ersättning vid studier

Sjukersättning ska vilandeförklaras när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en förmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.[52] Vilandeförklaring för studier rör i allmänhet studier på lägst gymnasienivå, men även studier på grundläggande nivåer kan ingå.[53]

I stort gäller samma ordning för att studera med vilande ersättning som för att förvärvsarbeta med vilande ersättning, med två undantag: vilandeförklaringen vid studier sker alltid av hela ersättningen den enskilde är beviljad och det sker inte någon utbetalning av månadsbeloppet motsvarande 25 procent av ersättningen som är vilande.[54]

När den försäkrade avslutar vilandeperioden har han eller hon rätt att utan särskild prövning få tillbaka ersättningen.

För att finansiera sitt uppehälle under studietiden hänvisas individen till möjligheten att söka studiemedel. Hur mycket studiemedel som betalas ut beror bland annat på individens studietakt. En person med en funktionsnedsättning som försvårar studierna kan efter individuell prövning ges studiemedel för en högre studietakt än vad personen faktiskt studerar.

Särskilt om vilande aktivitetsersättning

För att öka de ekonomiska incitamenten och tryggheten för försäkrade som har aktivitetsersättning att vilja och våga pröva på att arbeta eller att studera finns särskilda regler om förlängning och utbetalning av förmånen efter att den varit vilande.[55] Beslut om vilandeförklaring får avse en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning.[56] Denna möjlighet infördes mot bakgrund av att den tidigare konstruktionen innebar att den

[51] Prop. 1999/2000:4, s. 29.
[52] Prop. 2005/06:159, s. 33.
[53] Prop. 2005/06:159, s. 22.
[54] Prop. 2005/06:159, s. 21 och Prop. 2012/13:1 utg.omr. 10, s. 49.
[55] Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 47.
[56] 36 kap. 15 § tredje stycket SFB.

trygghet som erbjuds i form av att pröva att arbeta med bibehållen rätt till ersättning blev allt för kortvarig.[57] Om beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete. Vid studier ska alltid aktivitetsersättningen förlängas i sin helhet.[58]

När den enskilde inte längre studerar så har denne rätt att under den beslutade vilandeperioden få tillbaka ersättningen till den ursprungliga omfattningen utan särskild prövning. Vid vilande aktivitetsersättning som sträcker sig utanför beslutet om aktivitetsersättning kan den enskilde få aktivitetsersättning efter vilandeperiod i tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Detsamma gäller även för försäkrade som vid vilandeperiodens slut har mindre än tre månader kvar av aktivitetsersättning enligt ursprungsbeslutet. Den sammanlagda tiden med vilande ersättning och aktivitetsersättning efter vilandeperiod får inte överstiga 24 månader.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättningen lämnas utan någon ny prövning av i vilken utsträckning arbetsförmågan är nedsatt.[59] Ersättningen ska inte lämnas till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar. Ersättning ska inte heller lämnas till en försäkrad som studerar. En försäkrad som exempelvis arbetar 55 procent av heltid kan alltså inte få mer än en fjärdedels aktivitetsersättning (jfr 33 kap. 9 §).[60]

Möjligheten att försäkrade ska kunna få tillbaka sin ersättning under tre månader om arbetsförsöket avbryts har sin bakgrund i att

[57] Promemorian Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera (S 2012/4640/SF), s. 24 och Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 47.
[58] 36 kap. 15 b § SFB.
[59] 36 kap. 18 a § SFB. Se dock även begränsningarna i 18 a–d §§ samt Försäkringskassans Vägledning 2013:3 Version 5 s. 116.
[60] Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 50.

försäkrade kan få tillbaka sin aktivitetsersättning utan särskild prövning om han eller hon vill avsluta försöket med vilande ersättning. Det ansågs relevant att det finns en trygghet även för personer som arbetar eller studerar med vilande ersättning för tid som är efter att ursprungsbeslutet har upphört, att kunna få tillbaka sin ersättning efter vilandeperioden eller efter ett avslutat försök med vilande ersättning.[61]

En försäkrad som fått förlängd period med aktivitetsersättning på grund av att han eller hon haft vilande ersättning får i stället aktivitetsersättning under tre månader. [62]

Som exempel kan nämnas en försäkrad som är beviljad aktivitetsersättning från och med januari 2018 till och med december 2020. I juli 2020 ansöker den försäkrade om att få sin aktivitetsersättning vilande från och med augusti 2020 till och med juli 2021. Aktivitetsersättningen förlängs till och med juli 2021, alltså till samma tid som den är vilande. I februari 2021 vill den försäkrade upphäva beslutet om vilande eftersom han har slutat arbeta. Beslutet om att förlänga aktivitetsersättningen till och med juli 2021 ersätts därför med ett beslut om att den försäkrade har rätt till aktivitetsersättning under tre månader. Om grundbeslutet om aktivitetsersättning i stället varit under perioden januari 2019 – december 2021 hade den försäkrade dock återfått sin aktivitetsersättning i februari 2021 och den hade då löpt på till och med december 2021.

Rättspraxis om vilande ersättning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2010 ref. 39 – vilken betydelse har tidigare besluts tidsomfattning?

Den enskilde hade beviljats hel aktivitetsersättning i flera perioder. De senaste besluten avsåg ersättning för ett år i taget. Frågan i målet var om en enskild kan få tillstånd att pröva att arbeta med bibehållen aktivitetsersättning om han eller hon har fått flera beslut om aktivitetsersättning vilka tillsammans omfattar mer än ett år men där varje enskilt beslut inte omfattar mer än tolv månader.

[61] Promemorian Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera (S 2012/4640/SF), s. 25 och Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 48.
[62] 36 kap. 18 b § SFB.

Högsta förvaltningsdomstolen, som gjorde samma bedömning som kammarrätten, bedömde att det lagstadgade kravet på att den försäkrade, före arbetsförsöket, ska ha omedelbart dessförinnan fått sjukersättning eller aktivitetsersättning under minst tolv månader måste anses vara uppfyllt om den försäkrade har haft ersättning under mer än tolv månader utan något uppehåll. Att besluten om ersättning begränsats till tolv månader saknar enligt domstolen betydelse om det inte funnits något uppehåll i den tid som de olika besluten tillsammans omfattar. Den enskilde hade haft hel aktivitetsersättning i flera år. De två senaste besluten avsåg ersättning för ett år i taget. Vid den tid då det planerade arbetsförsöket skulle påbörjas hade den enskilde alltså haft sådan ersättning under mer än tolv månader utan uppehåll. HFD ansåg därför att den enskilde borde ha tillåtits att pröva att arbeta under högst tre månader med bibehållen hel aktivitetsersättning.

14.2.4 Steglös avräkning för sjukersättning

De som har beviljats sjukersättning kan delas in i två grupper. För dessa båda grupper gäller olika regler för arbete och studier under tiden man har ersättning. Den ena gruppen består av de som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008. Den andra gruppen utgörs av dem som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008.

De som beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 har sedan 1 januari 2009 möjlighet att förvärvsarbeta enligt reglerna om så kallad steglös avräkning.[63] Enligt förarbetena infördes dessa särskilda regler mot bakgrund av få av individerna i denna grupp återgår till arbete trots att det kan förutsättas att det finns personer inom gruppen som har en kvarvarande arbetsförmåga.

[63] Reglerna infördes i 16 a kap. i den numer upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring och fördes år 2011 över till 37 kap. SFB, Prop. 2007/08:124, Prop. 2008/09:22, bet. 2008/09:SfU4; Rskr. 2008/09:23. Innan 2009 kunde denna grupp prova på att förvärvsarbeta utan att deras rätt till sjukersättning påverkades i enlighet med reglerna om vilande sjukersättning. Den som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 men som inte längre omfattas av bestämmelserna i 37 kap. SFB, exempelvis om denne efter den 1 juli 2008 fått högre grad av sjukersättning, omfattas därefter i stället av bestämmelserna om vilande ersättning och övriga bestämmelser i 36 kap. SFB. En försäkrad som ansökt om steglös avräkning för att fortsätta med ett arbete som utfördes inom åttondelen innan 2009 behöver inte ansöka om steglös avräkning varje år, om Försäkringskassan bedömt att det är samma arbete i samma omfattning som tidigare och det inte sker någon förändring av arbetets omfattning och innehåll, se Försäkringskassans Vägledning 2013:3, version 5, s. 190 f.

Detta bedömdes bero på att de som vill pröva att arbeta riskerar sin framtida försörjningstrygghet. Möjligheterna att pröva arbetsförmågan med vilande ersättning bedömdes kunna uppfattas som osäkra. Det bedömdes även som sannolikt att dessa personer avstår från att tillvarata eventuella förbättringar av arbetsförmågan eftersom sjukersättningen endast beviljas som antingen hel förmån eller med 25, 50 eller 75 procent, vilket innebär att personer som upplever en viss förbättring av arbetsförmågan möts av marginaleffekter som kan överstiga 100 procent. Regeringen ansåg därför att det behövdes ökad trygghet och flexiblare regler för att fler personer med sjukersättning skulle kunna och våga återgå till arbetsmarknaden helt eller delvis. Tanken var att reglerna skulle innebära att personer som beviljats sjukersättning tills vidare före den 1 juli 2008 kan återgå i arbete utan att ersättningen blir föremål för omprövning. Dessa särskilda regler omfattade vid tidpunkten för införandet ca 420 000 personer.[64]

Rätten till sjukersättning och storleken på utbetalning av ersättningen påverkas inte om den försäkrade studerar eller ägnar sig åt ideellt arbete, så länge det inte ger inkomster. Om den försäkrade ägnar sig åt sådana arbetsuppgifter där det i normalfallet kan förväntas att arbetsprestationen avlönas, men det inte finns någon redovisad inkomst ska den försäkrade vanligtvis inte längre omfattas av 37 kap. SFB.[65]

Förvärvsarbete med steglös avräkning av sjukersättningen

Genom steglös avräkning har personer som beviljats sjukersättning rätt att arbeta utan att deras rätt till ersättning påverkas. Systemet innebär att Försäkringskassan får besluta att den enskildes sjukersättning ska omräknas när denne förvärvsarbetar med nyttjande av en arbetsförmåga som denne antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.[66]

Syftet med reglerna är att uppmuntra personer med sjukersättning att försöka komma tillbaka i arbete genom att ge dessa möjlighet att pröva på att arbeta med inkomst utan att de förlorar sjukersättningen.[67] Tanken är att öka tryggheten och flexibiliteten för

[64] Prop. 2007/08:124, s. 48–50.
[65] Försäkringskassans Vägledning 2013:1 version 6, s. 96.
[66] 37 kap. 3 § SFB.
[67] Prop. 2007/08:124, s. 46.

den som vill använda en arbetsförmåga och att i möjligaste utsträckning hålla marginaleffekterna nere så att det ska löna sig för den enskilde att öka sitt arbetsutbud och även ta tillvara på små arbetsinsatser.[68]

Regelverket innebär även att förvärvsinkomster upp till ett fribelopp inte påverkar den sjukersättning som betalas ut. Fribeloppet är

- 1 prisbasbelopp för personer med hel sjukersättning,
- 2,6 prisbasbelopp för personer med tre fjärdedels sjukersättning,
- 3,6 prisbasbelopp för personer med två tredjedels sjukersättning,
- 4,2 prisbasbelopp för personer med halv sjukersättning och
- 5,8 prisbasbelopp för personer med en fjärdedels sjukersättning.[69]

Förenklat kan sägas att om inkomsterna överstiger fribeloppet minskar utbetalningen av sjukersättningen enligt en beräkningsmodell med steglös avräkning enligt följande: Arbetsinkomster som överstiger fribeloppet och upp t.o.m. åtta prisbasbelopp minskar sjukersättningen med 50 procent av denna s.k. reduceringsinkomst.[70] Sjukersättning betalas dock inte ut till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp. Om sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp ska därför en ytterligare reducering göras av sjukersättningen. Det kan innebära att en försäkrad som har en hög inkomst får hela sin sjukersättning bortreducerad.

Utgångspunkten när reglerna konstruerades var att regelverket i möjligaste utsträckning ska bidra till att öka arbetsutbudet, vara så transparent och enkelt som möjligt och att administrationen av regelverket ska vara enkel.[71] En viktig fråga var också att reglerna inte ska upplevdas innebära oskäliga villkor för olika försäkrade. Målet om att öka flexibiliteten och minska marginaleffekterna vid arbete behövde därför vägas mot allmänna rättvisesynpunkter, exempelvis att utbetalning av sjukersättning endast i undantagsfall bör kunna

[68] Prop. 2007/08:124, s. 45–46.
[69] 37 kap. 6 § SFB.
[70] 37 kap. 6 § SFB.
[71] Prop. 2007/08:124.

kombineras med förvärvsinkomster för samma del den försäkrade får ersättning.

Den enskilde får ingen tillkommande marginaleffekt när inkomsten ökar i en mindre omfattning. Regelverket innebär också att ju högre sjukersättning en person har, desto högre reduceringsinkomst är möjligt att ha innan sjukersättningen är helt bortreducerad. Systemet bygger på samma principer som inkomstprövade förmåner såsom bostadsbidraget och bostadstillägget.[72]

Den som vill förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning ska ansöka om detta hos Försäkringskassan.[73] Ansökan ska lämnas in innan förvärvsarbetet påbörjas. Eftersom reglerna om steglös avräkning avser hela kalenderår, ska ansökan göras varje år den försäkrade vill använda sig av regelverket.

När Försäkringskassan beviljar en ansökan om steglös avräkning fattas ett beslut om preliminär sjukersättning.[74] Den försäkrade ska anmäla förhållanden som innebär att den slutliga sjukersättningen avviker från det preliminärt utbetalda beloppet, så snart som möjligt och senast 14 dagar efter att denne fick kännedom om förändringen.[75] Den preliminära sjukersättningen ska omprövas om något som påverkar ersättningens storlek inträffar. Försäkringskassan får avstå från att besluta om ändring, om det som har inträffat endast i liten utsträckning påverkar ersättningen.[76] Flera beslut om preliminär sjukersättning kan alltså fattas under ett kalenderår.

Försäkringskassan ska fatta ett beslut om slutlig sjukersättning för varje kalenderår som beslut om preliminär sjukersättning har fattats.[77] Slutlig sjukersättning bestäms först när den försäkrades pensionsgrundande inkomst har fastställts.[78] Processen med först preliminär och sedan slutlig sjukersättning motiveras av att det är den försäkrades inkomstuppgifter enligt ansökan som ligger till grund för beslutet om steglös avräkning. Den faktiska inkomsten för ett visst kalenderår blir dock inte fastställd förrän Skatteverket beslutat om den pensionsgrundande inkomsten för det aktuella inkomståret.[79]

[72] Prop. 2007/08:124.
[73] 37 kap. 3 § SFB.
[74] 37 kap. 10 § SFB.
[75] 110 kap. 46–47 §§ SFB och Prop. 2007/08:124, s. 78.
[76] 37 kap. 21 § SFB. Möjligheten att avstå från att besluta om ändring syftar till att det ska vara möjligt att undvika upprepade justeringar av den preliminära sjukersättningen med små belopp.
[77] 37 kap. 12 § SFB.
[78] 37 kap. 13 § SFB.
[79] Prop. 2007/08:124 s. 78.

Bestäms den slutliga ersättningen till ett högre belopp än summan som betalats ut preliminärt ska skillnaden betalas ut till den försäkrade och om den slutliga ersättningen bestäms till ett lägre belopp än summan som redan har betalats ut ska skillnaden betalas tillbaka av den försäkrade.[80]

Om den försäkrade arbetar med steglös avräkning och inte längre vill ha kvar rätten till sjukersättning kan denne ansöka om att sjukersättningen ska dras in eller minskas.[81]

Den som har rätt till hel sjukersättning och arbetar med steglös avräkning har inte rätt till sjuklön eller sjukpenning. Personen ska anses kompenserad för sin grundläggande arbetsoförmåga genom den sjukersättning som är beviljad.[82] Därför kan sjukpenning inte betalas ut för samma tid och omfattning personen har rätt till sjukersättning. Den som har partiell sjukersättning har rätt till sjukpenning och sjuklön endast för den del av arbetstiden som denne inte har rätt till sjukersättning.[83]

Rätten till bostadstillägg kvarstår under den tid som den försäkrade arbetar med steglös avräkning.[84] Storleken på bostadstillägget kan dock påverkas vid förändringar av den bidragsgrundande inkomsten.

En försäkrad som avser förvärvsarbeta kan innan arbetet påbörjas ansöka om att få arbeta enligt detta system.

Rättspraxis om steglös avräkning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2015 ref. 10 – kan sjukersättning som betalats ut före ansökan om steglös avräkning återkrävas enligt reglerna om steglös avräkning?

Högsta förvaltningsdomstolen berörde i ett avgörande 2015 möjligheten för Försäkringskassan att återkräva utbetald sjukersättning. Frågan i målet var om sjukersättning som betalats ut innan Försäkringskassan beslutat om tillämpning av reglerna om steglös avräkning ska behandlas som preliminär sjukersättning och därmed kunna bli föremål för återbetalning. Den enskilde hade ansökt om sjukersättning med steglös avräkning från och med december ett visst år.

[80] Är beloppet under 1 200 kronor ska det dock varken betalas ut eller betalas tillbaka.
[81] 37 kap. 23 § SFB.
[82] Prop. 2007/08:124, s. 67 och 69.
[83] Ds 2008:14, s. 114 ff.
[84] 101 kap. 4 § andra stycket SFB och Prop. 2007/08:124, s. 64–65.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att med preliminär sjukersättning avses i sammanhanget den sjukersättning som preliminärt ska betalas ut till den försäkrade vid sidan av förvärvsinkomsten från och med den månad då reglerna om steglös avräkning ska börja tillämpas. Sjukersättning som den försäkrade fått dessförinnan ingår därför inte i systemet med steglös avräkning. Sådan sjukersättning kan således inte heller återkrävas med stöd av bestämmelserna om steglös avräkning. Eftersom den sjukersättning som betalats ut för perioden januari t.o.m. november det aktuella året alltså inte utgjorde en preliminär utbetalning som kan återkrävas med stöd av reglerna om steglös avräkning i 37 kap. SFB fanns inte någon preliminär sjukersättning att återbetala.

14.2.5 Aktivitetsersättning – aktiviteter enligt SFB och prövotid för studier

Personer med aktivitetsersättning har delvis andra möjligheter än personer med sjukersättning att arbeta, studera eller på annat sätt delta i samhällslivet. Även personer med aktivitetsersättning har möjlighet att arbeta inom den så kallade åttondelen eller ansöka om vilande ersättning under tid med arbete eller studier. De som har aktivitetsersättning har dessutom ett särskilt utrymme att delta i så kallade aktiviteter enligt SFB samt kan under sex månader få en prövotid för studier med bibehållen utbetalning aktivitetsersättningen.

Aktiviteter enligt SFB

I samband med att en försäkrad beviljas aktivitetsersättning ska Försäkringskassan undersöka om han eller hon under tiden med ersättningen kan delta i sådana aktiviteter enligt SFB som kan antas ha en gynnsam inverkan på personens sjukdomstillstånd, fysiska eller psykiska prestationsförmåga.[85] Aktiviteterna ska alltså kunna antas ha en gynnsam inverkan på de förhållanden som medför att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Aktiviteterna har till syfte att förbättra förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan, vilket enligt förarbetena innebär en skillnad mot rehabilitering ”vars syfte är att

[85] 33 kap. 21 § SFB.

åstadkomma att den försäkrade skall kunna arbeta trots nedsatt arbetsförmåga”.[86]

Rätten och möjligheten till att delta i aktiviteter enligt SFB har införts mot bakgrund av att aktivitet i sig ofta har en rehabiliterande verkan på sjukdomar eller i vart fall motverkar en försämring av den enskildes tillstånd. En tillvaro präglad av aktivitet är på många sätt av stor betydelse för personer som av medicinska skäl långvarigt bedöms ha nedsatt arbetsförmåga. För personer som i utgångsläget har mycket omfattande svårigheter i sin dagliga livsföring bör en viss aktivitet kunna betraktas som ett av kanske många steg i riktning mot ett självständigt och aktivt liv som i vissa fall kan på sikt innebära mer eller mindre omfattande kontakt med arbetslivet.[87]

Exempel på aktiviteter enligt SFB

Den enskildes önskemål om aktiviteter ska tillgodoses så långt som möjligt, under förutsättning av att det kan antas ha en positiv inverkan på den enskildes nedsättning av prestationsförmågan. I förarbetena nämns kurser, dagverksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter och pryo som exempel på möjliga aktiviteter.[88]

Möjligheten att delta i aktiviteter enligt SFB innebär inte att allt som den försäkrade aktiverar sig i ska betraktas som sådana aktiviteter som beskrivs här. Om den försäkrade exempelvis deltar i förenings- eller idrottsaktiviteter utan planering och samordning av Försäkringskassan ska inte det engagemanget betraktas som aktiviteter enligt SFB.[89] Det är inte enbart typen av insats som avgör om det är en aktivitet enlig SFB, utan även om aktiviteten har planerats och samordnas av Försäkringskassan.[90] En insats som riskerar att försämra det medicinska tillståndet eller som hindrar andra insatser kan dock inte bedömas som en aktivitet enligt SFB.[91]

När det behövs för tillämpningen av socialförsäkringsbalken får den handläggande myndigheten begära att den försäkrade genomgår undersökning enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte

[86] Prop. 2000/01:96, s. 181.
[87] Prop. 2000/01:96, s. 86.
[88] Prop. 2000/01:96, s. 87.
[89] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 196.
[90] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 196.
[91] Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 195.

för bedömning av dennes medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Nämnda åtgärder räknas inte heller som aktiviteter enligt SFB.[92]

Rätten till aktivitetsersättning ska omprövas om den enskilde får en väsentligt förbättrad arbetsförmåga.[93] Ersättningen får dock inte ändras på grund av att den försäkrade använder sin möjlighet att delta i aktiviteter enligt SFB.[94]

Försäkringskassans ansvar för aktiviteter enligt SFB och för särskild ersättning

Om den försäkrade bedöms kunna delta i aktiviteter enligt SFB ska Försäkringskassan planera vilka aktiviteter som är lämpliga för personen. Planeringen ska ske i samråd med den enskilde och hans eller hennes önskemål ska i möjligaste utsträckning tillgodoses. Försäkringskassan ska upprätta en plan för aktiviteterna.[95] I planen ska bl.a. den försäkrades val av aktiviteter framgå, motiveringen till valen, ansvarsfördelningen för att aktiviteterna ska kunna genomföras samt tidsplan och tidpunkt för uppföljning av aktiviteterna.[96] Planen ska exempelvis revideras om den försäkrade vill byta aktivitet.

Försäkringskassan ska verka för att planerade aktiviteter kommer till stånd. Myndigheten ska samordna de insatser som behövs och se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteterna.[97]

Den försäkrade kan få ersättning för de kostnader som han eller hon har med anledning av de aktiviteter som personen deltar i. Ersättningen kallas *särskild ersättning*.[98]

---

[92] 33 kap. 24 § SFB och 110 kap. 14 § 4 SFB.
[93] 36 kap. 22 § SFB.
[94] 36 kap. 24 § SFB.
[95] 33 kap. 22 § SFB.
[96] RFFS 2002:36.
[97] 33 kap. 23 § SFB.
[98] 33 kap. 25 § SFB. Förutsättningarna för att få särskild ersättning i samband med aktiviteter framgår i RFFS 2002:36 4 § första och tredje stycket. Av RFFS 2002:36 5 § framgår bland annat att särskild ersättning kan lämnas för avgifter för deltagande i kurser, avgifter för aktivt deltagande i idrottsaktiviteter, anmälningsavgifter och medlemsavgifter, kostnader för studiematerial och arbetsmaterial som inte bekostas av kurssamordnaren, och skäliga kostnader för resor mellan bostaden och aktiviteten. Av det allmänna rådet till 5 § framgår vidare vilka krav som ställs på en kurs för att ersättning ska lämnas för avgift för deltagande i kursen (RAR 2002:17). Av RFFS 2002:36 6 § framgår vilka kostnader för resor som kan ersättas.

Aktivitetsersättning under prövotid för studier

Sedan den 1 februari 2017 kan den som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga studera med bibehållen utbetalning av aktivitetsersättningen. Studierna kan bedrivas på antingen heltid eller deltid. Aktivitetsersättningen kan betalas ut under prövotid i maximalt sex månader. Prövotiden behöver dock inte vara sammanhängande utan kan bestå av flera perioder.[99]

Möjligheten till aktivitetsersättning under prövotid för studier har sin bakgrund i att reglerna om vilande ersättning ansetts otillräckliga för att förmå fler unga att våga ta steget från aktivitetsersättning till studier och att det ansetts önskvärt att fler unga med aktivitetsersättning via studier på sikt kan börja arbeta och få försörjning genom förvärvsarbete. Unga som är osäkra på sin förmåga att studera ansågs helt kunna avstå från att studera eftersom hela aktivitetsersättningen blir vilande vid studier.

Reglerna syftar till att öka tryggheten och minska de ekonomiska riskerna och administrationen för den enskilde under den inledande studietiden. Syftet är alltså att ge unga med aktivitetsersättning ökade incitament att våga pröva att studera.[100]

Förutsättningar för och effekter av studierna

Den som fått samtliga sex månader med prövotid kan inte under en eventuell ny period med ersättning få nya månader med prövotid för studier.

Personer som använt prövotid för studier och vill fortsätta studera kan sedan ansöka om vilande ersättning för studier. Den som efter prövotid ansöker om vilande ersättning kan få ersättningen vilandeförklarad i maximalt 24 månader under förutsättning att det under den senaste 12-månadersperioden inte beviljats någon prövotid. Om det har beviljats prövotid under den perioden ska den tiden räknas av från den maximala *vilandeperioden* om 24 månader.

Om en försäkrad som inte uppfyller villkoren för prövotid eller vilande ersättning ändå börjar studera, eller börjar studera utan att ha ansökt om prövotid, ska Försäkringskassan ta ställning till om

[99] 36 kap. 9 a § SFB. Den försäkrade måste haft ersättning i mist 12 månader innan han eller hon kan få prövotid för studier.
[100] Ds 2016:5, s. 42 och prop. 2016/17:1, utg.omr. 10, s. 47.

rätten till ersättningen ska omprövas. Om någon fortsätter att studera efter prövotiden utan att ansöka om vilande ersättning kan rätten till aktivitetsersättning också komma att omprövas.

De former av studier som godkänns inom ramen för *vilande* aktivitetsersättning för studier godkänns i stort sett också för prövotid med studier.

14.2.6 Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning

Vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning är utgångspunkten att arbetstiden ska minskas regelbundet, dvs. i lika stor omfattning varje dag. Denna princip saknar reglering i lag och bygger på rättspraxis framförallt *för sjukpenning*. För sjukpenning gäller att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas dag för dag.

Det saknas i dagsläget ett avgörande från HFD i frågan om motsvarande princip för sjukersättningen eller aktivitetsersättningen. I denna fråga finns för närvarande endast kammarättspraxis som bygger vidare på de uttalanden som gjorts av HFD i frågan om sjukpenning. Nedan redogörs för den rättspraxis som reglerar förutsättningarna för att förlägga arbetstiden vid partiell sjukpenning och sjukersättning.

Försäkringsdomstolens avgörande FÖD 1986:11

I avgörandet FÖD 1986:11 hade den försäkrade vissa dagar arbetat mer än halvtid trots att hon var halvt sjukskriven. Hon hade befriats från arbete som hon tidigare upplevt som mest påfrestande. Läkaren var informerad om arbetstidsförläggningen och hade inget att invända mot det.

Försäkringsöverdomstolen hade tidigare endast i undantagsfall, där särskilda omständigheter förelegat, frångått principen att man måste minska arbetsutbudet varje dag med hälften för att ha rätt till halv sjukpenning för den dagen. Men denna praxis kunde i vissa fall motverka meningsfull sjukvård och försök till rehabilitering.

En grundläggande förutsättning var enligt FÖD att den sammanlagda arbetstiden under den period som omfattades av det aktuella förslaget till rehabilitering inte översteg hälften av den försäkrades arbetstid och att arbetstidsförläggningen var medicinskt motiverad.

Beräkningen av den genomsnittliga arbetstiden borde i flertalet fall baseras på två veckor vilket vid tidpunkten för domen motsvarade en normal utbetalningsperiod för sjukpenning. [101] Domstolen ansåg att det inte förelåg något hinder att, om skäl förelåg, beräkna arbetstiden på en längre period. Vid denna bedömning skulle beaktas olika omständigheter som sjukdomens art, arbetsorganisation, kommunikationer och restidens längd.

FÖD angav att det avgörande borde vara om rehabiliteringen kunde anses främja den försäkrades rehabilitering. I målet hade den försäkrades arbetsgivare befriat denne från vissa betungande arbetsuppgifter. Den behandlade läkaren hade också varit delaktig i beslutet att förlägga arbetstiden. Den sammanlagda arbetstiden under den aktuella perioden, som synes ha varit fyra veckor, hade inte heller överstigit hälften av den försäkrades normala arbetstid. Med hänsyn till dessa omständigheter fann Försäkringsöverdomstolen att den försäkrade fick anses ha sin arbetsförmåga nedsatt med minst hälften.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2011 ref. 30

Avgörandet HFD 2011 ref. 30 rörde en försäkrad som var sjukskriven en fjärdedel under diagnosen asteni och depression. Frågan i målet var om hon hade rätt till en fjärdedels sjukpenning när hon förlagt arbetstiden så att hon var helt ledig varje onsdag. Den försäkrades läkare hade uttalat att hon behövde denna arbetstidsförläggning för att ”klara sitt arbete nöjaktigt” resterande tid.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade inledningsvis att den försäkrade hade uppgivit att förläggningen av arbetstiden med ledig dag på onsdag var en förutsättning för att hon skulle orka arbeta torsdag och fredag. Detta vann också, enligt domstolen, stöd i läkarens intyg. Den arbetsfria dagen mitt i veckan synes alltså ha varit en förutsättning för att den försäkrade, med de sjukdomsbesvär hon hade, skulle ha förmåga att arbeta tre fjärdedelar av normal arbetsdag.

Högsta förvaltningsdomstolen gick därefter vidare med att ta ställning till om den försäkrade hade rätt till sjukpenning med denna arbetstidsförläggning. Domstolen framhöll att möjligheten till en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning infördes för att förbättra

[101] Här hänvisade domstolen till förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättning från Försäkringskassan. Fortfarande anges där (2 § andra stycket) att sjukpenning utbetalas högst var fjortonde dag. I dag betalas dock i praktiken sjukpenning ut en gång i månaden.

förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering och påskynda återgången i arbete. Enligt domstolen talade reformerna på socialförsäkringsområdet för att principen att rätt till partiell sjukpenning förutsätter minskning av arbetstiden med lika mycket varje dag inte skulle tillämpas alltför strikt. Sådana faktorer som arbetsförhållandena och sjukdomens art kunde behöva vägas in i bedömningen. Sjukpenning borde – om den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte översteg vad som var förenligt med deltidssjukskrivningen – kunna beviljas när arbetstidsförläggningen syftar att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har och när denna förläggning är medicinskt motiverad.

Kammarrätten i Stockholms avgörande i mål nr 5889-18

Kammarrätten i Stockholm prövade i mål nr 5889-18 möjligheten till variationer i arbetstidens förläggning för en försäkrad med partiell sjukersättning. Kammarrätten konstaterade att det finns möjlighet till sådana variationer när det gäller arbetstidens förläggning för en försäkrad som får partiell sjukersättning men det måste göras en bedömning i det enskilda fallet. Den försäkrade bedömdes inte ha arbetat i en sådan omfattning att det skulle påverka hennes fortsatta rätt till halv sjukersättning. Frågan i målet var vilken betydelse arbetstidens förläggning har vid bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga vid *omprövning* av rätten till partiell sjukersättning. Uttalandena i målet i frågan om arbetstidens förläggning bör ha bäring även vid andra situationer och överväganden om principer kring förläggning av arbetstid.

Den försäkrade hade i målet beviljats halv sjukersättning 2010 och Försäkringskassan hade beslutat att ersättningen skulle upphöra från och med 2018. Bedömningen var att den försäkrades arbetsförmåga inte längre var nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till alla arbeten på hela arbetsmarknaden, vilket berodde på att hon hade arbetat mer än sex timmar per dag flera dagar i sträck.

Kammarrätten konstaterade att sjukersättning är en månatlig förmån. Det finns därför möjlighet till ännu större variationer när det gäller arbetstidens förläggning för en försäkrad som får partiell sjukersättning jämfört med vad som gäller för sjukpenning. Det får dock göras en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

Kammarrätten ansåg att arbetstidens förläggning var medicinskt motiverad och syftade till att tillvarata den försäkrades kvarvarande arbetsförmåga. Att hon vid några tillfallen hade haft arbetspass som överstigit åtta timmar medförde inte att hon har en förbättrad arbetsförmåga som innebär att beviljad sjukersättning bör dras in eller minskas.

Övrig rättspraxis

Utredningen kan konstatera att det finns utrymme för undantag i enlighet med det ovan redovisade avgörandet HFD 2011 ref. 30. I sammanhanget kan även nämnas HFD 2018 ref. 58, i vilket HFD slog fast att rätten till *graviditetspenning* ska bestämmas med utgångspunkt i den faktiska nedsättningen av arbetsförmågan under en viss period oavsett hur arbetsuppgifterna fördelar sig över veckans arbetsdagar. Den omständigheten att en kvinna, beroende på hur hennes arbetsdagar ser ut, inte behöver reducera sin arbetstid varje dag utan bara vissa dagar bör alltså inte påverka den sammanlagda ersättningens storlek. Ersättning bör därför i ett sådant fall utbetalas för samtliga dagar.

Frågan om förläggning av arbetstid vid partiell sjukpenning har även prövats vid ett par tillfällen i underinstans. I april 2013 meddelade Kammarrätten i Jönköping en dom om möjligheten att göra undantag från principen att den försäkrade vid partiell sjukpenning ska minska sin arbetstid lika mycket varje dag.[102] Målet rörde en försäkrad som arbetade som undersköterska och vars arbetstid bedömd över fem veckor inte översteg hälften av heltid. Kammarrätten ansåg att med hänsyn till den försäkrades arbetsförhållanden, dennes normala arbetstidsförläggning samt dennes sjukdomsbesvär att förläggningen av arbetstiden var medicinskt motiverad och en förutsättning att hon skulle kunna arbeta halvtid som undersköterska. Den försäkrade hade därför rätt till halv sjukpenning.

Kammarrätten i Stockholm meddelade den 16 januari 2020 dom i mål nr 5344-19 där en försäkrad bedömdes ha rätt till sökt sjukpenning. Han hade flexibla arbetsförhållanden och hans sjukdomstillstånd var ett typiskt sådant där den försäkrades arbetsförmåga till viss del kan tas till vara trots sjukdom, men där arbetsförmågan kan

[102] Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3896-12.

variera från dag till dag. Den försäkrade hade arbetat mer än sjukskrivningsgraden under vissa dagar under sjukskrivningen men totalt sett under sjukskrivningsperioden inte mer än sjukskrivningen tillät. Enligt den sjukskrivande läkaren främjade förläggningen av arbetstiden mannens rehabilitering och den var medicinskt motiverad. Kammarrätten ansåg därför att hans arbetsförmåga under de aktuella perioderna varit nedsatt med tre fjärdedelar respektive med hälften och att förläggningen av den faktiska arbetstiden alltså inte utgjort hinder för att bevilja den sökta sjukpenningen.

Jfr även Kammarrätten i Göteborg i mål nr 4678-18 där den försäkrade nekades sjukpenning, bl.a. då det enligt kammarrätten inte fanns något som gav stöd för att den här förläggningen av arbetstiden var nödvändig av medicinska orsaker eller för att ta tillvara den försäkrades resterande arbetsförmåga.

I förvaltningsrättsavgöranden har det bl.a. konstaterats att någon begränsning till en tvåveckorsperiod inte finns i reglerna om sjukpenning och att en försäkrad kan ha rätt till sjukpenning även om arbetstiden fördelats ojämnt under en längre period, t.ex. åtta veckor. Avgörande är i stället arbetsförhållandena, sjukdomens art och om förläggningen av arbetstiden kan anses främja den försäkrades rehabilitering.[103]

Avseende omprövning av rätt till sjukersättning kan nämnas Kammarrätten i Jönköpings dom den 25 juni 2020 i mål nr 2591-2592-19 m.fl. Kammarrätten uttalade att i fall med koncentrerad arbetstid bör bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ske mot bakgrund av omständigheterna i det enskilda fallet, såsom bland annat sjukdomens art och hur arbetsförhållandena i övrigt ser ut. Den period som ska ligga till grund för bedömningen bör dock vara relativt begränsad (jfr RÅ 2010 not. 95 och HFD 2011 ref. 30). Att arbetstidens förläggning även ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet får, enligt vad kammarrätten uttalade, anses följa av det förhållandet att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte ska påverka rätten till sjukersättning (se bl.a. prop. 2007/08:136 s. 88).

[103] Se t.ex. Förvaltningsrätten i Linköping i mål nr 4412-17.

14.3 Handläggning av arbete och studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning

14.3.1 Försäkringskassans handläggning – steglös avräkning

Ett ärende initieras

Handläggningen av ett ärende om att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning startar genom att en försäkrad som ska arbeta med inkomst lämnar in en ansökan om omräkning av sjukersättningen.

Försäkringskassans utredning av ansökan

När en ansökan om att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning inkommer till Försäkringskassan ska handläggaren kontrollera ansökan och göra en bedömning av om den inkomstuppgift som lämnas av den försäkrade är rimlig. Ifall den försäkrade har partiell ersättning ska handläggaren även bedöma om den försäkrades förvärvsarbete kommer att utföras på den del som han eller hon har sjukersättning för.

När Försäkringskassan beviljar en ansökan om steglös avräkning har sjukersättningen räknats om och den försäkrade får ett beslut om preliminär sjukersättning för det aktuella inkomståret.

Ändring av beslut om preliminär sjukersättning

Under ett kalender-/inkomstår som en försäkrad arbetar enligt reglerna för steglös avräkning ska han eller hon anmäla eventuellt ändrade inkomster eller andra förhållanden som påverkar sjukersättningen. Försäkringskassan ska i så fall fatta ett nytt beslut om preliminär sjukersättning (37 kap. 21 § SFB). Försäkringskassan kan också på eget initiativ fatta ett nytt beslut om preliminär sjukersättning. Det kan t.ex. vara aktuellt om Försäkringskassan får kännedom om förhållanden som påverkar sjukersättningens storlek, exempelvis om den försäkrade häktats eller tas in på anstalt (prop. 2007/08:124 s. 79). Således är det möjligt för Försäkringskassan att fatta flera beslut om preliminär sjukersättning under ett kalender-/inkomstår som en försäkrad arbetar enligt reglerna för steglös avräkning.

Beslut om slutlig sjukersättning

Försäkringskassan fattar beslut om slutlig sjukersättning för varje kalenderår som beslut om preliminär sjukersättning har fattats. Den slutliga sjukersättningen fastställs först efter att den pensionsgrundande inkomsten har fastställts för det aktuella inkomståret. Det innebär i praktiken att slutlig sjukersättning fastställs och beslutas tidigast två år efter att den försäkrade arbetat med steglös avräkning.

Den försäkrade har möjlighet att betala tillbaka för mycket utbetald sjukersättning till Försäkringskassan innan den slutliga sjukersättningen har fastställts. Den förtida inbetalningen är frivillig.

14.3.2 Försäkringskassans handläggning – vilande ersättning och prövotid

Ett ärende initieras

Som framgått i bakgrundsavsnittet kan försäkrade som har sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 eller som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga ha sin ersättning vilande för arbete eller studier. Personer som har aktivitetsersättning kan också studera med s.k. prövotid. Försäkrade som vill använda dessa regler ska lämna in en ansökan till Försäkringskassan.

Försäkringskassans utredning av ansökan

När en ansökan om vilande ersättning eller prövotid inkommer till Försäkringskassan ska handläggaren kontrollera följande:

– Ansökan om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning vid arbete: handläggaren ska utreda hur den försäkrade planerar att förlägga arbetstiden och hur den stämmer överens med den nivå han eller hon har ansökt om.

– Ansökan om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning vid studier: handläggaren ska utreda när den försäkrade planerar att påbörja och avsluta studierna samt om det finns ett antagningsbesked.

– Ansökan om prövotid för studier vid aktivitetsersättning: handläggaren ska utreda när studierna börjar och hur länge de beräknas pågå. Handläggaren ska också utreda vilken typ av studier det handlar om: skola, lärosäte, omfattning, längd på utbildningen etc.
– Om den försäkrade börjar arbeta eller studera innan ansökan om vilande ersättning lämnas in till Försäkringskassan ska handläggaren överväga att ompröva rätten till ersättning. Detsamma gäller om den försäkrade får avslag på ansökan, men trots det tänker börja att arbeta eller studera.

Om en försäkrad som har beslut om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning eller prövotid inkommer med begäran om upphörande av vilande ersättning eller prövotid ska detta beviljas (36 kap. 16 § SFB). Om den vilande ersättningen upphävs innebär det att den försäkrade får tillbaka ersättningen till samma grad och varaktighet som tidigare, utan någon särskild prövning. I vissa fall kan den försäkrade även beviljas fortsatt aktivitetsersättning i upp till tre månader efter vilandeperioden, se avsnitt 14.2.3.

Försäkringskassan kan också ta eget initiativ till upphävande vilande aktivitetsersättning, sjukersättning eller prövotid för studier. Detta är aktuellt om den försäkrade insjuknar och bedöms bli långvarigt sjuk. Ett beslut om upphävande av vilandeförklaring utan att den försäkrade själv har begärt det, ska dock endast fattas om det är för att åter betala ut ersättningen. I dessa fall ska handläggaren bedöma prognos om tillfrisknande, hur länge den försäkrade har arbetat och hur länge arbetet är planerat att pågå. Om den försäkrade studerar med studiemedel kan han eller hon ändå få behålla studiemedlen under en sjukperiod, förutsatt att Försäkringskassan godkänner perioden. Det kan även bli aktuellt med ett upphävande om den försäkrade avbryter arbetet eller studierna och tar ut hel föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller graviditetspenning i mer än en månad. I så fall fattar handläggaren beslut om att upphäva den vilande ersättningen, eftersom syftet med arbets- eller studieförsöket inte uppnås.

Regelverket kräver att de försäkrade och Försäkringskassan har överblick över flera olika regleringar om antal månader, t.ex. med avseende på maxtid för prövotid respektive vilande ersättning. Eftersom det handlar om månadsersättningar kan systemmässiga skäl (t.ex. brytdatum för att registrera nya eller aktivera vilande utbetalningar alternativt stoppa kommande utbetalningar) medföra pro-

blem exempelvis ifall de försäkrade med kort varsel vill ha vilande ersättning eller vill få tillbaka sin utbetalning av ersättning.

15 Arbete, studier och uppdrag med mera – problemanalys

I vilken utsträckning personer som har sjuk- och aktivitetsersättning och som får förbättrad arbetsförmåga återgår i arbete är viktig både ur mänskligt och samhällsekonomiskt perspektiv. Dessutom är en av de grundläggande principerna med sjukersättning och aktivitetsersättning att försäkrade har rätt till ersättning om de har nedsatt arbetsförmåga och att denna nedsättning ska ha en viss varaktighet. Således är det centralt att regelverket ger incitament, goda förutsättningar och relevant stöd till försäkrade att kunna återgå till arbetslivet ifall de får eller återfår arbetsförmåga som de saknade när de beviljades ersättningen.

En annan viktig utgångspunkt som gäller för försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning är att dessa individer ska uppmuntras att delta i samhällslivet, i den utsträckning de har möjlighet, även fast de har nedsatt arbetsförmåga.

Kostnaderna för sjukfrånvaro och de utmaningar som följer med en åldrande befolkning gör diskussioner kring hur restarbetsförmågan hos personer med sjukersättning kan tas till vara på bästa sätt samhällsekonomiskt intressanta. Studier från flera länder tyder på att förtidspensionärer i vissa fall har viss arbetsförmåga som skulle kunna användas i arbete på arbetsmarknaden.[1] Olika åtgärder har provats i flera länder för att öka incitamenten för dessa individer att vilja arbeta och använda sin restarbetsförmåga.

I kommittédirektivet framgår det ska utredas hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare. Ett antal intressen som utredningen ska beakta vid

[1] Se t.ex. Bound 1989, Gruber & Kubik 1997, Gruber 2000, Staubli 2011, Marie & Vall Castello 2012, Fevang, Hardoy & Røed 2013, Borghans, Gielen & Luttmer 2014 och Moore 2015. Studierna återges som referenser i IFAU:s rapport 2018:6.

utarbetande av förslagen redovisas, bl.a. att regelverket ska säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Vidare anges att regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller, eftersom det annars finns en risk att de avstår från möjligheter att delta i samhällslivet. Utgångspunkten är att sådan delaktighet i samhällslivet ska uppmuntras genom bland annat studier och arbete för personer med ersättning och som exempel nämns att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas.

Såväl interna som externa förklaringar kan ligga bakom att möjligheterna till arbete, studier och uppdrag etc. inte används i så stor utsträckning. De interna förklaringarna är sådana som handlar om regelverkets innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter eller samarbete mellan myndigheter. I kommittédirektiven anges att regelverket när det gäller exempelvis arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning är svårt att överblicka. Oklarheter i hur exempelvis olika sorters engagemang kan komma att påverka den försäkrades ersättning kan också vara en faktor.

De externa förklaringarna ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen av detta. Det kan till exempel handla om hur arbetsmarknaden och tillgängligheten till studier och fritidssysselsättningar ser ut för personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det handlar också om vad det finns för kvarvarande arbetsförmåga hos de som har beviljats ersättning samt uppfattningar hos de försäkrade.

I följande avsnitt redogörs för hur användandet av de olika reglerna har utvecklats över tid. Därefter analyseras tänkbara faktorer till varför reglerna används i denna omfattning och vilka faktorer som kan anses utgöra hinder för att möjligheterna ska användas i högre omfattning.

15.1 Tre huvudgrupper för regelverket

Personer som har sjukersättning och aktivitetsersättning kan delas upp i tre huvudgrupper vad avser deras möjligheter arbeta, studera m.m. under tid med ersättning:

– *Huvudgrupp 1:* Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före den 1 juli 2008.[2]
– *Huvudgrupp 2:* Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.om. den 1 juli 2008.
– *Huvudgrupp 3:* Försäkrade har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Grupperna skiljer sig från varandra med avseende på vad de kan göra under tid med ersättning. De skiljer sig också åt vad gäller under vilka förutsättningar de har beviljats ersättningen.

Personer i huvudgrupp 2 och 3 har visserligen beviljats olika förmåner, men omfattas likväl av flera gemensamma regler under tiden de har ersättning. Det gäller exempelvis möjligheten att arbeta eller studera med vilande ersättning och vilket utrymmet de har att arbeta ideellt eller ha fritidssysslor utan att rätten till ersättning påverkas. Det finns också några skillnader för dessa båda grupper. Personer som har aktivitetsersättning kan t.ex. beviljas aktiviteter enligt SFB. Till största delen är regelverken dock lika och i problemanalysen nedan redovisas därför huvudgrupp 2 och 3 tillsammans.

15.2 Utvecklingen över tid

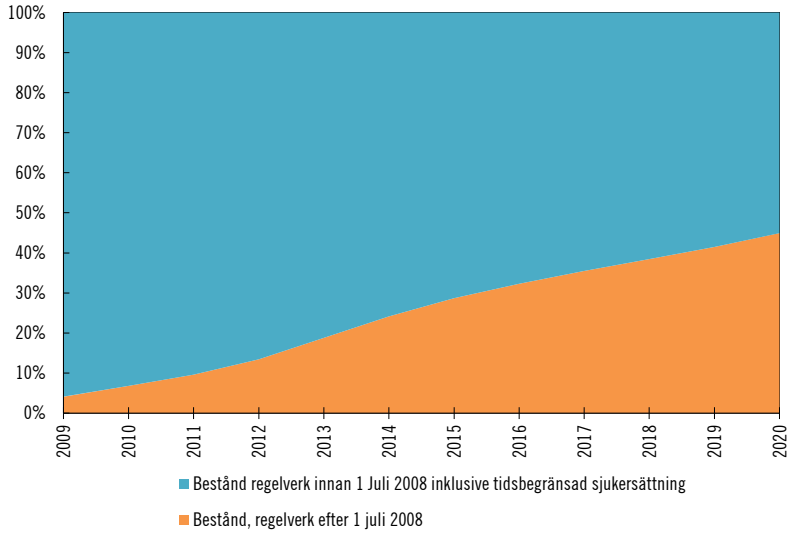
15.2.1 Sjukersättning

Avgörande för antal personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning respektive vilande sjukersättning är enligt vilket regelverk sjukersättningen har beviljats. Som framgått av tidigare avsnitt är det endast de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 som kan ha steglös avräkning medan de som beviljats sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. 1 juli 2008 kan ha vilande ersättning. Eftersom det inte sker något nyinflöde till gruppen som omfattas av reglerna för steglös avräkning minskar omfattningen av denna grupp vartefter de fyller 65 år och sjukersättningen upphör. När reglerna om steglös avräkning infördes den 1 januari 2009 var det omkring 450 000 personer som omfattades av detta regelverk.

[2] Enligt regelverket som gällde före den 1 juli 2008 kunde försäkrade både beviljas tidsbegränsad sjukersättning och icke tidsbegränsad dito. Denna grupp avser personer som beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning.

Omkring en tredjedel av dessa personer uppbar partiell ersättning. Med tiden har antalet som är berättigade till steglös avräkning minskat för att personerna fyller 65 år och ersättningen upphör.[3] Under 2019 var det ca 145 000 personer som omfattades av reglerna för steglös avräkning. Det innebär att det i dag är ungefär 60 procent av som har sjukersättning enligt det gamla regelverket och 40 procent som har det enligt det nya. Det är således fortfarande en något större andel av dem som har sjukersättning i dag som omfattas av reglerna för steglös avräkning jämfört med dem som omfattas av reglerna för vilande sjukersättning.

Figur 15.1 Andel med sjukersättning enligt regler före och efter 2008



Källa: Försäkringskassan.

Det är fler personer som arbetar med steglös avräkning än med vilande ersättning. Med tiden har antalet personer med steglös avräkning minskat, vilket naturligt följer av att populationen som kan omfattas av regelverket succesivt minskar över tid. Dock har antalet personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning inte minskat i samma takt som den totala populationen som omfattas av regelverket har gjort. Det har inneburit att andelen av den samlade populationen som arbetar med steglös avräkning har ökat över tid.

[3] Några personer försvinner också ur systemet p.g.a. dödsfall.

Under det senaste året tycks andelen med steglös avräkning planat ut och stabiliserats på en nivå kring 4 procent. Det är vanligare att personer med partiell ersättning använder steglös avräkning än de som har hel ersättning. Den uppgång av andelen som använder steglös avräkning som skett sedan möjligheten infördes 2009 har varit större hos dem med partiell än hos dem med hel sjukersättning.[4]

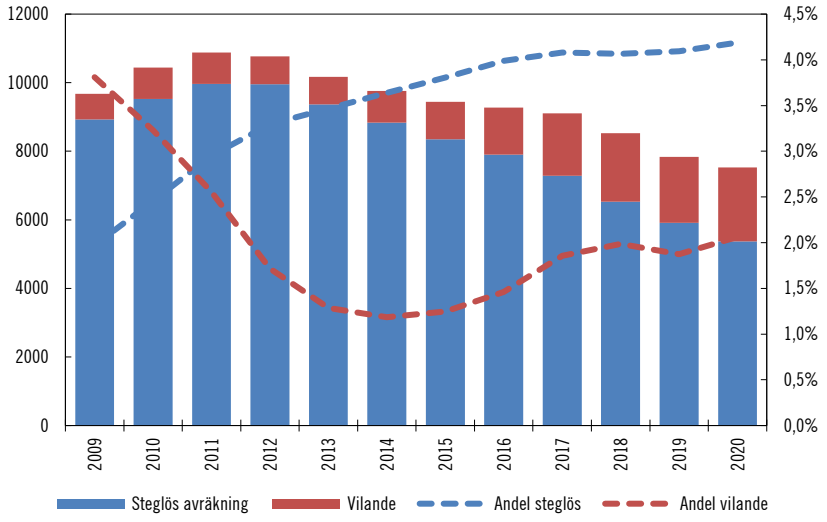
Det finns även ett visst inflöde av nya personer som inte tidigare arbetat enligt reglerna för steglös avräkning. År 2016 beviljades knappt 900 personer steglös avräkning som tidigare inte använt sig av möjligheten. Det motsvarar drygt 10 procent av samtliga som använde steglös avräkning det året.[5] I gruppen som har rätt till steglös avräkning är det alltså personer som åtta år efter införandet har förutsättningar, tillräcklig förmåga och vilja att börja förvärvsarbeta. Över tid har dock nyinflödet minskat, år 2015 var det drygt 1 100 personer och året innan var det nästan 1 400 personer.

Antal personer som haft vilande sjukersättning för arbete var ungefär 1 000 personer fler 2019 än 2009. Ökningen av antalet med vilande ersättning kan i princip hänföras till åren 2015–2019 medan antalet var relativt konstant under perioden 2009–2014. En möjlig förklaring till det ökade antalet personer som haft vilande ersättning för att arbeta kan vara den regeländring som gjordes 2017 då möjligheten för de som hade vilande ersättning att få behålla 25 procent av sin sjukersättning utvidgades från 12 till 24 månader.

Samtidigt som antalet personer med vilande ersättning var förhållandevis oförändrad under åren 2010–2014 ökade den potentiella populationen som kan ha vilande sjukersättning (figur 15.1). Det innebar att andelen med vilande sjukersättning minskade från 4 till 1,2 procent. Efter 2014 har antalet personer med vilande ersättning ökat vilket också fått andelen med vilande ersättning att öka. År 2019 var det omkring 2 procent som hade vilande sjukersättning för arbete.

[4] ISF, Rapport 2018:11.
[5] ISF, Rapport 2018:11.

Figur 15.2 Antal och andel personer med sjukersättning som arbetar med vilande sjukersättning eller steglös avräkning



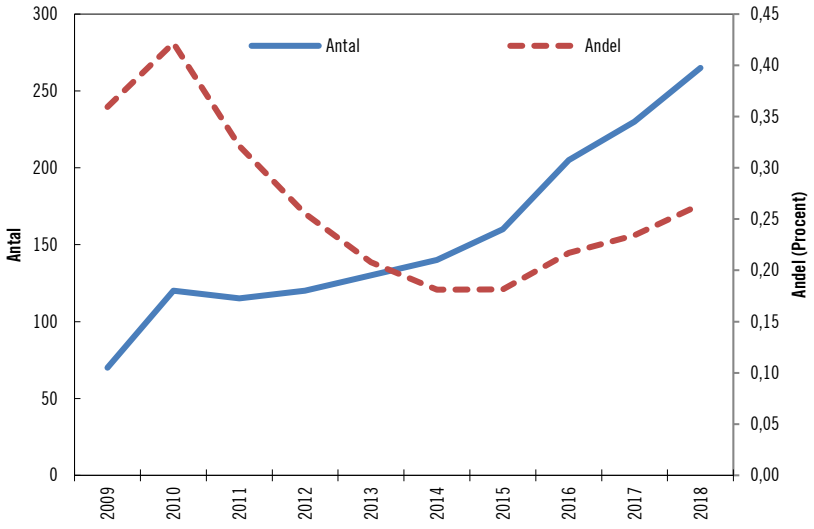
Källa: Försäkringskassan.

Studier under tid med sjukersättning

Antal personer som har vilande sjukersättning p.g.a. studier är betydlig färre än de som har vilande ersättning p.g.a. arbete. Antalet har dock ökat med tiden och liksom för de som har vilande ersättning för arbete har utvecklingen tagit fart efter 2014. Mellan 2014 och 2018 har antalet personer med vilande ersättning för studier ökat med drygt 100 personer. Som andel av den potentiella populationen är det dock en väldigt liten om än ökande andel som har vilande sjukersättning p.g.a. studier. År 2018 var det omkring 250 personer eller 0,25 procent av samtliga med sjukersättning som använde möjligheten till vilande ersättning p.g.a. studier.[6]

[6] Personer som är beviljade sjukersättning enligt regelverket som gällde innan 1 juli 2008, omfattas inte av reglerna för vilande ersättning. De har heller ingen anmälningsplikt om att de studerar. Det kan således vara ytterligare personer som studerar samtidigt som de har sjukersättning.

Figur 15.3 Antal och andel personer som har vilande sjukersättning p.g.a. studier



Källa: Försäkringskassa.

Fördelning mellan kvinnor och män

Det är en större andel kvinnor än män som har vilande sjukersättning och steglös avräkning. Drygt 60 procent av både de som har steglös avräkning och de som har vilande sjukersättning är kvinnor. Denna andel har varit relativt stabil över tid. En svag ökning av andelen kvinnor syns bland de som har steglös avräkning medan andelen med vilande ersättning varit stabil under de senaste åren efter en initialt minskande andel under åren 2010–2012. Eftersom kvinnor i något större utsträckning än män förekommer bland dem som har rätt till steglösavräkning är det ungefär lika stor andel kvinnor som män som använder steglös avräkning när hänsyn tas till storleken på respektive population.

Figur 15.4 Andel kvinnor och män med vilande sjukersättning eller steglös avräkning

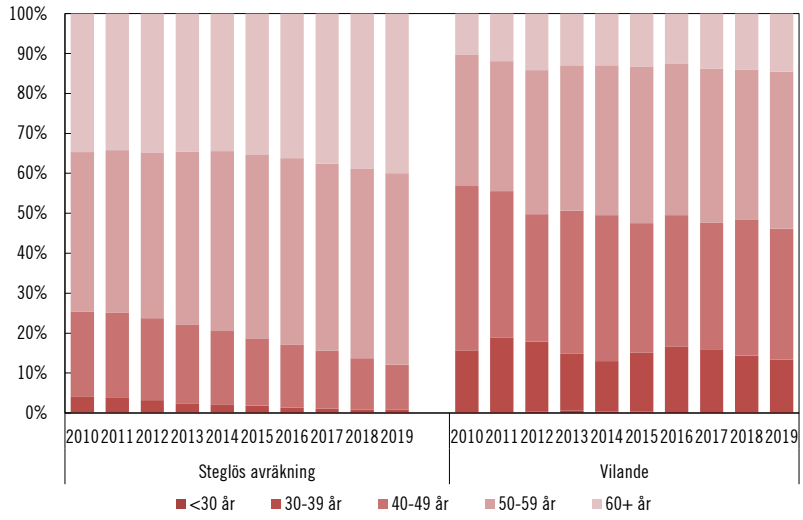
Källa: Försäkringskassan.

Fördelning av åldersgrupper

Steglös avräkning förekommer framför allt bland de som är äldre än 50 år. Över tid har denna andel ökat och 2019 var ca 85 procent av alla som arbetade med steglös avräkning äldre än 50 år och 40 procent äldre än 60 år. Att andelen äldre är så pass stor förklaras av att inga nya personer kommer in i systemet. I takt med att målpopulationen blir äldre stiger därmed andelen äldre som använder steglös avräkning. Genomsnittsåldern bland de som använder steglös avräkning är dock lägre än hos de som inte använder denna möjlighet. De har också i större utsträckning partiell ersättning, vilket innebär att de har en närmare koppling till arbetsmarknaden och har således lättare att utöka hitta ett arbete.

Bland dem som har vilande sjukersättning är fördelningen mellan olika åldersgrupper jämnare. Omkring hälften av dem som har vilande sjukersättning är äldre än 50 år och ca 15 procent är äldre än 60 år. Att de äldre utgör en så pass stor andel av de som har vilande sjukersättning följer av åldersstrukturen på de som beviljats sjukersättning. Drygt 70 procent av de som i dag har sjukersättning är äldre än 50 år.

Figur 15.5 Andel som har vilande sjukersättning eller steglös avräkning, åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

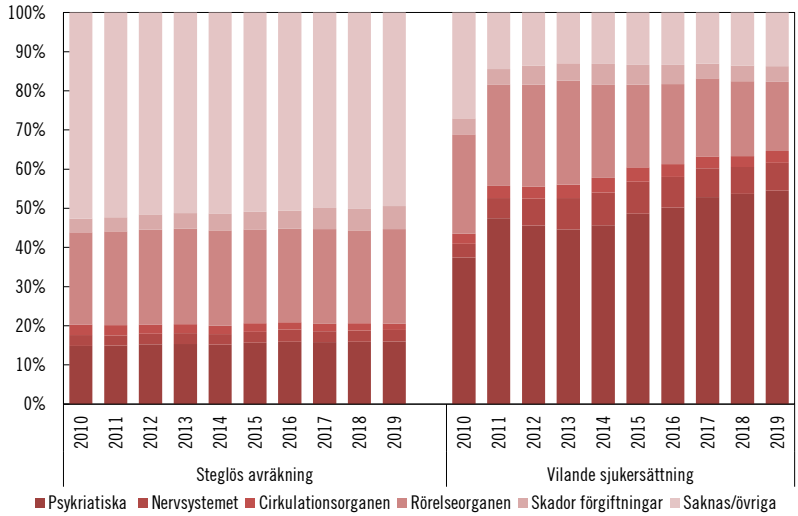
Diagnoser

Till antalet är de vanligaste diagnoserna hos dem som använder steglös avräkning sjukdomar i rörelseorganen och psykiska diagnoser. Det följer således samma mönster som för samtliga personer med sjukersättning. Om man jämför diagnosernas fördelning bland dem som har steglös avräkning och de som inte har (men skulle kunna ha, dvs. fick sjukersättning beviljad enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008) är det vanligare med en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet skador och förgiftningar (S00-T98) i gruppen som har steglös avräkning än hos de som inte har det. Det gäller både för kvinnor och män och oavsett om det rör sig om hel eller partiell sjukersättning.[7] Den största skillnaden finns för kvinnor med hel sjukersättning. Inom diagnoskapitlet skador och förgiftningar finns diagnoser som gäller bestående skador i rörelseorganen efter olyckor, till exempel whiplashskador samt sjukdomsdiagnoser som sätts vid missbruks-

[7] För personer med steglös avräkning är det dock en stor grupp där diagnos saknas. En rättvisande jämförelse mellan diagnoser hos de som har steglösavräkning och vilande sjukersättning är därför svår att göra.

problematik eller skador som uppkommit på grund av andra typer av förgiftningar.[8]

Figur 15.6 Andel som använder steglös avräkning eller vilande ersättning fördelat efter diagnos



Källa: Försäkringskassan.

15.2.2 Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

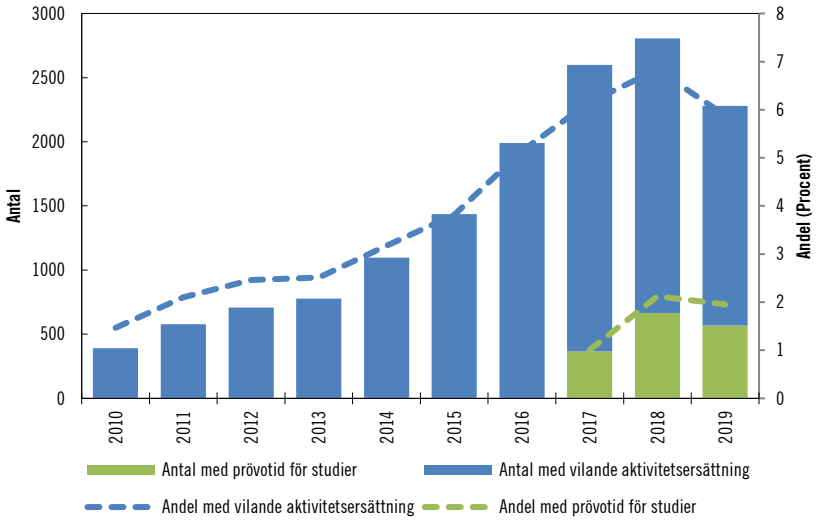
Sedan 2010 har antalet personer som har vilande aktivitetsersättning succesivt ökat. Ökning har dock skett från en väldigt låg nivå. Under 2010 var det endast omkring 400 personer som hade vilande aktivitetsersättning. Fram till 2013 fördubblades antalet till omkring 800 personer. Därefter har ökningen fortsatt i en snabb takt. Från 2014 fram till 2018 ökade antalet med vilande aktivitetsersättning från ca 1 000 personer per år till 2 000 personer per år. Under slutet av 2018 och under 2019 har antalet personer med vilande aktivitetsersättning minskat och under 2019 sjönk antalet med vilande aktivitetsersättning till omkring 1 700 personer.

I takt med att antalet personer med vilande aktivitetsersättning ökade under åren 2010–2018 har också *andelen* försäkrade med vilande ersättning ökat. Antalet som har vilande aktivitetsersättning

[8] ISF, Rapport 2018:11.

har således ökat i snabbare takt än det totala antalet ersättningstagare. Andelen som haft vilande aktivitetsersättning ökade under denna period från 2 procent till 7 procent. Under åren 2018–2019 har andelen minskat något och i slutet av 2019 hade ca 6 procent vilande aktivitetsersättning. Sammantaget är det således en liten andel av samtliga personer med aktivitetsersättning som har sin ersättning vilande.

Figur 15.7 Antal och andel personer med aktivitetsersättning som någon gång under året haft vilande ersättning eller prövotid för studier



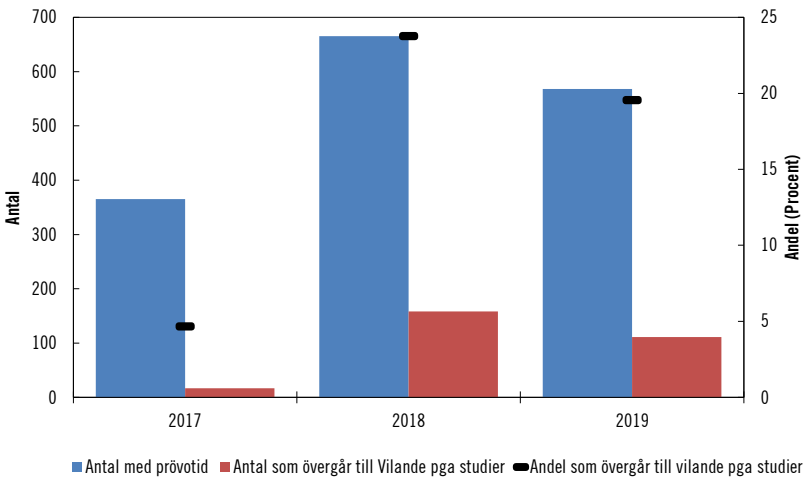
Källa: Försäkringskassan.

De allra flesta, ca 70–80 procent, har vilande aktivitetsersättning för att arbeta. Andelen som haft vilande ersättning för studier har sedan 2009 legat mellan 20 och 30 procent. Antalet studerande med vilande aktivitetsersättning har således ökat i ungefär samma takt som för dem som haft vilande aktivitetsersättning för att arbeta.

Under 2017 infördes möjligheten till prövotid för studier under sex månader för personer med aktivitetsersättning. Sedan möjligheten infördes har det årligen varit ca 400–600 personer som använt prövotid för studier, vilket motsvarar ca 1–1,5 procent av alla som hade aktivitetsersättning dessa år. Möjligheten att pröva studier påverkade antalet personer med vilande ersättning för studier negativt genom att de flesta som studerade använde prövotid för studier

i stället för vilande ersättning under den tid som regelverket tillåter. Därmed sjönk andelen som hade vilande ersättning för studier samtidigt som antalet med prövotid för studier ökade. Sammantaget har dock antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller prövotid för studier, ökat efter 2017 års reform. Ökningen var tydligast under 2017 och 2018. Andelen har under 2019 minskat svagt. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än 6 månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än 6 månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader. Omkring en femtedel av de som har prövotid för studier övergår sedan till att ha vilande aktivitetsersättning för studier.

Figur 15.8 Andel som övergår från prövotid för studier till vilande aktivitetsersättning för studier



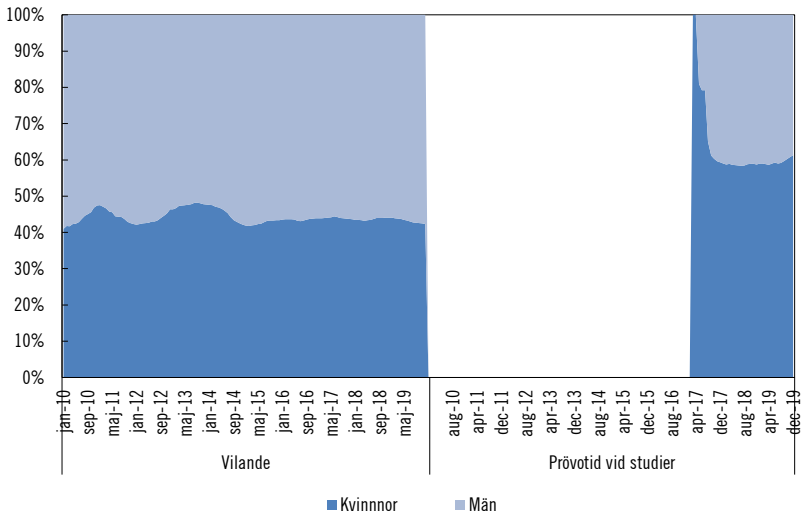
Källa: Försäkringskassan.
Anm. Möjligheten till prövotid för studier infördes 2017, därav den betydligt lägre andelen som detta övergick till att ha vilande ersättning för studier.

Fördelning mellan kvinnor och män

Omkring 60 procent av de som har vilande aktivitetsersättning är män och ca 40 procent kvinnor. Denna andel har med mindre variationer varit stabil sedan 2010. Totalt sett är det något fler män än kvinnor som har aktivitetsersättning, se avsnitt 11.1.1. Även med hänsyn taget till detta är dock män överrepresenterade bland dem som har vilande aktivitetsersättning. Situationen är således den omvända i förhållande till vilande sjukersättning där det finns en tydlig överrepresentation av kvinnor.

Vad gäller prövotid för studier så är det betydligt vanligare att kvinnor studerar under tid med aktivitetsersättning än män. Omkring 60 procent av kvinnorna och 40 procent av männen har prövat studier. Med vetskapen om att det är något fler män än kvinnor som har aktivitetsersättning blir kvinnorna tydligt överrepresenterade bland de som prövar studier under tid med aktivitetsersättning.

Figur 15.9 Andel kvinnor och män med vilande aktivitetsersättning och prövotid för studier



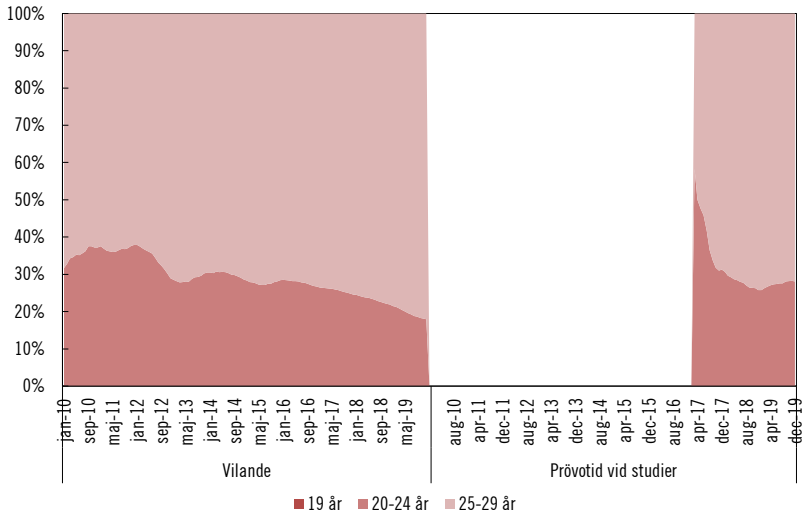
Källa: Försäkringskassan.

Fördelning mellan åldersgrupper

Både vilande aktivitetsersättning och prövotid för studier är vanligast i åldersgruppen 25–29 år. Av dem som har vilande aktivitetsersättning utgjorde 25–29-åringarna över 80 procent vid slutet av 2019. Andelen har varierat över tid med den långsiktiga trenden sedan 2010 är åldersgruppens andel ökat.

Åldersfördelningen bland de aktivitetsersatta som prövar studier är också tydligt koncentrerade till 25–29-åringarna. Efter de första årens infasningsperiod innan systemets åldersprofil stabiliserats utgjorde 25–29-åringarna ungefär 75 procent av samtliga som hade prövotid för studier. Under det senaste året, 2019, tycks utvecklingen gå mot en ökad andel av den yngre åldersgruppen (20–24 år) även om 25–29-åringaran fortfarande utgör 70 procent av alla som prövar studier.

Figur 15.10 Andel med aktivitetsersättning som har vilande ersättning eller prövotid för studier, åldersgrupper

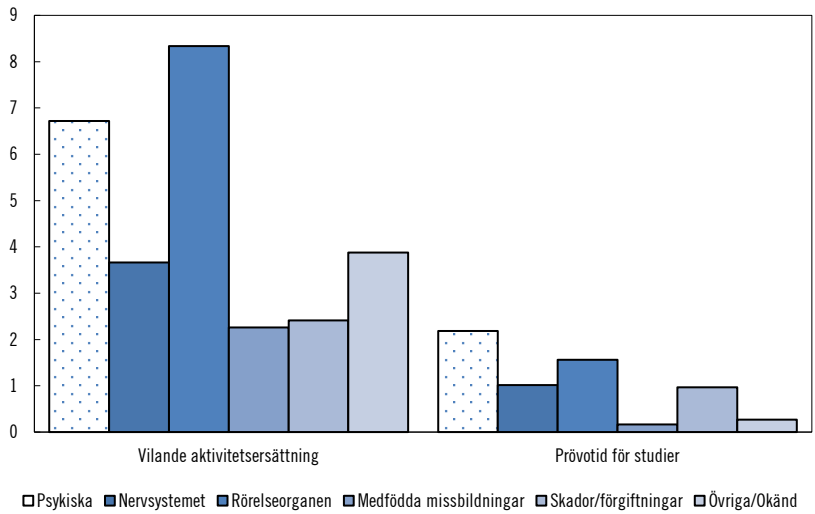


Källa: Försäkringskassan.

Diagnoser

Den ökning av antalet personer som skett med vilande aktivitetsersättning och prövotid för studier under de senaste åren syns hos de flesta diagnoskapitel. Till antalet är de vanligaste diagnoserna, sjukdomar i rörelseorganen eller psykiatriska diagnoser. Psykiatriska diagnoser är totalt sett den vanligaste diagnosen i hela populationen med aktivitetsersättning medan sjukdomar i rörelseorganen inte tillhör de tre vanligaste. I den totala populationen är både skador i nervsystemet och medfödda missbildningar vanligare diagnoser än sjukdomar i rörelseorganen. Om man jämför diagnoserna hos de som har vilande aktivitetsersättning och de som har prövotid för studier följer de ungefär samma utveckling. Psykiatriska och rörelseorganen är de diagnoskapitel som dominerar bland båda dessa grupper.

Figur 15.11 Andel av det totala antalet med vilande aktivitetsersättning per diagnos



Källa: Försäkringskassan.

15.3 Huvudgrupp 1: Försäkrade som har beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning före den 1 juli 2008

En stor grupp försäkrade har beviljats sjukersättning enligt de äldre regler som gällde före juli 2008. Enligt detta regelverk ställdes inte samma strikta krav på nedsättning av arbetsförmåga för att sjukersättning skulle kunna beviljas som i dag. Tidigare räckte det exempelvis med att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt jämfört med arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det krävdes också enbart varaktigt nedsatt arbetsförmåga, inte som i dag stadigvarande nedsättning. Det fanns även möjlighet att väga in andra faktorer än de rent medicinska vid prövning av rätt till ersättning, exempelvis försäkrades ålder, tidigare utbildning och bosättning.

Som framgått tidigare var beviljandet som störst under mitten av 2000-talet. År 2005 uppbar ca 540 000 försäkrade sjukersättning. Antalet individer som har sjukersättning har därefter minskat successivt över tid. I december 2019 uppgick antalet personer med sjukersättning till knappt 250 000. Av dessa var omkring 60 procent personer som hade fått sin ersättning beviljad före lagändringen den 1 juli 2008 och 40 procent personer som beviljats sjukersättning efter den 1 juli 2008. Den kraftigaste nedgången i antal personer med sjukersättning skedde från mitten av 2008 till början av 2012. En viktig orsak till denna utveckling är de regelförändringar som genomfördes den 1 juli 2008 som innebar skärpta krav för att beviljas stadigvarande sjukersättning, samtidigt som den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades.

Av naturliga skäl minskar huvudgrupp 1 fortlöpande, dvs. personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008. Varje år minskar gruppen genom att försäkrade uppnår 65 års ålder och därmed inte längre kan få sjukersättning.[9] Det sker alltså heller inget inflöde till gruppen, eftersom man inte kan nybeviljas sjukersättning enligt dessa äldre regler. Mot bakgrund av det stora antal försäkrade som hade sjukersättning före juli 2008 är gruppen, trots att det har gått tretton år sedan regeländringarna, fortfarande relativt stor. I slutet av år 2019 uppgick gruppen till ca 144 000 individer.

Det som särskilt utmärker denna grupp är att de individer som ingår omfattas av reglerna om steglös avräkning, se avsnitt 14.2.4.

[9] En liten andel avlider också och lämnar på så sätt försäkringen.

Till skillnad från andra försäkrade med sjukersättning eller aktivitetsersättning har denna grupp också möjlighet att studera, arbeta ideellt (utan inkomst) m.m. utan att det påverkar rätten till eller utbetalning av ersättningen.

15.3.1 Förvärvsarbete med steglös avräkning

Som tidigare nämnts kan försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008 arbeta enligt reglerna för steglös avräkning.

Antalet personer som uppbar sjukersättning ökade kraftigt under 2000-talets början. Mellan åren 2004 och 2008 var det nästan 500 000 personer som hade sjukersättning (antalet inkluderar såväl personer med tidsbegränsad som icke tidsbegränsad sjukersättning). Bakgrunden till reglerna för steglös avräkning var att regeringen sökte lösningar för att minska antalet personer med sjukersättning och skapa drivkrafter för att återvända till arbetsmarknaden. Innan regelverket med steglös avräkning infördes var det färre än en procent av dem som en gång beviljats sjukersättning tills vidare som återgick till arbetskraften varje år. Utgångspunkten var att reglerna skulle bidra till att öka arbetsutbudet för denna grupp.[10] Förväntningen när steglös avräkning infördes var att de personer som använder sig av möjligheten att arbeta utan att förlora sin rätt till sjukersättning successivt skulle utöka sitt arbetsutbud. När reglerna om steglös avräkning infördes var utgångspunkten att de skulle bidra till att öka arbetsutbudet, att reglerna skulle vara så transparenta och enkla som möjligt och att administrationen av regelverket skulle vara enkel, men utan att systemet av allmänheten skulle upplevas som alltför generöst eller orättvist.[11]

[10] ISF, rapport 2018:11, Steglös avräkning, s. 8, Försäkringskassan, rapport 2007:12 ”Vägen tillbaka” och prop. 2007/08:124, s. 37.
[11] Prop. 2007/08:124, s. 46.

En försäkrad som inte ansöker i förväg omfattas i vissa fall inte längre av regelverket

En situation som kan uppstå är om den försäkrade inte ansöker om steglös avräkning innan han eller hon börjar arbeta, och det inte heller föreligger någon giltig anledning till att den försäkrade har gjort en för sen ansökan eller att ansökan har uteblivit. I sådant fall blir reglerna i 36 kap. 9–21 §§ samt 110 kap. 50–52 §§ SFB tillämpliga i stället för reglerna i 37 kap. SFB. Rätten till ersättning kan i detta fall omprövas på samma sätt som för personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller från och med den 1 juli 2008.

15.3.2 Vilka personer använder sig av steglös avräkning?

I avsnitt 15.2 redogörs för utvecklingen över tid bl.a. vad gäller antalet försäkrade som använder möjligheten till arbete med steglös avräkning och sammansättningen av gruppen.

ISF konstaterar att det finns skillnader mellan de som omfattas av steglös avräkning och som använder sig av regelverket eller ej.[12] Personer som använder sig av steglös avräkning har egenskaper som vanligtvis värderas högt på arbetsmarknaden. jämfört med de som inte använder regelverket. Några egenskaper som identifieras är att de personer som använder sig av steglös avräkning, jämfört med de som inte använder sig av reglerna,

- har högre utbildning.
- är yngre än de som inte använder sig av steglös avräkning.
- har inkomstbaserad sjukersättning, dvs. sjukersättning som i högre grad är baserad på tidigare arbetsinkomster.
- har partiell, i stället för hel, sjukersättning.

Gruppen som har använt sig av steglös avräkning är i genomsnitt mellan fem och sex år yngre än de som inte använt sig av möjligheten, oavsett sjukersättningens omfattning. De som har partiell ersättning kan lättare utöka sitt arbetsutbud eftersom de redan har etablerade kontakter med arbetslivet. Det är vanligare att kvinnor har partiell sjukersättning än att män har det. Men bland de med hel

[12] ISF, rapport 2018:11.

respektive partiell sjukersättning, är det små skillnader i vilken omfattning kvinnor och män använder sig av steglös avräkning. De som använder sig av steglös avräkning har alltså typiskt sett en relativt starkare position på arbetsmarknaden jämfört med gruppen som inte använder steglös avräkning.

De med partiell sjukersättning använder steglös avräkning mer än de som har hel sjukersättning. Andelen personer som har använt steglös avräkning är ungefär dubbelt så stor för de med partiell sjukersättning än för de med hel sjukersättning De kan lättare utöka sitt arbetsutbud eftersom de redan har etablerade kontakter med arbetslivet. Det är vanligare att kvinnor har partiell sjukersättning än att män har det. Men bland de med hel respektive partiell sjukersättning, är det små skillnader i vilken omfattning kvinnor och män använder sig av steglös avräkning.

ISF fann inga stora skillnader i fördelningen av diagnoser mellan gruppen som har använt och gruppen som inte har använt steglös avräkning. Resultaten tyder enligt ISF på att sjukdomsdiagnosen som Försäkringskassans har angivit i beslutsunderlaget för att bevilja sjukersättning inte har haft någon större betydelse för om personen har använt steglös avräkning eller inte. En intressant observation som utredningen kan konstatera att ISF gör är dock kring diagnosgruppen ”skador och förgiftningar”. I gruppen som har använt steglös avräkning är det cirka fyra procentenheter fler som har en huvuddiagnos inom denna diagnosgrupp än bland gruppen som inte har använt steglös avräkning. Inom diagnoskapitlet finns diagnoser som gäller bestående skador i rörelseorganen efter olyckor, till exempel whiplashskador. Diagnoskapitlet innehåller också sjukdomsdiagnoser som sätts vid narkotikamissbruk och annan missbruksproblematik.

I övrigt kan konstateras att ISF också bedömer att skillnaderna i diagnos är så små mellan kvinnor och män att det inte motiverar att särredovisa statistiken på samma sätt som för omfattningen på sjukersättningen.

Det är framför allt försäkrade över 50 år som använder steglös avräkning

Av tidigare redovisning framgår att nästan 90 procent av alla som arbetade med steglös avräkning 2019 var äldre än 50 år. Andelen har ökat över tid. Detta beror sannolikt på att några nya försäkrade inte kommer in i gruppen och att andelen äldre därmed ökar över tid.

En annan möjlig förklaring är att personer i denna åldersgrupp har en bättre anknytningsgrad till arbetsmarknaden. De kan i större utsträckning ha arbetat innan de beviljades sjukersättning och har därmed bättre förankring på arbetsmarknaden, även fast de nu får sjukersättning.

Personer där sjukersättningen har minskat till noll kronor eller upphört

För vissa försäkrade med sjukersättning minskar ersättningen till noll kronor. Det beror t.ex. på att de har haft en arbetsinkomst som överstiger åtta prisbasbelopp. För vissa försäkrade upphör också rätten till ersättning för att den försäkrade har avsagt sig rätten till sjukersättning, eller så har Försäkringskassan dragit in deras rätt till sjukersättning.

Detta är relativt ovanligt. Under åren 2009 till 2016 hade 3 328 personer som arbetade ett eller flera år med steglös avräkning fått sjukersättningen minskad till noll kronor under minst en månad. Detta var vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare bland personer med partiell sjukersättning än bland personer med hel sjukersättning.[13] Av de personer som avsäger sig rätten till sjukersättning är det fler som gör det efter att de har använt steglös avräkning jämfört med gruppen som inte har använt steglös avräkning. De flesta av personerna som har fått sjukersättningen minskad till noll kronor har använt steglös avräkning under alla kalenderår som det varit möjligt. Granskningen visar också att det vanligaste är att personer som använt steglös avräkning är kvar i samma bransch och hos samma arbetsgivare.[14]

De flesta som lämnar sjukersättningen efter att ha använt steglös avräkning gör det eftersom det har fungerat bra att arbeta och för att

[13] ISF, 2018:11, s. 54.
[14] ISF, 2018:11, s. 57.

de upplever att de mår bättre. Men många personer lämnar också sjukersättningen för att de vill fortsätta att arbeta men vill slippa administrationen kring steglös avräkning, för att de är rädda för återbetalningskrav eller för att de upplever det som besvärande att de inte har rätt till vare sig sjuklön eller sjukpenning under tid med steglös avräkning.

Sistnämnda orsaker till att lämna sjukersättningen liknar de förklaringar som finns för att personer från första början väljer att inte arbeta med steglös avräkning, och som diskuteras vidare i de följande avsnitten.

Färre än beräknat använder steglös avräkning

Enligt kommittédirektiven är utgångspunkten för uppdraget att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjukersättning. Den fortsatta analysen syftar därför till att undersöka varför inte fler försäkrade använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning. När steglös avräkning infördes i januari 2009 hade omkring 420 000 personer rätt att använda reglerna. Gruppen har därefter successivt minskat allteftersom personerna har uppnått åldern då de inte lägre kan få sjukersättning. I en mindre omfattning beror minskningen också på att försäkrade har avsagt sig sjukersättningen eller att personer som haft ersättningen har avlidit.

Vid införandet av regelverket var beräkningen att ca 70 000 årligen skulle använda sig av steglös avräkning[15]. I praktiken har det blivit betydlig färre, se avsnitt 15.2.1. Att möjligheten till att använda sig av steglös avräkning inte används i större utsträckning kan delvis bero på egenskaper och uppfattningar hos individerna i gruppen. En annan möjlig förklaring är att det begränsade antalet individer som använder sig av möjligheten kan hänga samman med hur regelverket är utformat. Avsikten var att reglerna om steglös avräkning skulle vara transparenta och enkla att administrera, men inte upplevas som alltför generösa eller orättvisa av allmänheten.

[15] I Prop. 2007/08:124, s. 85, utgick regeringen ifrån Försäkringskassans uppskattning att ca 70 000 personer kommer att ansöka om steglös avräkning.

15.3.3 Möjliga förklaringar till varför inte fler väljer att förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning

Under följande avsnitt diskuteras ett antal faktorer, interna och externa, som kan anses utgöra möjliga förklaringar till varför möjligheten att arbeta utifrån reglerna om steglös avräkning används endast i den begränsade utsträckning som är fallet. Genom granskningen avser utredningen att undersöka om regelverket eller tillämpningen av detsamma har inslag som ger incitament till att avstå från förvärvsarbete.

Inspektionen för socialförsäkringen har granskat reglerna för steglös avräkning.[16] Granskningen visar bl.a. att omfattningen av förvärvsarbete för de som använder sig av steglös avräkning ökar över tid, men antalet personer är fortfarande inte i närheten av de nivåer som beräknades när reglerna infördes. De flesta arbetar bara så mycket att de inte riskerar att behöva betala tillbaka sjukersättningen och går därigenom miste om en inkomstförstärkning som ett eventuellt ytterligare ökat arbetsutbud ger.[17]

I en rapport från IFAU från samma år utvärderas effekterna av steglös avräkning i sjukersättningen på ersättningstagarnas arbetsutbud och utbildningsnivåer.[18] Den teoretiskt förväntade effekten är enligt IFAU positiv. Nästan inga sjukersättningstagare arbetade alls på delen med ersättning innan reformen, och för denna grupp är den teoretiskt förväntade effekten positiv. Utifrån resultaten i rapporten menar IFAU emellertid att reformen inte har haft någon positiv effekt på vare sig arbetsutbud eller utbildningsnivåer för vare sig heller delersättningstagare. Resultaten skulle enligt rapportförfattaren kunna tolkas som att de ekonomiska incitamenten av steglös avräkning inte är tillräckligt stora för att förmå sjukersättningstagarna att använda sin restarbetsförmåga och öka sitt arbetsutbud. En annan möjlighet kan vara en osäkerhet kring att få behålla sin ersättning och tilltron till löftet om att rätten till ersättning inte ska omprövas om ersättningstagaren genom arbete uppvisar en viss arbetsförmåga. Ytterligare en förklaring kan vara att det saknas tillräcklig efterfrågan på arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Det borde då vara vanligare att deltidsersatta utökar sitt arbetsutbud än heltidsersatta eftersom de står närmare arbetsmarknaden. Resultaten visar

[16] ISF 2018:11.
[17] Försäkringskassan, svar på ISF rapport 2018:11, 2018-06-25.
[18] IFAU, Rapport 2018:6, Andersson J, ”Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning”.

dock inte på någon positiv effekt av steglös avräkning för denna grupp. Det gäller även effekten på utbildning, vilket är ett utfall som inte borde påverkas av efterfrågesidan. En annan förklaring till att resultaten inte pekar på några sysselsättnings- eller utbildningseffekter för gruppen med steglös avräkning kan vara att gruppens restarbetsförmåga generellt sett är låg.

I en äldre underlagsrapport från Finanspolitiska rådet[19] diskuteras många frågor kopplade till socialförsäkringarna, däribland steglös avräkning och dess marginaleffekter. Rapporten är författad året efter att reglerna om steglös avräkning infördes. Rapporten redogör för en inställning som är positiv till regelverket om steglös avräkning och utredarna skriver att steglös avräkning sannolikt ökar incitamenten till förvärvsarbete. Utredarna argumenterar för att steglös avräkning ökar incitamenten att förvärvsarbeta i högre grad än vad vilande sjukersättning gör.

En viktig aspekt som kan förklara skillnaderna i rapporterna och respektive slutsatser är vilka grupper av försäkrade som har studerats. IFAU har, för att hitta likvärdiga grupper före och efter regeländringarna i juli 2008 att studera, valt att fokusera på gruppen med så svår hälsoproblematik att de skulle beviljas sjukersättning med de nya striktare regler som gäller för icke tidsbegränsad sjukersättning i dag. Genom den matchningsstrategi som används i rapporten jämförs således endast ersättningstagare som enligt IFAU ”inte påverkades av förändringen av kraven för sjukersättning”[20]

ISF anför i sin rapport, som tillkommit efter IFAU:s rapport, bl.a. om IFAU:s urvalsmetod att ”Effekter på arbetsutbudet mäts i rapporten genom att jämföra ett antal utfall kopplade till arbetsutbudet mellan de personer som har möjlighet och de personer som inte har möjlighet att använda sig av steglös avräkning. Exempelvis tolkas en högre inkomst för gruppen som omfattas av steglös avräkning som en positiv effekt på arbetsutbudet. Att skatta effekterna på arbetsutbudet genom att jämföra utbudet hos de två grupperna är dock problematiskt. Ett stort problem är att de regelförändringar som samtidigt infördes i socialförsäkringen medförde att det blev betydligt svårare att beviljas sjukersättning efter den 1 juli 2008 än

[19] Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter; Finanspolitiska rådet publicerar utöver den årliga rapporten även underlagsrapporter av fristående forskare och utredare i skriftserien *Studier i finanspolitik*.
[20] IFAU 2018:6, s. 6 och 23.

före och att de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som började gälla efter detta datum har betydligt sämre hälsa och arbetsmarknadsutsikter. I rapporten försöker man hantera detta genom ett matchningsförfarande som syftar till att finna personer som har samma (identiska) egenskaper för ett antal centrala variabler. Genom matchningsförfarandet undersöks därmed endast en del av den grupp som omfattas av steglös avräkning – och det är den del som har sämre arbetsmarknadsutsikter än vad gruppen som helhet har."

Utredningen kan konstatera att resultaten som IFAU presenterar i rapporten därmed får läsas med viss försiktighet. De kan vara korrekta för den grupp som IFAU har studerat, men enligt IFAU:s urvalsmodell omfattas inte hela gruppen som omfattas av reglerna om steglös avräkning. Eftersom det är stora skillnader mellan reglerna för att beviljas sjukersättning före juli 2008 och reglerna fr.o.m. denna tidpunkt, är det också stora skillnader mellan gruppernas sammansättning, samt deras förutsättningar för att t.ex. använda en restarbetsförmåga för förvärvsarbete. Regelverket om steglös avräkning infördes för att en större del av de försäkrade med sjukersättning beviljad före juli 2008 skulle få mer incitament att använda en restarbetsförmåga, och utifrån en uppfattning att sådan restförmåga även fanns hos flera personer i denna grupp, bl.a. eftersom många hade beviljats sjukersättning och inte alltid renodlat på medicinska grunder. Genom att studera endast den andel med sämst hälsa i denna grupp – som alltså enligt utgångspunkten i IFAU:s rapport skulle ha beviljats sjukersättning även med de betydligt striktare reglerna efter juli 2008 – utesluts till stor del den grupp som reglerna framför allt avsåg att omfatta, och där möjligheten till restarbetsförmåga som kan användas sannolikt är som störst.

Målgruppens sammansättning påverkar nivån på användandet och utvecklingen över tid

Som har beskrivits ovan så kan det antas att de som beviljades sjukersättning före juli 2008 har en större arbetsförmåga, i vart fall vid den tidpunkt då sjukersättning beviljades jämfört med de två andra huvudgrupperna i utredningens analys. Ett av skälen till detta är regelverkets konstruktion före 2008; försäkrade fick alltså då bl.a. sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande arbeten. En annan aspekt är det stora antal personer som beviljades sjukersätt-

ning under tiden 2003–2008 med en topp 2005. Som tidigare kunnat konstateras var det även andra faktorer än rent medicinska som vägdes in vid bedömning av rätt till ersättning och detta bidrog också till det höga beviljandet av sjukersättning under denna tidsperiod.

I förarbetena anger att det kan förutsättas att det finns personer inom gruppen som har en kvarvarande arbetsförmåga.[21] Regeringen hänvisade till att det enligt flera underökningar finns kvarstående arbetsförmåga hos en betydande andel av personer med sjukersättning. I en studie av Försäkringskassan[22] uppgav cirka 12 procent av gruppen att man skulle kunna utföra arbete med vissa förändringar av arbetsförhållandena – även utan ekonomiska incitament. Ungefär samma resultat erhölls i det s.k. Pilaprojektet.[23] Regeringen noterade även att det förelåg stora regionala skillnader och att dessa rimligen inte kunde bero på skillnader i hälsa och/eller arbetsförmåga.[24]

Antalet personer som har sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008, och som alltså skulle kunna använda reglerna om steglös avräkning, har minskat i takt med att de uppnår åldern då man inte längre kan ha sjukersättning. Med ökande ålder och längre tid med sjukersättning minskar också sannolikheten för att en försäkrad ska börja använda sig av reglerna om steglös avräkning. I dessa fall har många de försäkrade varit borta från arbetsmarknaden under flertalet år.

Av figur 15.4 framgår att det skett en förskjutning av de åldersgrupper som använder steglös avräkning. Åldersgrupperna 60+ och 50–59 har ökat medan yngre åldersgrupper har minskat. Av intresse är också att *antalet* personer som använder möjligheten till arbete med steglös avräkning har minskat över tid, medan *andelen* personer har ökat (se figur 15.5). Vid reglernas införande 2009 använde endast 1,9 procent av målgruppen möjligheten att arbeta med steglös avräkning medan det år 2019 var 4,7 procent.

Denna ökning beror på att de personer som omfattas av regelverket har blivit färre medan antalet som använder steglös avräkning legat kvar på en förhållandevis konstant nivå under hela perioden.

[21] Prop. 2007/08:124, s. 48–50.
[22] Försäkringskassan, Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning, 2008:2.
[23] Pilaprojektet innefattade en genomgång och granskning av samtliga långa sjukfall, tidsbegränsade sjukersättningar och aktivitetsersättningar. I oklara eller svårbedömda ärenden anlitas en utomstående utredningstjänst för bedömning av medicinskt tillstånd och arbetsförmåga. Pilaprojektet genomförs på uppdrag av regeringen i samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
[24] Prop. 2007/08:124, s. 38.

Antalet personer som har använt sig av steglös avräkning har varierat mellan ca 8 000 och 10 000 personer och antalet personer som har partiell sjukersättning är en tredjedel av antalet personer med hel sjukersättning.

En möjlig förklaring till att andelen ökat skulle kunna vara att möjligheten har blivit mer känd över tid hos de försäkrade som omfattas. Av statistiska uppgifter framgår att ett litet antal användare tillkommer varje år, som inte tidigare har använt sig av regelverket.

En annan möjlig förklaring skulle kunna vara att de som faktiskt använder sig av möjligheten att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning tidigare har tillhört en yngre ålderskategori och att dessa personer fortsätter att använda möjligheten till arbete högre upp i åldrarna. Av statistiken framgår att det främst är åldersgrupperna 50–59 år och 60+ som använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning.

Ytterligare en möjlig förklaring är att den medicinska utvecklingen över tid har medfört vissa framsteg som gör att försäkrade som tidigare haft nedsatt arbetsförmåga numera har fått eller återfått arbetsförmåga. Detta skulle i så fall kunna medföra att något fler, sett som andel av den potentiella gruppen, prövar att arbeta med steglös avräkning.

I denna analys är det slutligen viktigt att ha i åtanke att den grupp som över tid har använt möjligheten till steglös avräkning är liten. Även om andelen som använder regelverket har ökat från 1,9 procent 2009 till 4,7 procent 2019, handlar det samtidigt om en minskning från ca 9 000 individer till ca 6 000 individer. Även förklaringsmodeller som kan tänkas ha inneburit små förändringar i antalet personer som påverkas kan således få relativt stort utslag i den andel som använder möjligheten till steglös avräkning.

Svårigheter att hitta passande arbete

En möjlig förklaring till att inte fler använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning är att det är svårt att hitta ett passande arbete.

Försäkringskassan genomförde under 2009 och 2010 en enkätstudie och intervjuer med personer som tillhör gruppen som omfattas av steglös avräkning. Dessa undersökningar visade att de stark-

aste drivkrafterna till att förvärvsarbeta för försäkrade med sjukersättning var lusten och viljan att börja arbeta och möjligheten till steglös avräkning. En drivande faktor var för många att få ett arbete som är anpassat efter deras behov och förutsättningar. Ett arbete har också en social funktion och gör det möjligt att träffa människor och ha kontakt med arbetskamrater.[25]

En förutsättning för att möjligheten att arbeta ska användas av den försäkrade är, utöver en önskan att arbeta, emellertid också att det finns ett arbete som han eller hon kan få. Detta innebär att en viktig förklaring till varför inte fler med sjukersättning väljer att förvärvsarbeta kan vara arbetsmarknadens konstruktion och att dessa personer inte kommer in på arbetsmarknaden, trots en vilja att arbeta.

Arbetslösheten har sedan 1990-talets kris etablerat sig på en högre nivå och kvalifikationskraven har höjts, organisationer har slimmats och det har generellt sett blivit svårare för personer med en nedsatt hälsa att få och behålla ett arbete. Personer med funktionsnedsättning är i lägre utsträckning i arbetskraften, har en lägre sysselsättning och en högre arbetslöshet än övriga befolkningen. Enligt Funktionsrätt Sverige har personer med funktionsnedsättning ofta svårigheter med att möta de varierande krav som omvärlden och arbetsplatsen uppställer. Det kan också handla om rent fysiska hinder i arbetsmiljön. Sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning är lägre, fördomar och diskriminering förekommer liksom otillräcklig kunskap om hur arbetssituationen kan göras tillgänglig för alla. Möjligheterna att bli anställd är inte densamma som för andra.[26] Enligt Försäkringskassan är det vidare generellt svårt för unga individer och särskilt svårt för individer med funktionshinder att komma in på arbetsmarknaden.[27] DHR framhåller att det är en hög andel av personer med funktionsnedsättning som är långtidsarbetslösa oavsett konjunkturläge, både i dagsläget och i ett historiskt perspektiv. Många som söker arbete får en praktikplats i ett par månader och får sedan gå vidare till en ny praktikplats. Att det är svårt för personer med funktionsnedsättning att hitta arbete beror

[25] Försäkringskassan, Uppföljning av hur det går för dem som ansökt om att arbeta med steglös avräkning och kännedom om de nya reglerna, 2009, Svar på regleringsbrev, Dnr 104604-2009 och Försäkringskassan, Steglös avräkning – förvärvsarbete, studier och ideellt arbete, 2010, Svar på regleringsbrev, dnr 090969-2010.
[26] Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[27] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12.

främst på bristande fysisk tillgänglighet på arbetsplatser och negativa attityder eller okunskap hos arbetsgivare.[28] Som tidigare konstaterats finns också svårigheter med den diskrepans som föreligger mellan att vissa personer anses ha en arbetsförmåga i förvärvsarbete jämfört med dessa personers reella möjligheter att faktiskt kunna få ett sådant arbete.

Redan i förarbetena inför införandet av reglerna om steglös avräkning konstaterades att orsakerna till att inte fler hade använt möjligheten till att arbeta med vilande sjukersättning främst var svårigheterna att hitta passande arbeten, men att det också kunde konstateras att inställningen inte varit särskilt positiv hos arbetsgivare eller arbetsförmedlingar till att personer med aktivitets- eller sjukersättning försöker komma in i eller återgå till arbetslivet.[29]

I en rapport från Finanspolitiska rådet beskriver utredarna att beräkningar visade på att drygt 54 000 personer skulle komma att bli utförsäkrade under 2010.[30] Många av dessa hade stått utanför arbetsmarknaden under flera år och många av dem hade psykiska diagnoser. Det beskrivs även att risken är att många av dessa personer har förlorat stora delar av sitt humankapital. Hit ska inte bara antal år utan arbetslivserfarenhet räknas utan även avsaknad av möjligheter till internutbildning på jobbet, andra kompetenshöjande insatser, självförtroende och motivation som följer med att arbeta. Att varit borta från arbetsmarknaden i sju år kan betyda att man hamnat långt efter i kompetens jämfört med personer som under samma period kunnat arbeta.

En ytterligare fråga som utredarna ställde sig i rapporten Studier i finanspolitik 2010/5 är om dagens arbetsmarknad överhuvudtaget erbjuder jobb till alla dem som varit borta länge från arbetsmarknaden. Enklare arbeten som tidigare fanns konstaterar man har försvunnit och är inte lönsamma för arbetsgivare med de lönenivåer som gäller i dag; detta alltså redan 2010, denna utveckling har fortsatt. Om sådana enklare jobb är önskvärda eller inte är en politisk fråga, fortsätter utredarna i rapporten och menar att lönesubventionen inom ramen för de regler som då gällde för nystartsjobb kanske inte räcker för att sådana jobb ska skapas – subventionen är ju tänkt att fasas ut när arbetstagaren blivit mer produktiv med tiden.

[28] Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[29] Prop. 2007/08:124, s. 37–38.
[30] Rapport 2010/5, Finanspolitiska rådet.

Eftersom studien är från 2010 bör dock dessa slutsatser enligt utredningen läsas med viss försiktighet; anställningsstödens generositet kan bl.a. har förändrats sedan dess.

Inte heller steglös avräkning har som primärt syfte att skapa nya jobb. Att inte särskilt många tagit del av dessa åtgärder kan tyda på att det behövs helt andra ekonomiska incitament för att arbetsgivare ska lockas att anställa personer som förlorat eller saknar tillräckliga kvalifikationer.[31]

Utredningen kan konstatera att det är en rad faktorer som måste sammanfalla på ett gynnsamt sätt för att ett arbete ska fungera. Det måste finnas någon form av framtidsutsikt i arbetet för att de ekonomiska riskerna för den enskilde (exempelvis risken för återkrav och utebliven ersättning vid tillfällig sjukdom) ska vara motiverade. De ”enklare” arbeten som arbetsmarknaden i dag erbjuder är dock alltmer av tillfällig natur, med tillfälliga anställningar, behovsanställningar och krav på uppdrag genom eget företag. Utvecklingen av arbetsmarknaden får sägas ha varit försvårande för denna grupp människor.

I svar till utredningen från flera organisationer för personer med funktionsnedsättning har beskrivits bl.a. hur de försäkrade har svårt att hitta arbeten med kontinuitet. Bristen på arbeten består bl.a. i bristande fysisk tillgänglighet och negativa attityder från arbetsgivare. Andra förutsättningar som måste fungera är kopplingen till andra system, såsom stöd från Arbetsförmedlingen, ev. personlig assistans och transport.[32]

Som redogjordes för i föregående avsnitt tycks arbetsmarknadsaspekten utgöra ett mindre hinder för de försäkrade som har partiell sjukersättning. Dessa individers arbetsförmåga är redan som grundförutsättning högre än för dem som har hel sjukersättning. Vidare har de individer som har partiell ersättning ofta också ett arbete på deltid och har därför lättare att trappa upp i arbetstid vid en förbättring av arbetsförmågan. Dessa personer har således i regel en starkare förankring på arbetsmarknaden och kan därmed lättare öka omfattningen på sitt arbete.

[31] Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen, En diskussion om deras förväntade effekter, s. 37.
[32] Svar från DHR, Funktionsrätt Sverige, RSMH och Unga rörelsehindrade på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

Dessa personer använder följaktligen också steglös avräkning i högre utsträckning än de försäkrade som har hel sjukersättning.[33] Detta inte förvånande och samma slutsats drar ISF[34] samt förutspåddes även vid införande av regelverket.[35]

IFAU fann i en granskning visst stöd för att närheten till arbetsmarknaden spelar roll för effekten av steglös avräkning. Resultaten tyder på en positiv effekt för personer med hel ersättning ifall de arbetade i nära anslutning till är de beviljandes sjukersättning, Denna grupp var dock liten och det är därför enligt IFAU svårt att dra säkra slutsatser utifrån denna analys.[36]

Arbetsgivarperspektivet

För arbetsgivare som har anställda som har sjukersättning finns ett antal faktorer som behöver hanteras. En del aspekter är kopplade till kollektivavtalade förmåner. Ofta finns kollektivavtalade ersättningar som är kopplade till om den försäkrade har sjukersättning och om arbetstagaren får helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. Arbetsgivare behöver ha vetskap om den anställde har sjukersättning och arbetar enligt reglerna för steglös avräkning, så övriga ersättningar kan hanteras korrekt. Det gäller t.ex. utbetalning av sjuklön. Detta är särskilt aktuell vid nyrekryteringar, då det inte nödvändigtvis framgår att arbetstagaren har sjukersättning och/eller att den försäkrade inte informerar arbetsgivaren om det.

Ekonomiska incitament för att arbeta

Steglös avräkning tillåter arbetsinkomster för personer med hel sjukersättning upp till ett prisbasbelopp utan att det påverkar storleken på utbetalningen av sjukersättningen. 2021 är prisbasbeloppet 47 800 kronor. Arbetsinkomster över fribeloppet, upp till åtta prisbasbelopp, minskar sjukersättningen med 50 procent av denna så kallade reduceringsinkomst.

Sjukersättning betalas dock inte ut till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger

[33] Se t.ex. ISF Rapport 2018:11 och Försäkringskassan, svar på ISF:s rapport 2018:11, 2018-06-25.
[34] ISF, 2018:11, s. 30.
[35] Prop. 2007/08:124, s. 87–89.
[36] IFAU 2018:6.

8 prisbasbelopp. Om sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp ska därför en ytterligare reducering göras av sjukersättningen. Det kan innebära att en försäkrad som har en hög inkomst får hela sin sjukersättning bortreducerad.

Syftet med reformen var att med hjälp av ekonomiska incitament förmå försäkrade som tillhör målgruppen att återgå i arbete. En förklaring till att det inte är fler personer i denna grupp arbetar med steglös avräkning skulle kunna vara att de försäkrade visserligen har en förbättrad arbetsförmåga, men väljer att inte använda sig av denna för att det ekonomiska utfallet inte bedöms vara tillräckligt gynnsamt. I så fall skulle det alltså ändå saknas tillräckliga ekonomiska incitament för den enskilde att välja att använda en förbättrad arbetsförmåga för arbete.

Att ekonomiska incitament generellt påverkar individer är välkänt.[37] Det är emellertid oklart hur de ekonomiska incitamenten i form av steglös avräkning närmre påverkar personer med sjukersättning och deras drivkraft att arbeta. I förarbetena diskuteras marginaleffekter och ett uttalat mål med reglerna var att i möjligaste utsträckning hålla nere marginaleffekterna så att det ska löna sig för den enskilde att öka sitt arbetsutbud.[38] Marginaleffekten uttrycker hur mycket en person får behålla av en inkomstökning efter att skatt och eventuella ersättningar och bidrag är avdragna. En marginaleffekt på 100 procent innebär att personen inte får behålla någon del av inkomstökningen, eftersom bidrag och ersättningar etc. minskar när inkomsten ökar. Är marginaleffekten noll procent får personen i stället behålla hela inkomstökningen. För steglös avräkning är marginaleffekten ca 30 procent för arbetsinkomster upp till fribeloppet.[39] Marginaleffekten är något högre för personer med bostadstillägg.[40] Marginaleffekten ökar också för arbetsinkomster över fribeloppet eftersom sjukersättningen då reduceras med 50 procent av inkomsten. Det innebär att för inkomster över fribeloppet är den sammantagna marginaleffekten ofta 80 procent eller mer beroende på om personer har bostadstillägg eller inte. Marginaleffekten är

[37] Se t.ex. Køstol A R, Mogstad M (2014): How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work.
[38] Prop. 2007/8:124, s. 48.
[39] Beroende på skattesatsen i kommunen den försäkrade bor i.
[40] Se ISF, 2018:11, bilaga 4, för information om hur till exempel avtalsförsäkringar, arbetsskadelivränta eller bostadstillägg påverkas av steglös avräkning.

högre om den beräknade preliminära sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp, eftersom det i så fall ska göras ytterligare reducering av sjukersättningen.

Den förväntade effekten av att vara berättigad till steglös avräkning beror enligt IFAU på hur varje individ värderar konsumtion jämfört med fritid och hur många arbetstimmar en avvägning mellan dessa parametrar resulterar i. Denna avvägning beror i sig på vilken arbetsförmåga man har och vilken påfrestning, eller onytta, man får från arbete. För personer som väljer att arbeta enligt regelverket med vilande ersättning kan effekten både vara negativ och positiv. Sammantaget är dock den förväntade effekten av reformen positiv, eftersom det var få som arbetade med vilande ersättning. Personer som med vilande ersättning inte väljer att arbeta på delen med ersättning, kan förmås att börja arbeta genom steglös avräkning eftersom kompensationen för att arbeta en extra timme är högre. De kan också välja att stanna kvar på samma arbetsutbud om de även med den högre möjliga kompensationen, med hänsyn till den nytta arbete ger, fortfarande värderar ytterligare konsumtion lägre jämfört med bibehållen omfattning av fritid. Om det finns en restarbetsförmåga bland de som väljer att inte arbeta utan steglös avräkning, borde responsen av reformen vara positiv så länge inte samtliga dessa har preferenser som gör att de inte vill arbeta oavsett de finansiella incitamenten.[41]

IFAU når emellertid slutsatsen att systemet med steglös avräkning inte har haft någon positiv effekt, varken på arbetsutbud eller utbildningsnivåer och varken för personer med hel eller partiell ersättning. Myndigheten anger att resultaten skulle kunna tolkas som att de ekonomiska incitamenten av steglös avräkning inte är tillräckligt stora för att förmå sjukersättningstagarna att använda sin restarbetsförmåga och öka sitt arbetsutbud.[42] Hypotesen utvecklas inte närmare utan presenteras som möjlig förklaring.

I en underlagsrapport till Finanspolitiska rådet anges att det finns två skillnader mellan steglös avräkning och vilande sjukersättning som talar för att steglös avräkning ger en starkare ekonomisk drivkraft. Skillnaderna är att marginaleffekten är 50 procent för inkomster mellan ett och åtta prisbasbelopp samt att det inte finns någon tids-

[41] IFAU, 2018:6, s. 10.
[42] IFAU, 2018:6.

begränsning för hur länge en person kan använda sig av steglös avräkning. Detta talar enligt Finanspolitiska rådet för att steglös avräkning skulle kunna ge större effekter på arbetsutbudet än vilande sjukersättning.[43]

Frågan om bristande ekonomiska incitament som förklaring till varför steglös avräkning ändå inte används i högre utsträckning diskuteras emellertid inte i denna rapport.

Fribeloppen har stark påverkan på användandet

Ett centralt resultat i ISF:s granskning av steglös avräkning är att fribeloppet i hög utsträckning påverkar hur mycket personerna arbetar. De allra flesta som använder steglös avräkning ökar sitt arbetsutbud över tid, men endast så mycket att de fortfarande ryms inom fribeloppet.

Fribeloppen styr i hög grad i vilken omfattning försäkrade använder möjligheten att arbeta med steglös avräkning. Det beror på att arbetsinkomster som ryms inom fribeloppet inte påverkar hur mycket sjukersättning som betalas ut. För samtliga år, utom år 2009, finner ISF att det vanligaste arbetsinkomstintervallet för de personer som har hel sjukersättning är det intervall som ligger strax under fribeloppet. Många personer som använder steglös avräkning ökar sitt arbetsutbud över tid, men endast så mycket så att de fortfarande har inkomster under fribeloppet. Tack vare detta slipper den försäkrade även en del administration. ISF konstaterar samtidigt att denna grupp i dessa fall går miste om den inkomstförstärkning som ett ytterligare ökat arbetsutbud ger.

Fribeloppets nivå tycks således styra i hur stor omfattning personer som använder steglös avräkning väljer att arbeta. Mycket talar enligt ISF för att ett höjt fribelopp skulle kunna påverka arbetsutbudet i gruppen med steglös avräkning. Dock finns enligt ISF också en risk att ett ökat fribelopp kan uppfattas som alltför generöst av allmänheten. För många arbetstagare med partiell sjukersättning är fribeloppet lågt satt och riskerar att göra steglös avräkning mindre attraktivt. För personer med inkomster över fribeloppet, och som

[43] Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen, En diskussion om deras förväntade effekter.

använder steglös avräkning, upplevs en stor osäkerhet över att få en betydligt lägre inkomst vid kortare sjukfrånvaro.

Sjukersättning lämnas inte till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp. Det är väldigt få personer som kommer upp i dessa belopp. År 2009 motsvarade det 342 400 kronor. Det året var det endast 0,3 procent av personerna som använde steglös avräkning som hade en beräknad sjukersättning och reduceringsinkomst som översteg åtta prisbasbelopp.

Enligt ISF är fribeloppet inte lika styrande för personer med partiell sjukersättning som för personer med hel sjukersättning. Andelen som arbetar under fribeloppet minskade mellan åren 2009 och 2015 för gruppen med halv sjukersättning. För gruppen som har en fjärdedels sjukersättning har utvecklingen varit oförändrad och för gruppen som har tre fjärdedels sjukersättning ökade andelen som har inkomster som ryms inom fribeloppet en aning. Det är alltså inte lika tydligt när det gäller personer med partiell sjukersättning, att de i så hög utsträckning har inkomster som innebär att sjukersättningen inte minskas. För dessa försäkrade gäller snarare att de i högre utsträckning tjänar *strax över* fribeloppet. Utredningen anser att en möjlig förklaring till detta är att det är svårare för personer med partiell sjukersättning att exakt bedöma arbetsinkomsten, eftersom arbetsutbudet är högre för dessa personer. Även ISF anser att detta utgör en möjlig förklaring.[44]

Majoriteten av de som väljer att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning stannar vid gränsen innan sjukersättningen börjar reduceras. Detta får enligt utredningen anses utgöra ytterligare ett bevis på att det ekonomiska incitamentet har betydelse; det framstår inte som sannolikt att samtliga dessa personer har en förbättrad arbetsförmåga som stannar precis under gränsen för när sjukersättningen ska börja minskas.

Subjektiva och objektiva ekonomiska incitament

En fråga som uppstår kring de ekonomiska incitamenten är om dessa beror på subjektivitet hos individen eller om systemet faktiskt ger svaga ekonomiska incitament.

[44] ISF, 2018:11, s. 95.

Utredningen har inte funnit stöd för att reglerna med steglös avräkning de facto ger svaga ekonomiska incitament för arbete. Således bedöms detta inte vara anledningen till att försäkrade prövar att arbeta enligt detta regelverk. Även jämfört med möjligheten för försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008, med vilande ersättning för arbete, framstår reglerna om steglös avräkning som avsevärt mer gynnsamma.

En annan fråga är de subjektiva incitamenten; här blir snarare frågan om den enskilde uppfattar sådant som ansträngningen med att arbeta, osäkerheten om inkomster som kan medföra att man blir återbetalningsskyldig som skäl för att avstå från att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen bedömer att det tycks föreligga sådana subjektiva skäl till varför systemet inte används i högre utsträckning. Exempelvis är det en klar majoritet av de försäkrade som arbetar som endast gör det i en omfattning så att inkomsterna ryms inom fribeloppet.

Systemets generositet vad gäller ekonomiska incitament måste också ställas i relation till försäkringens grundprinciper: att sjukersättning beviljas för långvarigt nedsatt arbetsförmåga och att den avser att ersätta inkomstförlust vid arbetsförmåga. Hur stor ersättning, och hur länge ersättningen ska kunna behållas, även när den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga utgör centrala avvägningar.

Trygghetsaspekten – riskeras återkrav, framtida ersättning och försörjning?

De försäkrade som omfattas av reglerna om steglös avräkning har i realiteten en stor trygghet genom att deras rätt till sjukersättning inte påverkas om de prövar att arbeta. Fungerar inte arbetet kan de återgå till den beviljade sjukersättningen och riskerar inte att få ersättningen indragen, även om arbetsförmåga har uppvisats genom att personen har arbetat.

Den som vill använda sig av steglös avräkning ska ansöka om detta innan han eller hon börjar arbeta. Det krävs endast ansökan om man arbetar med inkomst. En försäkrad som lämnar in en ansökan efter att arbete har påbörjats eller som inte lämnar in någon ansökan alls, kan få sin ersättning omprövad om han eller hon inte har en giltig anledning för detta. Om ersättningen omprövas omfattas den försäkrade inte längre av reglerna om steglös avräkning.

Även om dessa försäkrade alltid har kvar rätten till ersättning (förutsatt att om de ska arbeta med inkomst lämnar in sin ansökan innan arbetet påbörjas) finns ändå ett antal trygghetsaspekter att ta hänsyn till och som kan påverka benägenheten att använda reglerna för steglös avräkning. Exempelvis har personer i denna målgrupp inte rätt till sjuklön eller sjukpenning om de mer tillfälligt skulle bli sjuka under en period med arbete. De personer som har partiell sjukersättning har rätt till sjukpenning och sjuklön på den del de inte har sjukersättning. I förarbetena till reglerna om steglös avräkning motiveras detta med att det inte är acceptabelt att en person får räkna inkomsten från ett arbete som utförs på samma tid som sjukersättning har beviljats som grund för en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).[45]

Den som har ansökt om och arbetar enligt reglerna om steglös avräkning förväntas således också kunna arbeta. Det innebär i sin tur att personer som använder steglös avräkning behöver ha en ekonomisk beredskap om de skulle bli kortvarigt sjuka. Om sjukfallet blir mer långvarig kan i stället sjukersättningen omräknas med hänsyn till att den försäkrade har lägre inkomst från arbete än vad som tidigare hade förväntats. I dessa fall kan det dock bl.a. vara viss eftersläpning i systemen som gör att justering av utbetalningar av ersättningen först kan genomföras efter ett tag.

ISF:s granskning visar att många av de personer som avsäger sig sjukersättning gör det för att de har upplevt att det är besvärande inte ha rätt till vare sig sjuklön eller sjukpenning vid arbete med steglös avräkning.

Personer som har använt sig av systemet med steglös avräkning kan också behöva återbetala utbetald sjukersättning två år efter året man arbetat enligt reglerna för steglös avräkning. Detta blir t.ex. fallet om inkomsterna från förvärvsarbetet vid avstämningen två år senare visar sig har överstigit de föranmälda, beräknade inkomsterna. Det tycks således inte i första hand vara de ekonomiska incitamenten som avgör om de försäkrade arbetar med steglös avräkning och/eller om de arbetar med inkomster som är högre än fribeloppet. ISF:s granskning bekräftar också att återbetalningskrav är ett problem för många personer som arbetat med steglös avräkning. Av dem som använder dessa regler är det flera som också är ekonomiskt och socialt mer utsatta. För dem kan även förhållandevis blygsamma

[45] Prop. 2007/08:124, s. 66–67.

skulder få påtagliga konsekvenser. Detta gäller i synnerhet eftersom återkravet regleras först två år efter att personen arbetade med steglös avräkning.[46] ISF:s granskning visar också att vissa personer har avsagt sig rätten till sjukersättning för att de har varit rädda för återbetalningskrav.[47]

Medför systemet med steglös avräkning en upplevd risk att förlora framtida rätt till sjukersättning?

Denna grupp skiljer sig från grupp 2 och 3 genom att det inte finns någon faktisk risk att förlora framtida rätt till ersättning för att man har prövat att förvärvsarbeta med steglös avräkning. Som tidigare nämnts finns emellertid också aspekten med en *upplevd* risk att ändå kunna bli av med ersättningen. Eftersom det krävdes en långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att ersättningen skulle kunna beviljas, finns en rimlig upplevd motsättning i att ändå kunna uppvisa arbetsförmåga utan att det leder till en omprövning av ersättningen eftersom den försäkrade därmed har visat att han eller hon inte längre har en varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Det tycks alltså finnas en sådan *upplevd* risk att bli av med rätt till ersättningen, det beskrivs också som en *rädsla* bland de berörda försäkrade att våga pröva att arbeta. Denna uppfattning skulle också delvis kunna sägas motsvara att ersättningstagaren gör en värdering av den försörjningstrygghet som sjukersättningen innebär och att man ogärna riskerar denna, även om reglerna i praktiken är generösa i detta avseende. IFAU beskriver denna förklaringsmodell som ”bristande trovärdighet”, i den del av reformen som utlovar att rätten till ersättning inte ska omprövas genom att ersättningstagaren arbetar och därmed uppvisar en viss arbetsförmåga.[48] En förklaring till att färre än förväntat använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning skulle i så fall kunna vara att de inte litar på reglerna och att sjukersättningen verkligen är fredad även om man arbetar och uppvisar arbetsförmåga.

Enligt en undersökning som genomfördes efter att reglerna infördes den 1 januari 2009, var kännedomen om reglerna relativt hög – drygt 80 procent av dem som *inte* hade ansökt kände till reglerna.[49]

[46] ISF, 2018:11, s. 15.
[47] ISF, 2018:11, s. 64.
[48] IFAU, 2018:6, s. 23.
[49] Demoskop (2009).

Däremot var det relativt vanligt att de som *hade* ansökt om steglös avräkning var oroliga att Försäkringskassan ändå skulle dra in eller minska sjukersättningen.[50] En sådan oro kan naturligtvis dämpa intresset och att våga arbeta enligt reglerna om steglös avräkning.

Enligt DHR och Funktionsrätt Sverige är rädslan att förlora sjukersättning – som för de allra flesta utgör den grundläggande försörjningen – mycket utbredd.[51] I sammanhanget kan konstateras att det dock inte finns någon statistisk om hur utbredd denna uppfattning är hos samtliga berörda försäkrade. Information från organisationen Sveriges Fontänhus Riksförbund[52] bekräftar dock bilden av en utbredd rädsla. Flera av Sveriges Fontänhus medlemmar vågar inte börja arbeta av rädsla för att inte få tillbaka sin sjukersättning om de misslyckas med sitt arbetsförsök. Uppfattningen bland flera medlemmar är att det har visat sig vara svårt att få tillbaka ersättningen under dessa omständigheter. Vidare beskrivs att det inte är ovanligt att organisationens medlemmar misslyckas första gången de försöker pröva att arbeta och att de även behöver vila och återhämtning innan de kan göra ett nytt försök.

Sammantaget kan konstateras att det är svårt att dra några säkra slutsatser om hur försäkrades rädsla att förlora sin rätt till ersättning påverkar deras incitament att pröva att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen bedömer dock att det är sannolikt att denna uppfattning är relativt vanlig bland de försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Sannolikt än rädslan dock än mer utbredd för de personer som tillhör grupp 2 och 3.

Regelverket är administrativt mödosamt för såväl enskilda som för Försäkringskassan

En tänkbar förklaring till att avsevärt färre än förväntat arbetar enligt reglerna för steglös avräkning är att utformningen av regelverket samt administrationen uppfattas som svårtillgängligt, svårt att överblicka och att det är administrativt mödosamt. Det kan i så fall medföra att försäkrade avstår från att arbeta för att de inte förstår förutsättningarna för steglös avräkning, eller bedömer det administrativa

[50] Hägglund, Skogman Thoursie, Rapport till Finanspolitiska rådet 2020/5, s. 19.
[51] Svar från Funktionsrätt Sverige och DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[52] Sveriges Fontänhus Riksförbund stödjer människor som lever med psykisk ohälsa på vägen till återhämtning och arbetar med bl.a. arbetslivsinriktad samt social rehabilitering för dessa personer.

arbetet vara så ansträngande i sig att arbete med steglös avräkning inte är värd mödan. Slutsatser från flera tidigare studier är att informationen om regler och hur ett program eller en reform fungerar bidrar till genomslaget av reformen.[53] Ju enklare regelverket är desto troligare är det att fler använder sig av reformen och att effekten därmed blir större.

ISF har studerat denna fråga och konstaterat att regelverket om steglös avräkning är administrativt mödosamt för både Försäkringskassan och den försäkrade.[54]Avsikten med reglerna var att de skulle vara transparenta och enkla att administrera, men utan att systemet skulle upplevas som alltför generöst eller som orättvist av allmänheten. Bl.a. ISF:s granskning visar dock att reglerna inte är fullt så transparenta och enkla att administrera som avsett. Administrationen är betydande för en person som använder steglös avräkning. Personer som vill börja använda steglös avräkning måste lämna in en skriftlig ansökan till Försäkringskassan. I ansökan ska personen uppskatta hur många timmar per vecka hen kommer att arbeta och hur stora inkomsterna kommer att vara. En ansökan måste göras för varje kalenderår personen vill arbeta enligt reglerna för steglös avräkning.

ISF:s granskning visar också att administrationen för en person som använder sig av steglös avräkning beror på hur väl han eller hon lyckas beräkna sin förväntade förvärvsinkomst. En person som har svårt att i förväg uppskatta sin framtida inkomst behöver ha omfattande kontakter med Försäkringskassan redan efter några års arbete med steglös avräkning. Eftersom det kan vara svårt att uppskatta framtida inkomster, är det många personer som får stora återbetalningskrav. År 2016 fick var tionde person som arbetade med steglös avräkning ett återbetalningskrav på 10 000 kronor eller mer.

ISF visar i sin granskning att steglös avräkning är utformat så att det blir omfattande administration. Regelverket kräver att man är en välorganiserad person som fortlöpande lämnar in ändringar av inkomster och inkomstuppgifter till Försäkringskassan – framför allt för den som arbetar och har en inkomst över fribeloppet. Personen bör göra en tillförlitlig bedömning av framtida inkomster och samtidigt ha en ekonomisk beredskap för eventuellt framtida

[53] Se ISF, 2018:11, s. 66 med hänvisning till Chetty R, Saez E (2013): Teaching the Tax Code: Earnings Responses to an Experiment with EITC Recipients, s. 1–5.
[54] ISF, Rapport 2018:11.

återbetalningskrav. Personer som har rätt till sjukersättning och arbetar har heller inte rätt till sjuklön eller sjukpenning på den del personen har sjukersättning. Det innebär att dessa personer även behöver ha en ekonomisk beredskap för inkomstbortfall vid tillfällig sjukfrånvaro. ISF anser att detta ställer höga krav på en grupp människor som i hög grad är ekonomiskt utsatta och som ofta har kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Personer som använder steglös avräkning ska anmäla om inkomsten förändras på ett sätt som kan innebära att den slutliga sjukersättningen blir lägre än den beräknade preliminära sjukersättningen. På så vis kan den försäkrade själv bidra till att Försäkringskassan inte betalar ut för mycket sjukersättning. De minskar i så fall även risken för att Försäkringskassan behöver kräva tillbaka pengar vid avstämningen två år senare.

Bilden av systemet med steglös avräkning som mödosamt utifrån de försäkrades perspektiv bekräftas också av DHR, Funktionsrätt Sverige, Förbundet Unga rörelsehindrade och RSMH. Regelverket upplevs bl.a. som svåradministrerat; den försäkrade måste b.la. göra en uppskattning hur mycket man beräknar att man ska tjäna. Varierar inkomsten, på ett sätt som inte motsvarar uppgifterna i ansökan, uppstår en stor administrativ börda. För personer med psykisk ohälsa kan det vara en begränsning.

Administrativ tungroddhet är en delförklaring till att personer avstår från att arbeta med steglös avräkning. Ett förhållandevis stort antal ärenden i ISF:s granskning visar dock att personer även har avsagt sig rätten till sjukersättning för att slippa administrationen kring steglös avräkning.[55]

Betydande administration även för Försäkringskassan

ISF har funnit att administrationen av systemet med steglös avräkning även är omfattande för Försäkringskassan. Det är svårt för Försäkringskassan att hinna med alla de beslut och eventuella omräkningar som är nödvändiga innan en person får börja arbeta med steglös avräkning. Myndighetens handläggare behöver ofta kontakta personer som vill använda steglös avräkning när det saknas uppgifter i ansökan. De behöver också ta kontakt när personen har använt fel

[55] ISF, Rapport 2018:11, s. 64.

ansökningsblankett eller när ansökan kommit in till myndigheten först efter att personen har börjat arbeta. Försäkringskassan behöver också använda resurser för att stämma av den slutgiltiga sjukersättningen för personer som har använt steglös avräkning två år tidigare. Om avstämningen resulterar i ett återbetalningskrav tar detta ytterligare resurser i anspråk av Försäkringskassan.

År 2015 ändrade Försäkringskassan efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen[56] tillämpningen i de fall där en person arbetar del av året. Före domen kunde en person som påbörjat ett arbete med steglös avräkning under den senare delen av året bli återbetalningsskyldig för den sjukersättning som betalats ut innan denne började arbeta. Efter domen är detta inte längre möjligt. Konsekvensen av domen är att fribeloppet anpassas till det antal månader som är kvar på året från det att arbetet med steglös avräkning påbörjats. Anpassningen av fribeloppet har krävt ytterligare resurser från Försäkringskassan för att handlägga dessa ärenden.

ISF menar att det skulle bli enklare för både den enskilde och för Försäkringskassan om Försäkringskassan skulle få direktåtkomst till inkomstuppgifter. Försäkringskassan skulle då få möjlighet att korrigera utbetalningar av sjukersättning löpande under året för de fall där det visar sig att den enskilda personens inkomstprognos av någon anledning inte stämmer överens med den faktiska inkomsten. Ytterligare en åtgärd som skulle kunna minska osäkerheten kring eventuellt negativa konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning är att Försäkringskassan inför ett beräkningsstöd. Det skulle ge den enskilde personen hjälp att beräkna hur sjukersättningen påverkas vid olika arbetsinsatser.

I rapporten diskuteras olika sätt att förbättra regelverket kring steglös avräkning genom att göra det enklare att förstå och tillämpa, utan att systemet blir alltför generöst eller orättvist. Det handlar om ökad information och förenklingar, både för de som använder sig av steglös avräkning och för Försäkringskassan. ISF konstaterade även att det vore eftersträvansvärt med en uppföljning av den enskildes arbete med steglös avräkning med en diskussion kring individens framtid. Den skulle till exempel kunna handla om individens möjligheter till fortsatt arbete utan sjukersättning eller om någon form av rehabiliterande åtgärd skulle kunna vara aktuell för att ytterligare stärka den enskildes arbetsutbud.

[56] HFD 2015 ref. 10.

Utredningen kan i likhet med ISF konstatera att tillvägagångssättet med beräknande av vilken ersättning den enskilde kommer få med tillämpandet av steglös avräkning innehåller administrativt betungande delar. På Försäkringskassans hemsida finns en formel för beräkning av hur sjukersättningen minskar när man arbetar – det s.k. reduceringsbeloppet. Reduceringsbeloppet = (den försäkrades beräknade inkomst – fribeloppet) – dividerat med två. I dagsläget saknas mer utvecklade stöd till försäkrade för att kunna beräkna steglös avräkning.

Vilken information ger Försäkringskassan till de försäkrade som har eller har rätt att ansöka om steglös avräkning av sjukersättningen?

En delfråga kring administrationen av regelverket är huruvida försäkringen och möjligheten till steglös avräkning är tillräckligt känd för de försäkrade som omfattas av reglerna? Om reglerna är okända, eller om de försäkrade har en felaktig uppfattning om innebörden, kan detta medföra att de väljer att inte använda sig av dem.

ISF konstaterade att det inte har gjorts några riktade informationsinsatser till alla personer som omfattas av steglös avräkning sedan år 2010. Informationen som finns på Försäkringskassans webbsida var vidare så begränsad att det enligt ISF troligtvis finns personer som har återfått en arbetsförmåga som inte känner till möjligheten att arbeta utan att rätten till sjukersättning omprövas. Mot bakgrund av rapporten gjorde Försäkringskassan ett riktat utskick i maj 2019 till personer med sjukersättning som omfattas av reglerna om steglös avräkning, hade inkomst men inte använde reglerna. Försäkringskassan har också uppdaterat informationen på hemsidan.

Trots bristen på information under flertalet år fanns fortfarande ett nyinflöde av personer som tidigare inte använt sig av möjligheten till steglös avräkning. År 2016 beviljades nästan 900 personer som tidigare inte använt sig av möjligheten, vilket motsvarar drygt tio procent av samtliga som använde steglös avräkning under detta år. Men nyinflödet har minskat över tid, år 2015 var nyinflödet drygt 1 100 personer och året innan var det nästan 1 400 personer.

En utmaning är att information som inte direkt riktas till gruppen som omfattas av steglös avräkning också är tillgänglig för den grupp som beviljats sjukersättning senare än i juli år 2008. Men denna

grupp har inte rätt att använda steglös avräkning. Det för med sig att informationen kan förvirra mer än förtydliga.

15.3.4 Arbete inom den så kallade åttondelen

En försäkrad som har sjukersättning som är beviljad enligt reglerna som gällde före juli 2008 och som vill förvärvsarbeta behöver som huvudregel göra detta med stöd av reglerna om steglös avräkning. Det finns emellertid även en möjlighet för vissa att arbeta i begränsad omfattning utan att föranmäla detta till Försäkringskassan och behöva göra en ansökan. Det gäller dem som dels har *hel* sjukersättning, dels arbetade i begränsad omfattning inom åttondelen även *före* införandet av reglerna om steglös avräkning i januari 2009, se närmare avsnitt 14.2.2 om åttondelen och 14.2.4 om denna möjlighet för just grupp 1.

Betydelsen av systemet med åttondelen är svår att värdera för såväl försäkrade som beviljats sjukersättning med nyare eller äldre regler som för försäkrade med aktivitetsersättning. Det finns ingen statistik för hur denna möjlighet används. Sannolikt har den begränsad betydelse för grupp 1. Den som önskar att arbeta en begränsad mängd kan göra så, inte bara uppgående till en åttondel av heltid utan upp till fribeloppet utan att storleken på utbetalningar av sjukersättningen påverkas. En anledning till att i stället fortsätta arbeta inom åttondelen är att när detta arbete väl godkänts krävs inte en ny ansökan varje år.

15.3.5 Studier under tid med sjukersättning

För denna grupp påverkas inte rätten till sjukersättning av att den försäkrade studerar. Detta kan jämföras med de försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 eller de som har aktivitetsersättning, där ersättningen blir vilande under tid med studier.[57]

Denna grupp har således en jämförelsevis mycket förmånlig möjlighet att kunna studera med bibehållen utbetalning av sjukersättning.

[57] För vilande ersättning ska studierna vara av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om förmånen fattades.

Eftersom det inte finns någon anmälningsskyldighet för de försäkrade i denna grupp som väljer att studera saknas statistik på området. Utredningen har därför inte närmre kunnat analysera hur många försäkrade ur denna grupp som studerar med bibehållen sjukersättning.

I den tidigare nämnda granskningen av IFAU om steglös avräkning konstaterar myndigheten att utbildningsnivån bland de försäkrade som omfattas av steglös avräkning inte har höjts genom reformen.[58] Eftersom det för denna målgrupp är möjligt att studera med bibehållen ersättning studerade IFAU även effekten på benägenheten att öka den för individen högsta utbildningsnivån. IFAU anger att resultatet inte visar att steglös avräkning har haft en positiv effekt för att sysselsätta sig med utbildning, vilket är ett utfall som inte borde påverkas av efterfrågesidan.[59]

Möjligheten till studier synes i vart fall mot bakgrund av IFAU:s resultat trots de förmånliga villkoren användas i mycket begränsad utsträckning. En möjlig förklaring är att de studier som finns tillgängliga inte passar gruppen. Som konstaterats tidigare består gruppen till stor del av äldre individer och över tid utgör denna andel en allt större del. Redan när reglerna om steglös avräkning infördes var 40 procent av gruppen över 59 år. Det är känt att äldre generellt studerar i mindre utsträckning än yngre. På liknande sätt kan studier på högre nivå anses ställa krav på förmågor liknande arbetsförmåga, något gruppen kan anses sakna, särskilt med utgångspunkt i det urval som gjordes i IFAU:s rapport (där den studerade gruppen valdes utifrån kriterierna att den antogs ha kunnat beviljas sjukersättning även enligt reglerna fr.o.m. juli 2008).

15.3.6 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning

För denna grupp påverkas inte rätten till sjukersättning av vad den försäkrade gör på fritiden, t.ex. ägnar sig åt ideellt arbete (utan inkomst) m.m. Detta gäller även om sysslorna kan innebära att den försäkrade uppvisar arbetsförmåga.

[58] IFAU, Rapport 2018:6, Andersson J, ”Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning”.
[59] Uppgifterna baserades på högsta utbildningsnivå vid utgången av varje år. Den högsta utbildningsnivån mäts som minst nio respektive tio års grundskoleutbildning, gymnasieutbildning, eftergymnasial utbildning upp till två år, eftergymnasial utbildning mist två år samt forskarutbildning.

15.3.7 Slutsatser om huvudgrupp 1 – försäkrade som beviljats sjukersättning före juli 2008

Utifrån redogörelsen ovan kan utredningen dra ett antal slutsatser avseende den grupp försäkrade som har icke tidsbegränsad sjukersättning och har beviljats sådan före juli 2008.

- Situationen för gruppen skiljer sig på flera avgörande sätt från de försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008. Denna grupp saknar de skyldigheter som de andra grupperna omfattas av, såsom anmälningsskyldighet vid förbättrad arbetsförmåga oavsett om man arbetar eller inte. Det finns således en betydligt större frihet för denna grupp att arbeta ideellt, studera och delta i samhällslivet på andra sätt utan att rätten till ersättning påverkas.
- Endast ett mycket begränsat antal av de försäkrade som har möjlighet att använda reglerna om steglös avräkning har gjort så över tid. Över tid har andelen som använder reglerna om steglös avräkning ökat, men de har samtidigt blivit färre till antalet. Andelen är dock alltjämt låg och fortfarande inte i närheten av de nivåer som regeringen hoppades på när reglerna infördes.
- Det är framför allt försäkrade med en relativt sett starkare position som använder sig av reglerna om steglös avräkning och det är vanligare att personer med partiell sjukersättning arbetar med steglös avräkning än att personer med hel sjukersättning gör det. Det kan dessutom konstateras att de flesta arbetar bara så mycket att de inte riskerar att behöva betala tillbaka sjukersättningen, det vill säga så att inkomsten hamnar under fribeloppet.

Utredningen kan konstatera att ett antal faktorer utgör troliga samverkande delförklaringar till varför reglerna om arbete genom steglös avräkning används endast i begränsad utsträckning.

- De försäkrade i denna grupp är människor som har bedömts ha en varaktigt nedsatt arbetsförmåga till exempel på grund av kroniska sjukdomar. Det gör i sig att många inte har möjlighet att arbeta.
- Svårigheter att hitta ett arbete som passar vad gäller innehåll och omfattning.

– De ekonomiska incitamenten synes inte vara tillräckligt starka, vilket visas bland annat genom att majoriteten av dem som väljer att arbeta med steglös avräkning gör det utan att få inkomst över fribeloppet. Det är även troligt att en oro hos de försäkrade som rörande risken för framtida återkrav har betydelse.
– Regelverket kring steglös avräkning är utformat på ett sådant sätt att administrationen är betungande både för individen och för Försäkringskassan. Mycket av administrationen kring steglös avräkning, både för individen och för Försäkringskassan, beror på den enskilda personens svårighet att uppskatta sin framtida inkomst korrekt.

Sammantaget finns med andra ord ett antal delförklaringar till att denna grupp inte förvärvsarbetar i större utsträckning än vad som är fallet i dag. I hur stor utsträckning gruppen studerar eller ägnar sig åt föreningsliv eller andra sysslor är svårare att besvara då statistik saknas om det.

15.4 Huvudgrupp 2 och 3: Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Varken de som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008 eller de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga omfattas av reglerna för steglös avräkning. Dessa försäkrade kan i stället:

– Ha ersättningen vilandeförklarad för att förvärvsarbeta eller studera,
– Förvärvsarbeta inom den s.k. åttondelen om man har hel ersättning, utan att varken rätten till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas,
– I viss utsträckning ha uppdrag, engagera sig i ideell verksamhet m.m. utan att utan att varken rätten till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas.

För personer med aktivitetsersättning gäller dessutom att dessa försäkrade kan:

– Delta i aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB under tiden de har ersättning,

– Ha s.k. prövotid för studier.

Som framgår i följande avsnitt har möjligheterna för bland annat arbete, studier, fritidsintressen under tid med aktivitetsersättning granskats i en rad rapporter och skrivelser. Dessa aspekter har dock inte granskats i samma omfattning vad gäller specifikt under tid med sjukersättning för gruppen försäkrade som beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008.

15.4.1 Möjliga förklaringar till varför inte fler arbetar med vilande sjukersättning

Både de som har beviljats sjukersättning enligt nuvarande regelverk och de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har möjlighet att få ersättningen vilandeförklarad för förvärvsarbete. Av statistiken i avsnitt 15.2 framgår dock att relativt få använder denna möjlighet. I följande avsnitt diskuteras en rad tänkbara faktorer som kan förklara varför så är fallet.

Begränsad arbetsförmåga?

Sammanfattningsvis kan konstateras att båda dessa grupper består av individer som av Försäkringskassan bedömts ha en nedsatt, och därmed begränsad arbetsförmåga. Att relativt få av de försäkrade använder möjligheten till vilande ersättning för arbete kan mot denna bakgrund sägas vara rimligt.

Likväl kan det tänkas att de personer som beviljats ersättning får eller återfår arbetsförmåga, varför det ändå kan antas finnas en viss, om ändå begränsad, arbetsförmåga i grupperna.

Arbetsförmågan hos personer som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 (huvudgrupp 2)

Arbetsförmågan hos de som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 torde vara mycket begränsad. Detta med hänsyn till att de försäkrades arbetsförmåga ska ha bedömts som nedsatt för all överskådlig framtid sett till arbeten på hela arbetsmarknaden för att de ska kunnat beviljats ersättningen. Dessutom ska alla rehabiliteringsmöjligheter ha bedömts vara uttömda för rätt till ersättning.[60] Sannolikheten för att försäkrade som beviljats sjukersättning enligt dessa kriterier ska få eller återfå arbetsförmåga torde mot denna bakgrund således vara små. Om en hög andel av personerna i denna grupp trots allt skulle arbeta eller studera med vilande sjukersättning, skulle det snarast kunna vara ett tecken på att prövningen av rätten till ersättning varit för generös jämfört med det aktuella regelverket. Dock ska framhållas att bedömningen av om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt och om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga baseras på den kunskap som är tillgänglig vid tidpunkten för prövning av rätt till ersättning. Det kan förstås t.ex. utvecklas nya medicinska behandlingsmetoder och nya former av arbetshjälpmedel som möjliggör för vissa av dem som bedömts stadigvarande arbetsoförmögna att trots allt återfå arbetsförmåga. Det kan alltså tänkas att det finns en grupp försäkrade som kan använda reglerna om vilande ersättning för att pröva sina förmågor.

Ifall de försäkrades hälsotillstånd förbättras har de också rätt till stöd med samordnad rehabilitering enligt 29–31 kap. SFB. Ett sådant behov av rehabilitering kan exempelvis identifieras i samband med uppföljning av sjukersättningen som ska ske minst vart tredje år för personer som är under 60 år. Försäkrade har också en skyldighet att anmäla om de har fått förbättrad arbetsförmåga, även om de inte arbetar eller studerar. I dessa fall kan det också vara aktuellt med rehabiliteringsinsatser enligt 29–31 kap. SFB eller utredning av om personen de facto har en förbättrad arbetsförmåga. Ifall personen bedöms ha arbetsförmåga kan ersättningen minskas eller dras in. Om en försäkrad får minskning eller indragning av ersättningen kan han eller hon få fortsatt utbetalning av sjukersättningen tills personen fått ett arbete, men allra längst i 6 månader. För dessa försäk-

[60] Se avsnitt 5.2 om regelverket kring rätten till sjukersättning.

rade finns således i många fall behov av stöd bl.a. från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att utreda personens arbetsförmåga, rehabilitering och stöd för att hitta ett arbete.

Andelen försäkrade som använder vilande sjukersättning vid arbete har ökat succesivt sedan 2012. Det är dock alltjämt en liten andel av de försäkrade som använder denna möjlighet. År 2019 var det omkring 2 procent, strax över 1 900 personer, som hade vilande sjukersättning för arbete.

Reglerna vad gäller ersättningsnivåer innebär att de följer kvartiler och att ersättning alltså beviljas med 25, 50, 75 eller 100 procent. Vid arbete kan ersättningen även vara vilande motsvarande dessa kvartiler. Det medför att personer kan ha svårt att pröva att arbeta på ett mer flexibelt sätt, utifrån sin faktiska arbetsförmåga.

I Försäkringskassans uppföljning av reformen som trädde i kraft den 1 februari 2017 och som innebär att beloppet som motsvarar 25 procent av den vilande ersättningen numera utbetalas i 24 månader i stället för som tidigare i 12 månader, noteras att användandet varierar mellan olika delar av landet och kvinnor använder vilande ersättning i något högre utsträckning än män.[61] Enligt myndigheten tycks reformen dock inte ha påverkat ökningen av antal personer som arbetar med vilande ersättning. Intervjuade handläggare på myndigheten uppfattar att regeländringen framför allt tycks ha bidragit till att försäkrade som annars hade återgått till sjukersättning efter ett år med vilande ersättning i stället fortsätter arbeta ett år till. Detta förklaras med att det är under det andra året med vilande ersättning som fler försäkrade känner sig så trygga att våga lämna sjukersättningen mer permanent för förvärvsarbete.

Arbetsförmågan hos personer som har beviljats aktivitetsersättning (huvudgrupp 3)

De som beviljats aktivitetsersättning har av Försäkringskassan bedömts ha minst en fjärdedels nedsättning av arbetsförmågan under minst ett års tid. Detta innebär enligt utredningen en relativt omfattande arbetsförmågenedsättning. Om inte den medicinska utvecklingen eller rehabiliteringsinsatser gör att den enskilde hamnar i ett annat läge lär det därför vara få av de som beviljats ersättningen

[61] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.

som har någon kvarvarande arbetsförmåga att använda för att pröva på arbete redan under ersättningsperioden. De få som har någon kvarvarande arbetsförmåga lär vidare ha en låg sådan förmåga. Handläggare på Försäkringskassan har vidare uppgett för utredningen att de försäkrade som beviljats aktivitetsersättning på senare år har mer omfattande funktionsnedsättningar än de som beviljades förmånen tidigare.

Utredningen konstaterar dock att ett uttalat syfte med aktivitetsersättningen är att den enskilde ska aktivera sig under tiden med ersättning, bland annat för att det är tänkbart att denne ska få en förbättrad arbetsförmåga. Enligt Riksrevisionen har företrädare för Försäkringskassan uppgett att en anledning till att vilande ersättning för arbete används i begränsad utsträckning att få unga med aktivitetsersättning har kommit så långt i sin utveckling att de klarar av att prova att arbeta. Sannolikt bedömer Riksrevisionen är det främst personer som genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen som använder möjligheten till vilande ersättning för arbete.[62] Om fler försäkrade således deltog i aktiviteter eller andra insatser som höjer deras arbetsförmåga är det därför enligt utredningens bedömning möjligt att fler försäkrade skulle kunna använda reglerna om vilande ersättning för arbete.

Svårt att hitta passande arbete?

I avsnitt 15.3.3 redovisas möjliga förklaringar till varför det är svårt att hitta passande arbete för personer som tillhör *grupp 1*. Bl.a. handlar det om arbetsmarknadens konstruktion och att dessa personer inte kommer in på arbetsmarknaden, trots en förmåga samt vilja att arbeta. De generella slutsatser – utöver det som handlar specifikt om förutsättningarna att hitta arbete när man arbetar enligt reglerna för steglös avräkning – som dras i det avsnittet om svårigheter att hitta passande arbeten bedöms också vara tillämpligt för grupp 2 och 3.

Generellt sett kan vidare de som beviljats aktivitetsersättning tänkas ha en svagare anknytning till arbetsmarknaden än personer som beviljats sjukersättning. Detta då de försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning är yngre och ofta inte haft något arbete innan de beviljades ersättning, till skillnad från många av de försäk-

[62] Se RiR 2015:7, s. 84.

rade i grupp 1 och 2. Också Försäkringskassan har framhållit att personer som beviljats aktivitetsersättning har en svag koppling till arbetsmarknaden.[63] Dessutom kan konstruktionen för vilande ersättning vid arbete försvåra ifall dessa försäkrade får mer tillfälliga anställningar med oregelbunden arbetstid. Enligt Försäkringskassans tillämpning ska bl.a. beaktas hur en försäkrad förlägger sin arbetstid. Om arbetstiden varierar mycket ska det finnas en medicinsk förklaring till detta.

Sammanfattningsvis kan därmed konstateras att det är svårt för personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning att ta sig in på arbetsmarknaden. Detta bedöms vara en av delförklaringarna till att så få försäkrade använder reglerna om vilande ersättning för arbete.

Ansökningar om vilande ersättning varierar

Handläggare på Försäkringskassan uppfattar att mängden ansökningar om vilande sjukersättning samvarierar med konjunkturen och att det är lättare att få arbete i större städer medan utbudet är sämre på landsbygden. En jämförelse av andelen arbetslösa och andelen med vilande ersättning i länen visar dock att samvariationen är nästintill obefintlig. Det hindrar samtidigt inte att detta ändå kan påverkas av var inom respektive län de försäkrade bor. Intervjuade handläggare uppfattar också att samarbetet med Arbetsförmedlingens kontor varierar och att kontoren fokuserar olika mycket på personer med sjukersättning.[64]

Åtgärder för att få fler arbetstillfällen

Utredningen konstaterar att arbetsgivare bland annat behöver ha ekonomiska förutsättningar att anställa människor med en osäker arbetsförmåga. För att stimulera arbetsgivare att t.ex. anställa personer med funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga finns också olika åtgärder inom arbetsmarknadspolitiken. Ett led i att öka användandet av vilande aktivitetsersättning är mot denna bakgrund att underlätta för personer med funktionsnedsättning som

[63] Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161/2011, s. 3.
[64] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.

medför nedsatt arbetsförmåga, särskilt unga personer, att få ett arbete. Enligt Försäkringskassan borde offentliga arbetsgivare bättre kunna leva upp till sitt ansvar att anställa individer med funktionshinder. Mindre, privata, arbetsgivare står för merparten av anställningar med olika former av lönestöd. Offentlig sektor borde kunna ta ett större ansvar för anställningar med olika former av lönestöd.[65] Regeringen har vidare uttalat att staten bör ta ett större ansvar för att anställa personer med funktionsnedsättning men Riksrevisionen noterar att få unga med funktionsnedsättning som har anställts med stöd (subventionerade anställningar) återfinns hos statliga arbetsgivare. Riksrevisionen kan konstatera att de ansträngningar som gjorts för att öka antalet anställningar inom staten för personer med funktionsnedsättning inte haft avsedd effekt. Om riksdagens och regeringens ambition är att öka antalet anställningar i staten för personer med funktionsnedsättning, bör regeringen se över möjligheten att bättre använda redan existerande möjligheter till subventionerade anställningar, till exempel lönebidrag, för att anställa unga med funktionsnedsättning.[66] Temagruppen Unga i arbetslivet framhåller att arbetsgivare generellt behöver bli bättre på att tillvarata förmågor hos unga med funktionsnedsättning genom att ge ett behovsanpassat stöd. Temagruppen lyfter särskilt att den offentliga sektorn här behöver ta ett större ansvar och nämner även arbetsintegrerade sociala företag som en potentiell arbetsgivare för målgruppen.[67]

Enligt DHR finns vidare en brist på möjligheter att utreda arbetsförmågan hos och annat stöd från Arbetsförmedlingen, bristande möjligheter till personlig assistans och transport etc. Detta krävs för att fler personer ska kunna pröva arbete.[68]

De ekonomiska incitamenten för att arbeta med vilande ersättning

Utredningen har sammanfattningsvis inte kunnat hitta stöd för uppfattningen att systemet med vilande ersättning inte erbjuder rimligt avvägda ekonomiska incitament för enskilda att pröva sin arbetsförmåga. Till skillnad från systemet med steglös avräkning finns det

[65] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12
[66] Se RiR 2015:7, s. 102–103
[67] Temagruppen Unga i arbetslivet, Tid för aktivitetsersättning för unga!, s. 9 och 43–44.
[68] Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

inga fribelopp att förhålla sig till, eftersom den enskilde ansöker om hur stor del av ersättningen som ska vara vilande. Hur mycket individen tjänar under tiden med vilande ersättning påverkar inte om individen får något belopp utbetalt från Försäkringskassan under denna tid, eller i så fall hur mycket.

Ekonomiska incitament till arbete

De ekonomiska incitamenten till arbete är i många fall goda för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.[69] Utfallet är dock beroende av vilken lön den enskilde får vid arbete och vilken ersättning denne har från ersättningssystemet. För att belysa effekten av arbete med vilande ersättning har den disponibla inkomsten beräknats för tre olika typfall som dels utgår från garantiersättningen i sjuk- respektive aktivitetsersättning, dels från en inkomstrelaterad sjukersättning. Beräkningarna avseende garantiersättning bygger på att individen har en inkomst på 20 000 kronor per månad vid arbete och för den inkomstrelaterade sjukersättningen antas en inkomst på 30 000 kronor per månad vid arbete. I övrig antas att bostadstillägg betalas ut i den omfattning individen har rätt till och skatter förändras när arbetsinsatsen och inkomsten ökar.

Tabell 15.1 Typfall, förändring av disponibel inkomst vid arbete

Procentuell förändring av disponibel inkomst vid ökad arbetsinsats

Arbete	**25 %**	**50 %**	**75 %**	**100 %**
Sjuk-/Aktivitetsersättning	**75 %**	**50 %**	**25 %**	**0 %**
Aktivitetsersättning (garantinivå)	22,8	19,1	15,3	5,4
Sjukersättning (garantinivå)	21,0	18,5	14,9	7,9
Sjukersättning (inkomstrelaterad)	29,7	23,4	17,2	12,0

Källa: Egna beräkningar.

Sett till dessa typfall är utbytet av att arbeta alltid positivt ur ett ekonomiskt perspektiv. För en person som går från att ha aktivitetsersättning på heltid till 75 procent och arbeta 25 procent ökar den disponibla inkomsten med nästan 23 procent. För en person som går från 25 procents arbete och 75 procents aktivitetsersättning till 50 pro-

[69] Även enligt Riksrevisionen finns positiva ekonomiska incitament för att arbeta med vilande aktivitetsersättning, se RIR 2015:7, s. 82.

cents arbete och 50 procents aktivitetsersättning ökar den disponibla inkomsten med ca 19 procent. Av tabellen framgår att de ekonomiska incitamenten avtar med ökande arbetsinsats och att de tycks vara något starkare för personer med inkomstrelaterad ersättning än för dem med garantiersättning. Incitamenten till att utöka arbetet är således starkast när man går från att inte arbeta alls, till att arbeta 25 procent och ha vilande ersättning till 75 procent.

Eftersom ersättningen bara kan vara vilande i kvartiler innebär det att en person som höjer sitt arbetsutbud med 10 procentenheter, exempelvis från 50 till 60 procent, dock skulle få en sänkning av sin ersättning med 25 procentenheter (från 50 till 25 procent) samtidigt som arbetsinkomsten bara ökar med 10 procent. Sett enbart till sjukersättningen eller aktivitetsersättningen kan således marginaleffekterna i dessa fall överstiga 100 procent. Visserligen får försäkrade som arbetar med vilande ersättning även utbetalning av ett skattefritt belopp motsvarande 25 procent av den vilande ersättningen, men det motsvarar oftast inte en kompensation som täcker hela denna marginaleffekt.

Tidigare granskningar av ekonomiska incitament vid aktivitetsersättning

Enligt Riksrevisionen finns det svaga ekonomiska incitament för en person att skriva in sig på Arbetsförmedlingen under en period med vilande aktivitetsersättning.[70] Riksrevisionen utgick från ett exempel där personen antogs bo i ensamhushåll, inte ha någon förmögenhet och ha en bostadskostnad på 5 000 kronor i månaden. Vid tiden för Riksrevisionens granskning uppgick inkomsten vid hel aktivitetsersättning till cirka 10 700 kronor i månaden och aktivitetsstödet, den ersättning en arbetssökande får om den är inskriven i ett arbetsmarknadspolitiskt program vid Arbetsförmedlingen, gav en inkomst på cirka 5 700 kronor i månaden. Ett särskilt aktivitetsstöd, ”Ung med funktionshinder” gavs till personer som är yngre än 30 år som har en dokumenterad funktionsnedsättning och som har varit inskrivna vid Arbetsförmedlingen i mer än ett år. Den totala inkomsten låg på cirka 8 200 kronor i månaden. Om man exkluderar bostadstillägget från inkomsten med aktivitetsersättningen blir den totala inkomsten

[70] Se RiR 2015:7, s. 82.

högre för en person med det särskilda aktivitetsstödet 8 169 kronor i månaden jämfört med 6 046 kronor i månaden med aktivitetsersättning. Detta skulle enligt Riksrevisionen kunna ses som att intentionen med det särskilda aktivitetsstödet är att ge ekonomiska incitament för att söka arbete. Eftersom aktivitetsstöd inte berättigar till bostadstillägg och ersättningen därtill är för hög för att ge rätt till bostadsbidrag för unga ligger inkomstnivån för aktivitetsstödet ung med funktionshinder lägre än inkomsten för aktivitetsersättningen. Incitamenten blir således enligt Riksrevisionen omvända. En person med bostadstillägg som går från aktivitetsersättning till aktivitetsstödet ung med funktionshinder får 76 procent av den inkomst som personen hade med aktivitetsersättning.[71] En person som övergår från att ha aktivitetsersättning (med bostadstillägg) via Försäkringskassan till aktivitetsstödet ung med funktionshinder hos Arbetsförmedlingen förlorar 24 procent av sin inkomst enligt Riksrevisionen.[72]

Faktisk och upplevd sannolikhet att ersättningen dras in vid arbete

I direktiven beskrivs att ett problem är att försäkrade som har beviljats ersättning inte känner till vilka förutsättningar som gäller, och utifrån detta avstår från att aktivera sig för att vara säkra på att deras försörjning inte ska påverkas. Detta kan således även tolkas som att det finns en upplevd risk att de ska förlora delar av eller hela sin ersättning om de försöker arbeta hos de försäkrade. Denna uppfattning kan vara skild från den faktiska risken för att ersättningen påverkas.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att det finns en utbredd uppfattning bland försäkrade att de riskerar att förlora hela eller delar av sin ersättning om de arbetar med vilande ersättning. Den upplevda risken tycks dock vara mycket större än den reella risk som finns för att ersättningen påverkas. Utredningen bedömer att denna uppfattade risk, eller rädsla, hos de försäkrade utgör ett hinder mot att arbeta under tid med vilande ersättning och därför är en viktig delförklaring till varför få försäkrade använder möjligheten till att arbeta med vilande ersättning.

[71] Se RiR 2015:7, s. 83–84.
[72] Se RiR 2015:7, s. 88.

Upplevd risk och rädsla för att ersättningen ska påverkas

Funktionsorganisationerna i utredningens ena referensgrupp har framfört att deras medlemmar upplever en rädsla för att få sin ersättning indragen. DHR lyfter som exempel nyhetsrapporteringen om nedskärningar i personlig assistans och Allmänna ombudet för socialförsäkringen som ibland överklagar beslut som är positiva för enskilda. Mot den bakgrunden är det enligt DHR lätt för en enskild att inte vilja riskera den ersättning man blivit beviljad och inte försöka arbeta, ens i begränsad omfattning.[73] Enligt RSMH är det främst två skäl till att personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning inte vågar pröva sin arbetsförmåga. Det första skälet är en rädsla för att påfrestningarna ska bli för stora, så att man misslyckas och riskerar att må ännu sämre än innan. Det andra skälet är rädslan för att förlora sin ekonomiska trygghet, om det till exempel inte går att återfå sin tidigare sjuk- eller aktivitetsersättning.[74]

Enligt Försäkringskassan är vidare ett hinder för individens inträde i arbetslivet en uttalad rädsla för att bli av med aktivitetsersättningen. Enligt Försäkringskassan är merparten av de som lämnat aktivitetsersättning och är under 30 år helt ekonomiskt beroende av andra. De flesta individer som kommer så långt som till Arbetsförmedlingen är osäkra på sin förmåga att klara ett normalt arbete och upplever att de inte får det stöd de behöver för att klara sig. Dessutom anger de flesta som tagit steget dit att rädslan att bli av med sin försörjning utgör ett hinder för att pröva en övergång till arbetsmarknaden, trots att en relativt stor procentandel har ett normalt arbete som mål. Konflikten mellan trygghet och arbetslinjen är enligt Försäkringskassan tydlig och som exempel lyfts en försäkrad med fysisk diagnos som fått inkomster men varit rädd för att berätta det för Försäkringskassan. Detta eftersom hon hört att aktivitetsersättningen dras in om den försäkrade visar att man kan arbeta även endast lite grann. Den försäkrade hade också fått en möjlighet att arbeta fyra timmar i veckan men tackat nej på grund av en rädsla att förlora hela sin ersättning från Försäkringskassan.[75]

[73] Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[74] Svar från RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[75] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12 och 93. Enligt Riksrevisionen kan vidare bland annat rädsla hos individen att förlora ersättningen förklara varför möjligheten till vilande ersättning inte använts i någon större utsträckning, trots att möjligheterna till detta utvidgades från och med januari 2013, se RIR 2015:7, s. 103.

Enligt Försäkringskassan kan rädslan att förlora aktivitetsersättningen skapa inlåsningseffekter i ersättningen. Många försäkrade är oroliga för att få en lägre inkomst än den som betalas ut under tid med aktivitetsersättning. Vissa är också oroliga över att inte klara av att arbeta över tid, vilket kan leda till att man inte vågar delta i arbetslivsinriktad rehabilitering till syfte att individen ska komma ut i arbete på arbetsmarknaden.[76]

Utredningens bedömning är att en liknande rädsla troligtvis finns hos många personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller från och med den 1 juli 2008, mot bakgrund av vad som ovan presenterats om synpunkter från vissa av den ena av utredningens referensgruppsmedlemmar[77] och av att de båda grupperna omfattas av regler som har liknande konstruktion.

Reell sannolikhet att ersättningen påverkas

Utredningen kan vidare konstatera att rätten till ersättning kan omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning eller väsentligt förbättras vid aktivitetsersättning. Vidare fattas beslut om aktivitetsersättning för maximalt tre år i taget. Ersättning som förklarats vilande får dock inte ändras med anledning av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet om vilandeförklaring uppvisar en förbättrad arbetsförmåga genom förvärvsarbete.[78] Regelverket skyddar alltså den försäkrade från en förlust av ersättningen på grund av att den försäkrade uppvisat en arbetsförmåga under en period med vilande ersättning, även om skyddet mot omprövning efter en sådan period endast gäller i fråga om ersättning motsvarande den del som har vilandeförklarats och endast den del av förmånen som har omfattats av beslutet om vilandeförklaring. Den *reella* risken att ersättningen ska påverkas av en period med vilande ersättning för arbete är därmed låg, under förutsättning att den enskilde arbetar i enlighet med beslutet. Att arbeta utöver villkoren i ett sådant beslut, eller arbeta i en ökad omfattning

[76] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport - Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, dnr 013693-2017, s. 18.
[77] Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.
[78] Se närmare avsnitt 14.2.3.

utan något beslut om vilande ersättning alls, kan dock innebära att individen riskerar sin rätt till ersättning.[79]

Vidare framgår av Försäkringskassans vägledning att hur den planerade arbetstiden är förlagd och omfattningen av det planerade arbetet kan tala för att den försäkrade inte har en nedsatt arbetsförmåga. En ansökan om vilande ersättning kan därför ge anledning till att ompröva rätten till förmånen på grund av förbättrad arbetsförmåga.[80] Utredningen bedömer att det är inkonsekvent att uppvisad arbetsförmåga i enlighet med beslut om vilande ersättning inte ska kunna läggas till grund för omprövning av den försäkrades rätt till ersättning, men att information i själva ansökan om vilande ersättning kan antyda förbättrad arbetsförmåga som kan läggas till grund för omprövning av rätten till ersättning. Att så är fallet kan påverka benägenheten för enskilda försäkrade, som inte vill riskera att förlora sin förmån, att ansöka om vilande ersättning.

Aktivitetsersättningen har en motsägelsefull konstruktion

Utredningen konstaterar vidare att aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga har en motsägelsefull konstruktion. Enligt Försäkringskassan är det i det första skedet fokus på arbetsförmågans nedsättning och vad individen inte klarar av. När en försäkrad ansöker om aktivitetsersättning ska han eller hon nämligen styrka sin arbetsoförmåga med underlag som beskriver individens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. I ett senare skede, när förmånen är beviljad, skiftar fokus till att försöka hitta möjligheter och förutsättningar hos individen för arbete eller studier.[81] Den enskilde behöver alltså ha en nedsatt arbetsförmåga för att beviljas aktivitetsersättning och om ersättningen beviljas riktas fokus i stället på den eventuella arbetsförmåga som individen ändå har och/eller på att sådan förmåga ska utvecklas genom bland annat aktiviteter och rehabilitering. Utredningen konstaterar att tanken med ersättningen är att den försäkrade ska stöttas till att få eller återfå arbetsförmåga men bedömer att det finns en risk att den försäkrade upplever sig som ”jagad”

[79] Se även SOU 2018:21 s. 85–86.
[80] Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 116.
[81] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 18.

av Försäkringskassan och pressad till att arbeta fram förmåga alternativt använda den eventuella begränsade förmåga han eller hon har.

Administrativt tungrodda regler

Systemet med vilande ersättning är också administrativt tungrott, särskilt utifrån det sätt som det oftast används på i dagsläget. Nuvarande regelverk och gällande lagtext ger vid handen att en försäkrad begär ersättningen vilande för att arbeta och att sedan ersättningen fortsätter att vara vilande i ett antal månader framöver. Konstruktionen förefaller vara tydlig och förutsebar. Utredningen har emellertid, genom framför allt kontakter med Försäkringskassan men även intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättning, kunnat konstatera att det i praktiken snarare är fråga om att den enskilde ansöker om att ha sin ersättning vilande för en eller ett par månader och sedan återvänder till försäkringen. Detta kan ofta pågå växelvis.

Vidare står det klart att denna grupp generellt inte har särskilt goda ekonomiska förutsättningar. Detta får till följd av varje risk för utebliven ersättning kan få stora konsekvenser. Uppstår exempelvis ett glapp så att ersättning inte betalas ut en månad kan detta få stora konsekvenser och risken för glapp i utbetalningen kan motverka att den försäkrade väljer att begära ersättningen vilande. Eftersom sjuk- och aktivitetsersättning är månadsersättningar kan de i dagsläget inte heller regleras på annat sätt än månadsvis.

Systemet får anses fungera relativt väl för den person som har en förbättrad arbetsförmåga och har en tillsvidareanställning eller längre tidsbegränsad anställning på viss bestämd omfattning och får sin sjukersättning kontinuerligt vilande för en längre tid. Regelverket är däremot sämre anpassat för en situation där en enskild exempelvis får möjlighet att pröva arbetsförmågan i en kortare tidsbegränsad anställning, eller genom ett par dagars arbetspass. Utredningen kan alltså konstatera att dagens regelverk får anses vara sämre rustat för att hantera hur arbetsmarknaden och möjligheterna till arbete typiskt sett ser ut för denna grupp, samtidigt som riskerna är stora för den enskilde att pröva att arbeta i sådana mer tillfälliga lösningar. Den flexibilitet som kan sägas behövas i systemet finns inte i dagens regelverk.

En konsekvens av detta, som också utredningen har uppmärksammats på och redogjort för i tidigare avsnitt, är att en rädsla för att

förlora ersättning och därmed också grundläggande trygghet, finns hos de försäkrade som utgör målgruppen för användande av systemet.

Övriga faktorer som kan påverka

Utredningen har inte kunnat hitta stöd för att reglerna om vilande ersättning på ett generellt plan är okända. Temagruppen för unga i arbetslivet menar att orsaken till att det är relativt ovanligt att möjligheten till vilande ersättning används snarare är tillämpningen av reglerna än att reglerna i sig behöver öppna upp för en större flexibilitet. Orsakerna till att reglerna om bland annat vilande ersättning inte används i större utsträckning kan därför behöva utredas, enligt Temagruppen för unga, som särskilt pekar på frågorna om i vilken utsträckning det handlar om att det är typen eller graden av funktionsnedsättning som är hindrande, vilka slags anpassade arbeten som står till förfogande, hur beredskapen och intresset ser ut bland arbetsgivare för att anställa unga med aktivitetsersättning samt Försäkringskassans arbete för att ta reda på om det där finns hindrande faktorer som försvårar användningen av den inbyggda flexibiliteten i systemet.[82]

Vad gäller möjligheterna för försäkrade som beviljats partiell aktivitetsersättning att arbeta kan dock nämnas att de fasta ersättningsnivåerna (25, 50, 75 eller 100 procent) kan medföra att enskilda får svårt att arbeta utifrån sin faktiska förmåga och samtidigt få ersättningen vilande i motsvarande omfattning. Enligt principen om jämn förläggning av arbetstiden gäller att, om det inte är medicinskt motiverat att förlägga arbetstiden på annat sätt, den som exempelvis arbetar halvtid och har halv förmån inte får arbeta mer än 20 timmar på en vecka och inte mer än fyra timmar per dag.

På möten med den ena referensgruppen har vidare vissa framfört uppfattningen att en person exempelvis kanske skulle kunna arbeta 60 procent i stället för 50 procent och därmed kunna förbättra sin hushållsekonomi, men att det inte går i dag.[83]

Om den försäkrade har en plats på en daglig verksamhet finns vidare vissa inlåsningseffekter som hindrar den försäkrade från att pröva sin arbetsförmåga hos en arbetsgivare. Det är nämligen inte

[82] Temagruppen Unga i arbetslivet, Tid för aktivitetsersättning för unga!, s. 38.
[83] Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.

säkert att den dagliga verksamheten kan garantera att den enskilde kan återgå till sin plats efter en tid då individen prövat sin arbetsförmåga någon annanstans. Vissa försäkrade vill därför inte testa sin arbetsförmåga av rädsla för att inte få tillbaka sin plats på en för individen fungerande daglig verksamhet, om arbetsförsöket inte skulle fungera. Det kan vidare finnas aktörer som erbjuder dagliga verksamheter som har ekonomiska incitament till att vilja behålla den försäkrade i verksamheten.

15.4.2 Studier under tid med ersättning

De som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008 och de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har möjlighet att få ersättningen vilandeförklarad även för studier. Försäkrade som beviljats aktivitetsersättning har dessutom möjlighet att använda sex månaders prövotid för studier.

Som framgår av avsnitt 15.2 var det ca 250 personer eller 0,25 procent av samtliga med sjukersättning som använde möjligheten till vilande ersättning för studier år 2019. I slutet av samma år hade ca 6 procent av de som hade vilande aktivitetsersättning. Andelen som haft vilande ersättning för studier har sedan 2009 legat mellan 20 och 30 procent av de som har vilande aktivitetsersättning. Möjligheten till prövotid för studier för personer med aktivitetsersättning infördes 2017. Under 2017 sjönk andelen som hade vilande ersättning samtidigt som antalet med prövotid för studier ökade. Sedan möjligheten infördes har det årligen varit ca 400–600 personer som använt prövotid för studier, vilket motsvarar ca 1–1,5 procent av alla som hade aktivitetsersättning dessa år. Sammantaget har dock antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller prövotid för studier, ökat efter 2017 års reform. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än sex månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än sex månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader. Omkring en femtedel av de som har prövotid för studier övergår till att sedan ha vilande aktivitetsersättning för studier.

Utredningen bedömer inledningsvis att det med hänsyn till att grupperna har en nedsatt arbetsförmåga är rimligt att utgå från att de även har en begränsad studieförmåga. Ur detta perspektiv är det inte så konstigt att så få försäkrade använder möjligheten till vilande ersättning för studier eller prövotid för studier som framgår av statistiken i avsnitt 15.2. I de fall där den försäkrades hälsotillstånd förbättras kan dock studier bli aktuellt, exempelvis som ett steg mot ett arbete eller mot ett bättre liv på något annat sätt. Exempelvis har Försäkringskassan konstaterat att en del försäkrade som haft vilande sjukersättning för arbete går tillbaka till sjukersättning för att de behöver utbildning för att kunna bli tillsvidareanställda.[84]

Allmänt kan vidare framhållas även de övriga faktorer som kan tänkas påverka användandet av möjligheten att arbeta under tid med vilande ersättning, som behandlades i avsnitt 15.4.1, kan tänkas påverka även användandet av möjligheten att studera under tid med vilande ersättning. Detta då systemen för vilande ersättning för arbete och studier är lika varandra. Särskilt kan här nämnas att det har framkommit att de ekonomiska incitamenten för att studera under tid med vilande ersättning kan vara små, se nedan.

Utredningen har vidare inte tagit del av information som tyder på att studieutbudet för personer med olika former av funktionsnedsättningar generellt är en förklaring till det låga studiedeltagandet för personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning. I utredningens direktiv anges bland annat att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är en heterogen grupp. När det gäller ungdomar med denna funktionsnedsättning har de emellertid generellt sett sämre levnadsvillkor än övriga unga och möter ofta särskilda hinder i sin utbildning och i övergången till arbetslivet.[85] Det är flera olika faktorer som försvårar möjligheten till studier för denna målgrupp. Det handlar t.ex. förutsättningarna för studiefinansiering, utbildningens utformning, möjligheten att få olika slags stöd när man studerar och om att få behörighet till olika program och kurser. Ytterligare faktorer som försvårar kan utgöras av sådant som inträffat före individen beviljades ersättning. Vilken erfarenhet har individen från tidigare skolgång vad gäller såväl studie-

[84] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 35.
[85] Se exempelvis SOU 2018:11.

resultat som övriga upplevelser kring studier? Förutsättningarna att få tillgång till fortsatta studier kanske också påverkas för de som har gått i anpassad skola.

Olika aspekter kopplat till frågan om möjligheten till studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning har utretts tidigare. När det t.ex. gäller eftergymnasiala studier anser Komvuxutredningen att det i högre grad är regelverken än individernas intellektuella förmåga som är ett hinder för sådana studier för individer med intellektuell funktionsnedsättning.[86]

För denna utrednings vidkommande är det frågan om möjligheten att studera med bibehållen ersättning (i praktiken studiefinansiering) som bedöms omfattas av utredningens uppdrag.

Vilande ersättning vid studier

Vid vilandeförklaring för studier ska den beviljade förmånen i sin helhet förklaras vilande. Detta gäller oavsett omfattningen på studierna. Den försäkrade hänvisas alltså till möjligheten att söka studiemedel för finansieringen av sitt uppehälle under studietiden. Hur mycket studiemedel som betalas ut beror bland annat på individens studietakt.[87]

Att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande, trots att personen inte klarar av heltidsstudier, har lyfts som ett hinder för försäkrade att prova att studera. Till exempel saknar många som beviljats aktivitetsersättning studievana och har inte förmåga att studera på heltid och eller har en problematik som gör det svårt eller omöjligt att studera på heltid. Enligt Funktionsrätt Sverige är det en stor brist att personer med förmåga att studera på deltid inte kan behålla delar av sin ersättning. I stället försvinner hela ersättningen, vilket leder till att personen kan behöva skuldsätta sig för studier i högre utsträckning än andra.[88] Utredningen bedömer att studielån kan uppfattas som avskräckande, detta då det kan finnas en oro för att inte ha möjlighet att återbetala lånet. Det kan vidare ha en återhållande verkan på att försäkrade vågar studera om hela ersättningen blir vilande oavsett omfattningen av studierna, samt att det inte betalas ut ett belopp motsvarande 25 procent av den vilade ersättningen

[86] SOU 2018:71.
[87] Se avsnitt 14.2.3.
[88] Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

och studierna måste finansieras med studielån. Särskilt otryggt kan studielån uppfattas för försäkrade som inte är säkra på sin studieförmåga eftersom försörjningen i så fall är beroende av studieresultaten.

Utredningen konstaterar vidare att utbildningsutbudet har förändrats sedan möjligheten att studera med vilande ersättning tillkom. Bland annat har det blivit allt vanligare att studier bedrivs i lägre omfattning än heltid och i olika former, exempelvis på distans. Möjligheten för den försäkrade att i dag att hitta studieanordnare som erbjuder kurser och utbildningar i en lägre takt än heltid är således större.

Möjligheten att studera på deltid kan vidare vara ett sätt att våga pröva på att studera, särskilt för försäkrade som beviljats *sjukersättning* och därför inte har möjligheten till prövotid för studier. Att kunna ha kvar hela eller delar av ersättningen medför en ekonomisk trygghet vilket kan öka chanserna att försöket lyckas. Att motivera den försäkrade att våga pröva på att studera kan bli svårt när hela ersättningen blir vilande.

Visserligen torde det vara ovanligt att försäkrade testar sin förmåga att studera inom ramen för vilande *aktivitetsersättning* när det mer generösa systemet med prövotid för studier finns, varför det antagligen inte är aktuellt för försäkrade att studera på deltid inom ramen för vilande ersättning. Dock noterar utredningen att situationen kan uppstå att en försäkrad prövar att studera på deltid inom ramen för prövotid för studier. Om upplägget visar sig fungera för den försäkrade och han eller hon därför skulle vilja fortsätta studera på deltid under en tid med vilande ersättning, med eller utan finansiering genom studielån, skulle den försäkrade dock förlora inkomsten från aktivitetsersättningen eftersom hela ersättningen blir vilande oavsett studiernas omfattning. Att den enskilde i ett sådant fall använt prövotiden för studier för att hitta ett studieupplägg som fungerar men inte kan fortsätta studera i samma takt är en brist.

Utredningen kan vidare konstatera att även om en försäkrad väljer att studera deltid och få hela sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilandeförklarad så får det andra än rent ekonomiska konsekvenser. Att hela ersättningen blir vilande innebär inte minst att det inte initieras några rehabiliteringsinsatser, ens på den del som den försäkrade inte studerar.

Enligt Riksrevisionens saknas det vidare ekonomiska incitament för unga med aktivitetsersättning att lämna ersättningen för studier.

Riksrevisionen framhåller att många i gruppen med aktivitetsersättning har en problematik som hindrar studier på heltid. Om dessa skulle studera på deltid försvinner rätten till ersättningen. Detta skapar en inlåsningseffekt i aktivitetsersättningen enligt Riksrevisionen.[89] Enligt Riksrevisionen har den enskilde visserligen fortfarande rätt till bostadstillägg vid studier. Ekonomiskt sett innebär heltidsstudier med vilande aktivitetsersättning för en person som tidigare haft bostadstillägg enligt typexemplet att personen får motsvarande 70 procent av inkomsten som denne skulle ha haft vid hel aktivitetsersättning. Enligt Riksrevisionens exempel är inkomsten 10 696 kronor vid hel aktivitetsersättning, 5 355 kronor vid studier med 25 procent vilande ersättning och 7 470 kronor vid studier med 100 procent vilande ersättning. Inkomsten vid studier gäller endast bidragsdelen. Personen antas bo i ensamhushåll, inte ha någon förmögenhet och ha en bostadskostnad på 5 000 kronor i månaden.[90] Riksrevisionen publicerade dessa bedömningar innan möjligheten till prövotid för studier infördes, men som Funktionsrätt Sverige framfört till utredningen kvarstår problematiken vid vilande studier fortfarande.[91] En person som väljer att ha sin aktivitetsersättning vilande för att prova att studera förlorar 30 procent av sin inkomst enligt Riksrevisionen.[92]

Prövotid för studier

Försäkringskassan har bedömt att möjligheten till prövotid för studier sannolikt kommer bidra till att fler personer med aktivitetsersättning byter ut ersättningen mot studier. Antalet studerande ökade exempelvis från 488 under de sista 21 månaderna före införandet av prövotid till 1 150 under de första 21 månaderna efter.[93]

För att reformen ska få fler att studera måste dock målgruppen känna till möjligheten till prövotid. Enligt Försäkringskassan informeras merparten av de försäkrade när de ansöker om vilande ersättning för studier eller när de är i kontakt med Försäkringskassan av andra orsaker. Försäkringskassan genomförde även vissa informa-

[89] Se RIR 2015:7, s. 86 och 103.
[90] Se RIR 2015:7, s. 86.
[91] Se RIR 2015:7, s. 11–12 och svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[92] Se RIR 2015:7, s. 88.
[93] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 27.

tionsinsatser under 2017 och succesivt har allt fler försäkrade hört talas om prövotid för studier. Intervjuade handläggare tror att möjligheten att få prövotid kommer vara allmänt känd bland de försäkrade på sikt.[94]

Enligt Försäkringskassan menar intervjuade handläggare att prövotiden medför att de försäkrade känner en ekonomisk trygghet som gör att fler vågar pröva på studier. Utan denna möjlighet finansieras ofta studierna genom lån från CSN. Det upplevs som otryggt för försäkrade som inte är säkra på sin studieförmåga eftersom försörjningen i så fall är beroende av studieresultaten.

Försäkringskassan menar vidare att enligt intervjuade handläggare räcker 6 månaders prövotid för de flesta. Försäkrade som avbryter studierna gör oftast det relativt snart efter att de börjat studera. Innan regeländringen var det vanligt att de försäkrade prövade studier med vilande ersättning i 3 månader, vilket enligt de intervjuade handläggarna var för kort tid. Handläggarnas bild är att försäkrade som använt hela prövotiden vanligtvis fortsätter studierna med vilande ersättning. Försäkrade som använder hela prövotiden och sedan slutar gör det för att de blivit klara med studierna, exempelvis för att de bara hade en termin kvar på gymnasiet.[95]

Utredningen konstaterar att antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller prövotid för studier, har ökat efter införandet av möjligheten till prövotid för studier. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än 6 månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än 6 månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader, se avsnitt 15.2.2.

Det finns dock vissa problem med prövotiden för studier. När den försäkrade vill använda möjligheten tas en hel månad i anspråk oavsett hur många dagar under den aktuella månaden studierna faktiskt bedrivs. Exempelvis kan en termin börja den 31 augusti, vilket innebär att den enskilde med en enda studiedag förbrukar en hel månad av de totalt sex möjliga månaderna med prövotid. Detta kan innebära

[94] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 28.
[95] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 28.

att prövotiden i praktiken blir kortare än sex månader, utan att individen kan påverka det.[96]

För många är vidare sex månaders prövotid inte tillräckligt med tid för att den försäkrade ska hinna prova och utvärdera att studera och ta ställning till frågan om fortsatta studier med vilande ersättning. För personer med psykisk ohälsa som under lång tid varit utan både studier och arbete kan det ta tid innan man lyckas få till rätt stöd från högskolan för att man ska klara av studierna. Att våga börja studera kan vara ett avgörande steg på väg mot ett mer aktivt liv och ett arbete. Den korta prövotiden kan skapa en extra och negativ stress – för personer som kan vara extra stresskänsliga. Att veta att möjligheten till prövotid endast gäller i sex månader totalt för att sedan vara förbrukad, kan dessutom spä på stressen. Enligt Funktionsrätt Sverige finns för många unga ingen annan väg än att studera med bibehållen aktivitetsersättning, så länge det inte finns möjlighet att studera på deltid och ha ersättning på deltid, studera i långsammare takt eller med korta uppehåll under terminen för de vars sjukdom går i skov, ett starkare studiestartstöd och högre bidragsdel i studiestödet.[97]

Enligt NSPH klarar vidare många personer med psykisk ohälsa inte av att studera heltid, utan behöver studera på halvtid. För dessa personer blir prövotiden i realiteten kortare än motsvarande sex månaders heltidsstudier.[98]

15.4.3 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med ersättning

Enligt direktiven är utgångspunkten för utredningens uppdrag att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete. Deltagande i samhällslivet utgörs exempelvis av engagemang i föreningslivet och ideella uppdrag samt andra fritidsaktiviteter.

Inledningsvis kan konstateras att försäkrade som är beviljade sjuk- eller aktivitetsersättning är individer som bedömts ha nedsatt arbetsförmåga. Det är därför rimligt att tänka sig att få av dessa individer i större omfattning skulle kunna engagera sig i ideellt arbete eller andra fritidssysselsättningar. Utredningen kan samtidigt konstatera

[96] Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[97] Svar från Funktionsrätt Sverige och NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[98] Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

att skillnaderna mellan förvärvsarbete och engagemang i ideella föreningar eller övriga fritidssysselsättningar kan vara stor. I ett förvärvsarbete krävs exempelvis ofta att den enskilde presterar en viss insats i en viss arbetstakt, passar tider, presterar under press och kan förhålla sig socialt och arbetsmässigt till kollegor och andra.[99] Även moment i anslutning till arbetet, såsom morgonbestyr och transport till arbetet, kan innebära stora krav för den enskilde. Vidare ska prestationen ofta vara jämn över tid. Samma krav ställs inte nödvändigtvis vid exempelvis ideellt arbete och andra fritidsaktiviteter. Omfattningen av sådana sysslor kan ofta i hög grad styras och kontrolleras av den enskilde själv och utföras på tider personen själv väljer och den enskilde kan utan risk för sanktioner lämna återbud eller anpassa omfattningen av sin insats och prestationen i övrigt utifrån dagsform, intresse, ork och kompetens.[100] Ideella engagemang eller fritidssysselsättningar kan alltså överlag vanligtvis vara avsevärt mer flexibla och mindre kravfyllda än förvärvsarbeten. Föreningsarbete kan styras av hur individen mår och orkar vid ett visst tillfälle, men i förvärvsarbete förväntas man prestera bra varje arbetsdag.[101]

Funktionsrätt Sverige och NSPH anser att ideellt engagemang, såsom exempelvis föreningsarbete, bör betraktas som rehabiliterande aktiviteter. Organisationerna konstaterar att föreningsarbete kan göra att man kommer in i ett socialt sammanhang och känner sig delaktig, vilket är extra viktigt för personer som saknar arbete eller sysselsättning. Vidare beskriver organisationerna att känslan av att kunna bidra och vara en del i ett sammanhang i sig ger bättre hälsa, välmående och framtidstro. Det kan också ge värdefulla erfarenheter som för människor närmare arbetsmarknaden. Organisationerna anger också att upplevelsen av att känna sig förhindrad att engagera sig ideellt, och på så sätt begränsas i sina möjligheter att påverka i samhällsfrågor, däremot kan försämra rehabiliteringsprocessen, vilket också blir ett demokratiproblem. Ett ideellt engagemang kan enligt organisationerna inte jämföras med ett vanligt arbete.[102]

NSPH anser även att det faktum att det inte finns någon motsvarighet till ”åttondelen” för andra ersättningsnivåer än hel kan motverka att personer med psykisk ohälsa provar någon form av engagemang, eftersom det finns en osäkerhet om huruvida man på

[99] Jfr också HFD 2019 ref. 48 om kraven som uppställs i ett förvärvsarbete.
[100] Svar från Funktionsrätt Sverige och RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[101] Svar från Funktionsrätt Sverige, NSPH och RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[102] Svar från Funktionsrätt Sverige och NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

lång sikt klarar av att arbeta i högre grad. NSPH anger vidare att det faktum att man avstår i sig kan medföra ytterligare problem med ohälsa och passivitet. Som exempel menar NSPH att regelverket borde vara flexibelt så att den med halv sjukersättning kan prova arbete för att se om han eller hon har arbetsförmåga över 50 procent.[103]

Oro hos de försäkrade

I kommittédirektiven beskrivs ett av de nuvarande problemen i försäkringen som att försäkrade som har beviljats ersättning inte känner till vilka förutsättningar som gäller, och utifrån detta avstår från att delta i samhällslivet för att vara säkra på att den egna försörjningen inte påverkas. Detta kan således även beskrivas som att de försäkrade *uppfattar* att det finns en reell risk att de ska förlora delar av eller hela sin ersättning om de försöker arbeta eller på annat sätt delta i samhällslivet; denna uppfattning är alltså skild från den *reella* risken att ersättningen ska påverkas och avser alltså mer mentaliteten hos de som har ersättningarna.

Det verkar finnas en oro hos försäkrade i samtliga tre huvudgrupper för att beviljad ersättning ska komma att påverkas vid fritidssysslor eller ideellt arbete. Utredningen har alltså kunnat finna visst stöd för att en sådan uppfattning hos de försäkrade utgör ett hinder mot att pröva att arbeta eller på annat sätt delta i samhällslivet. I svaren från funktionsorganisationerna i en av utredningens referensgrupper framkommer också uppfattningen att medlemmar i organisationerna upplever oro och rädsla för att få sin ersättning indragen. En viss osäkerhet inför Försäkringskassans dubbla roll kan också sägas finnas där myndigheten både ska agera stöd och kontrollfunktion.

Rädsla för att arbeta ideellt etc.

Det civila samhället är en central del av demokratin. Sådana organisationer kan bl.a. utgöra en plats där människor tillägnar sig demokratiska färdigheter och värderingar, men även en plats som erbjuder offentliga rum och därmed kan öka medborgarnas handlingsut-

[103] Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

rymme.[104] En förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin är att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt.[105] Således är det viktigt att även personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning samt som har intresse och ork också vågar engagera sig i ideell verksamhet.

Myndigheten för delaktighet har framhållit att det bland personer som beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning dock finns en rädsla för att engagera sig ideellt i organisationer eller politiska partier eftersom det vid sådant engagemang finns en upplevd risk att ersättningen sätts ner eller dras in. Det finns en uttalad oro för att Försäkringskassan ska ifrågasätta arbetsförmågans nedsättning om den enskilde engagerar sig ideellt, även om den enskilde bara engagerar sig när han eller hon orkar. Upplevelsen är alltså att möjligheten att arbeta ideellt eller politiskt inte fungerar i praktiken. För de personer som berörs försvårar det möjligheten att vara aktiv i en förening eller i ett parti och på det sättet utöva inflytande i politiken. Enligt Myndigheten för delaktighet finns därför problem med den demokratiska delaktigheten för personer med psykisk funktionsnedsättning personer som får hel sjuk- eller aktivitetsersättning.[106]

Myndigheten för delaktighet menar att kännedomen om möjligheten att även med hel förmån kunna använda en liten del av arbetsförmågan för exempelvis ideellt eller politiskt arbete tycks vara låg och inte heller alltid fungera i praktiken. Informationen kan enligt MFD behöva spridas i lämpliga forum både till beslutsfattarna för sådant stöd och till personer som berörs av ersättningarna.[107]

Även enligt Funktionsrätt Sverige vågar många inte arbeta ideellt eller engagera sig i samhället på annat sätt på grund av risken att ersättningen dras in. Organisationen anser vidare att reglernas nuvarande utformning har inlåsningseffekter eftersom den enskildes förmåga att utöva fritidsintressen och arbeta ideellt kan ligga till grund för en bedömning att den enskilde har arbetsförmåga.[108] Organisationen NSPH anser att det finns oklarheter i gränsdragningen mellan vilka fritidsaktiviteter som ska bedöms och inte bedöms kunna visa på

[104] Statsrådsberedningen, Framtidens civilsamhälle, Underlagsrapport 3 till Framtidskommissionen, 2012.
[105] SOU 2016:13.
[106] Myndigheten för delaktighet, Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning, s. 5, 7 och 35.
[107] Myndigheten för delaktighet, Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning, s. 9 och 51.
[108] Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

arbetsförmåga. NSPH menar att denna oklarhet påverkar personer som har ersättning eftersom de inte vågar pröva ett ideellt uppdrag på grund av oklara besked från ansvarig handläggare på Försäkringskassan.[109]

Funktionsrätt Sverige framhåller vidare att enskilda främst engagerar sig i ideell verksamhet för att det är roligt, som en fritidssyssla. Att arbeta, eller prova på att arbeta, gör enskilda försäkrade för att tjäna pengar. Organisationen framhåller att även personer inom aktivitets- eller sjukersättningen måste kunna få ha hobbyer och en meningsfull fritid.[110]

Vad ingår i deltagande i samhällslivet?

Människor ägnar sig under sitt liv åt en mängd skiftande sysslor, där en del sker i form av arbete och en del vid sidan av arbetet. Det är inte alltid heller möjligt att göra en strikt uppdelning av vad som ska anses utgöra arbete och vad som är att ses som fritidsverksamhet eller hobby. De varianter av åtaganden inom föreningslivet, ideella arbeten och andra rena fritidssysselsättningar som finns är oräkneliga. Några huvudkategorier kan dock ändå urskiljas.

Med *förvärvsarbete* menas sådant arbete som arbetstagare, uppdragstagare och egenföretagare utför mot ersättning. I begreppet ingår även bisysslor och tillfälliga arbeten av olika slag som utförs mot ersättning. Med uppdragstagare menas den som utför arbete för någon annan utan att det finns ett anställningsförhållande. Som exempel på uppdragstagare kan nämnas ledamöter i styrelser och fullmäktige, nämndemän, utförare av tillfälliga insatser som boupptecknings-förrättare, besiktningsmän eller föreläsare.

Ideellt arbete är sådant arbete som utförs utan ersättning. Benämningen arbete gör att det är frågan om insatser av en viss karaktär. Däremot behöver exempelvis prestationskraven inte motsvara de som gäller för förvärvsarbete (jfr HFD 2019 ref. 48) och arbetet präglas ofta av frivillighet och stora möjligheter till individuell anpassning. På så sätt behöver förmågan att utföra ideellt arbete inte motsvara en arbetsförmåga som kan användas i förvärvsarbete. Gränsdragningen mellan ideellt arbete och lönearbete är dock oklar

[109] Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.
[110] Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

och har i arbetsrättslig mening lett till många tvister genom åren. Ideellt arbete innebär att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund, arbetsinsatsen i huvudsak inte görs av personliga ekonomiska skäl, arbetet utförs inom en ideell verksamhet (föreningar eller motsvarande). I Sverige utförs en dominerande del av det ideella arbetet i eller via en ideell organisation, oftast en ideell förening, men också i stiftelser, trossamfund eller ekonomiska föreningar.

Det sker ideellt arbete även på annat sätt i samhället, till exempel i en kommuns äldreomsorg, skola eller liknande. Det ideella arbetet är i huvudsak obetalt. I vissa fall får man ersättning för direkta kostnader och utlägg, ibland också ett arvode. Det är oftast relativt begränsat, men i några fall av ekonomisk betydelse och i några undantagsfall ända upp till motsvarande heltidslön till exempel för ordförande i stora ideella organisationer. Det ideella arbetet skiljer sig alltså på det sättet från lönearbete, som i princip alltid sker på avtalsgrund, och där lönen så gott som alltid är central.

Deltagande i föreningslivet är en central aspekt av möjligheten till ett rikt liv och att kunna delta i samhällslivet. Politiska partier och kultur- och idrottsföreningar utgör bara några exempel på föreningar som personer kan engagera sig i. En viktig roll fyller också intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar, där många med sjuk- eller aktivitetsersättning är aktiva, för att exempelvis kunna bistå andra i liknande situation. Gränsdragningen mellan att vara aktiv i en förening och att utföra ideellt arbete för samma förening är inte helt klar, på samma sätt som gränsdragningen mellan ideellt arbete och förvärvsarbete.

Frågan om *hemarbete* är inte utförligt berörd i senare rättspraxis men ett par avgöranden från HFD (se de i avsnitt 14.2.1 berörda rättsfallen) har behandlat frågan hur hemarbete ska betraktas i frågan om uppvisad arbetsförmåga. Av lagtexten framgår att värdet av arbete med skötsel av hemmet i skälig omfattning ska likställas med inkomst av arbete.[111] För att arbete med att sköta hemmet ska påverka bedömningen av rätten till ersättning bör utredningen i ett ärende visa att arbetsinsatsen skulle kunna användas i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga därmed inte kan anses vara helt eller i det närmaste helt nedsatt. Tar den försäkrade till exempel emot ensamkommande flyktingbarn i sitt hem

[111] 33 kap. 11 § SFB.

mot ersättning eller har uppdrag som familjehem kan detta vägas in i bedömningen av arbetsförmågan. Det beror på vad en sammanvägd bedömning i varje enskilt fall visar när det gäller arbetsinsats, antal personer som uppdraget innefattar och vilken inkomst det ger.

Regelverkets gränser är i dagsläget för otydliga

Utredningen bedömer att nu gällande regelverk är otydligt på många punkter vad gäller frågan om enskildas engagemang och ideellt arbete och gränsen för sådant. Det är inte helt tydligt vad en försäkrad som har beviljats sjukersättning på hel- eller deltid kan göra, utan att ersättningen ska omprövas med eventuellt följd att den minskas eller dras in.

I en av Försäkringskassans vägledningar beskrivs att regelverket kan tolkas som att det innebär att en mängd olika faktorer ska vägas in i denna bedömning.[112] De aktuella resonemangen i myndighetens vägledningen avser främst bedömningen av rätt till ersättning, men anmälningsskyldighet föreligger även vid förändringar av arbetsförmågan så dessa avvägningar blir även relevanta för personer som har sjukersättning och därmed kan få ersättningen omprövad om han eller hon uppvisar en förbättrad arbetsförmåga (som inte antogs finnas vid tidpunkten för beslutet).[113]

Enligt 110 kap. 46 § första stycket SFB ska den som får en förmån enligt socialförsäkringsbalken anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen. Som exempel på förhållanden som avses i andra stycket bl.a. hälsotillstånd och arbetsförmåga. Detta innebär således att den enskilde kontinuerligt förväntas bedöma om det egna hälsotillståndet har förbättrats och om detta har lett till att även arbetsförmågan har förbättrats, detta även om denna förbättring inte används för att exempelvis förvärvsarbeta. Den som aktiverar sig på fritiden genom exempelvis föreningsarbete, måste kontinuerligt bedöma om åtagandet ska anses motsvara arbetsförmåga. Är så fallet ska den enskilde anmäla detta till Försäkringskassan.

Den som har beviljats sjukersättning har vissa möjligheter att ägna sig åt ideellt arbete och andra uppdrag såsom föreningsengage-

[112] Försäkringskassan, Vägledning 2013:1 version 6.
[113] 36 kap. 19 § SFB.

mang och fritidsintressen samtidigt som han eller hon har fortsatt rätt till ersättning. Dessa kan sammanfattas i tre varianter.

- Den som har hel sjukersättning kan arbeta upp till en åttondel av heltid – med eller utan inkomst.
- Oavsett ersättning finns möjlighet att ägna sig åt annat än arbete på fritiden, motsvarande vad en förvärvsarbetande person gör på fritiden.
- Åtaganden som inte motsvarar arbete och inte visar på arbetsförmåga faller också generellt utanför anmälningsskyldigheten och medför inte att ersättningen ska omprövas.

”Åttondelen” ger vissa möjligheter till ideella åtaganden för en begränsad grupp

Genom den s.k. åttondelen (se närmare i avsnitt 14.2.2) finns viss möjlighet för den som har beviljats hel sjukersättning att förvärvsarbeta med eller utan inkomst – i upp till en åttondel av heltid, motsvarande fem timmar i veckan. Möjligheten till ideellt arbete och ideella åtaganden är inte begränsad till åttondelen i dagsläget, men i resonemang om åttondelen beskrivs ändå att den försäkrade kan använda denna till exempelvis ideellt arbete. I förarbetena anges att de försäkrade som har hel ersättning ges möjlighet att använda en liten återstående *arbetsförmåga* i t.ex. ideellt eller politiskt arbete utan att det formella kravet för rätt till förmån ifrågasätts.[114] Bakgrunden var att det är mycket svårt att konstatera att någon verkligen helt saknar arbetsförmåga och att dessa personer därför bör ha ett visst utrymme att använda en återstående sådan förmåga.

De främsta skillnaderna mellan åttondelen och övriga möjligheter till åtaganden är att den tillåter även arbete med inkomst (dvs. förvärvsarbete), att den är tydligt begränsad i tid samt att den utgör en möjlighet endast för den försäkrade som har hel sjukersättning. Dessa begränsningar utgör hinder om avsikten är att fler försäkrade ska kunna delta i samhällslivet på olika sätt. Den fasta tidsgränsen motsvarande 5 timmar i veckan kan också verka hämmande på övrig tid. Ett godkännande av fem timmars ideellt engagemang i exempelvis föreningslivet kan lätt uppfattas som den försäkrade inte har rätt att

[114] Prop. 1997/98:111, s. 69.

göra något på övrig tid. Det faktum att regeln är kopplad till hel ersättning gör också att den blir mindre universell och inte analogt kan tillämpas på den med partiell ersättning.

Möjligheten för en försäkrad med partiell ersättning att utöva fritidsintressen som är att jämställa med förvärvsarbete är mycket begränsad (jfr RÅ 2006 ref. 17). Detta får också till följd att den som har partiell ersättning – och därmed med stor sannolikhet besitter högre förmågor till aktivitet jämfört med en person med hel sjukersättning – har en mer begränsad möjlighet att delta i samhällslivet eller ta tillvara denna förmåga på fritiden än den som har beviljats hel sjukersättning.

Fritidsaktiviteter är tillåtna – men det är oklart vad som utgör fritidsaktiviteter

För den s.k. åttondelen talas alltså om en återstående, faktisk arbetsförmåga som kan användas i ideellt arbete etc. Samtidigt står det klart utifrån nuvarande rättsläge att åtaganden som sker på *fritiden* inte heller ska påverka ersättningen. Även en försäkrad med sjukersättning har rätt till fritid. Fritidsaktiviteter som en yrkesverksam person i normalfallet utför på sin fritid, exempelvis deltagande i föreningslivet eller kursverksamhet, påverkar inte rätten till sjukersättning.[115] Enligt förarbetena kan deltagande i visst föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter.[116]

För denna bedömning blir därför gränsen mellan fritid och andra aktiviteter avgörande. Saker som en arbetande individ kan förväntas utföra på fritiden bör inte utgöra hinder för en försäkrad som har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Bedömningen är kopplad till ett omfattningsbegrepp, dvs. vad en yrkesverksam förväntas kunna och hinna utföra på sin fritid, men är inte helt beroende av omfattningen, som bara utgör en del av bedömningen. En sammanvägd bedömning ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, där exempelvis även eventuella inkomster från fritidsaktiviteterna vägs in.

Problemet uppstår när denna bedömning ska göras i sak. Vad och i vilken omfattning kan en yrkesverksam person utföra på sin fritid

[115] Prop. 1997/98:111, s. 36 och Försäkringskassans vägledning 2013:1 version 6, s. 32.
[116] Prop. 1997/98:111, s. 36–37 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

i form av exempelvis deltagande i föreningslivet eller politiskt arbete? Försäkringskassan beskriver detta i sin vägledning som att

> om fritidsintressen växer i omfattning så att de är mer att jämställa med förvärvsarbete eller näringsverksamhet kan de påverka rätten till sjukersättning. Man kan ha hästar som fritidsintresse och motionsrida en gång i veckan, men om man driver en hästgård med tävlingsverksamhet kan det snarare jämställas med förvärvsarbete.[117]

Beskrivningen har sin grund i förarbetena, där det anges att det inte är förekomsten av lön eller arvode som avgör om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga. I princip bedöms oavlönat arbete inte på något annat sätt än avlönat arbete. Ideellt arbete, politiska uppdrag och studier som är av den omfattning som yrkesverksamma utför på sin fritid bör emellertid inte leda till att rätten till förmån ifrågasätts.[118]

Utredningen menar att detta synsätt samtidigt är problematiskt. För det första finns det en skillnad mellan förvärvsarbete, där den försäkrade genomför en prestation någon är villig att betala för. Villkoren i sådant arbete, jämfört med ideellt arbete eller andra oavlönade åtaganden, är ofta väsensskilda. De prestationskrav som ställs upp i förvärvsarbete förekommer sällan i ideellt arbete. För det andra innebär detta att insatser som en försäkrad med sjukersättning skulle kunna göra är begränsade till den omfattning som en yrkesarbetande person utför på sin fritid. En person som skulle hinna och orka göra mer än så (dvs. av åtaganden som inte motsvarar förvärvsarbete, i synnerhet sett till i jämförelse med kraven i ett förvärvsarbete) har alltså inte möjlighet till det enligt detta synsätt.

För studier som genomförs utan att ersättningen förklaras vilande gäller i nuläget att om studierna bedrivs i den studietakt och med de studieresultat som krävs för att få studiestöd, kan det vara en indikation på att det finns en arbetsförmåga som kan tas tillvara. Om studiestöd betalas ut eller inte har dock ingen betydelse. Att den försäkrade har klarat av att studera kan ibland innebära att han eller hon kan antas ha en arbetsförmåga. Försäkringskassan bör då utreda den fortsatta rätten till sjukersättning. Detta gäller oavsett om hälsotillståndet är förbättrat eller inte. Inte heller vad gäller studier finns alltså någon säkerhet i bedömningen, och en försäkrad kan alltså i dagsläget påbörja en period med studier utan att veta om detta kommer att påverka hans eller hennes ersättning. Det enda säkra sättet

[117] Försäkringskassan vägledning 2013:1 version 6, s. 33.
[118] Prop. 1997/98:111, s. 34 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

att förvissa sig om att studierna inte kommer att påverka ersättningen under studieperioden är att ansöka om att ersättningen ska vilandeförklaras under studietiden.

Övriga möjligheter till ideella åtaganden och engagemang

Ovan har konstaterats att det finns möjligheter till ideellt arbete m.m. inom ramar som innebär tidsbegränsning: åttondelen, som är begränsad till en tidsåtgång på en åttondel av en normal heltid och därutöver vad en förvärvsarbetande person typiskt sett hinner med och kan utföra på fritiden.

Utredningen kan dock konstatera att *regelverket* egentligen inte innehåller någon begränsning till dessa situationer. Så länge den försäkrades åtaganden inte motsvarar uppvisad arbetsförmåga är dessa fullt tillåtna och medför inte heller någon anmälningsskyldighet eller omprövning av ersättningen. På så sätt kan resonemangen om fritidssysslor bli förvirrande eftersom regelverket egentligen inte kopplar utförandet av sådana sysslor till en tidsåtgång eller omfattning; i stället är det fråga om en bedömning av åtagandets natur och om genomförandet kan sägas visa på arbetsförmåga. Det är också en materiell, och inte formell, bedömning eftersom bedömningen enligt gällande regelverk är kopplad till själva prestationen snarare än till exempelvis om åtagandet ger inkomst. Däremot kan ju själva tidsåtgången som ett åtagande innebär också tänkas vägas in när en bedömning görs av om åtagandet ska anses motsvara arbetsförmåga. En försäkrad som exempelvis ägnar sig åt ideellt arbete för en förening 40 timmar i veckan bör rimligen bedömas på annat sätt än någon som är aktiv i föreningen 4 timmar per vecka.

Hur sådana engagemang närmare ska bedömas framgår emellertid inte av regelverket och några klara gränser mellan vilka engagemang som typiskt sett motsvarar förvärvsarbete finns inte heller. Detta bidrar starkt till den osäkerhet som finns i systemet.

Otydlighet i gränsdragningarna innebär osäkerhet och rädsla hos försäkrade inför överväganden att aktivera sig i samhällslivet

Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att regelverket kring fritidssysslor, föreningsliv och uppdrag är mycket svårt att överblicka och bedömningarna behäftade med osäkerhet. Det går enligt utredningens uppfattning inte att med säkerhet sluta sig till huruvida en viss företeelse eller visst åtagande alltid eller aldrig faller inom ramen för vad som påverkar rätten till förmånen för den som får sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är således även omöjligt för en enskild försäkrad att i ett givet fall avgöra om exempelvis ett åtagande i föreningslivet kan komma att påverka dennes ersättning framöver. Undantaget är rent inkomstbringande förvärvsarbete, där kravet på vilande ersättning är tydligt.

Utredningen har kunnat konstatera att otydligheten i regelverket ihop med uppfattningen om en relativt strikt tillämpning innebär stor osäkerhet hos de försäkrade, som ihop med en rädsla för att förlora tryggheten i den ersättning som ofta utgör den grundläggande försörjningen får följden att många försäkrade avstår från att delta i samhällslivet även om viljan, möjligheterna och förmågorna finns till detta.

Det är inte svårt att konstatera varför nuvarande ordning medför stora oklarhetsfaktorer i bedömningarna och konsekvenser i form av osäkerhet och rädsla för att förlora ersättningen hos de försäkrade. En ordning där den försäkrade är utlämnad till handläggarens bedömning av vad som ska anses motsvara uppvisad arbetsförmåga kommer att få dessa konsekvenser.

Till detta kan noteras att det i dagsläget finns en anmälningsskyldighet om den försäkrades arbetsförmåga förbättras. Detta lägger således ytterligare ett osäkerhetsmoment på den försäkrade genom en skyldighet att ständigt utvärdera den egna arbetsförmågan, också då en sådan inte används i förvärvsarbete.

Den oro många försäkrade känner för att deras arbetsförmåga ska omvärderas vid engagemang i föreningsliv, politik, ideellt arbete eller andra fritidssysselsättningar är således enligt utredningens bedömning det främsta hindret mot ett ökat deltagande i sådana engagemang. Denna oro beror troligtvis åtminstone delvis på det nuvarande regelverkets utformning.

Utredningens slutsatser om uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning

Som framgår av avsnitt 14.2.1 ska flera faktorer vägas in vid bedömningen av nedsättningen av en individs arbetsförmåga och om denna uppgår till 25, 50, 75 eller 100 procent. Detta innefattar bl.a. i vilken omfattning en försäkrad kan utföra andra aktiviteter som kan jämställas med arbete. Det är vilken insats som sysslan kräver som är av betydelse. Sysslor som motsvarar en omfattning av sådana fritidsaktiviteter som en yrkesverksam person vanligen utför på sin fritid, såsom att *i viss utsträckning* delta i föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete och politiska uppdrag ska inte beaktas vid bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. Som framgått i nämnda avsnitt finns ingen klar gränsdragning mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som kan anses som fritidsaktiviteter och å andra sidan motsvarande aktiviteter som är av sådan art och omfattning att det kan bedömas visa på arbetsförmåga. M.a.o. kan bedömningen av fritidssysselsättningar även påverkas av och vara svårare att göra om den varierar mycket över tid.

Enligt Försäkringskassan får en sammanvägd bedömning göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Den tid som ägnas åt sysslan och vilken insats som krävs av den försäkrade för att genomföra sysslan ska beaktas vid bedömningen av om en viss syssla ska jämställas med ett förvärvsarbete. Först när sysslan bedöms vara att jämställa med ett arbete kan den anses visa på en arbetsförmåga.

Utredningen bedömer att Försäkringskassans tolkning visserligen är rimlig, men kan konstatera att gränsdragningen inte blir tydligare av att det behövs en sammantagen bedömning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Vidare kan konstateras att även om den försäkrade deltar i en syssla som utifrån en nyss nämnd bedömning visar på arbetsförmåga kan det ändå vara möjligt för den enskilde att beviljas *hel* ersättning. Försäkrade som beviljats hel ersättning har nämligen möjlighet att använda en liten återstående arbetsförmåga till exempelvis ideellt eller politiskt arbete inom ramen för den så kallade åttondelen. I bedömningen av om insatsen ryms inom ramen för åttondelen ska arbetstidens omfattning och arbetsinkomsten beaktas.[119]

[119] Se avsnitt 14.2.2.

Utredningen bedömer att det således inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda försäkrade att förstå var gränsen mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som kan anses som fritidsaktiviteter och å andra sidan motsvarande sysslor som kan anses vara av en sådan art och omfattning att det därmed anses visa på arbetsförmåga. Till denna oklara gränsdragning kommer att det dessutom finns möjlighet att delta i sistnämnda sysslor inom ramen för den så kallade åttondelen, vilket riskerar att ytterligare försvåra för en enskild försäkrad att förutse villkoren för möjligheten att arbeta ideellt mm. Detta är enligt utredningen ett exempel på att regelverket är svårt att överblicka.

Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att regelverket kring fritidssysslor, föreningsliv och uppdrag är svårt att överblicka. Mot bakgrund av vad som framkommit om försäkrades rädsla för att engagera sig konstaterar utredningen att regelverket tycks få som konsekvens att enskilda avstår att engagera sig på grund av rädsla för att förlora sin beviljade förmån.

15.4.4 Aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Ett av syftena med aktivitetsersättning är att stimulera unga till aktivitet under tiden med ersättningen. De aktiviteter som avses är bland annat aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB, som ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga. Det har dock i olika sammanhang konstaterats att systemet med dessa aktiviteter har vissa brister. Framför allt handlar det om att det saknas aktiviteter, att Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt samordningsuppdrag, att det saknas uppföljning av aktiviteterna både på individnivå och övergripande nivå och att det finns samordningsproblem.

Det råder brist på aktiviteter

Enligt Riksrevisionen saknar många med aktivitetsersättning insatser.[120] Enligt myndigheten motsvaras inte behovet av insatser av det utbud som tillhandahålls av kommunernas dagliga verksamhet, Arbetsförmedlingens arbetslivsinriktade rehabilitering eller de aktiviteter enligt

[120] RiR 2015:7, s. 97.

SFB som Försäkringskassan beviljar särskild ersättning för. Särskilt saknas insatser för de som står långt från arbetsmarknaden.[121]

Personer som inte har rätt till daglig verksamhet enligt LSS är enligt Riksrevisionen sannolikt särskilt utsatta. För dessa ansvarar kommunerna enligt socialtjänstlagen för att medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning. Enligt Riksrevisionen skiljer det sig mellan kommuner i vilken utsträckning personer med aktivitetsersättning får stöd inom ramen för socialtjänstlagen. Vidare har endast var fjärde individ av dem som inte omfattas av LSS och som inte har arbetslivsinriktad rehabilitering vid Arbetsförmedlingen (ca 48 procent av gruppen) en aktivitet med stöd från Försäkringskassan. Riksrevisionen bedömer vidare att det är tveksamt om de aktiviteter som erbjuds fungerar som ett steg mot arbetslivet.[122]

ISF har i en studie av individärenden dokumenterat aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen, aktiviteter i regi av Arbetsförmedlingen eller av kommunen inom ramen för LSS och aktiviteter via samordningsförbunden. Alla former av aktiviteter har dokumenterats, från ekonomiskt bidrag för gymkort till olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Enligt ISF saknas dokumenterade aktiviteter under tiden med aktivitetsersättning för en förhållandevis stor andel av personerna med aktivitetsersättning.[123] För en tredjedel av personerna som efter att de fyllt 30 fått avslag på sin ansökan om sjukersättning saknas aktiviteter under hela tiden den enskilde haft aktivitetsersättning. Bland de som beviljats sjukersättning efter att de fyllt 30 saknas dokumenterade aktiviteter under hela tiden med aktivitetsersättning för en femtedel. Enligt ISF verkar det i ärendena där sjukersättning senare beviljats som att beslutet om att bevilja ersättning är rätt vid beslutstidpunkten, men att arbetsförmågan möjligen hade kunnat förbättras om rätt aktiviteter och insatser hade satts in i ett tidigare skede.[124]

Enligt ISF kan förklaringar till att få aktiviteter har genomförts vara att personerna har ansetts vara för sjuka för att kunna tillgo-

[121] RiR 2015:7, s. 99.
[122] RIR 2015:7, s. 99.
[123] ISF, 2017:5, s. 16.
[124] ISF 2017:5, s. 17. Av ISF:s aktgranskning framgår att bland personer som haft aktivitetsersättning och sedan fått avslag på sin ansökan om sjukersättning fanns det för 67 procent någon form av aktivitet dokumenterad under tiden med aktivitetsersättning. Bland personer som haft aktivitetsersättning och sedan fått sjukersättning beviljad fanns någon form av aktivitet dokumenterad under tiden med aktivitetsersättning för 83 procent. Enligt ISF är det anmärkningsvärt att så många som 33 respektive 17 procent av de som haft aktivitetsersättning inte haft någon form av aktivitet under tiden med aktivitetsersättning, ISF 2017:5, s. 29.

dogöra sig rehabiliterande aktiviteter eller insatser, att personerna kan ha valt att inte delta av olika anledningar och att utbudet av ändamålsenliga aktiviteter är alltför litet. ISF menar att det borde finnas aktiviteter som är bättre anpassade till individens förutsättningar.[125] ISF framhåller även att det finns en risk att det inte blir några aktiviteter om Försäkringskassan och den försäkrade inte kommer överens om lämpliga sådana. Enligt ISF läggs ansvaret för att ta initiativ till att delta i aktiviteter inte sällan på den försäkrade, vilket i många fall leder till att personen inte deltar i några aktiviteter överhuvudtaget. Detta kan i sin tur medföra att personerna inte ges möjlighet att närma sig studier eller arbetsmarknaden.[126]

Enligt Hultqvist känner många unga med aktivitetsersättning inte till rätten att delta i aktiviteter. Hon menar att ofta finns en koppling till hur kontakten med Försäkringskassan ser ut och att risken för att inte känna till rätten till aktivitet är påtaglig när det inte finns någon relation mellan den försäkrade och handläggaren. Av sjutton intervjuade försäkrade hade fjorton en relation till sin personliga handläggare.[127]

Försäkringskassan har framhållit att få försäkrade har diskuterat lämpliga aktiviteter och dess syfte tillsammans med sin kontaktperson på myndigheten och att flera intervjuade försäkrade med aktivitetsersättning inte över huvud taget känner till möjligheten till ersättning för olika typer av aktiviteter.[128] Enligt Försäkringskassan är den vanligaste orsaken till att det inte pågår några aktiviteter att den försäkrade inte vill delta i sådana. Andra orsaker är att planeringen av aktiviteter inte har påbörjats, att Försäkringskassan avvaktar resultatet av medicinsk behandling/rehabilitering eller att daglig verksamhet pågår och att personen på grund av sin sjukdom/funktionsnedsättning därför inte samtidigt kan delta i aktiviteter.[129]

Som förklaring till att det är många med aktivitetsersättning som saknar aktiviteter har lyfts att det är svårt att hitta lämpliga aktiviteter. Eftersom diskussionen om deltagande i aktiviteter förutsätter att individen själv tar initiativ och genomför aktiviteterna på eget ansvar kan det bli svårt att verka för att aktiviteten faktiskt genom-

[125] ISF, 2017:5, s. 17.
[126] ISF, 2017:5, s. 17–18.
[127] Hultqvist, Att göra aktivitetsersättning, s. 107–108.
[128] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 41.
[129] Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161, 2011, bilaga 2, s. 16.

förs. Handläggaren kan därför bli osäker på individens förmåga att delta i aktiviteter.[130]

Enligt Mannelqvist har få lyckats stärka sin arbetsförmåga under tiden med aktivitetsersättning. De aktiviteter som genomförs är ofta kopplade till idrottslig verksamhet. Det förekommer dock även arbetslivsinriktade aktiviteter och deltagande i kommunal daglig verksamhet, men utbudet av insatser och aktiviteter som de unga får ta del av motsvarar inte den faktiska efterfrågan som finns. Kunskapen kring huruvida de insatta aktiviteterna är effektiva i just det specifika fallet är också ofta låg. Risken finns därför att det som haft aktivitetsersättning, med eller utan aktiviteter, inte kommit närmare arbetsmarknaden under tiden med ersättning utan möjligen ännu längre ifrån. Flertalet av dem som haft aktivitetsersättning får också sjukersättning efter fyllda 30 år.[131]

Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt uppdrag

Försäkringskassan har två samordningsuppdrag för försäkrade med aktivitetsersättning. Det ena uppdraget innebär att myndigheten ska samordna rehabiliteringsinsatser för de med ersättningen. I detta ingår bland annat förberedande eller arbetslivsinriktade insatser. De arbetslivsinriktade insatserna tillhandahålls främst via Arbetsförmedlingen eller via samordningsförbund. Det andra uppdraget innebär att Försäkringskassan ska undersöka om de med ersättningen kan delta i aktiviteter av sysselsättningskaraktär och samordna dessa aktiviteter så att de kan genomföras.[132]

Riksrevisionen konstaterar att Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt samordnings- och tillsynsuppdrag. Handläggarna har begränsat med tid att lägga på varje person och många av dem anser att de har ganska eller mycket dåliga förutsättningar att verka för att den försäkrade får insats efter behov. De personer som i första hand får hjälp och stöd är de som själva hör av sig till sin handläggare.[133]

Enligt ISF följer Försäkringskassan i alltför låg grad upp resultatet av genomförda aktiviteter. Vid en granskning hade Försäkringskassan

[130] Jfr SOU 2018:21, s. 108.
[131] Mannelqvist Ruth, Socialmedicinsk tidskrift 2019/5, ”Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar”.
[132] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 12.
[133] RIR 2015:7, s. 100

genomfört någon form av uppföljning för åtminstone någon av den aktuella personens aktiviteter för endast en tredjedel av alla granskade personer. En uppföljning på individnivå är enligt ISF nödvändig för individärendet.[134]

Enligt Riksrevisionen är det problematiskt att egna initiativ är avgörande för om individerna ska få det stöd som de behöver eftersom personer med aktivitetsersättning är en utsatt grupp där en majoritet har psykiska problem och svårigheter med att ta initiativ till kontakter. Tidigare utredningar visar att unga med aktivitetsersättning upplever långa perioder av inaktivitet och sysslolöshet.[135]

Riksrevisionen bedömer att det finns en risk för att individer som av olika anledningar inte kan eller vill ta egna initiativ går utan insatser. Riksrevisionen konstaterar att bristen på insatser leder till inaktivitet och inlåsning i aktivitetsersättningen, vilket innebär en risk för den enskilde att hamna utanför arbetsmarknaden.[136]

Försäkringskassan har bedömt att samordningsansvaret är resurskrävande. Uppföljningen av enskilda individer behöver utvecklas och sannolikt genomföras mer frekvent. Gränsen för vad som omfattas av Försäkringskassans samordningsuppdrag är vidare svår att placera. Försäkringskassan menar att det finns ett behov att intensifiera insatserna för att stödja de individer som eventuellt kan integreras i in ett normalt arbetsliv.[137]

Försäkringskassan menar vidare att myndigheten är beroende av andra aktörers arbete. Ett utvecklat lokalt samarbete och tydligare ansvarstagande från de offentliga aktörerna i samverkan med det lokala näringslivet skulle kunna skapa förutsättningar för ett bättre stöd för de enskilda individerna. Försäkringskassan menar att de saknar systematisk och aktuell information från såväl kommun som hälso- och sjukvård om individernas status. Försäkringskassan vet för lite om de olika insatser som pågår kring denna grupp, vilket bidrar till att myndigheten i många fall har svårt att klara sitt uppdrag. Exempelvis vet inte Försäkringskassan om en individ har beslut om LSS och ofta inte heller vilka begränsningar/möjligheter som finns för individen. Den främsta informationskällan i nuläget, utöver den information som finns som underlag vid beviljande av ersättningen, är individen själv vid ett planeringsmöte. Långt ifrån alla

[134] ISF, Rapport 2017:5, s. 18
[135] RIR 2015:7, s. 100
[136] RIR 2015:7, s. 97
[137] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 10–11.

individer som skulle behöva det har tillräcklig kontakt med Försäkringskassan för att myndigheten ska kunna vara tillräckligt insatt och stödjande där det behövs. Slutsatsen blir att Försäkringskassans samordningsinsatser behöver utvecklas för att det ansvar som vilar på myndigheten ska uppfyllas.[138]

Åtgärder för att hantera bristerna

För att hantera bristerna i utförandet av samordningsuppdraget har Försäkringskassan utvecklat arbetssätt och metoder. Bland annat tidigareläggs utredningen av behovet av insatser till att genomföras i samband med utredningen av rätten till ersättning. Enligt Försäkringskassan minskar risken att unga med aktivitetsersättning saknar rehabiliteringsinsatser eller aktiviteter under tiden med ersättning genom att Försäkringskassan tidigt utreder och planerar för insatser. Rehabiliteringsplaner kommer vidare endast upprättas i de fall där det är aktuellt med samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser eller där Försäkringskassan och individen kommer överens om lämpliga aktiviteter under ersättningsperioden. För att säkerställa att behovet av insatser och samordningsbehov har utretts för samtliga individer som beviljas aktivitetsersättning kommer en sådan utredning att göras redan innan beslut om att bevilja ersättning. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver även fortsätta arbetet inom det förstärkta samarbetet för att säkerställa att fler individer får tillgång till ändamålsenliga insatser som leder till arbete. I samband med införandet av ett nytt arbetssätt för utredning och bedömning av behov av insatser och samordning har Försäkringskassan även tagit fram ett arbetssätt för uppföljningar av planerade insatser och individens behov av samordning. Försäkringskassan har vidare vidtagit kompetensutvecklande åtgärder.[139]

Försäkringskassan menar att det saknas ändamålsenliga insatser som tillgodoser hela gruppens behov, särskilt för de som inte är redo för arbetslivsinriktad rehabilitering, och har lyft frågan om det är ändamålsenligt att myndigheten har samordningsansvaret för aktiviteter i form av fritidsaktiviteter och sysselsättning. Försäkringskassan menar att det bör övervägas om ansvaret i stället borde till-

[138] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 11.
[139] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 15–17.

delas kommunerna, som redan tillhandahåller insatser för en stor del av målgruppen.[140]

Det saknas övergripande uppföljning

Enligt Riksrevisionen fyller de insatser som samordningsförbunden finansierar en viktig funktion för att aktivera personer med aktivitetsersättning. Det saknas dock samordningsförbund i många kommuner och deras resurser är begränsade. Riksrevisionen menar att det finns en variation av insatser över landet, särskilt för personer som står längst från arbetsmarknaden, när det gäller utbud av insatser, vilket innebär att personer med aktivitetsersättning inte har samma förutsättningar att få insatser efter behov. Riksrevisionen bedömer att dagens system, där aktivering av unga med nedsatt arbetsförmåga i viss utsträckning sker genom projekt, riskerar att skapa brist på kontinuitet, problem med likvärdighet över landet samt innebär ett system som är svårt att överblicka.[141]

Enligt Försäkringskassan är en svaghet i strukturen med samordningsförbund och annan samverkan mellan myndigheter att en stor del av resurserna kanaliseras via tidsbegränsade projekt. Samordningsförbunden ger stöd åt olika projekt för personer med aktivitetsersättning men implementeringen av framgångsrika projekt är svår. Resurser saknas många gånger och projektperioder med aktiva insatser avlöses ofta med perioder av passivitet. Det finns ingen utvärdering av effekter av denna verksamhet och det saknas evidens för de metoder som tillämpas i projekten.[142]

Riksrevisionen konstaterar vidare att det saknas nödvändig statistik för att Försäkringskassan ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. Det är enligt Riksrevisionen nödvändigt att Försäkringskassan till exempel utvecklar statistik över vilka insatser som gruppen med aktivitetsersättning tar del av för att myndigheten ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. Det är också viktigt för att Försäkringskassan internt

[140] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 18.
[141] RIR 2015:7, s. 99–100. År 2015 saknades enligt Riksrevisionen samordningsförbund i 50 kommuner. Eventuellt finns numer fler samordningsförbund, men inte endast antalet sådana eller kommuner anslutna till ett sådant påverkar likvärdigheten. Även skillnader i vilken typ av insatser som förbunden finansierar och för vilka målgrupper dessa riktas till ger en variation över landet.
[142] Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 11–12.

ska kunna styra handläggningen mot målet om aktivitet för de enskilda individerna.[143]

Enligt ISF är en systematisk uppföljning avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.[144]

Vilka aktiviteter genomförs?

I förarbetena nämns kurser, dagverksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter och pryo som exempel på sannolika aktiviteter.[145] Det saknas dock övergripande statistik över vilka aktiviteter som faktiskt genomförs. Här presenteras några studier och andra kunskapsunderlag kring vilka aktiviteter som försäkrade deltar i.

I det brev som skickas ut till försäkrade som beviljats aktivitetsersättning med information om möjlighet till att delta i aktiviteter nämns att gå en kurs via studieförbund eller folkhögskola, vara med i en förening, delta i idrottsaktiviteter och/eller praktisera på en arbetsplats som exempel på aktiviteter som kan bli aktuella.[146]

Enligt en aktstudie genomförd av ISF som presenterades 2017 är de vanligaste aktiviteterna arbetsplatsnära aktiviteter, aktiviteter inom ramen för LSS, aktiviteter som innebär träning och aktiviteter som innebär utbildning. Enligt studien har ungefär 60 procent av de personer som överhuvudtaget har deltagit i aktiviteter deltagit i någon form av arbetsplatsnära aktivitet, alltså aktiviteter som utförts på en arbetsplats. Det rör sig ofta om att få vara hos ett mindre företag där det finns enklare sysslor. Aktiviteter inom ramen för LSS är relativt vanliga för personer med aktivitetsersättning, ungefär 9 procent av de personer som deltagit i aktiviteter har deltagit i en aktivitet inom daglig verksamhet. Försäkringskassan betalar för aktiviteter som innebär gymträning, simträning, danskurser eller liknande för ungefär 40 procent av personerna som deltagit i aktiviteter. De aktiviteterna syftar snarare till att öva förmågan att fungera och hantera sitt funktionshinder i samhället. Utbildningar förekommer som aktiviteter i drygt 30 procent av fallen för personer som över huvud taget deltagit

[143] RiR 2015:7, s. 98.
[144] ISF, Rapport 2017:5, s. 18
[145] Prop. 2000/01:96, s. 87.
[146] Försäkringskassans mall Wimi FK15620.

i aktiviteter. Det kan handla om kurser på Folkuniversitet, komvux, högskolor och universitet eller om att lära sig att spela ett instrument. Enligt ISF bidrar inte de aktiviteter som faktiskt genomförs i tillräcklig utsträckning till en närmare kontakt med arbetsmarknaden och en för låg andel av de aktiviteter som genomförs följs upp.[147]

I en aktstudie genomförd av Försäkringskassan i oktober 2010 bland 1 971 personer som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, framkom att av 1 077 personer som deltog i insatser i december 2011 är det 222 personer som deltar i aktiviteter inom aktivitetsersättningen. De flesta deltar i en aktivitet och knappt en fjärdedel deltar i två till fyra aktiviteter samtidigt. I tabell 15.2 redovisas vilken typ av aktivitet som den första aktiviteten är. Den vanligaste aktiviteten är idrottsverksamhet i olika former.[148]

Tabell 15.2 Aktiviteter för personer med aktivitetsersättning

	Antal	Andel (procent)
Arbetsorienterad praktik	29	13
Föreningsverksamhet	9	4
Grundläggande utbildning	34	11
Hobbyverksamhet i egen regi	5	2
Idrottsaktivitet	132	60
Kurs	16	7
Annat	7	3
Framgår inte	1	-
Totalt	**222**	**100**

Källa: Försäkringskassan 2012.

Hultqvist har intervjuat försäkrade som beviljats aktivitetsersättning om bland annat vilka aktiviteter som förekommer och har delat in de förekommande aktiviteterna i kategorier. Det övergripande målet för samtliga kategorier har angetts som lönearbete, men det finns också alternativa mål för de olika aktiviteterna.

Olika sorters arbetspraktik har som alternativa mål att fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, följa instruktioner, känna gemen-

[147] ISF, Rapport 2017:5, s. 31–33.
[148] Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161/2011, bilaga 2, s. 13.

skap, höja fysisk och psykisk kapacitet och må bättre. Dessa aktiviteter utförs på en arbetsplats tillsammans med lönearbetande.[149]

Även kategorin kurser och utbildningar, exempelvis komvuxstudier, har att fungera i ett socialt sammanhang och följa ett schema som alternativa mål.[150]

Gymträning är ett exempel ur kategorin idrott, som har som alternativa mål att bli fysiskt och psykiskt stark samt må bättre. Dessa aktiviteter handlar om att röra på kroppen[151]

Dagverksamhet har som alternativa mål att fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, känna gemenskap, stärka självförtroende och må bättre. Dessa aktiviteter riktar sig enbart till människor som inte har något arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Innehållet i verksamheterna varierar, det kan exempelvis handla om att träffas och laga mat, diskutera ett visst tema, promenader, lyssna på föreläsningar, besöka företag eller ha individuella samtal.[152]

Samordningsproblem förekommer

Enligt Riksrevisionen förefaller det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen avseende personer med aktivitetsersättning fungera väl i vissa delar av landet men att samarbetet fungerar bättre på mindre orter än på större. Riksrevisionen kan också konstatera att det till viss del saknas samsyn hos myndigheterna om det gemensamma uppdraget. Riksrevisionen bedömer att denna brist på samsyn innebär en risk för att personer hamnar i fel insatser eller stannar kvar för länge i insatser där de inte utvecklas, särskilt som handläggare på båda myndigheterna anger att de har svårt att hinna följa upp ärenden.[153]

Enligt Riksrevisionen är det vidare få som tar sig vidare från daglig verksamhet inom kommunen till mer arbetslivsinriktade insatser hos till exempel Arbetsförmedlingen. Detta beror bland annat på att vissa kommuner ser daglig verksamhet mer som omsorg än som ett steg mot arbete eller studier, samt att handläggarna på Försäkringskassan inte prioriterar att följa upp hur insatser hos kommunen

[149] Hultqvist, 2014, Att göra aktivitetsersättning, s. 120 och 125.
[150] Hultqvist, s. 125.
[151] Hultqvist, s. 113 och 125.
[152] Hultqvist, s. 109 och 125.
[153] RiR 2015:7, s. 101.

fortlöper. För att de personer som befinner sig i daglig verksamhet ska ha samma möjligheter att komma vidare till studier eller arbete som övriga personer med aktivitetsersättning är det, enligt Riksrevisionen, en förutsättning att handläggarna på Försäkringskassan och handläggarna vid kommunen arbetar utifrån ett arbetslivsinriktat perspektiv med denna grupp. Enligt Riksrevisionen finns det också goda skäl att pröva om Arbetsförmedlingens uppdrag kan utvidgas till att inkludera en mer uppsökande verksamhet gentemot individer i daglig verksamhet. Vidare ser Riksrevisionen det som problematiskt att långa väntetider i hälso- och sjukvården försvårar för myndigheterna att genomföra sina respektive uppdrag. Riksrevisionen konstaterar att det är viktigt att hälso- och sjukvården blir en tydligare aktör i systemet med aktivitetsersättningen.[154]

Utredningens slutsatser om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Utredningen bedömer sammantaget att det främsta problemet kring aktiviteter enligt SFB är att det finns en brist på sådana. De aktiviteter som genomförs är spridda på många olika anordnare, vilket bland annat gör det svårare att få en samlad bild av dem.

Ett annat problem i sammanhanget är att individen själv måste ta initiativet till att aktiviteter ska genomföras. Detta är särskilt problematiskt eftersom många med aktivitetsersättning har svårt för att ta initiativ till kontakter med exempelvis Försäkringskassan. Att ansvaret ligger på den enskilde kan därmed innebära att denne upplever för långa perioder utan insatser, vilket går emot syftet med aktivitetsersättningen som förmånsform.

Ett tredje problem är att det saknas uppföljning. Detta bidrar till att det är svårt att få en samlad bild av de aktiviteter som genomförs på en sammantagen nivå. Det försvårar också möjligheten för Försäkringskassan att bedöma vilka aktiviteter som fungerat i det enskilda fallet och vilka som kan vara lämpliga för den enskilda försäkrade.

[154] RiR 2015:7, s. 102.

15.4.5 Slutsatser om försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Utredningen bedömer sammantaget att:

- Målkonflikter kan bidra till att försäkrade inte deltar i arbets- och samhällslivet i den omfattning de skulle kunna göra sett till individens hälsa och arbetsförmåga.
- Det är rimligt att anta dessa försäkrade har en stor nedsättning av arbetsförmågan och att det innebär begränsade möjligheter att såväl förvärvsarbeta, studera, engagera sig ideellt m.m. under tiden med ersättning.
- Det kan vara svårt för dessa försäkrade att hitta ett passande arbete.
- Ett hinder mot studier under tid med ersättning utgörs av att det inte är möjligt att få ersättning partiellt vilande vid studier, även om den enskilde avser att studera på deltid, och att försäkrade i stället är hänvisade till vanligt studiestöd.
- Ett hinder mot ideellt arbete eller fritidssysselsättningar utgörs av många försäkrades oro för att deras arbetsförmåga ska omvärderas vid sådana engagemang, trots att regelverket som sådant ger möjlighet även till försäkrade som beviljats hel ersättning att arbeta exempelvis ideellt.
- Det finns en brist på aktiviteter enligt SFB för personer som har aktivitetsersättning. Individen måste vidare själv i stor utsträckning ta initiativ till att sådana genomförs och det saknas uppföljning av aktiviteterna.

Dessa slutsatser utvecklas ytterligare nedan. Utöver detta är utredningens bedömning att en förklaring till att systemet med sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga upplevs som krångligt när det gäller vad en försäkrad kan göra under tid med ersättning är att de olika ersättningarna både har likheter och skillnader. En försäkrad som har beviljats sjukersättning kan uppfatta att hen omfattas av reglerna för steglös avräkning, men dock omfattas av reglerna om vilande ersättning etc. En försäkrad som har aktivitetsersättning kan nås av information om att uppvisad arbetsförmåga

ligger till grund för bedömningen av den fortsatta rätten till ersättningen och av den anledningen undvika att delta i exempelvis aktiviteter enligt SFB som ska uppmuntras för personer med aktivitetsersättning.

Det kan vidare tänkas att det inte alltid är enkelt att på förhand få information om vilka sysslor som kan påverka möjligheten att behålla rätten till ersättning. Exempelvis kan en försäkrad som vill studera tänkas göra detta inom ramen för prövotid, vilande ersättning eller som en aktivitet enligt SFB. Om den enskilde vill studera inom ramen för prövotid eller som en aktivitet enligt SFB kan han eller hon fortsätta få sin ersättning, men om han eller hon gör det under tid med vilande ersättning så är så inte fallet. Detta kan vara svårt för enskilda att förstå och vara en bidragande faktor till att systemen är svåra att överblicka.

Målkonflikter

Som tidigare nämnts är möjligheter för personer med sjuk- och aktivitetsersättning som får förbättrad arbetsförmåga att återgå till arbetslivet eller samhällslivet i övrigt viktig både ur ett individuellt och samhällsekonomiskt perspektiv. Detta är också högst relevant sett till förutsättningarna för rätt till ersättning. Bl.a. ska en person ha nedsatt arbetsförmåga med minst 25 procent för att ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Ifall en försäkrad som har sjukersättning får förbättrad arbetsförmåga ska han eller hon ges stöd för att kunna lämna försäkringen och försörja sig genom förvärvsarbete. Exempelvis kan försäkrade pröva sin arbetsförmåga upp till två år med vilande ersättning för studier respektive för arbete. Ifall en person får ett bättre hälsotillstånd kan han eller hon också ha rätt till samordnade rehabiliteringsinsatser enligt 29–31 kap. SFB. Utöver detta är som tidigare konstaterats en annan viktig aspekt att försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning även ska uppmuntras att i görligaste utsträckning delta i samhällslivet.

I samtliga av dessa fall finns vissa målkonflikter, bl.a. att försäkrade kan uppleva att de genom att uppvisa arbetsförmåga riskerar att få sin ersättning minskad eller indragen. Eftersom andra sysslor än förvärvsarbete, exempelvis engagemangen i ideella föreningar kan bedömas motsvara arbetsförmåga, kan det ha en hämmande effekt

för försäkrade som vill och orkar delta i sådana aktiviteter. Samtidigt är en grundförutsättning för rätt till ersättning alltså att man har (en långvarigt) nedsatt arbetsförmåga. Eftersom det handlar om bedömning av förmåga att arbeta, kan denna *förmåga* således *uppvisas* även genom att man utför andra sysslor – som måste vara av viss omfattning och av viss karaktär för att kunna anses motsvara förmågor som kan användas i förvärvsarbete – än regelrätt förvärvsarbete.

Dessa slags målkonflikter har genom åren uppmärksammats i flera olika sammanhang. Bl.a. har regelverken därför utvecklats genom åren i syfte att skapa balans mellan dessa ofta motstridiga intressen. Exempelvis var ett av syftena när reglerna för vilande ersättning vid arbete ursprungligen trädde i kraft den 1 januari 1999 (för dåvarande förtidspension) att just öka möjligheterna för dessa personer att få mer tid på sig att *pröva* sina möjligheter att arbeta, utan att rätten till ersättning skulle omprövas. Samtidigt framförde regeringen (och flera remissinstanser) vid införandet av dessa regler ståndpunkten att det samtidigt, i de fall försäkrade mer varaktigt skulle få eller återfå arbetsförmåga, behövde finnas kvar en möjlighet att ompröva rätten till ersättning. I annat fall ansågs det föreligga risk att systemets legitimitet skulle kunna urholkas.[155] Dessa principer har kvarstått för försäkrade som har sjukersättning som beviljats enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008 samt för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. De exakta förutsättningarna för försäkrade att behålla sin rätt till ersättning medan de prövar att arbeta eller studera samt de ekonomiska incitamenten för detsamma har emellertid reformerats genom åren. Syftet har mestadels varit att öka såväl tryggheten som de ekonomiska incitamenten för försäkrade att våga pröva sin arbetsförmåga genom förvärvsarbete eller studier. Ett exempel på detta är införandet av prövotid för studier den 1 februari 2017, som gäller för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. I förarbetena till denna regeländring framgår bl.a. att en prövotid om maximalt sex månader bedömdes vara lämplig och väl avvägd med utgångspunkten att förmå fler unga våga pröva att studera samtidigt som regeringen ville värna legitimiteten i försäkringen genom begränsningen till max 6 månaders prövotid.[156]

När det gäller ideellt arbete etc. är utredningens bedömning att det inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda att förstå var gränsen

[155] Prop. 1997/98:111.
[156] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

går mellan å ena sidan deltagande föreningsliv, uppdrag etc. som *inte* bedöms motsvara arbetsförmåga, och som å andra sidan *anses motsvara* arbetsförmåga. För en försäkrad kan därmed förutsättningarna för t.ex. ideellt engagemang vara svåra att förutse. Det får ibland som konsekvens att personer avstår att engagera sig i civilsamhället m.m. på grund av rädsla för att förlora sin beviljade ersättning. Även ifall en person upplever en förbättring av arbetsförmågan, kan det vara svårt att bedöma om det så varaktigt att man vågar riskera den försörjningstrygghet som sjuk- och aktivitetsersättning innebär. Utredningen har kunnat finna visst stöd för att en sådan uppfattning hos de försäkrade utgör ett hinder för att delta mer i samhällslivet. I svaren från funktionsorganisationerna i utredningens ena referensgrupp framkommer uppfattningen att medlemmar i organisationerna upplever en rädsla för att få sin ersättning indragen. I sammanhanget kan också noteras att det i lagstiftningen alltså samtidigt finns krav att försäkrade ska anmäla förbättrad arbetsförmåga även ifall de inte använder denna förmåga (till förvärvsarbete eller andra sysslor). En sådan anmälan kan leda till att Försäkringskassan utreder om den försäkrade de facto fått en förbättrad arbetsförmåga och/eller om personen har behov av rehabiliteringsinsatser. Ifall en försäkrad får minskning eller indragning av sin ersättning, men vid denna tidpunkt inte har ett förvärvsarbete, kan han eller hon få fortsatt utbetalning av sin ersättning i upp till sex månader.

Vilande ersättning

Utredningens bedömning är att tiden en person genom vilande ersättning kan pröva sina förmågor med bibehållen rätt till ersättning är generös, inte minst med beaktande av en av grundförutsättningarna för försäkringen; att man ska ha en långvarigt nedsatt arbetsförmåga för rätt till sjuk- och aktivitetsersättning. Ifall en person som fått minskad eller indragen ersättning efter en tid återigen får försämrad arbetsförmåga (och i övrig också uppfyller villkoren för rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning), kan han eller hon få ett nytt beslut om rätt till ersättning. Visserligen kan försäkrade ha upplevt att det var svårt att beviljas ersättning, vilket kan bidra till en oro för att bli av med ersättningen och behöva ansöka på nytt.

Reglerna vad gäller vilande ersättning för arbete och studier samt prövotid för studier bedöms också vara relativt tydliga och enkla att administrera. Emellertid skiljer sig regelverket åt i viss utsträckning för personer som har sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008 respektive för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. För personer som har sjukersättning enligt regelverket som gäller *före* juli 2008 skiljer sig dessutom reglerna åt avsevärt v.g. förutsättningar för arbete, studier etc. under tid med ersättning. Även om det kan vara logiskt och väl avvägt med dessa skillnader i regelverken för de tre grupperna, kan det samtidigt göra det svårare för försäkrade och andra relevanta aktörer att fullt ut förstå och ha kunskap om exakt vilka förutsättningar som gäller för en enskild individ i detta avseende.

Vilande ersättning för arbete

Vad gäller användandet av möjligheterna att arbeta under tid med vilande ersättning bedömer utredningen att det framför allt med hänsyn till de försäkrades arbetsförmåga och arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning inte kan förväntas att reglerna används i stor omfattning. För att en försäkrad ska kunna arbeta med vilande sjukersättning behöver det även finnas ett arbete som den försäkrade kan få. Bl.a. blir det en fråga vilken prioritet dessa personer får jämfört med andra personer som också tillhör målgruppen för subventionerade arbeten, arbeten som anpassas till individens förutsättningar och stöds genom olika former av lönebidrag samt skyddat arbete hos Samhall AB eller offentliga arbetsgivare.

Det verkar dock även finnas en utbredd rädsla för att uppvisad arbetsförmåga kommer att leda till att den försäkrade förlorar sin rätt till ersättning.

När det gäller i vilken omfattning man kan pröva att arbeta med vilande ersättning, kan det faktum att man endast kan ha ersättningen vilande med 25, 50, 75 eller 100 procent medföra att försäkrade kan ha svårt att pröva att arbeta på ett mer flexibelt sätt. Det ger också höga marginaleffekter när en person endast kan/vill öka sitt arbetsutbud i ringa omfattning. Utredningens bedömning är att det finns tecken på att mer flexibilitet när det gäller omfattningen man ha vil-

ande ersättning skulle kunna bidra till att fler personer skulle kunna, vilja och våga pröva att arbeta med vilande ersättning.

Vilande ersättning och prövotid för studier

Det finns möjlighet för försäkrade som beviljats såväl sjukersättning som aktivitetsersättning att få sin ersättning vilande för att pröva att studera. Ett hinder för försäkrade att faktiskt använda denna möjlighet har dock visat sig vara det faktum att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vid studier, även när den enskilde avser att studera på deltid. Ifall en person exempelvis studerar på halvtid, men har hel sjukersättning får den försäkrade alltså ändå inte behålla utbetalning av sjukersättning på halvtid. Detta torde ha en återhållande effekt för att studera med vilande ersättning. Det har också lyfts att det skulle underlätta för många försäkrade att studera just på deltid, bland annat med hänsyn till deras funktionsnedsättning. En annan återhållande faktor för att våga studera med vilande ersättning bedöms vara frågan om att skuldsätta sig med studielån, med risk/oro att inte ha möjlighet att återbetala lånen.

Avseende just aktivitetsersättningen kan utredningen konstatera att prövotiden för studier ger möjlighet för försäkrade att pröva att studera i önskad omfattning utan att ersättningen påverkas. Det har dock lyfts fram att det för många försäkrade är otillräckligt med sex månaders prövotid, särskilt för personer med en känslighet mot stress. Prövotiden kan vidare bli kortare än motsvarande sex månaders heltidsstudier, beroende på dels hur prövotiden beräknas då en av sex prövotidsmånader förbrukas oavsett hur många dagar den försäkrade faktiskt studerar denna månad, dels att prövotiden är sex månader oavsett i vilken studietakt den försäkrade studera.

Fritidssysselsättning

I utredningsdirektiven anges att regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller och att det annars finns en risk för att de försäkrade avstår från möjligheter att delta i samhällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Utredningen bedömer att denna skrivning är särskilt

träffande när det gäller möjligheterna för försäkrade att engagera sig ideellt och i fritidsverksamhet.

Utredningen bedömer nämligen att det inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda att förstå var gränsen går mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som inte bedöms motsvara arbetsförmåga, och som å andra sidan beaktas vid denna bedömning. För en enskild försäkrad kan det därmed vara svårt att förutse vilka aktiviteter som ska beaktas vid bedömningen av dennes arbetsförmåga och vilka aktiviteter som inte ska det. Detta inte minst med hänsyn till att det inte är förekomsten av lön, utan vilken insats som den aktuella sysslan i det enskilda fallet kräver som är av betydelse. Villkoren för möjligheten att arbeta ideellt kan alltså bli svåra att förutse.

Det har också bekräftats att det finns en oro hos försäkrade för att deras arbetsförmåga omvärderas vid ideella engagemang, trots att regelverket som sådant ger möjlighet även till försäkrade som beviljats hel ersättning att arbeta exempelvis ideellt.

Det faktum att fritidsaktiviteter etc. under vissa förutsättningar kan vägas in vid bedömning av arbetsförmåga begränsar alltså till viss del de försäkrades autonomi. Samtidigt är visserligen det centrala för rätt till ersättning om en försäkrad har arbetsförmåga och inte om den försäkrade de facto förvärvsarbetar eller inte. Noteras kan också att fritidssysselsättning etc. som är av samma omfattning som andra personer som förvärvsarbetar på heltid vanligtvis utför inte ska vägas in vid bedömning av arbetsförmåga.

Det kan vidare vara stora skillnader mellan förvärvsarbete och engagemang i ideella föreningar eller övriga fritidssysselsättningar.

Aktiviteter enligt SFB

Utredningen konstaterar att för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga finns särskilda möjligheter att delta i samhällslivet genom just möjligheten att delta i aktiviteter enligt SFB. Det verkar dock finnas en brist på sådana aktiviteter. Det är vidare inte nödvändigtvis helt enkelt för enskilda att förstå vad som kan räknas som aktiviteter enligt SFB och vad som inte gör det.

15.5 Förutsättningar för förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning

Den rättspraxis som har utvecklats kring hur arbetstiden kan förläggas när partiell sjukersättning är beviljad, och som innebär att arbetstiden inte behöver reduceras i samma utsträckning varje dag, är enligt utredningens uppfattning inte helt klargörande. Det avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen som finns på området, HFD 2011 ref 30, rör endast sjukpenning. Avgörandet innehåller flera skrivningar som tyder på att bedömningen av om partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än den gängse inte ska vara alltför strikt. Det framgår vidare av avgörandet att flera olika faktorer, inte bara medicinska, ska kunna beaktas vid denna bedömning. Klart är också att det tidigare kravet från Försäkringsöverdomstolen, att förläggningen av arbetstiden ska främja den försäkrades rehabilitering för att kunna ligga till grund för partiell sjukpenning, inte längre gäller. Samtidigt anser Högsta förvaltningsdomstolen att förläggningen av arbetstiden måste vara medicinskt motiverad.

I det avgörande från Kammarrätten i Stockholm (5889-18) som berör frågan slås fast att rättspraxis som rör sjukpenningen ska beaktas, men att möjligheterna till annan förläggning av arbetstid är större vid prövning av rätten till sjukersättning. Inte heller kammarrätten frångår dock kravet på att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad. Detsamma gäller avgörandet från Kammarrätten i Jönköping (mål 2591–2592 m.fl.).

15.5.1 Begreppet medicinskt motiverat är inte entydigt

Begreppet ”medicinskt motiverat”, som i rättspraxis har använts som förutsättning för att en annan arbetstidsförläggning än enligt huvudregeln om lika reducering varje dag ska vara tillåten, är enligt utredningens bedömning inte entydigt. Att en viss förläggning av arbetstiden är medicinskt motiverad kan betyda olika saker. Det kan betyda att förläggningen av arbetstiden är bra för att den försäkrade ska kunna klara arbetet nöjaktigt.[157] Men det kan också betyda att förläggningen av arbetstiden är motiverad av behandlingsskäl, det vill säga

[157] Sannolikt den definition som ligger närmast Högsta förvaltningsdomstolens bedömning i HFD 2011 ref 30; jfr SOU 2020:6, s. 127.

att förläggningen utgör en del av vården och behandlingen av den försäkrades sjukdom. Slutligen kan i begreppet medicinskt motiverad läggas att arbetstidens förläggning inte motverkar eller är skadlig för behandling och rehabilitering, eller inte innebär någon medicinsk risk för försämring av sjukdom eller arbetsförmåga. Begreppet skulle också kunna anses innebära ett mer formellt krav, dvs. att förläggningen av arbetstiden har intygats av läkare.

Försäkringskassan har inom ramen för utredningen SOU 2020:6 lyft fram att det är otydligt vad som menas med att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad och vidare att kravet på att förläggningen ska vara medicinskt motiverad leder till att det är svårt att förutse när partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än genom jämn reducering av arbetstiden varje dag. Kravet riskerar också att leda till att myndigheten inte beaktar den försäkrades hela situation och att dennes kvarvarande arbetsförmåga därmed inte tas tillvara.[158]

15.5.2 Nuvarande ordning är inte ändamålsenligt utformad

Frågan om arbetstidens förläggning har avseende sjukpenningens område berörts tidigare. I SOU 2020:6 berörs denna fråga ingående utifrån perspektivet arbetstidsförläggning vid partiell sjukpenning. Där konstateras bl.a. att principen om att arbetsförmågan ska bedömas dag för dag och att därför arbetstiden vid partiell sjukpenning måste reduceras med lika mycket varje dag framgår av ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen och ett avgörande från dåvarande Försäkringsöverdomstolen.

I nämnda betänkande framkommer synpunkter från bl.a. Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter i frågan om arbetstidsförläggning vid partiell sjukskrivning. De arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer som den utredningen hade tillfrågat var alla ense om att dagens undantag för när partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än genom jämn reducering varje dag inte är tillräckligt flexibelt utformat. Några av organisationerna uttryckte att systemet dessutom motverkar rehabilitering och åter-

[158] SOU 2020:6 s. 122.

gång i arbetet. Även slutsatsen från den utredningen var därför att undantaget i dag inte är ändamålsenligt utformat.[159]

Utredningen konstaterar att mycket av det som framkommit i SOU 2020:6 har giltighet även i frågan om förläggning av arbetstid vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning. Principen om att arbetstiden ska fördelas jämnt varje dag är enligt utredningens uppfattning inte ändamålsenlig utifrån målsättningen att i högre utsträckning tillvarata enskildas arbetsförmåga. Det finns också oklarheter kring hur förutsättningarna ser ut för att en annan fördelning av arbetstiden än en reducering varje dag ska godtas. Genom rättspraxis har förutom grundprincipen även möjligheten att avvika från denna slagits fast, men de närmare omständigheterna som krävs är inte särskilt tydligt beskrivna.

15.5.3 Risk för återkrav

En effekt av en ojämn förläggning av arbetstiden är att en sådan förläggning i vissa fall kan leda till återkrav. Ett sådant återkrav baseras alltså på själva förläggningen av arbetstiden och inte på att den försäkrade över tid har arbetat för mycket.

Försäkringskassan gör i dessa återkravsärenden en bedömning av om förläggningen av arbetstiden medför att den försäkrade har uppvisat förbättrad arbetsförmåga jämfört med vid tidpunkten för beslutet om rätt till ersättning. Mot bakgrund av att möjligheten till flexibel förläggning av arbetstiden är begränsad är det inte ovanligt att sådan förlagd arbetstid av Försäkringskassan också bedöms visa på förbättrad arbetsförmåga.

[159] SOU 2020:6, s. 122.

16 Arbete, studier och uppdrag med mera – överväganden och förslag

Det kan konstateras att det finns ett antal komponenter i utformningen av regelverken som gör att försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga inte till fullo deltar i samhällslivet utifrån sina förutsättningar. Enligt direktivet ska regelverket säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Samtidigt måste andra aspekter såsom möjligheten till kontroll, legitimitet och övriga grundprinciper i försäkringen beaktas.

Nedanstående överväganden och förslag syftar till att ytterligare underlätta arbete, studier och övrigt deltagande i samhällslivet under tid med ersättning jämfört med hur situationen är i dagsläget. Ändringarna föreslås med beaktande av nyss nämnda målkonflikter.

I varje bedömning och beslut om rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning finns det ett mått av osäkerhet kring huruvida nedsättningen av arbetsförmågan kommer att vara bestående. I en enskild persons liv kan mycket hända som påverkar förmågan att förvärvsarbeta eller i övrigt delta i samhällslivet. Det är därför nödvändigt att det finns förutsättningar för att ge personer möjlighet att pröva att arbeta, studera etc. för att kunna pröva om en uppkommen förbättring är av mer varaktig karaktär, innan det eventuellt blir aktuellt att ompröva ersättningen. Det finns således goda skäl för att personer som beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning att ha utrymme att kunna pröva sin arbetsförmåga utan att ersättningen omgående minskas eller dras in. Personer som har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning har vidare alla olika förutsättningar att arbeta. Därför är det viktigt att systemet är uppbyggt på ett sätt som både är hanterligt för flertalet och inte försätter människor i en ekono-

misk besvärlig situation enbart för att de vill och kan pröva att använda en förbättrad arbetsförmåga. Utredningen avser att förbättra de nuvarande möjligheterna att bland annat arbeta eller studera under tid med ersättning.

Många som har beviljats sjukersättning kommer även att permanent sakna arbetsförmåga eftersom det krävs långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att den försäkrade ska beviljas ersättningen. Att ha sjukersättning innebär samtidigt sällan att personen helt saknar förmågor eller vilja att delta i samhällslivet, även om hon eller han har nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis kan personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ha en drivkraft att hjälpa andra i samma situation t.ex. genom engagemang i en intresseförening för personer med funktionsnedsättning m.m. Det är förvisso rimligt att anta dessa försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga även har begränsade möjligheter att engagera sig ideellt under tiden de har ersättning. Den kvarvarande förmåga som finns bör dock kunna tas tillvara i möjligaste utsträckning och regelverket bör uppmuntra sådana engagemang. Som tidigare nämnts är det vidare en förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt,[1] se avsnitt 15.4.3.

En viktig utgångspunkt är att också den som har nedsatt arbetsförmåga och ersättning från sjukförsäkringen har möjlighet till en meningsfull fritid. En ytterligare gynnsam effekt som kan förväntas uppkomma över tid är att en försäkrad genom att engagera sig ideellt efter en tid kan återfå arbetsförmåga och då vill och kan pröva att förvärvsarbeta. Han eller hon kan i så fall genom ansökan om vilande ersättning pröva förvärvsarbete och kanske även på sikt mer varaktigt kunna återfå arbetsförmåga och på sikt kunna lämna sjukersättningen.

Det finns således ett antal goda skäl utifrån såväl individens som från samhällets perspektiv till varför människors kvarvarande förmågor i görligaste utsträckning bör tas tillvara. De hinder som motverkar sådana engagemang bör därför så långt det är möjligt undanröjas.

Utredningen har, genom bland annat kontakter med intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar, kunnat konstatera att skälen till att någon väljer att pröva att förvärvsarbeta, studera eller arbeta ideellt kan variera stort mellan olika individer. Det handlar långtifrån alltid om ett ekonomiskt perspektiv, med

[1] SOU 2016:13.

möjligheten att få inkomst genom arbete som den avgörande faktorn. Den försäkrade vill exempelvis ofta försöka närma sig arbetsmarknaden som sådan (genom att exempelvis läsa in ämnen på komvux eller påbörja en utbildning) eller helt enkelt prova på om han eller hon klarar av att arbeta eller studera. Det kan också handla om en vilja att göra en insats i föreningslivet. Bland annat kan en försäkrad vilja engagera sig i en förening som är inriktad på en sjukdom eller funktionsnedsättning som han eller hon själv har, eller vara aktiv i en politisk förening, en idrotts- eller kulturförening eller annan ideell organisation. Det kan handla om en vilja att göra skillnad och dela med sig av sina erfarenheter. Det kan vidare vara ett sätt att bryta den isolering som en funktionsnedsättning eller en sjukdom kan medföra. Ett engagemang i föreningslivet kan dessutom ofta bidra till bättre psykiskt välbefinnande och en bättre livskvalitet i allmänhet. Föreningsengagemang kan göra att man kommer in i ett socialt sammanhang och känner sig delaktig, vilket kan vara extra viktigt för personer som saknar förvärvsarbete. Att bli del i ett sammanhang och känna att man kan bidra skapar ofta i sig hälsa, välmående och framtidstro. Det kan också ge andra värdefulla erfarenheter som exempelvis kan föra människor närmare arbetsmarknaden. Att uppleva sig förhindrad att engagera sig ideellt och på så sätt begränsas i sina möjligheter att påverka i samhällsfrågor kan däremot försämra rehabiliteringsprocessen, men kan också bli ett demokratiproblem. Även personer med aktivitetsersättning eller sjukersättning ska kunna ha hobbyer och en meningsfull fritid.[2]

Det finns ett antal tänkbara hinder för individen att välja att pröva sin arbetsförmåga. Utvecklingen av arbetsmarknaden är en sådan svårighet. Sammantaget gör detta att det är svårare än tidigare för försäkrade som vill pröva att arbeta att hitta lämpliga arbetsuppgifter och en arbetsgivare som är villigt att ta emot dem, under förhållanden som gör det hållbart att prova arbetet och därmed också i någon mening riskera den ersättning i form av sjukersättning eller aktivitetsersättning som den försäkrade har.

[2] Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

Det måste till fler åtgärder för att en förändring ska kunna ske

Mot bakgrund av utredningens ovan beskrivna synsätt och de problem som uppmärksammats i avsnitt 15.3 och 15.4 är utredningens bedömning att det behövs åtgärder i form av generösare villkor och framför allt enklare respektive mer flexibla regler, för att fler personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ska våga pröva att arbeta, studera, engagera sig i föreningsliv etc.

Ett tillvägagångssätt att skapa ett system som är både enkelt och transparent skulle kunna vara att ta bort alla kontrollfunktioner och ge försäkrade full frihet att arbeta, studera etc. utan att det påverkar deras rätt till ersättning. Ett sådant system skulle troligtvis användas av fler personer som har ersättning. Samtidigt skulle en sådan lösning kunna uppfattas som alltför generös och därmed på sikt kunna urholka förtroendet för försäkringen. En målkonflikt är alltså att samtidigt som regelverket bör uppmuntra till deltagande i arbete, studier och samhällsliv för den som kan, måste legitimiteten för försäkringen behållas. Förutsättningarna för arbete och andra åtaganden för de grupper som har beviljats ersättning för nedsatt arbetsförmåga får inte uppfattas som alltför generösa.

En annan målkonflikt består i strävan efter ett enkelt system att förstå och administrera, samtidigt som olika regler och undantag för olika grupper och situationer kan ha ett relevant syfte, särskilt när reglerna ska täcka så många olika personer i olika situationer i livet och med olika typer av ersättningar.

I nedan presenterade förslag har utredningen strävat efter att hantera målkonflikterna genom att balansera nämnda intressen på olika sätt. Vad gäller regelverket för arbete och studier bedömer utredningen att dagens regelverk behöver reformeras för ökade möjligheter att anpassa ersättningen efter individens förutsättningar för arbete och eller studier, detta eftersom utgångspunkten för utredningen enligt direktiven är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Det innebär att regelverket inte kommer vara lika överskådligt som i nuläget, men förändringarna bedöms likväl vara motiverade eftersom de ger ökade möjligheter och incitament för personer att pröva sin förmåga att arbeta eller studera. Vad gäller möjligheterna till ideellt arbete bedömer utredningen i stället att förutsebarheten i regelverket snarare bör ökas genom undantag i

nuvarande regelverk som ska vara enkla att förstå och tillämpa. Här är utgångspunkten att reglerna i ökad utsträckning behöver uppmuntra till ideella engagemang. Liksom i analysen av regelverket och dess tillämpning utgår förslagen nedan från de tre huvudgrupperna: försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gällde före 1 juli 2008, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 samt de yngre försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Dessa tre grupper har olika förutsättningar för arbete och studier, omfattas i dagsläget av olika regelverk och det kan sägas finnas olika syften för att underlätta för respektive grupp.

Studier innebär mer än ett närmande till arbetsmarknaden

Ofta lyfts studier som en väg för enskilda att närma sig arbetsmarknaden. Så är naturligtvis fallet, men att studera kan även fylla fler syften och kan därmed vara bra för individen och samhället oavsett om de i förlängningen leder till att den försäkrade börjar arbeta eller inte. Studier kan i sig ses som en form av sysselsättning. Studier kan underlätta för den enskilde att få rutiner i vardagen, att stimulera sitt intellekt och utmana sin förmåga. De kan också leda till ökade sociala kontakter. Studier kan alltså, förutom att vara en väg till arbete, i sig bidra till att en person får en meningsfull sysselsättning. Utredningen anser därmed att studier bör uppmuntras.

Den direkta kostnaden för sysselsättning i form av studier är kostnaden för en studieplats. En studieplats är inte nödvändigtvis en billig form av sysselsättning, men kostnaden bör ur detta perspektiv jämföras med direkta kostnader för andra sysselsättningar, såsom daglig verksamhet etc.

Den indirekta kostnaden för denna sysselsättning är kostnaderna som uppstår av utträngningseffekter. Personer som beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning söker studieplatser på samma premisser som personer som inte har beviljats någon av förmånerna. Personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning har alltså inte någon särskild fördel i konkurrensen om utbildningsplatser, men vid populära utbildningar är det tänkbart att en hård konkurrens leder till att inte alla som sökt en viss studieplats får denna. Studier som sysselsättning kan därmed tänkas leda till ökade kostnader för studie-

anordnare, med hänsyn till utträngningseffekter när det uppstår brist på studieplatser.

Utredningen konstaterar i detta sammanhang att konkurrensen om studieplatser hårdnar. Många arbetslösa söker kompletterande ekonomiskt bistånd för att kunna genomföra studier, bland annat utifrån de förändringar som möjliggjort för fler att studera med bibehållet aktivitetsstöd från Arbetsförmedlingen. Kommunal vuxenutbildning förväntas vidare i allmänhet spela en avgörande roll för flera stora samhällsutmaningar, såsom etableringen för nyanlända, enskildas möjlighet att byta yrke och kompetensförsörjningen till arbetslivet. SKR har i dialog med utredningen anfört att behovet av utökat stöd inom komvux har ökat, bland annat mot bakgrund av att målgruppen för dessa studier vuxit och förändrats, med fler elever med exempelvis psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som kräver anpassningar för att individen ska kunna fullfölja utbildningen. Kraven på denna sorts utbildning har alltså ökat och kan förväntas öka ytterligare under kommande år. Därtill har Arbetsförmedlingen ett förtydligat uppdrag om att anvisa fler individer till reguljära studier.

Mot denna bakgrund kan det anses att studieplatser i första hand bör gå till personer som avser att och har förutsättningar att ta till sig utbildningen i sitt yrkesliv. Utredningen konstaterar dock att det står var och en fritt att ansöka om och bedriva studier utan att ett sådant syfte finns och att det inte går att undersöka dessa aspekter på förhand, vid antagningen till en viss utbildning eller kurs. Utredningen anser därmed att det är önskvärt att studier uppmuntras, även om det inte alltid kan garanteras att de kan leda till sysselsättning. De förslag som presenteras av utredningen i detta avsnitt innebär syftar till att försäkrade som beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning ska få utökade förutsättningar att studera på liknande villkor som personer utan dessa förmåner. I konsekvensavsnittet utvecklas de konsekvenser som kan uppstå för komvux, folkhögskola och andra studieanordnare till följd av utredningens förslag.

16.1 Huvudgrupp 1, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning kan förvärvsarbeta, studera, arbeta ideellt etc. utan att det påverkar rätten till sjukersättning. Det är endast om dessa personer arbetar med inkomst som de ska ansöka om omräkning av sjukersättningen enligt reglerna för steglös avräkning. Således är reglerna gällande möjligheter att ta uppdrag, arbeta ideellt och fritidsverksamhet i övrigt redan generösa och därmed föreslås inga förändringar i dessa delar. När det gäller arbete enligt reglerna för steglös avräkning föreslås ett antal förändringar, dels för att förenkla detta regelverk, dels för att öka incitamenten att arbeta enligt steglös avräkning.

16.1.1 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning

Utredningens förslag: Fribeloppen ska baseras på inkomstbasbeloppet.

- Hel sjukersättning: 1 inkomstbasbelopp.
- Tre fjärdedels sjukersättning: 2,6 inkomstbasbelopp.
- Halv sjukersättning: 4,2 inkomstbasbelopp.
- En fjärdedels sjukersättning: 5,8 inkomstbasbelopp.
- Två tredjedels sjukersättning (enligt bestämmelserna före den 1 juli 1993): 3,6 inkomstbasbelopp.

Sjukersättning ska inte lämnas till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 inkomstbasbelopp.

Skälen för utredningens förslag: Många personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning har inkomster som inte överstiger det för individen aktuella fribeloppet. På så sätt riskerar de försäkrade inte att arbetsinkomsten påverkar deras utbetalning av sjukersättningen samt minskar även risken för att de ska bli återbetalningsskyldiga vid avstämningen som sker först två år efter att de har arbetat

enligt reglerna för steglös avräkning. För att ge incitament att dessa personer ska arbeta i högre omfattning är förslaget att fribeloppen ska beräknas baserat på inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken. Enligt nuvarande lagstiftning beräknas fribeloppen för steglös avräkning på prisbasbeloppet (PBB). Eftersom fribeloppen avser inkomster, följer nuvarande beräkning av dessa belopp med PBB dock inte i så hög utsträckning den allmänna löneutvecklingen. Fribeloppen har över tid i stället urholkats eftersom inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det medför att en person som i dag arbetar enligt reglerna för steglös avräkning i praktiken kan arbeta med en *lägre* inkomst innan han eller hon når upp till fribeloppet, jämfört med vad som gällde när systemet infördes 2009. Eftersom fribeloppen avser inkomster är bedömningen att det är relevant att använda inkomstbasbeloppet för denna beräkning även om sjukersättningen beräknas med PBB.

För att fribeloppen bättre ska följa löneutvecklingen föreslås således att inkomstbasbeloppet enligt 58 kap. SFB[3] också ska användas för beräkning av fribeloppen för steglös avräkning. Detta innebär också att fribeloppen årligen kommer räknas om med inkomstbasbeloppet enligt 58 kap. SFB. Eftersom fribeloppen avser inkomster, kommer denna omräkning alltså även framöver bättre följa löneutvecklingen.

Denna förändrade beräkning baserat på IBB kommer möjligtvis också kunna förmå vissa personer som i dag inte arbetar alls enligt reglerna för steglös avräkning att *börja* arbeta, eftersom de tack vare denna förändring får högre marginaler innan utbetalningen av sjukersättningen påverkas. Således är det framför allt marginaleffekterna för personer som har låga inkomster som kommer minskas med detta förslag.

16.1.2 Utveckling av beräkningsstöd

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen.

[3] Inkomstbasbeloppet fastställs inför varje kalenderår och används i dag för att beräkna pensionsgrundande inkomster. Inkomstbasbeloppet ska spegla inkomstutvecklingen i Sverige genom att det följer inkomstindex.

Skälen för utredningens bedömning: Det tycks råda en osäkerhet bland personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning om vilka de ekonomiska konsekvenserna blir om de arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Flera försäkrade som överväger att arbeta med steglös avräkning vill också ha hjälp av Försäkringskassan med att beräkna sina inkomster. Ifall de försäkrade har högre inkomster än beräknat riskerar de att behöva betala tillbaka ersättning två år efter att de arbetat enligt reglerna för steglös avräkning, då den slutliga sjukersättningen fastställs när den försäkrades pensionsgrundande inkomst har fastställts av Skatteverket.

Ett beräkningsstöd för steglös avräkning kan minska osäkerheten kring de ekonomiska effekterna för den enskilde av att arbeta enligt aktuellt regelverk samt kan göra att fler personer vågar arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Därför är bedömningen att regeringen ska ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen. Beräkningsstödet bör inte bara ge en indikation om hur ersättningen påverkas av inkomst. För den enskilde individen är det de samlade inkomsterna som är av intresse. Det är därför viktigt att beräkningsstödet utifrån de inkomstuppgifter som den enskilde anger även kan göra ungefärliga beräkningar om hur skatter och andra bidragssystem påverkas av arbete så att effekterna för den enskildes ekonomi belyses på ett mer allsidigt sätt.

Ett beräkningsstöd kan visserligen inte visa på (i alla avseenden) exakta utfall för den enskilde, men kan ändå ge en relevant indikation. Det finns också redan i dag beräkningsstöd för exempelvis bostadstillägg för personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning som just visar på preliminära, ungefärliga förutsättningar för ersättning.

Möjligheten att arbeta inom regelverket för steglös avräkning kommer att upphöra inom överskådlig tid, men ännu ett tag kommer det finnas försäkrade som omfattas av lagstiftningen och vid en sammanvägd bedömning anser utredningen att det därför ändå kan vara relevant att utveckla ett beräkningsstöd.

Det har till utredningen lyfts farhågor kring att ett beräkningsstöd även kan skapa problem för den enskilde. Risken finns t.ex. att otillräckliga uppgifter matas in av den försäkrade i beräkningssnurran och att den beräknade ersättningen tolkas som ett beslut och därmed ger individen felaktiga förhoppningar. Utredningen kan emellertid konstatera att denna typ av beräkningshjälp redan i dag finns för

bostadsbidrag för unga och för bostadstillägg. Det är således inget nytt problem som i så fall uppstår enbart för steglös avräkning. I de befintliga it-systemen med beräkningshjälp framgår tydligt att det endast är ett exempel som visas och att de bygger på att den enskildes uppgifter är korrekta och att personen även behöver uppfylla samtliga krav för rätt till den aktuella ersättningen. Utredningen anser därmed att med liknande formuleringar som de nyss nämnda, kan risken för missförstånd begränsas även för beräkningsstöd gällande steglös avräkning. Utredningen anser därför att fördelarna med ett it-stöd för beräkningshjälp överväger nackdelarna.

16.1.3 Inriktningsförslag – steglös avräkning och arbetsgivardeklaration på individnivå

Som tidigare konstaterats är regelverket för steglös avräkning administrativt mödosamt. Bl.a. måste den försäkrade uppskatta vilka inkomster han eller hon kommer ha och löpande anmäla om det uppstår förändringar. Ett resultat av att det kan vara svårt att uppskatta inkomsterna i förväg är att vissa personer får stora återkrav som ska regleras först två år efter att de har arbetat. Administrationen av regelverket är också betydande för Försäkringskassan. Det handlar bl.a. om att i förekommande fall få fram kompletterande information om anmälda inkomstuppgifter, hantering av återkrav m.m.

Samtidigt är det i dag relativt få personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning (2019 var det ca 5 800 personer), ett flertal av personerna är äldre och det finns inget inflöde till den grupp som omfattas av detta regelverk. Således kommer möjligheten att arbeta inom regelverket för steglös avräkning att upphöra inom överskådlig framtid.

I ljuset av nyss nämnda faktorer lämnar utredningen ett *övergripande inriktningsförslag* gällande en alternativ reformering av reglerna för steglös avräkning. En sådan reform bedöms dock vara omfattande, bl.a. sett till att Försäkringskassan i fall behöver använda AGI som underlag för beslut om just steglös avräkning. Det torde både kräva juridiska analyser av nuvarande regelverk för steglös avräkning och om regler kring sekretess m.m. Dessutom kan införandekostnaderna avseende bl.a. utveckling av it-system för sådana förändringar bli relativt omfattande. Det torde också innebära att regelverket först skulle kunna träda i kraft om några år. Därmed blir

frågan hur många personer som vid den tidpunkten fortfarande omfattas av regelverket samt det förväntade antal som kommer använda sig av de nya reglerna också viktiga aspekter att beakta.

Närmre om AGI m.m.

Sedan den 1 januari 2019 ska alla arbetsgivare i Sverige månadsvis redovisa utbetalda löner och avdragen skatt på individnivå för alla sina anställda till Skatteverket. Detta redovisas i arbetsgivardeklarationen och kallas för arbetsgivardeklaration på individnivå, AGI. Således är det inkomst av tjänst som redovisas i detta system. Alltså framgår exempelvis genom dessa AGI:er inte vilka inkomster personer med inkomst av näringsverksamhet har.

Skulle hela tillämpningen av systemet med steglös avräkning ändras till en hantering genom AGI krävs mycket utveckling, och det kan ifrågasättas om kostnaderna för sådan utveckling är motiverade om de endast kommer systemet med steglös avräkning till gagn.

Vid steglös avräkning skulle AGI kunna användas för att löpande få information om den försäkrades faktiska inkomst, dvs. senast i slutet av månaden efter respektive månad den försäkrade haft inkomst. Ifall det blir aktuellt att gå vidare med en sådan lösning finns det emellertid flera frågor som behöver analyseras ytterligare. Det handlar bl.a. om hantering av eventuella fel i inrapporterad AGI samt hur arbetsinkomster som inte redovisas genom AGI ska hanteras. Det sistnämnda gäller bl.a. egenföretagare och försäkrade som arbetar i ett annat land än Sverige. Ifall AGI ska användas för mer löpande justering behöver även dagens beräkningssystem med steglös avräkning ses över i grunden. Det beror bl.a. på att själva avräkningen med steglös avräkning, inkomster, fribelopp, etc. i dag beräknas utifrån hela kalenderår.

Sammanfattningsvis har AGI alltså potential att förenkla administrationen både för (anställda) försäkrade och Försäkringskassan när det gäller arbete enligt reglerna för steglös avräkning. Emellertid löser AGI inte hanteringen för egenföretagare, personer som arbetar i ett annat land än Sverige etc. Nuvarande beräkningssystem för steglös avräkning behöver i så fall också reformeras, eftersom systemet i dag baseras på beräkningar sett till hela kalenderår. Dessutom är en viktig faktor att det tar relativt lång tid, troligen flera år, innan regel-

verket kan finnas på plats. Därmed bör även beaktas hur många försäkrade som vid den eventuella införandetidpunkten fortfarande omfattas av regelverket och hur många av dem som är troligt att de kommer arbeta med steglös avräkning.

16.2 Huvudgrupp 2, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008

16.2.1 Flexiblare möjligheter till arbete med vilande sjukersättning

Utredningens förslag: Vilandeförklaring av sjukersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar. Den minsta period som ersättningen ska kunna förklaras vilande är en timme per kalendermånad.

Vid vilandeförklaring av sjukersättning för en viss kalendermånad ska ersättningen betalas ut med ett preliminärt belopp. Ersättningen ska slutligt bestämmas utifrån det antal timmar som den försäkrade har förvärvsarbetat under kalendermånaden. Detta mått ska utgöra den försäkrades reduceringstid och uppgår till 1/168 för varje arbetad timme. Den slutligt bestämda ersättningen för en viss kalendermånad ska beräknas genom att reduceras med reduceringstiden. Reglering av ersättningen ska ske vid efterföljande utbetalningstillfälle, eller om detta inte är möjligt, vid utbetalning så snart som möjligt därefter. Försäkringskassan ska vid denna utbetalning få besluta att dra av ett belopp i avräkning på vad som betalats ut för mycket.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade i dagsläget använder sig av möjligheten att förvärvsarbeta med vilande ersättning. En av de främsta förklaringarna till det låga användandet är att de som beviljats sjukersättning överlag har mycket begränsad arbetsförmåga som inte heller förbättras över tid. En annan viktig förklaring är att arbetsmarknaden är så beskaffad att dessa försäkrade ofta har svårt att hitta ett arbete som passar dem och en arbetsgivare som är villig att ta emot dem.

Det finns vidare en oro bland många försäkrade att deras ersättning kan dras in eller minskas vid eller efter arbete med vilande ersättning samt en rädsla för att inte klara av att arbeta mer än kortare perioder i taget. Omständigheten att systemet med vilande ersättning vid arbete inte är särskilt flexibelt utgör ytterligare en faktor som kan göra det svårare för försäkrade att arbeta under tid med ersättning, eftersom det inte ger utrymme att arbeta kortare perioder. Ersättningen behöver enligt gällande regelverk vilandeförklaras under hela kalendermånader, som minst under en hel månad och som lägst med 25 procent av heltid.

Med ett system för vilande ersättning som tillåter även kortare arbetsinsatser utan att ersättningen måste förklaras vilande en hel månad kan fler försäkrade ges utrymme för att använda en restarbetsförmåga också i mer tillfälligt arbete. Detta kan öka möjligheterna att varje person kan använda den restarbetsförmåga som denne de facto besitter. Det är också tänkbart att det skulle göra det lättare för försäkrade att tacka ja till en arbetsmöjlighet som passar dem även om det är av mer tillfällig och mindre omfattande karaktär. Sådana arbetsmöjligheter visar sig ofta med kort varsel. Det kan för denna grupp vara särskilt viktigt med en möjlighet att agera när motivation och möjlighet finns, i stället för att långt i förväg och under minst en månads tid förklara ersättningen vilande till minst en fjärdedel.

Utredningen ser mot denna bakgrund ett behov av att regelverket utformas så att det fungerar även i sådana situationer. Utredningen anser att det vore till fördel om systemet kan anpassas efter det arbetstillfälle som individen fått möjlighet till, inte tvärtom. Omfattningen på det arbete som den enskilde ska utföra bör vara en överenskommelse mellan arbetsgivare och arbetstagare utifrån de möjligheter som arbetet ger. Arbete bör uppmuntras, särskilt för dessa grupper, och inte styras av fasta gränser i systemet för vilande ersättning. Resultatet av en sådan mer flexibel regel bedömer utredningen kunna bli ett mer anpassat och mer förutsebart system för såväl enskilda försäkrade som potentiella arbetsgivare. Genom att dessa inte behöver dela upp arbetet i kvartiler kommer förutsättningarna för att kunna arbeta bli mer flexibla och enskilda försäkrade bör i större utsträckning än i dag kunna pröva arbete och använda den arbetsförmåga som eventuellt återstår. Ett system som tillåter mindre omfattning för vilande ersättning bör vidare kunna bli mindre komplext

för enskilda och arbetsgivare eftersom systemet anpassas till arbetstiden i stället för tvärtom. Den beräkningstekniska delen som vilar på Försäkringskassan kommer visserligen att bli mer komplex. Denna bör dock underlättas genom en utvecklad it-lösning som utredningen menar kommer att behövas för att underlätta administrationen.

En mer flexibel möjlighet till vilande ersättning skulle också kunna bidra till att minska oron hos de försäkrade över att arbete med vilande ersättning riskerar att leda till att förmånen dras in eller minskas. Detta inte minst eftersom mer flexibla möjligheter i vart fall kan upplevas uppmuntra till att steg för steg, i en omfattning som passar individen, pröva att arbeta och eventuellt öka omfattningen om möjligheten finns.

Utredningens uppfattning är därför att regelverket om vilande sjukersättning behöver modifieras och göras mer flexibelt. Regelverket bör inte bara underlätta för, utan även understödja, försäkrades möjligheter att förvärvsarbeta även under kortare perioder eller vid mer tillfälliga arbetstillfällen. Det måste finnas utrymme för försäkrade att mer flexibelt kunna närma sig arbetslivet och pröva sin arbetsförmåga. Vid kortare arbetsinsatser ska det vara möjligt att ha ersättningen vilande under den aktuella månaden men få avdrag från ersättningen endast motsvarande den tid som arbetet faktiskt pågår. Detta kräver bl.a. förändringar i konstruktionen av regelverket för hur ersättningen ska beräknas och hur avdrag från ersättningen för arbetad tid ska kunna göras i efterhand och på flexibelt sätt.

Ett system med flexibel vilande ersättning, som även inkluderar möjlighet till vilande i kvartiler

Dagens system för vilande ersättning vid arbete är kopplat till att sjukersättningen, under en eller flera hela månader framåt i tiden, ska minskas med 25, 50, 75 eller 100 procent. Det innebär att en försäkrad som vill arbeta under kortare tid än en månad, exempelvis en vecka eller några dagar, får minskad ersättning i en större omfattning och längd än vad denne faktiskt arbetar. Detta minskar avsevärt de ekonomiska incitamenten för den försäkrade, som kanske inte har förmåga eller möjlighet att arbeta i en större omfattning.

Dagens system med vilande ersättning svarar enligt utredningens bedömning inte mot den utveckling på arbetsmarknaden som åtminstone i vissa branscher gått mot ett större inslag av kortare anställ-

ningar. Utredningen ser det som eftersträvansvärt att även personer med sjukersättning ska kunna ta del av de arbeten som dessa delar av ekonomin erbjuder. Många av dessa arbeten är till sin karaktär utformade som kortare tidsbegränsade anställningar och där framförhållningen för dessa uppdrag ofta kan vara ganska kort. Det ställer således ytterligare krav på flexibiliteten i systemet för vilande ersättning.

Utredningens förslag innebär mot denna bakgrund att ersättningen utöver dagens möjligheter också ska kunna förklaras vilande till mindre del än dagens kvartiler. En fråga som då uppkommer är under hur kort arbetstid sådan vilandeförklaring ska kunna göras. Utredningen är här av uppfattningen att ersättningen ska kunna förklaras vilande för enskilda dagar eller delar av dagar så länge det är fråga om hela timmar. De minsta tidsenhet som en ersättning kan förklaras vilande under en månad ska således vara en timme.

Det mer flexibla systemet ska dock inte innebära att den översiktlighet som dagens system kan anses innebära går förlorad. Även om ersättningen kan förklaras vilande motsvarande den omfattning den försäkrade arbetar, ska det även fortsättningsvis vara möjligt för en försäkrad att ha vilande ersättning enligt nuvarande system. En försäkrad som exempelvis har en regelbunden arbetstid, och där systemet med en månadsvis vilandeförklaring om 25, 50, 75 eller 100 procent av förmånen är relevant, ska även fortsättningsvis kunna ha sin ersättning vilande i en sådan omfattning. Utredningens förslag innebär alltså att det ska vara möjligt, men inte nödvändigt, att precisera omfattningen på hur stor del av ersättningen som ska vara vilande på ett närmare sätt än en hel månad och en viss kvartil av ersättningen.

Vid bestämmande av med vilken kvotdel ersättningen ska vilandeförklaras ska utgångspunkten vara den omfattning som den försäkrade avser att arbeta. Försäkringskassan kan i dagsläget inte på eget initiativ, mot den försäkrades vilja, fatta beslut om vilandeförklaring och detta ska också gälla avseende frågan om på vilken andel vilandeförklaring ska ske.

Ansökan om vilande ersättning ska även fortsättningsvis göras på förhand

Enligt nuvarande regelverk ska den försäkrade ansöka om vilande ersättning innan arbetet påbörjas. Detta beror på att ersättningen ska kunna beräknas på ett så korrekt sätt som möjligt så att utbetalningen också blir korrekt.

För att öka flexibiliteten i systemet har utredningen övervägt möjligheten att göra det möjligt för försäkrade att i efterhand informera Försäkringskassan att de har arbetat. På så sätt skulle det bl.a. bli lättare för försäkrade att tacka ja till arbete med kort varsel. Utredningen bedömer att ett så pass flexibelt system vore önskvärt, inte minst för att arbetstillfällen kan uppstå plötsligt och oväntat. Ett sådant system medför dock ett behov av att bevilja samtliga ersättningar preliminärt, på ett liknande sätt som vid systemet med steglös avräkning (se avsnitt 14.2.4). Detta behövs för att det ska vara möjligt att justera utbetald ersättning i efterhand. Ett sådant system kan ge en viss form av trygghet för den enskilda försäkrade eftersom risken för återkrav minskar.

Utredningen bedömer dock att ett införande av ett sådant system innebär en alltför stor ökning av administrationsbördan för såväl den försäkrade som för Försäkringskassan. Den konsekvens som innebär att samtliga utbetalningar av sjukersättning och aktivitetsersättning endast blir preliminära är också en oönskad effekt av en sådan lösning. Den försäkrade ska därför liksom i dag ansöka om vilande ersättning innan arbetet påbörjas.

Det sagda innebär dock att det krävs en flexibilitet för att den försäkrade ska kunna ta ett arbete och ansöka om vilande ersättning hos Försäkringskassan. Möjligheten till att kunna ta ett jobb som kan fungera för den enskilde kan komma med kort varsel. Det är därför viktigt att ett beslut om vilande ersättning inte är beroende av att Försäkringskassan, som i vissa fall har långa handläggningstider, ska hinna fatta ett formellt beslut i frågan innan arbetet påbörjas.

I stället ska det enligt utredningens förslag räcka med att den försäkrade har ansökt om att ersättningen ska vilandeförklaras innan arbetet påbörjas.

Ett nytt system för reglering av utbetald ersättning behöver införas

Utredningens förslag bygger på att en försäkrad ska kunna förvärvsarbeta med sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilande på ett mer flexibelt sätt än i dag. Dessa ersättningar är månadsersättningar och betalas enligt huvudregeln ut varje månad för en period som avser den innevarande månaden.[4] I denna fråga avser inte utredningen att göra några förändringar; det är till exempel inte aktuellt att förändra ersättningarnas karaktär och göra om dem till dagersättningar.

Inte heller är det aktuellt att fatta beslut om återkrav i alla de fall där en försäkrad har arbetat en viss månad och ansökt om att få sin ersättning vilande motsvarande arbetstiden. Återkrav utgör en speciell typ av betungande beslut där Försäkringskassan har bevisbördan och där den försäkrade inte har fullgjort en anmälningsplikt eller medverkat till att ersättning har utgått felaktigt. Ett användande av återkravsinstitutet i ett sammanhang som detta framstår som olämpligt, där den omfattande administration som en återkravsprocess innebär utgör bara ett av flera tungt vägande skäl emot ett användande av återkrav i dessa fall.

För att systemet ska vara så flexibelt som utredningens redogjort för och samtidigt möjligt att administrera på ett rimligt sätt krävs således att en möjlighet för justerande av ersättning i efterhand införs. I dagsläget saknas rättsligt stöd för sådana korrigeringar av ersättning genom minskande av senare utbetalningar av månadsersättning, men som samtidigt inte innebär en återkravsutredning.

En möjlighet till sådan kompensation kräver enligt utredningens bedömning en ordning med beslut om preliminär ersättning och beslut om slutlig ersättning, på sätt som liknar dagens regler om steglös avräkning. I detta fall är det emellertid endast den som ansöker om vilande ersättning, och inte samtliga personer som får utbetalning av sjukersättning eller aktivitetsersättning, som får preliminär ersättning, vilket innebär en betydligt mindre ingripande förändring. Utredningen menar att viss ledning i denna fråga därför bör kunna hämtas från detta system. Enligt detta regelverk lämnas sjukersättning med preliminärt belopp utifrån den försäkrades ansökan och däri angivna uppgifter och ett beslut om slutlig sjukersättning fattas först i efterhand. Den preliminära sjukersättningen vid steglös avräkning avser upp till tolv månader. Ett regelverk som avser vilande

[4] 36 kap. 29 § SFB.

ersättning vid förvärvsarbete bör emellertid utgå från månader. Nedan redogörs i detalj för de olika moment som regelverket med vilande ersättning vid förvärvsarbete föreslås innehålla.

En vilandeförklaring ska avse viss del av ersättningen under en viss kalendermånad

En försäkrad som ansöker om vilande ersättning för arbete för en viss månad, som kan vara den innevarande eller en kommande, kommer att få sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilandeförklarad till denna del för hela den kalendermånad som arbetsinsatsen avser. Det medför att ersättningen för hela den anmälda månaden också blir preliminär. Slutlig ersättning för månaden kommer att regleras vid efterföljande månadsutbetalning. Samtidigt påbörjas den ramperiod om maximalt 24 månader under vilken den försäkrade kan ha sin ersättning vilande.

Precis som gäller i dag ska det vara möjligt att ansöka om vilandeförklaring för flera månader framåt i tiden.

Avdrag från ersättningen ska göras utifrån en reduceringstid som baseras på den försäkrades arbetade timmar

Till skillnad från reglerna om steglös avräkning är reglerna om vilande ersättning vid arbete uppbyggda på den *tid* som den försäkrade väljer att ha ersättningen vilande för arbete. Vilken *inkomst* förvärvsarbetet ger är däremot inte relevant för den vilande ersättningen.

Utbetalning av sjuk- och aktivitetsersättning sker månadsvis och reducering av månadsbeloppet sker vid vilande ersättning i dagsläget i kvartiler. Med den flexibilitet i systemet som utredningen föreslår kan ersättningen vara vilande upp till 100 procent av en normal heltidstjänst. Av administrativa skäl föreslås också att en lägsta nivå sätts. Utredningen menar att en rimlig sådan gräns är att arbetet måste uppgå till minst en timmes arbete per kalendermånad. Det anmälda arbetet ska också avrundas uppåt till hela timmar och avdraget från ersättningen ska justeras utifrån hela timmar för en viss kalendermånad. En mindre tidsenhet än en timme bedöms medföra för stora administrativa hinder, samtidigt som flexibiliteten får anses uppfylld genom att försäkrade har möjlighet att arbeta enskilda timmar.

För att bestämma hur den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning ska påverkas till följd av att ersättningen förklaras vilande i viss omfattning för förvärvsarbete behövs en reglering av den tid som den försäkrade arbetar. Ett nytt begrepp införs för detta ändamål: *reduceringstid*. Det antal timmar som en försäkrad har förvärvsarbetat under en viss kalendermånad utgör hans eller hennes reduceringstid. För varje arbetad timme en viss kalendermånad ska ersättningen den månaden reduceras med en etthundrasextioåttondel (1/168), ett mått som grundas i ett antagande om 21 arbetsdagar under en månad och åtta timmars arbete per arbetsdag.

Det finns i dagsläget några system som liknar det utredningen nu föreslår. Ett är systemet med steglös avräkning. Ett annat är regelverket för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som vistas på institution. Vid institutionsvistelse görs avdrag från försäkrades sjuk- eller aktivitetsersättning. Ska sjukersättning eller aktivitetsersättning inte betalas ut för del av en kalendermånad, beräknas förmånen för varje dag till en trettiondel av månadsbeloppet och avrundas till närmaste högre krontal.[5] Försäkringskassan gör således redan i dagsläget avdrag från månadsersättningar som sjukersättning och aktivitetsersättning i vissa fall och avdragen baseras på hur stor del av kalendermånaden som ersättningen inte ska betalas ut. I fallet med institutionsvistelse används en schablon om 30 kalenderdagar per månad.

Utredningen har övervägt ett avdrag motsvarande det som görs för institutionsvistelse. Det avdraget baseras dock på hela dagar och utgår från samtliga kalenderdagar under en månad. Det avdrag som ska göras för vilande ersättning vid arbete behöver p.g.a. förslagets utformning i stället motsvara arbetstimmar under en månad. En parallell kan här anses vara en anställd som beviljas partiell tjänstledighet utan lön. Avdraget från lönen motsvarar då de timmar som personen inte arbetar, relaterat till anställningens omfattning.

Det är inte angett i lag hur många timmar en försäkrad ska arbeta per månad för att arbetet ska anses uppgå till heltid. Arbetstiden får som huvudregel inte uppgå till mer än 40 timmar per vecka enligt 5 § arbetstidslagen (1982:673). Arbetsgivaren kan dock bestämma en kortare arbetstid, och inom vissa branscher regleras detta i kollektivavtal om ett sådant finns. Eftersom arbetstiden inte får vara längre än 40 timmar per vecka, så är ca 160 timmar per månad att anse som

[5] 106 kap. 37 § SFB.

heltid, med utgångspunkten i att en månad innehåller fyra arbetsveckor. Det närmre antalet verkliga arbetstimmar kan dock variera från månad till månad, beroende på hur många arbetsdagar som finns den aktuella månaden.

Hur många arbetstimmar en heltidstjänst omfattar per månad varierar således mellan olika branscher och avtal och de faktiska månadernas längd. Utredningen konstaterar att det således finns flera sätt att räkna ut hur många arbetstimmar en kalendermånad utgör. Utredningen bedömer att en rimlig utgångspunkt är att heltidsarbete ska bedömas på samma sätt som vid prövning av rätt till sjukersättning. Således bör heltid avse en arbetstid om 40 timmar i veckan om det inte finns kollektivavtal inom arbetsområdet som anger annat.[6] Vidare kan konstateras att antal arbetade timmar varierar mellan olika månader. För att systemet ska vara tillräckligt överskådligt och förutsebart anser dock utredningen att avdrag bör göras enligt en schablon om arbetstid per månad, oavsett hur många dagar den aktuell månaden innehåller.

Vid beräkningen av en försäkrads sjukpenning används den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI). En försäkrads SGI utgörs av den årliga inkomst i pengar som en han eller hon tills vidare kan antas få. För beräkning av SGI beräknas den arbetade tiden utifrån en schablon om 260 arbetsdagar eller 2 080 arbetstimmar per år för en heltidsarbetande försäkrad. Detta motsvarar också 40 arbetstimmar i 52 veckor. Beräkningen inkluderar semester och utgör således en bruttoarbetstid. Per månad skulle det innebära en schablon om ca 173 timmar per månad, efter avräkning för semester och avrundat nedåt till närmaste hel timme. En sådan schablon har dock nackdelen att den inte är jämnt delbar med fyra och de kvartiler som vilande ersättning alltså även fortsättningsvis ska kunna baseras på. Ett annat sätt att beräkna månadsarbetstid är att utgå från att varje månad har 4 veckor. Utifrån en sådan beräkning har en månad 160 arbetstimmar. Fördelen med en sådan schablon är att antalet timmar är jämnt och lätt att räkna på, medan nackdelen är att antalet möjliga arbetstimmar under de flesta faktiska månader blir färre än i realiteten. Vid beräkning av semestertillägg används att mått på arbetstid som utgår från 21 arbetsdagar per månad.[7]

[6] Försäkringskassans RAR 2002:17 till 33 kap. 11 SFB.
[7] Prop. 2009/10:4, s. 49.

För att systemet ska bli administrativt hanterbart, anser utredningen att det krävs en schablon för avräkning från ersättningen utifrån arbetade timmar. Baserat på detta innebär förslaget att antalet arbetsdagar under en månad ska vara 21 och att heltidsmåttet om åtta timmars arbete per arbetsdag ska användas. Det ger ett mått om 168 arbetstimmar per månad.

Sjuk- eller aktivitetsersättning ska bestämmas slutligt utifrån en försäkrads reduceringstid

En försäkrad som har fått sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilande efter en ansökan och har fått sin ersättning utbetald som preliminär ersättning för en viss kalendermånad kommer senare att få ersättningen för samma månad slutligt bestämd. Detta beslut om slutlig ersättning ska göras utifrån den försäkrades reduceringstid.

Den ersättning som en försäkrad har fått utbetalad som preliminärt belopp, och som senare slutligt bestämts genom att reduceringstiden i form av arbetade timmar har dragits av från ersättningen, ska regleras vid efterföljande utbetalning.

Utredningen kan konstatera att i samband med att en försäkrad ansöker om att arbeta med vilande ersättning kan avdrag sällan göras på ersättningen för samma månad som förvärvsarbetet utförs. Därmed kommer avdraget i dessa fall tidigast att kunna göras vid närmast följande månads utbetalning.[8] Det innebär att det blir en förskjutning av avdraget på ersättningen, dvs. om avdrag kan göras först på ersättningen för månaden efter den då förvärvsarbetet genomfördes beräknas avdraget på det månadsbelopp som den vilande ersättningen avser.

Regleringen av den sjuk- eller aktivitetsersättning som betalats ut under tid med vilande ersättning för förvärvsarbete kommer enligt utredningens förslag att ske tidigast månaden efter att förvärvsarbetet har utförts. Utredningens förslag innebär att detta bör ske så snart som möjligt och helst redan vid den utbetalning som avser månaden efter den aktuella kalendermånaden. Vid denna utbetalning minskas den utbetalda ersättningen med skillnaden mellan det preliminära och slutliga ersättningsbeloppet. Om detta inte är möjligt ska regleringen ske så snart som möjligt vid efterföljande utbetalningar.

[8] Jfr Försäkringskassans vägledning 2013:3 version 6, s. 96 och prop. 1988/89:33, s. 17–18.

I de mer ovanliga fall där det inte finns någon efterkommande månad där ersättning kan slutregleras, till exempel då den försäkrade har nått den ålder då sjukersättning inte längre kan utbetalas eller om en försäkrad med aktivitetsersättning har nått sista månaden i en ersättningsperiod, får del delen av slutregleringen som ska återbetalas ske genom en återkravsprocess som Försäkringskassan initierar.

Utredningen menar, i likhet med Försäkringskassan, att det inte kommer att vara hanterbart att tillämpa 108 kap. 22 § SFB, då tillämpningen av den bestämmelsen kräver att en skälighetsbedömning ska göras vid varje kvittning, vilket inte blir praktiskt möjligt att hantera. I stället behöver en ny kvittningsregel införas. Utredningen föreslår därför att en särskild bestämmelse ska införas som gör det möjligt för Försäkringskassan att vid senare utbetalning göra ett avdrag på utbetald ersättning motsvarande vad som betalats ut för mycket.

Ansöknings- och beslutsprocessen

En försäkrad som avser att arbeta med vilande ersättning behöver ansöka om vilandeförklaring av sjuk- eller aktivitetsersättningen på motsvarande del som man ska arbeta, innan arbetet påbörjas. Den försäkrade måste dock inte ha fått beslutet om vilandeförklaring innan arbetet påbörjas. Försäkringskassan fattar sedan ett beslut om vilandeförklaring och preliminär ersättning för arbete utifrån de uppgifter som angetts i den försäkrades ansökan.

Det är viktigt att ansökan görs i förväg. Om den försäkrade inte ansöker innan han eller hon börjar arbeta kan det bli aktuellt för Försäkringskassan att ompröva rätten till ersättning eftersom han eller hon då har arbetat med nyttjande av en arbetsförmåga som han eller hon inte antogs ha vid tidpunkten för beslutet om ersättning.

Ansökan ska omfatta den tid den försäkrade avser arbeta, detta oavsett om det är fråga om exempelvis halvtidsarbete det närmaste året eller en engångsinsats 4 timmar kommande vecka. Vid ansökan ska den försäkrade ange i stort sett samma uppgifter som i dagsläget, men med hänsyn till att reglerna är mer flexibla krävs mer detaljer. Vid frågan om i vilken omfattning ersättningen ska vara vilande kan den försäkrade ange 25, 50, 75 eller 100 procent, precis som i nuläget. Den försäkrade kan också ange någon annan procentsats. Den försäkrade ska också ange vilken tidsperiod ansökan gäller, förslagsvis

mellan vilka datum. Om den försäkrade endast avser att arbeta några timmar en viss dag, kan antal timmar och det aktuella datumet anges i ansökan. Vill den försäkrade arbeta i varierande omfattning varje dag i en vecka, kan han eller hon ange det totala antalet arbetstimmar, ange datum för när veckan börjar respektive slutar samt beskriva hur han eller hon planerar att lägga upp sin arbetstid. Liksom i dagsläget bör den försäkrade även ange ytterligare information om arbetet, exempelvis uppgifter om arbetsgivare, första arbetsdag och arbetstid.

Den försäkrades ersättning under innevarande kalendermånad påverkas inte, men denna ersättning kommer i och med den försäkrades ansökan att utgöra en preliminär ersättning. I stället kommer det avdrag för den tid som ersättningen har förklarats vilande att belasta nästkommande månads utbetalning.

Justering av ansökt period

Utredningen menar att det även fortsättningsvis, precis som i dagsläget, ska vara möjligt att avbryta en vilandeperiod i förtid. Den försäkrade kan själv begära att en pågående vilandeperiod avbryts.[9] Även Försäkringskassan kan avbryta en vilandeperiod på grunderna i 36 kap. 17 § SFB. Detta ska också fortsättningsvis vara möjligt.

Justeringar kan bli aktuella om arbetet helt upphör (genom exempelvis uppsägning eller permittering) eller om förutsättningarna för arbete ändras helt. Det kan även uppstå anledningar till att perioden med vilande ersättning behöver justeras, utan att för den delen avbrytas helt. Anledningarna till att en sedan tidigare ansökt period behöver justeras kan vara flera. Det kan exempelvis tänkas att ett planerat arbetstillfälle ställs in eller att den försäkrade blir tillfälligt sjuk. Med det mer flexibla system som utredningen föreslår blir också justeringar av vilandeperioden enklare. Så länge den ansökta perioden med vilande ersättning inte har inträffat kan den försäkrade korrigera ansökan genom att kontakta Försäkringskassan, exempelvis via Mina sidor, och då modifiera eller ta bort de dagar som avsetts vara vilande enligt tidigare ansökan.

Det kan exempelvis tänkas att en försäkrad har en så kallad behovsanställning och förväntar sig kunna arbeta i en omfattning om 50 procent en viss månad. Antalet arbetspass visar sig dock vara lägre

[9] 36 kap. 16 § SFB.

än beräknat och den anställde får endast arbeta i en omfattning om 40 procent. I en sådan situation kommer det inte vara möjligt för den försäkrade att få kompensation för de förlorade 10 procenten om han eller hon inte anmäler förändringen i förväg.

Som konstaterats ovan kan ersättningen, om det visar sig att den försäkrade har arbetat mer än vad ansökan avser, komma att omprövas, då den försäkrade har nyttjat arbetsförmåga som inte förklarats vilande och som inte antagits föreligga vid tidpunkten för beslutet om ersättning. Det är därför viktigt att den försäkrade korrigerar sin angivna arbetstid i god tid innan arbetet är tänkt att påbörjas, eftersom risken annars är att Försäkringskassan beslutar utifrån uppgifter som inte stämmer överens med hur den försäkrade faktiskt har arbetat.

Eftersom ersättningen bestäms utifrån en viss kalendermånad, och blir preliminär för en sådan månad efter att den försäkrade har ansökt om vilandeförklaring, kan en justering av tiden ske under den innevarande månaden. När månaden har passerat kan inte korrigeringar av denna månad längre göras.

Sjuklön och sjukpenning vid vilande sjukersättning för arbete

I dagsläget kan en person som har beviljats sjukersättning och har förmånen vilande för arbete få såväl sjuklön som sjukpenning vid kortare sjukdom som avser den del den försäkrade arbetar, om övriga förutsättningar för sådan ersättning föreligger. Utredningen ser inte skäl att ändra denna ordning. Reglerna torde dock i första hand avse de försäkrade som har sin ersättning vilande under en lägre period och i kvartiler.

Vid mycket korta perioder med vilandeförklarad ersättning torde det i normalfallet vara enklast för den försäkrade att justera ansökan om vilandeförklaring innan perioden påbörjas. På sätt kommer den försäkrade att behålla sjuk- eller aktivitetsersättningen för den aktuella perioden. Det är inte säkert att det arbete den försäkrade utför medför rätt till sjuklön om det exempelvis är fråga om ett kortare arbetstillfälle. Inte heller alla arbeten medför att den försäkrade kan få en fastställd SGI.

I de fall rätt till fastställd SGI finns och den försäkrade har rätt till sjukpenning kan sådan beviljas för den del som den försäkrade

skulle ha arbetat med vilande ersättning om han eller hon inte hade blivit tillfälligt sjuk. Sjukpenning utges i kvartiler. Sjukpenningen kommer i dessa fall att baseras på den försäkrades arbetstid och fastställda SGI.

Typfall – vilande ersättning vid förvärvsarbete

Exempel 1

En försäkrad har sjukersättning på 50 procent och arbetar på resterande 50 procent. Hon vill försöka gå upp i arbetstid. Hon prövar att arbeta ytterligare en hel dag i veckan, dvs. 20 procent av heltid. Hon avser att pröva att arbeta i denna omfattning under en månads tid och ansöker om att få sin sjukersättning vilande till motsvarande del, 20 procent av heltid (vilket motsvarar 40 procent av hennes sjukersättning på 50 procent). Det är med förslaget fortfarande möjligt att begära ersättningen vilande för en månad vilket hon också gör i detta fall. Hennes sjukersättning minskas med den del som är vilande, dvs. 40 procent av den sjukersättning hon har på 50 procent. Hon får behålla 25 procent av den del av sjukersättningen som är vilande.

Exempel 2

En försäkrad har hel aktivitetsersättning. Efter att ha haft ersättningen under 12 månader får den försäkrade ett erbjudande om att hjälpa till vid en konferens för den intresseorganisation han är aktiv i. Arbetet, som är betalt, motsvarar halvtid under fyra dagar. Den försäkrade vill gärna pröva sin arbetsförmåga under detta tillfälle och ser detta som en möjlighet. Senast dagen innan arbetet påbörjas anmäler han under Mina sidor på Försäkringskassans hemsida att han ska förvärvsarbeta och ansöker om vilande aktivitetsersättning för fyra timmar per dag dessa fyra dagar. För dessa sexton arbetade timmar reduceras månadens ersättning med 16/168. Den inkomst den försäkrade får påverkar inte hans aktivitetsersättning för innevarande månad men ett avdrag på kommande utbetalning görs utifrån den tid som aktivitetsersättningen förklarats vilande under månaden.

De ekonomiska incitamenteten för arbete med vilande sjukersättning framstår som väl avvägda

Utredningen har inte funnit stöd för att det skulle vara de ekonomiska incitamenten *i sig* – dvs. uppfattningen att arbete inte skulle löna sig – som gör att få försäkrade väljer att arbeta med vilande sjukersättning.

I dagens system med vilande ersättning vid arbete får den försäkrade en utbetalning av ett belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som är vilande. Utredningen menar att detta är ett viktigt inslag i systemet för vilande ersättning. Med en flexiblare möjlighet till arbete kan emellertid andelen arbete bli så låg att den 25 procentiga beloppet i sig knappast ger något ytterligare ekonomiskt incitament till arbete. Utredningen har övervägt en undre beloppsgräns eller undre gräns för i vilken omfattning ersättningen förklaras vilande för att utbetalning av månadsbeloppet ska ske. En sådan gräns skulle minska administrationen kring att utbetala små belopp. Sammantaget framstår emellertid det enklaste alternativet som att månadsbeloppet ändå betalas ut, oavsett omfattning på arbetet vid vilande ersättning. Det är inte heller möjligt att undvika en gränsdragningsproblematik för när utbetalningen ska göras respektive inte göras oavsett vilken nedre gräns som sätts. Mot denna bakgrund anser utredningen att månadsbeloppet bör betalas ut oavsett storlek och oavsett i vilken omfattning ersättningen är vilandeförklarad.

Det ska även fortsättningsvis krävas att den försäkrade haft ersättningen i minst tolv månader

Den försäkrade kan få vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning först när han eller hon under minst tolv månader omedelbart dessförinnan har haft sjukersättning eller aktivitetsersättning. Denna begränsning är enligt utredningens uppfattning väl avvägd. Tyngdpunkten i bedömningen ska ligga på beslutet om rätt till ersättning. Avsikten är naturligtvis inte att en försäkrad ska kunna beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning och omedelbart därefter kunna börja arbeta med vilande ersättning. Några förändringar föreslås därför inte i denna del och det kommer således även i fortsättningen att krävas att den försäkrade har haft ersättningen i minst tolv månader innan den kan förklaras vilande.

Begränsningen om maximalt 24 månader med vilande ersättning kvarstår

Enligt gällande regelverk upphör möjligheten att arbeta med vilande ersättning efter 24 månader. Den fortsatta rätten till ersättning ska omprövas om den försäkrade fortfarande arbetar som tidigare eller förändrar sin arbetsinsats i samband med att vilandeperioden tar slut.[10]

Utredningen har inte hittat stöd för att begränsningen i tid utgör en väsentlig del av problembilden med vilande ersättning. Dagens period om 24 månader framstår därmed som väl avvägd. Vid denna tidpunkt bör det för den försäkrade gå att bilda sig en uppfattning om arbetsförmågan har förbättrats mer varaktigt eller inte. Inga förändringar föreslås därför i frågan om hur länge en försäkrade kan ha sin ersättning vilande. Försäkrade ska vidare även fortsättningsvis åter kunna arbeta med vilande sjukersättning efter att 12 månader har gått sedan senaste 24-månadersperioden med vilande ersättning.

Den nuvarande ordningen är att 24-månadersperioden räknas från och med den månad i vilken den försäkrade väljer att arbeta och får delar eller hela ersättningen vilandeförklarad.[11] Också i de fall där en försäkrad endast arbetar några dagar eller veckor en viss månad ska månaden räknas som en av de tjugofyra månader som ersättningen kan vara vilande. Administrativa skäl och förutsebarhet för den enskilde och Försäkringskassan talar enligt utredningen för att så ska vara fallet även fortsättningsvis. Det är möjligt att ha vilande ersättning i upp till två år, och sedan efter ett år återigen ha vilande ersättning. Den försäkrade förlorar alltså inte möjligheten att arbeta i en större omfattning i framtiden på ett långsiktigt plan genom att arbeta i begränsad omfattning en viss månad. Med hänsyn till den stora flexibilitet som föreslås skulle det vidare kunna uppstå svårigheter kring att beräkna hur lång tid den försäkrade har kvar att ha sin ersättning vilande om hänsyn ska tas till att en försäkrad arbetat några dagar vid ett visst tillfälle, eller några veckor ett annat. Det skulle vidare medföra ökad administration för Försäkringskassan.

Om den försäkrade redan har påbörjat en period med vilande ersättning och det när regeländringarna träder i kraft ännu inte gått tjugofyra månader från och med den första månad som en försäkrad haft vilande ersättning, ska denna föreslagna regeländring inte inne-

[10] Prop. 1999/00:4, s. 27 och prop. 2002/03:89, s. 49.
[11] 36 kap. 14 § SFB.

bära att den försäkrade får möjlighet till en längre period med vilande ersättning än vad som annars vore fallet. Den tid som den försäkrade redan haft vilande ersättning ska därmed räknas in i den totala perioden med vilande ersättning som den försäkrade kan ha. Detta gäller även om den försäkrade under perioden med vilande ersättning ändrar omfattningen av arbetet och/eller sina studier i enlighet med de nya reglerna.

Något annat alternativ, exempelvis att från och med tidpunkten för när förändringarna trätt i kraft ska den försäkrades historik av vilande ersättning bortses ifrån, framstår inte som ändamålsenligt med hänsyn till syftena med begränsningen till maximalt 24 månader med vilande ersättning. Exempelvis betyder det att en försäkrad som haft vilande ersättning i 20 månader direkt innan de nya reglerna ska börja tillämpas alltså kan ha ytterligare fyra månader med vilande ersättning enligt de nya reglerna. Utöver detta ska det liksom i dag vara så att en försäkrad kan få 24 nya månader med vilande ersättning om den försäkrade har fått sin ersättning utbetalad i minst tolv månader sedan den senaste perioden med vilande ersättning avslutades.

Efter perioden med vilande ersättning

Under tiden med vilande ersättning har den försäkrade kompenserats utifrån den faktiska arbetstiden, men efter vilandeperiodens slut måste han eller hon bestämma på vilken nivå, sett till kvartiler, personen ska fortsätta sitt arbete. Om den försäkrade använder möjligheterna att ha ersättningen vilande och vill fortsätta arbeta under längre tid än de 24 månader det är möjligt att ha ersättningen vilande så kommer den försäkrade arbetsförmåga nämligen att prövas gentemot kvartiler, precis som vid prövningen av rätten till ersättning. Övergången kan upplevas som inkonsekvent, särskilt med hänsyn till att utredningen inte föreslagit någon ändring av bedömningen utifrån fjärdedelars nedsättning av arbetsförmågan vid prövningen av rätten till ersättning.

Förslaget syftar dock till att öka möjligheterna för försäkrade att förvärvsarbeta och pröva sin arbetsförmåga på ett mer flexibelt sätt under tiden med ersättning. En försäkrad som kunnat testa sin förmåga i varierande grad har mer underlag för sin bedömning av hur mycket han eller hon klarar av att arbeta. Under tiden med sjukersätt-

ning kanske den försäkrade började arbeta vid enstaka tillfällen för att våga testa på mer regelbundna uppgifter och kanske till och med en anställning om exempelvis en fjärdedel av heltid. Den försäkrade kan sedan ha fortsatt öka sitt arbetsutbud, både genom ytterligare tillfälliga insatser och stadigvarande och återkommande uppgifter, men det har inte fungerat med hänsyn till den försäkrades arbetsförmåga. Genom utredningens förslag ges individen möjlighet att på liknande sätt pröva sin arbetsförmåga i varierande grad och på olika sätt under tiden med ersättning. När det inte längre är möjligt att ha ersättningen vilande kommer det finnas ett bättre underlag för vilken arbetsförmåga individen har. Individen i exemplet skulle således kunna beviljas ersättning i en omfattning om tre fjärdedelar och arbeta motsvarande en fjärdedel. Det kan visa sig att en försäkrad genom upprepade försök att arbeta även i mindre omfattande insatser inte har någon arbetsförmåga alls. En försäkrad som kan arbeta i en omfattning om exempelvis 40 procent kan beviljas halv ersättning, på samma sätt som vid den ursprungliga bedömningen av rätten till ersättning. Genom att den försäkrade haft tryggheten att kunna jobba flexibelt (med sin främst inkomst i form av sjukersättning) kan han eller hon utvärdera sin förmåga att när vilandeperioden är slut ha en mer stadigvarande arbetstid.

16.2.2 Partiellt vilande sjukersättning vid studier

Utredningens förslag: Det ska vara möjligt att ha sjukersättningen partiellt vilandeförklarad under tid med studier. Vid studier ska sjukersättningen förklaras vilande i en omfattning som motsvarar studiernas omfattning, dock med vilande ersättning på någon av nivåerna hel, tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel.

Skälen för utredningens förslag: Förslaget att det ska vara möjligt att förklara sjukersättningen partiellt vilande vid studier syftar till att det ska bli möjligt för försäkrade att studera på deltid och enbart ha den del av sjukersättningen vilande som motsvarar studiernas omfattning och få resterande del av ersättningen utbetald.

Direktiven betonar att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas. Utredningen menar att det inte vore lämpligt att begränsa lättnader i form av exempelvis

möjligheter att studera till en viss besvärsbild eller vissa diagnoser. Detta skulle, utöver att medföra svåra handläggnings- och bedömningsfrågor, medföra ett avsteg från grundprincipen om den individuella bedömningen och att det inte är sjukdomens i sig, utan sjukdomens eller tillståndets påverkan på arbetsförmågan i det enskilda fallet som är avgörande för om en person ska beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Ett underlättande av möjligheter till studier måste därför enligt utredningens mening vara kopplad till ersättningsformen i sig, snarare än de underliggande faktorer som har medfört att en viss individ har beviljats ersättningen. Detta innebär emellertid enligt utredningens uppfattning inga nackdelar; även personer med intellektuell funktionsnedsättning kommer vara behjälpta av nu föreslagna förändringar av regelverket som syftar till att underlätta möjligheten att genomföra studier för samtliga personer som har sjukersättning.

Som framgått av avsnitt 15.2.1 är det mycket få försäkrade som beviljats sjukersättning som använder sig av möjligheten att få förmånen vilandeförklarad för studier. Utredningen bedömer att det är önskvärt att fler försäkrade prövar sin förmåga att studera, bland annat mot bakgrund av att studier både kan vara en väg till arbetslivet och ett mål i sig för en ökad livskvalitet. Som framgått i avsnitt 15.4.5 bedömer utredningen att ett hinder för försäkrade att använda möjligheten till vilande sjukersättning för studier är att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande vid studier, även när den enskilde avser att studera på deltid. Att hela ersättningen ska förklaras vilande, oavsett studiernas omfattning, bedöms som ett stort hinder för att fler ska våga använda möjligheten att studera med vilande ersättning och har en återhållande effekt. Det har nämligen exempelvis lyfts att det skulle underlätta för många försäkrade att studera just på deltid, bland annat med hänsyn till deras funktionsnedsättning.

I likhet med Försäkringskassan bedömer utredningen att fler skulle välja att studera med vilande ersättning om förslaget införs. En övervägande andel av personer med sjukersättning har hel förmån. För många kan heltidsstudier uppfattas som ett ouppnåeligt, men under rätt förhållanden kan deltidsstudier vara möjligt.[12]

Ett framträdande problem är således att dagens regelverk hindrar personer med sjukersättning att studera på deltid, eftersom den försäkrades hela sjukersättning måste förklaras vilande oavsett den om-

[12] Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.

fattning som den försäkrade studerar. En försäkrad med hel sjukersättning som väljer att studera på halvfart kommer alltså få hela sin sjukersättning vilandeförklarad.

Detta regelverk motverkar enligt utredningens uppfattning kraftigt de försäkrades möjligheter och motivation att studera. Det bör också beaktas att få försäkrade som är beviljade hel sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. juli 2008 kan förväntas ha förmåga till studier på heltid. Ett betydligt rimligare antagande är att dessa personer kommer att pröva och klara av studier på deltid. En sådan önskan om utökade möjligheter till deltidsstudier har också uttryckts från flera av de organisationer för funktionshindrade som utredningen har varit i kontakt med.

Utredningen har inte heller kunnat finna några starka skäl som motiverar den nuvarande ordningen att hela ersättningen måste förklaras vilande också då den försäkrade endast kommer att studera på deltid. De enda motiv som utredningen har kunnat hitta till denna ordning är att regeringen ansåg att ett månadsbelopp om 25 procent av aktivitetsersättningen inte skulle betalas ut vid vilande ersättning under studier mot bakgrund av regeringen bedömde det som rimligt att försäkrade som fått sin ersättning vilande för studier har samma studievillkor som övriga studerande när det gäller bland annat beviljande av studiemedel och vid återbetalning av studielån.[13] Utredningen har alltså inte kunnat hitta någon uttrycklig motivering till varför det inte ska vara möjligt för försäkrade att få sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande på deltid vid deltidsstudier, annat än att denna ordning framgår av ordalydelsen i 36 kap. 12 § SFB. Att motivet till lagstiftningens nuvarande utformning är att alla ska ha samma förutsättningar att studera är visserligen rimligt, men utredningen bedömer att det skulle kunna vara motiverat med en regellättnad, inte minst mot bakgrund av att personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning på ett övergripande plan har sämre förutsättningar än andra studerande, med hänsyn till sina funktionsnedsättningar.[14]

Mot bakgrund av vad som anförts i avsnitt 15.4.2 framstår alltså inte nuvarande ordning som motiverad. I likhet med vad som anförts av bland andra Försäkringskassan anser utredningen att det är ologiskt

[13] Se prop. 2012/13:1 utg.omr. 10, s. 49 avseende aktivitetsersättningen och prop. 2005/06:159 s. 22 avseende såväl sjukersättningen som aktivitetsersättningen.
[14] Riksrevisionen gör samma bedömning avseende personer med aktivitetsersättning, se RiR 2015:7, s. 103.

att möjligheten att studera med vilande ersättning inte är anpassad till möjligheten att få studiemedel för deltidsstudier.[15]

Utredningen föreslår därför att det ska vara möjligt för en försäkrad att få sin sjukersättning vilande i en omfattning om en fjärdedel, halv eller tre fjärdedelar, utöver dagens möjlighet till helt vilande förmån, på samma sätt som nuvarande regelverk vid vilande ersättning för arbete. Denna möjlighet ska gälla alla försäkrade, men utifrån de synpunkter och förslag som utredningen tagit del av är bedömningen att särskilt personer med intellektuell funktionsnedsättning kommer få lättare att studera med vilande ersättning om denna möjlighet införs. Vilken omfattning ersättningen ska förklaras vilande ska bedömas utifrån vilken studietakt den försäkrade studerar.

Det finns i dagsläget vissa möjligheter att studera utan att ha ersättningen vilande. Sjukersättningen ska nämligen förklaras vilande bara när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.[16] Det har inte framkommit skäl för utredningen att föreslå ändringar i denna ordning. Det ska dock givetvis stå den försäkrade fritt att ansöka om vilande ersättning för studier, även om de tänkta studierna inte förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när ersättningen beviljades.

Det ska alltså fortsättningsvis krävas att ersättningen förklaras vilande när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.[17] Om den försäkrade studerar utan att ha sin ersättning vilande ska Försäkringskassan utreda om det finns skäl att ompröva rätten till ersättningen på grund av att den försäkrade studerar. I så fall kan studierna vara en indikation på att den försäkrade har arbetsförmåga. Så ska vara fallet oavsett om den enskilde får ut studiemedel för studierna eller inte.

Det har inte framkommit skäl att ändra vilken typ av studier som ska kunna bedrivs med vilande ersättning. Vilandeförklaring för studier föreslås därmed omfatta samma typer av studier som i dagsläget. Det ska alltså i allmänhet vara fråga om studier på lägst gym-

[15] Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 34.
[16] Prop. 2005/06:159 s. 33.
[17] Prop. 2005/06:159 s. 33.

nasienivå, men det ska även vara möjligt att bedriva grundläggande studier.[18]

Utredningen har vidare övervägt frågan om den försäkrade även fortsättningsvis behöver ha fått ersättning utbetald under minst ett år innan det ska vara möjligt att få ersättningen vilande. Eftersom det inte har framkommit att denna begränsning medfört särskilda problem bedöms någon förändring i detta avseende inte vara motiverad.

Utredningen har beaktat möjligheten att också för studier införa de än mer flexibla regler för vilande ersättning för arbete som föreslås i avsnitt 16.2.1. Dessa regler är emellertid framtagna för att öka möjligheten för försäkrade att tacka ja till tillfälliga eller oregelbundna arbetstillfällen som dessutom kan uppstå med kort varsel. Studier är enligt utredningens uppfattning typiskt sett betydligt enklare att planera för långsiktigt, inte minst med hänsyn till att kurser och utbildningar ofta följer terminer och till att en ansökan om en studieplats ofta behöver göras med viss framförhållning. Vidare vet ofta den försäkrade på förhand i vilken studietakt den aktuella kursen eller utbildningen kommer ges. De flesta kurser löper under en viss förbestämd tid, exempelvis en eller en halv termin, och studietakten motsvarar ofta sjukersättningens fjärdedelsnivåer om bland annat helfart eller halvfart. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att samma flexibilitet som vid vilande ersättning för arbete inte behövs vid vilande ersättning för studier.

Regelverket för studiemedel och ekonomiska incitament

Av 3 kap. 25 § första stycket tredje punkten studiestödslagen (1999:1395) framgår att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det lämnas sjukersättning, aktivitetsersättning eller rehabiliteringsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av paragrafens femte stycke framgår vidare att regeringen får meddela föreskrifter som avviker från första stycket.

Enligt bestämmelsens förarbeten infördes den för att undvika att enskilda får stöd från olika system för samma tid och som exempel

[18] Av förarbetena framgår att det i allmänhet är fråga om studier på lägst gymnasienivå, men att det inte finns anledning att utesluta den som vill bedriva grundläggande studier, prop. 2005/06:159, s. 22.

angavs att statligt studiestöd inte bör kunna lämnas för samma tid som sjuk- och aktivitetsersättning utges.[19]

Utredningen konstaterar att en försäkrad alltså inte under samma period som han eller hon får hel sjukersättning även kan få studiemedel. Utredningen bedömer dock att en försäkrad som beviljats halv ersättning kan få studiemedel på kvarvarande halva, om denne studerar på denna tid och i övrigt uppfyller de krav som ställs för att kunna beviljas studiemedel.

I den utsträckning en försäkrad vill studera i en omfattning om exempelvis 50 procent bör han eller hon alltså kunna begära att ersättningen blir vilande i denna omfattning. Eftersom den försäkrade då endast kommer få sjukersättning i en omfattning om motsvarande halv förmån bör han eller hon kunna få studiemedel för de 50 procent som han eller hon avser att studera.

Utredningen konstaterar dock att det inte är möjligt att få studiemedel för studier som understiger halvtid, se 3 kap. 5 § studiestödslagen. Utredningen bedömer likväl att förslaget underlättar också för försäkrade som vill studera i en omfattning som understiger halvtid. En försäkrad som vill studera på 25 procent kommer varken kunna finansiera studierna med studiemedel eller med sjukersättning. I den utsträckning en försäkrad vill studera i denna omfattning kan han eller hon begära att ersättningen förklaras vilande i en omfattning om en fjärdedel men få sjukersättning i en omfattning om tre fjärdedelar utbetald. För den som vill studera på 25 procent innebär förslaget alltså att den försäkrade kan få viss försörjning i form av sjukersättning. Med dagens regler hade den försäkrade inte fått någon utbetalning alls.[20]

I likhet med Försäkringskassan anser utredningen inte att det finns skäl att göra någon särreglering av möjliga nivåer utifrån vad som är möjligt med hänsyn till studiemedel. Den försäkrade får på så sätt frihet att själv utforska vilket alternativ som passar honom eller henne och ansöka om det alternativ som passar bäst.[21]

Utredningen bedömer vidare att frågan om vilken omfattning ersättningen ska vara vilande bör bestämmas i förhållande till vilken studietakt den försäkrade formellt studerar. Studietakten är ett mått som visar hur mycket en studerande läser i genomsnitt under en ter-

[19] Prop. 2005/06:159, s. 22.
[20] Jfr Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.
[21] Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.

min eller studieperiod. I dagsläget beräknar CSN studietakten genom att dela antalet poäng med antalet veckor som den studerande läser. Är den försäkrade inskriven på kurser och beviljad studiemedel för heltidsstudier ska hela ersättningen förklaras vilande, studerar den försäkrade kurser i en omfattning om halvtid ska ersättningen förklaras vilande i motsvarande omfattning. Utredningen bedömer att studietakten är det administrativt minst betungande sättet att bedöma i vilken omfattning en försäkrad ska ha sin ersättning vilande.

Studerande som har en funktionsnedsättning som gör att studierna tar längre tid kan i vissa fall sänka studietakten till en långsammare takt, men ändå få studiemedel för samma takt som tidigare. En studerande kan till exempel kan läsa på 75 procent, men få studiemedel för studier på 100 procent. Försäkrade som studerar på 75 procent kommer dock genom utredningens förslag kunna ägna tid motsvarande heltid utan att behöva använda möjligheten att få studiemedel motsvarande hundra procent. Detta eftersom kvarvarande tid finansieras genom sjukersättningen.

Det är vidare tänkbart att situationen uppstår att en försäkrad studerar i en annan studietakt än motsvarande en fjärdedel, en halv, tre fjärdedelar eller hel ersättning. Utredningen bedömer att vid en sådan situation ska motsvarande perspektiv som i dag gäller för vilande ersättning för arbete gälla. Om en försäkrad studerar i en studietakt om 33 procent ska ersättningen förklaras vilande i en omfattning om 50 procent. Om en försäkrad studerar i en omfattning om 90 procent ska ersättningen förklaras helt vilande.

Utredningen anser vidare att det även fortsättningsvis ska vara möjligt för en försäkrad att behålla sitt bostadstillägg vid vilande ersättning för studier, oavsett i vilken studietakt och omfattning den enskilde avser studera. En försäkrad ska dock inte beviljas 25 procent av den ersättning som förklarats vilande för studier, vilket är fallet vid vilande ersättning för arbete.

Vilande ersättning för både studier och arbete samtidigt

Om den försäkrade under samma period både arbetar deltid och studerar på deltid blir hela ersättningen vilande på grund av studierna enligt dagens regler. Utredningen bedömer att det ska vara möjligt för en försäkrad att samtidigt ha ersättningen *partiellt* vilande vid

studier och *partiellt* vilande vid arbete. Vid bedömningen av hur mycket den försäkrade avser att arbeta respektive studera kan samma principer för bedömningen av arbetets omfattning användas som i dagsläget. Vid bedömningen av hur stor omfattning den försäkrade avser att studera bör studietakten i de kurser eller utbildningar som denne avser att delta i också kunna användas som utgångspunkt.

Om den enskilde har vilande ersättning för såväl arbete som studier ska denne även fortsättningsvis få ett månadsbelopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet. Som angetts ovan anser dock utredningen att det liksom i dag inte ska ske motsvarande utbetalning av månadsbeloppet på den del av ersättningen som är vilande för studier. Om den försäkrade under en och samma månad studerar och arbetar i en omfattning som tillsammans överstiger heltid ska månadsbeloppet betalas ut för den del som hänför sig till arbetet.

För att förtydliga kan tre exempel ges, alla gäller en försäkrad som beviljats hel sjukersättning.

Om den försäkrade arbetar i en omfattning om 25 procent och studerar i en omfattning om 50 procent ska han eller hon få sjukersättningen vilandeförklarad i en omfattning om tre fjärdedelar. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 25 procent, ska likväl betalas ut som månadsbelopp.

Om den försäkrade arbetar i en omfattning om 50 procent och studerar i en omfattning om 50 procent ska hela sjukersättningen vilandeförklaras. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 50 procent, ska dock betalas ut till den försäkrade.

Om den försäkrade i stället arbetar i en omfattning om 75 procent och dessutom studerar i en omfattning om 50 procent ska hela sjukersättningen förklaras vilande. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 75 procent, ska betalas ut som månadsbelopp.

Två års vilande ersättning för studier är en väl avvägd tid

Utredningen har beaktat förslag om att det ska vara möjligt att ha vilande ersättning för studier under en längre period om 24 månader i taget. Utredningen konstaterar här att det är möjligt för den för-

säkrade att få en ny period med vilande ersättning, under förutsättning att han eller hon fått sin ersättning utbetald under minst tolv månader mellan perioderna med vilande ersättning. Mot denna bakgrund anser utredningen inte att det behövs en förlängning av perioden under vilken det är möjligt att ha vilande ersättning. Begränsningen om 24 månader gäller oavsett om den försäkrade studerar under sin tid med vilande ersättning, arbetar under denna tid eller både studerar och arbetar under denna tid. Beräkningen görs alltså inte på så sätt att den försäkrade har möjlighet att ha vilande ersättning för studier i 24 månader och sedan vilande ersättning för arbete i 24 månader.

Liksom för vilande sjukersättning vid arbete ska gälla att ifall en försäkrad redan påbörjat en period med vilande ersättning vid studier och det när regeländringarna träder i kraft ännu inte gått tjugofyra månader från och med den första månad som den försäkrade haft vilande ersättning, ska denna föreslagna regeländring inte innebära att den försäkrade får möjlighet till en längre period med vilande ersättning än vad som annars vore fallet, se vidare avsnitt 16.2.1.

Ingen prövotid för studier för försäkrade med sjukersättning

Utredningen har övervägt om det liksom för aktivitetsersättning bör vara möjligt med prövotid för studier för personer som har sjukersättning. En sådan ordning skulle sannolikt bidra till att fler försäkrade skulle pröva sin studieförmåga.

Utifrån regelverkets nuvarande utformning, att personer med sjukersättning endast har möjlighet att pröva att studera med helt vilande sjukersättning, är vidare steget att börja studera och pröva studieförmågan större för personer med sjukersättning än för personer med aktivitetsersättning. Det kan verka avskräckande för personer med sjukersättning att behöva söka om alternativ försörjning redan från början vid ett studieförsök.

Mot bakgrund av att sjukersättningen och aktivitetsersättningen är olika förmåner med olika syften bedömer utredningen dock att möjligheten till prövotid för studier är bättre lämpad i aktivitetsersättningen, där det finns ett större rehabiliteringsperspektiv och fokus på att den försäkrade ska återgå i arbete, än i sjukersättningen. Aktivitetsersättningen är en tidsbegränsad förmån som på ett övergripande plan innehåller fler incitament för de försäkrade att aktivera

sig, bland annat genom aktiviteter. För rätt till sjukersättning krävs däremot att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Dessutom har personer som beviljats aktivitetsersättning ofta ingen eller ringa arbetslivserfarenhet, varför denna grupp generellt behöver fler vägar och alternativ för att närma sig arbetsmarknaden, exempelvis genom studier. Utredningen konstaterar vidare att med den föreslagna möjligheten till vilande ersättning på deltid för studier får även försäkrade med sjukersättning ökade möjligheter att pröva sin förmåga till studier i en takt som passar den enskilde. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att den nuvarande ordningen, med en mer generös möjlighet till studier genom prövotid för personer med aktivitetsersättning än för personer med sjukersättning, är väl avvägd.

16.2.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning

Utredningens förslag: Deltagande i sysslor av ideell karaktär ska inte medföra omprövning av rätten till sjukersättning om det inte innebär att den försäkrade uppvisar arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. För äldre försäkrade ska endast beaktas sådana normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av.

En försäkrad ska dock alltid, utöver möjligheten enligt första stycket, ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär, så länge omfattningen av detta sammantaget understiger tio timmar i veckan och förutsatt att sysslorna inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan.

Skälen för utredningens förslag: Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag som underlättar arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning. Det befintliga regelverket är svårt att överblicka och behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller. Annars finns det en risk att de avstår från möjligheter att delta i sam-

hällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Utgångspunkten för uppdraget är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Utredningen menar att det därför finns behov av att regelverket görs enklare och mer förutsebart för både den försäkrade och Försäkringskassan.

I utredningens analys av den utsträckning i vilken försäkrade med sjukersättning eller aktivitetsersättning deltar i samhällslivet redogjordes för vilken typ av sysslor detta kan röra sig om och möjliga förklaringar till att deltagandet är begränsat (se avsnitt 15.4.3). Bland annat kunde utredningen konstatera att det finns stora otydligheter i de gränser som avgör vad en försäkrad med beviljad sjuk- eller aktivitetsersättning kan göra och samtidigt kunna behålla ersättningen samt osäkerhetsfaktorer i bedömningarna. Överlappande system med begränsade möjligheter till olika typer av sysslor gör att det enligt utredningens uppfattning blir svårt för Försäkringskassan att bedöma frågorna och inte minst svårt för den enskilde att kunna avgöra vilka former av deltagande i samhällslivet som är tillåtna utan att rätten till ersättning påverkas. Dessa oklarheter får i sin tur ofta effekten att försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning drar sig för att delta i t.ex. politiskt arbete eller i föreningslivet. Detta utgör ej önskvärda konsekvenser av dagens regelverk och de osäkerhetsfaktorer det innehåller.

Utredningen är därför av uppfattningen att det krävs förändringar av regelverket som underlättar för försäkrade att delta i samhällslivet utan risk för att sådana åtaganden ska medföra att deras sjukersättning riskerar att omprövas och dras in. Det finns vidare ett behov av att regelverket tydliggörs och att förutsättningarna för att kunna delta i samhällslivet blir mer klara och transparenta.

Frågan uppstår då på vilket sätt regelverket bäst behöver förändras för att komma tillrätta med de konstaterade problemen, samtidigt med beaktande av målkonflikterna det innefattar (se ingressen till kapitel 16). Regelverket bör i möjligaste utsträckning undvika svår gränsdragningsproblematik och att svåra avvägningar måste göras där utgången till stor del hänger på oklara omständigheter i det enskilda fallet. Här kan man tänka sig ett antal olika lösningar. En utökning av den s.k. åttondelen vore en sådan lösning. Det skulle också gå att precisera ytterligare vilka sysslor som är tillåtna och var gränsen går för när det inte längre är rimligt att den försäkrade utför sysslan sam-

tidigt som ersättning betalas ut. Slutligen finns lösningen att släppa möjligheterna till deltagande i denna typ av sysslor – utöver förvärvsarbete eller studier – fria.

Här behöver en avvägning göras mellan å ena sidan utökade möjligheter som uppmuntrar enskilda försäkrade att i större utsträckning delta i samhällslivet, och å andra sidan legitimitetsaspekten i att personer som uppvisar stora förmågor och förbättringar jämfört med när beslutet om ersättning fattades inte utan vidare bör kunna behålla sin ersättning.

Många som har beviljats sjukersättning kommer även att permanent sakna arbetsförmåga eftersom det krävs långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att den försäkrade ska beviljas ersättningen. Att ha sjukersättning innebär samtidigt sällan att personen helt saknar förmågor eller vilja att delta i samhällslivet, även om hon eller han har nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis kan personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ha en drivkraft att hjälpa andra i samma situation t.ex. genom engagemang i en intresseförening för personer med funktionsnedsättning m.m. Det är förvisso rimligt att anta dessa försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga även har begränsade möjligheter att engagera sig ideellt under tiden de har ersättning. Den kvarvarande förmåga som finns bör dock kunna tas tillvara i möjligaste utsträckning och regelverket bör uppmuntra sådana engagemang. Som tidigare nämnts är det vidare en förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt.[22]

Det är en viktig utgångspunkt att också den som har nedsatt arbetsförmåga och ersättning från sjukförsäkringen har möjlighet till en meningsfull fritid. En ytterligare gynnsam effekt som kan förväntas uppkomma över tid är att en försäkrad genom att engagera sig ideellt efter en tid kan återfå arbetsförmåga och då vill och kan pröva att förvärvsarbeta. Han eller hon kan i så fall genom ansökan om vilande ersättning pröva förvärvsarbete och kanske även på sikt mer varaktigt kunna återfå arbetsförmåga och på sikt kunna lämna sjukersättningen.

Det finns således ett antal goda skäl utifrån såväl individens som från samhällets perspektiv till varför människors kvarvarande förmågor i görligaste utsträckning bör tas tillvara. De hinder som motverkar sådana engagemang bör därför så långt det är möjligt undanröjas.

[22] SOU 2016:13.

Det ska krävas att den försäkrad har uppvisat arbetsförmåga i normalt förekommande arbete för att sjukersättning ska kunna omprövas

Enligt gällande regelverk kan en försäkrads rätt till sjukersättning omprövas om arbetsförmågan har förbättrats. Arbetsförmågan ska anses förbättrad om den försäkrade har uppvisat en arbetsförmåga som antogs saknas när beslutet om sjukersättning fattades.[23] Det innebär att en bedömning enligt detta regelverk är beroende av vilket arbetsmarknadsbegrepp som var gällande när sjukersättningen beviljades. För en försäkrad som har beviljats sjukersättning enligt nu gällande regler är arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete”. Det innebär att en försäkrad som har uppvisat arbetsförmåga i förhållande till sådant arbete ska anses ha fått förbättrad arbetsförmåga.

I avsnitt 8.1 och 12.1 föreslår utredningen en förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot vid prövning av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Förslaget innebär i korthet att det ska räcka att arbetsförmågan är nedsatt i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (nedan normalt förekommande arbeten). För äldre försäkrade ska endast beaktas den försäkrades arbetsförmåga i sådant normalt förekommande arbete som den äldre har erfarenhet av (se avsnitt 8.4). Lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade ingår också i bedömningen.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att om en försäkrads arbetsförmåga fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana normalt förekommande arbeten som nämns ovan, inklusive begränsningen till arbeten den försäkrade har erfarenhet av för äldre försäkrade, ska rätten till förmånen sjukersättning inte omprövas. Det främsta skälet för detta förslag är att försäkrade som har beviljats sjukersättning med nuvarande regler annars skulle riskera att få sin ersättning omprövad vid uppvisad arbetsförmåga i ”förvärvsarbete”, men direkt åter kunna söka och beviljas sjukersättning enligt de nya regler med ett mer generöst arbetsmarknadsbegrepp som utredningen föreslår. En sådan konsekvens är oönskad.

Förslaget innebär att det finns ett något större utrymme för försäkrade att förbättras i sin arbetsförmåga utan att få sin rätt till sjuk-

[23] 36 kap. 19 § SFB.

ersättning omprövad. Denna förmåga ska också kunna användas till att delta i samhällslivet på olika sätt utan att den försäkrade får sin ersättning minskad eller indragen.

Utredningens förslag om ett förändrat arbetsförmågebegrepp kommer att medföra utökade möjligheter att delta i samhällslivet

De föreslagna förändringarna av arbetsmarknadsbegreppet innebär en mer generös bedömning vid prövningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. I det fall dessa regler införs innebär det att ett antal försäkrade rimligtvis kommer att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning trots att det hos dessa individer kan finnas en viss återstående arbetsförmåga. Denna förmåga kommer visserligen inte att vara tillräcklig för att användas i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, men det är inte orimligt att tänka sig att förmågan skulle kunna användas i olika former av ideellt arbete eller i föreningslivet, där kraven på prestation och annat typiskt sett är betydligt lägre än i normalt förekommande förvärvsarbeten.

Det vore enligt utredningens mening inte rimligt att regelverket hindrar att en försäkrad använder en sådan återstående förmåga genom deltagande i samhällslivet. Att en sådan förmåga inte är tillräcklig för att försörja sig i normalt förekommande förvärvsarbete innebär inte nödvändigtvis att den inte kan användas på andra sätt.

Detta innebär i sak att en försäkrad som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning enligt de regelförändringar som utredningen föreslår har rätt att nyttja en återstående, begränsad förmåga i exempelvis ideellt arbete eller föreningsverksamhet så länge åtagandena inte når upp till kraven på förvärvsarbete i normalt förekommande arbete, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Skillnaden mot dagens regelverk blir därmed att fler typer av engagemang kommer att kunna rymmas inom ramen för samhällsengagemang som inte innebär uppvisad arbetsförmåga. En försäkrad som hjälper till i en förening med att exempelvis vattna blommorna och duka bör enligt utredningens bedömning inte anses ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete baserat på dessa sysslor, men hade möjligen kunnat anses uppvisa viss arbetsförmåga enligt det nuvarande arbetsmarknadsbegreppet förvärvsarbete på (hela) arbetsmarknaden, som också inkluderar exempelvis skyddade anställningar. Exemplet visar dock på hur svåra dessa gränsdragningar är och svå-

righeten i att avgöra vad som ska anses innebära uppvisad arbetsförmåga.

En tydlig effekt av den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet blir således att utrymmet för en försäkrad att delta i samhällslivet på olika sätt blir betydligt större än vad som är fallet i dagsläget. Detta borde enligt utredningens mening flytta gränsen för bedömningen i en för den enskilde generösare riktning tillräckligt långt för att det ska finnas en reell möjlighet att delta i samhällslivet i önskvärd omfattning. En sådan förskjutning torde också, kombinerat med information till de försäkrade som berörs, innebära att oron för att få ersättningen omprövad vid deltagande i samhällslivet minskar. Förändringen är således viktig även utifrån perspektiven som hanteras i detta avsnitt.

Det kommer även med de föreslagna förändringarna finnas fall där den försäkrade uppenbart uppvisar en mer varaktig arbetsförmåga med minst en fjärdedel men ändå inte har inkomst, eller situationer där en försäkrad utför arbetsuppgifter som uppenbart motsvarar förvärvsarbete, med den enda skillnaden att den försäkrade inte får betalt och då med syfte att kringgå systemet (i ett sådant fall utöver socialförsäkringen även t.ex. skatterättsliga regler). Sådana situationer bör dock uppkomma mer sällan. Det ska då vara fråga om uppenbara situationer där den försäkrade arbetar i vad som motsvarar normalt förvärvsarbete och helt klart uppvisar en arbetsförmåga han eller hon har bedömts sakna när han eller hon beviljades ersättning.

Ett exempel på en sådan situation skulle kunna vara att en försäkrad med sjukersättning arbetar i en makes eller makas verksamhet utan att själv få inkomst eller att den försäkrade är delägare i ett aktiebolag som han eller hon inte tar ut lön ifrån trots att han eller hon uppenbart arbetar i verksamheten med de krav på prestation och självständighet som ett förvärvsarbete ställer.

Utredningen menar att det vid sådant förhållande fortfarande måste finnas en möjlighet för Försäkringskassan att utreda och ompröva den försäkrades rätt till ersättning. Legitimitetsskäl talar också för en sådan möjlighet, där det annars i princip skulle finnas en fri möjlighet till exempelvis ”svartarbete” för en försäkrad med sjukersättning. En sådan möjlighet finns enligt nuvarande regelverk även för huvudgrupp 1. I Försäkringskassans vägledning beskrivs detta som att ”Om den försäkrade arbetar med sådana arbetsuppgifter där det i normalfallet kan förväntas att arbetsprestationen avlönas men det

inte finns någon redovisad inkomst ska den försäkrade inte omfattas av 37 kap. SFB".[24] Detta innebär att den som förvärvsarbetar i arbetsuppgifter som tydligt motsvarar vad som annars motsvarar förvärvsarbete men utan att redovisa inkomst kan få sin ersättning omprövad.

Ovan har redogjorts för att möjligheten att delta i samhällslivet kommer att öka med förändrade regler för arbetsförmåga vid prövningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är emellertid mycket svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Också då det faktiska utrymmet för att delta i samhällslivet på sådant sätt att det till viss del motsvarar mer än endast en tillfälligt förbättrad arbetsförmåga blir större kommer det alltid att finnas en gräns, och var denna gräns ska gå blir föremål för en bedömning i det enskilda fallet. Det är också osäkerheten i dessa gränsdragningsfrågor som till stor del är anledningen till att försäkrade avstår från att delta i samhällslivet. Utredningen är därför av uppfattningen att den generella utvidgning av utrymmet för ideellt arbete och engagemang som blir fallet genom förändringen av arbetsförmågebegreppet bör förenas med ett tydliggörande av reglerna kring i vilket omfattning en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning kan ägna sig åt fritidsverksamhet utan att riskera att ersättningen omprövas. I nästa avsnitt redogörs därför för utredningen förslag om en skyddsregel med en tydligt angiven gräns för när en sådan bedömning över huvud taget inte ska behöva ske.

Tiotimmarsregeln – en skyddsbestämmelse för begränsade ideella åtaganden som inte ska kunna medföra omprövning av ersättningen

Utredningen föreslår att ideella åtaganden som inte ger inkomst och vars omfattning understiger tio timmar per vecka inte ska kunna medföra att den försäkrade ska anses ha uppvisat arbetsförmåga och att ersättningen därmed kan omprövas. Denna "tiotimmarsregel", som avser utgöra en precisering av vad en försäkrad typiskt sett kan anses hinna med under sin fritid, utgör således en sorts skyddsregel med en tydligt angiven gräns för när en omprövning av arbetsförmågan inte

[24] Försäkringskassan vägledning 2013:1 version 6, s. 96.

ska kunna ske. Regeln föreslås gälla för såväl försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning som för de med partiell ersättning.

Det sagda innebär inte att tio timmar i veckan utgör en gräns för vad en försäkrad har möjlighet att göra under tid med ersättning, utan utgör en skyddsregel som beskriver förutsättningarna för när en prövning av uppvisad arbetsförmåga över huvud taget inte ska ske.

Utredningen har i analysen i avsnitt 15.4.3 redogjort för att försäkrades åtaganden som sker på fritiden och inte motsvarar arbetsförmåga visserligen inte heller enligt nu gällande regelverk ska påverka ersättningen, men att det samtidigt kan vara svårt att bedöma vad som ska anses omfatta fritid och i hur stor omfattning sådana åtaganden kan ske. Osäkerheten i denna bedömning utgör ett hinder för försäkrade att delta i samhällslivet.

Enligt förarbetena kan deltagande i visst föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter som också en arbetande person utför och hinner med på fritiden. Ideellt arbete, politiska uppdrag och studier som är av den omfattning som yrkesverksamma utför på sin fritid bör enligt förarbetena inte heller leda till att rätten till ersättning ifrågasätts.[25] Försäkringskassan har i sin vägledning tolkat bedömningsutrymmet som att fritidsintressen är accepterade så länge de inte växer i omfattning så att de mer är att jämställa med förvärvsarbete, men någon närmare precisering av var gränsen går finns inte i vägledningen. Det exempel Försäkringskassan anger är att en försäkrad kan ha hästar som fritidsintresse och motionsrida en gång i veckan, men om samma person driver en hästgård med tävlingsverksamhet kan det snarare jämställas med förvärvsarbete.[26] Även med nuvarande regelverk får en försäkrad således delta i samhällslivet i en omfattning som motsvarar vad en arbetande person hinner med och utför på fritiden utan att riskera sin ersättning. Det finns dock ingen precisering av den omfattning på de åtaganden som en försäkrad kan förväntas klara av och hinna med på sin fritid. Detta utgör enligt vad som framkommit för utredningen också ett problem och en av oklarhetsfaktorerna vid bedömningen. Det finns således enligt utredningens uppfattning ett behov av att precisera utrymmet för fritidsaktiviteter, dvs. det utrymme som en försäkrad garanterat har utan att någon risk för omprövning av ersättning ska föreligga.

[25] Prop. 1997/98:111, s. 34 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.
[26] Försäkringskassan, Vägledning 2013:1 version 6.

Det är i och för sig mycket svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Också då det faktiska utrymmet för att delta i samhällslivet på sådant sätt att det till viss del motsvarar mer än endast en tillfälligt förbättrad arbetsförmåga blir större kommer det alltid att finnas en gräns, och var denna gräns ska gå blir föremål för en bedömning i det enskilda fallet. Det är också osäkerheten i dessa gränsdragningsfrågor som till stor del är anledningen till att försäkrade avstår från att delta i samhällslivet. Utredningen är därför av uppfattningen att den generella utvidgning av utrymmet för ideellt arbete och engagemang som blir fallet genom förändringen av arbetsförmågebegreppet bör förenas med ett tydliggörande av reglerna kring i vilket omfattning en försäkrad som får sjuk- eller aktivitetsersättning kan ägna sig åt fritidsverksamhet utan att riskera att ersättningen omprövas.

Utredningen menar att en rimlig utgångspunkt för bedömningen av vad en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning garanterat ska kunna utföra utan att rätten till ersättning påverkas eller att han eller hon ska behöva få sina åtaganden bedömda sett till eventuell förbättrad arbetsförmåga är vad en aktiv, heltidsarbetande person hinner med på fritiden. Omfattningen av dessa insatser varierar naturligtvis från person till person, men en fritidsinsats som omfattar som mest strax under två timmar per vardag, och understigande tio timmar per vecka, framstår enligt utredningen som en väl avvägd precisering av en gräns för vad en person vanligtvis bör kunna utföra utöver förvärvsarbete på heltid.

Så länge en försäkrads sammantagna åtaganden i form av ideellt arbete, politiska uppdrag, föreningsarbete, övriga fritidsaktiviteter etc. sammantaget *understiger tio timmar i veckan* bör de inte leda till en möjlig omprövning av ersättningen. Genom att insatsen sammantaget ska *understiga* tio timmar i veckan finns också en koppling till att insatsen inte får komma upp i vad som skulle motsvara en fjärdedels arbetsförmåga, i de fall sysslorna till sin natur skulle kunna anses motsvara arbetsförmåga.

Åtaganden som faller inom denna gräns får inte heller medföra att den försäkrade får inkomst; om någon form av inkomst/arvode betalas ut ska sysslorna bedömas enligt de sedvanliga reglerna och därmed bl.a. anmälas till Försäkringskassan. Gränsen mellan ideella

åtaganden och vad som snarast påminner om förvärvsarbete blir enligt utredningens uppfattning annars svår att dra.

Någon bedömning av sysslans karaktär ska inte ska göras så länge den inte uppgår till minst tio timmar i veckan. Det innebär också att sysslan i och för sig kan vara av typ som generellt sett innebär uppvisad arbetsförmåga, men ändå vara godtagen så länge omfattningen understiger tio timmar i veckan. Genom att begränsa sysslan i tid i stället för art ökar förutsebarheten.

Fördelen med en sådan precisering är att försäkrade mer säkert kommer kunna veta i vilken omfattning de kan ägna sig åt ideellt arbete, deltagande i föreningslivet m.m. utan att behöva anmäla sysslan till Försäkringskassan och ej heller riskera sin rätt till ersättning. Det är också en tydlig gräns som bör vara relativt lätt för Försäkringskassan att tillämpa. Så länge en försäkrad begränsar sin fritidsverksamhet till mindre än tio timmar i veckan kommer han eller hon inte riskera att behöva få sin sjukersättning omprövad. Utredningen bedömer att detta kommer att innebära tillräckligt med tid för de allra flesta försäkrade för ett aktivt deltagande i samhällslivet och samtidigt eliminera de osäkerhetsfaktorer som i dagsläget utgör ett hinder för sådant deltagande. Denna förändring är fristående från det utökade utrymme som följer av de föreslagna förändringarna av arbetsförmågebegreppet och kan tillämpas oberoende av om denna regeländring kommer att införas eller inte.

Utredningen vill även här betona att tiotimmarsregeln inte utgör någon gräns för vilka åtaganden en försäkrad kan eller får utföra, utan bara en gräns för när någon bedömning av arbetsförmågan inte ska ske. Försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning är således fria att ägna sig åt sysslor utan begränsning i tid så länge dessa inte medför uppvisande av arbetsförmåga. Den som ägnar sig åt sysslor i en omfattning om tio timmar eller mer i veckan får dock finna sig i att han eller hon ska anmäla detta till Försäkringskassan samt att det då kan göras en bedömning av om arbetsförmåga föreligger. Tiotimmarsregeln är avsedd att vara en skyddsregel för försäkrade, vilka är garanterade att få behålla sin ersättning så länge det ideella engagemanget understiger denna gräns. Regeln kan också uttryckas som att den försäkrade inte behöver fundera på om engagemanget utgör arbetsförmåga eller inte så länge tidsåtgången understiger tio timmar i veckan. Den vars sammanlagda insatser överstiger tio timmar i veckan måste däremot överväga om engagemanget motsvarar arbetsförmåga

i normalt förekommande arbete och behöver också i så fall anmäla den förbättrade arbetsförmågan till Försäkringskassan.

Utredningen konstaterar att även med införandet av den föreslagna tiotimmarsregeln kommer bedömningar i det enskilda fallet behöva göras. För att tiotimmarsregeln ska kunna tillämpas i det enskilda fallet krävs nämligen en bedömning av om individens sysselsättning är att anse som ideell eller inte. Det är svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Med sysslor av ideell karaktär avses insatser som utförs utan ersättning. Det innebär även att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund. Med utredningens förtydliganden om vad som innefattar begreppet sysslor av ideell karaktär är förväntningen att regelverket kommer upplevas som mer förutsebart och att fler försäkrade därmed kommer känna större trygghet i att delta i sådana engagemang som vissa i dag avstår från på grund av att de i så fall kan få sin ersättning minskad eller helt indragen.

Åttondelen absorberas av tiotimmarsregeln

En försäkrad som har beviljats hel sjuk- eller aktivitetsersättning omfattas av regeln om den s.k. åttondelen (se avsnitt 14.2.2.). Den innebär att den försäkrade kan använda en begränsad förmåga till arbete eller andra åtaganden utan att rätten till ersättning påverkas. Den som har beviljats hel ersättning har alltså redan i dag ett visst utrymme att under tiden med ersättning ha bisysslor, uppdrag eller ägna sig åt annat som kan jämställas med förvärvsarbete.

Utredningens förslag om tiotimmarsregeln innebär till viss del en utvidgning av åttondelen. Tiotimmarsregeln är dock uteslutande avsedd för ideella åtaganden som inte ger inkomst medan den som arbetar eller har andra sysslor inom ramen för åttondelen kan ha vissa inkomster. En försäkrad med hel ersättning som omfattas av åttondelen är även avsedd att omfattas av den nya tiotimmarsregeln. Detta innebär emellertid inte att den enskilde fritt kan använda en kvarvarande förmåga till sysslor både inom åttondelen och tiotimmarsregeln för att exempelvis arbeta ideellt femton timmar i veckan; även för en försäkrad som har beviljats hel ersättning utgör tiotim-

marsregeln taket för ideella åtaganden utan att kunna bli föremål för omprövning av rätten till ersättning. Åttondelen är således avsedd att absorberas av tiotimmarsregeln. Det sagda innebär att en försäkrad med hel sjukersättning skulle kunna arbeta med viss inkomst inom ramen för åttondelen och utöver detta även ha ideella åtaganden, med en sammanlagd tidsåtgång understigande tio timmar i veckan.

Överväganden om andra lösningar för att utöka möjligheterna för deltagande i samhällslivet

Ett generellt utökande av ”åttondelen” är inte en lämplig lösning

Utredningen har övervägt även andra alternativ för att tydliggöra gränser och samtidigt uppmuntra försäkrade att delta i samhällslivet. Ett alternativ skulle kunna vara att förändra regelverket genom att utöka den s.k. åttondelen, så att försäkrade fick mer tid att ägna åt exempelvis ideellt arbete. Denna del skulle t.ex. kunna dubbleras till att omfatta en fjärdedel av heltidsmåttet, eller 10 timmar i veckan. Detta har föreslagits bl.a. av företrädare för åtta intresseorganisationer för personer med psykisk ohälsa som också föreslår att åttondelen ska gälla för personer med partiell ersättning.[27] Fördelen med en sådan lösning är att den tydligt skulle kunna precisera – i tid räknat – vilket utrymme en försäkrad med sjuk- eller aktivitetsersättning har att ägna sig åt fritidsintressen och samhällsengagemang.

En sådan lösning som kopplar gränsen för åtaganden till nuvarande regelverk och åttondelen skulle emellertid enligt utredningens bedömning innebära flera problem. Arbete inom åttondelen tar exempelvis inte ställning till om arbeten sker med inkomst eller om det är ideellt. En generell utökning av åttondelen skulle alltså innebära att även den med hel sjukersättning skulle kunna arbeta 10 timmar i veckan (25 procent) med inkomst utan att begära sjukersättningen vilande. Detta är inte förenligt med att arbetsförmågan ska vara nedsatt. Möjligheten att få sjukersättning på tre fjärdedelars nivå skulle också framstå som inkonsekvent om det ändå var möjligt att arbeta i en omfattning motsvarande en fjärdedel med hel sjukersättning. Det framstår inte heller som en görbar lösning att koppla

[27] Skriftlig synpunkt till utredningen den 15 februari 2021. Organisationerna är RSMH, Svenska OCD-förbundet, Riksförbundet Balans, Sveriges Fontänhus Riksförbund, Föreningen SHEDO, Schizofreniförbundet samt NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa.

endast en del av åttondelen till arbete med inkomst, medan återstående del skulle innebära en möjlighet till ideellt arbete. En sådan uppdelning skulle medföra svåra praktiska gränsdragningsproblem och syftet med åttondelen som ett undantag för viss arbetsförmåga skulle förfelas.

Åttondelen är vidare kopplad till *hel* ersättning. Det är uttalat att en försäkrad för att kunna få hel sjukersättning eller aktivitetsersättning ska ha en helt eller i det närmaste helt nedsatt arbetsförmåga. Det finns således redan i lagtexten ett visst utrymme för att kunna använda en begränsad återstående förmåga. Sådana uttalanden saknas för den som har beviljats partiell ersättning. Där är gränsen tydligt den beviljade ersättningen och arbete förväntas ske på den del där ersättning inte är beviljad. Bakgrunden till skillnaden är bl.a. att det har bedömts vara mycket svårt att säga att en person verkligen helt saknar arbetsförmåga. Mot denna bakgrund framstår det inte som görbart – eller i vart fall som olämpligt – med en utökning av åttondelen till att även gälla de med partiell ersättning. För dessa personer har redan en avvägning av till vilken del arbetsförmågan är nedsatt gjorts, och samma svårighet som vid hel ersättning gör sig inte gällande för en person som bedöms ha en återstående partiell förmåga.

Ett förslag som innebär en ökad tidsgräns för den försäkrade att fritt kunna ägna sig åt arbete, även om det endast är arbete av ideell karaktär, skulle också innebära en kvarstående gränsproblematik. I stället för 5 timmar i veckan skulle gränsen gå vid 10 timmar och att avgöra om en viss insats eller ett visst åtagande skulle falla inom denna tidsgräns skulle vara lika svårt som i dagsläget. Mer administrativa åtgärder som utförs i hemmet är t.ex. svåra att mäta och värdera.

Utredningen finner mot denna bakgrund att det inte är görbart att koppla eventuella utökade möjligheter att arbeta ideellt eller engagera sig i föreningslivet till konceptet med åttondelen; en annan lösning som är fristående från denna undantagsmöjlighet måste i stället till.

Åttondelen föreslås således kvarstå i samma form som i dagsläget. Det innebär att en försäkrad som har beviljats hel sjukersättning fortfarande kommer att ha vissa möjligheter att använda en eventuellt kvarvarande, begränsad arbetsförmåga till förvärvsarbete med inkomst. Gränsen ska fortfarande för detta vara en åttondel av heltid. Mot bakgrund av vad som i övrigt föreslås kommer åttondelen främst blir aktuell för förvärvsarbete som ger inkomst. För annat,

ideellt arbete kommer den försäkrade inte begränsas av åttondelen, utan av förslaget om begränsat fritidsengagemang.

Koppling till krav på inkomst är svårförenligt med kravet på nedsatt arbetsförmåga

Utredningen har även övervägt en lösning där möjligheten till ideella engagemang är kopplade just till frågan om *inkomst*, utan någon begränsning vad gäller antal timmar sysslorna utförs. Arbete och förtroendeuppdrag, föreningsliv, hemarbete och andra fritidsaktiviteter skulle enligt ett sådan princip således inte medföra att sjukersättningen påverkas förutsatt att sysslorna inte ger inkomst – oavsett hur i liten eller stor omfattning det utförs. Vid en sammanvägd bedömning har utredningen emellertid funnit att ett förslag som kopplar åtaganden endast till inkomst är svårförenligt med grundkravet i försäkringen om att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga.

Ett sådant förslag skulle innebära att en försäkrad utan att riskera omprövning av sin ersättning i hur stor utsträckning som helst skulle kunna vara aktiv i föreningslivet, arbeta ideellt eller ägna sig åt olika typ av fritidsverksamheter. Exempelvis skulle en försäkrad i så fall regelbundet kunna utför arbete av sådan omfattning och sådant värde för uppdragsgivaren att en person skulle behöva anställas om den försäkrade eller någon annan motsvarande person inte utförde sysslorna. Genom att undanta de engagemang som inte ger inkomst skulle en klar skiljelinje etableras för vad som är möjligt att ägna sig åt för en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning. Rätten till sjukersättning skulle i så fall alltså inte påverkas av att den försäkrades hälsotillstånd eller arbetsförmåga förbättras, så länge en sådan förmåga endast används till ideella engagemang.

Med ett sådant förslag skulle möjligheten till ideella engagemang närma sig vad som gäller för huvudgrupp 1, där endast åtaganden som medför inkomster aktualiserar en ansökningsskyldighet för den enskilde. För denna grupp gäller att den försäkrade kan ägna sig åt ideellt arbete med mera utan att det på något sätt påverkar rätten till, eller utbetalningen av sjukersättningen, så länge det inte ger inkomster.

Fördelen med en lösning som kopplar bedömningen till inkomst är att den innebär en tydlig gräns för vad som är tillåtet att utföra under tid med ersättning. Problemet med en sådan lösning är samtidigt att grundförutsättningarna för att ha rätt till sjukersättning eller aktivitets-

ersättning är att arbetsförmågan ska vara nedsatt. Det försäkringsjuridiska begreppet är således arbetsförmåga, och inte förmågan att kunna skaffa sig inkomst genom arbete. Bedömningen av arbetsförmåga är en helhetsbedömning av den enskildes förmågor och hur dessa kan användas i ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Detta gäller även för tid med ersättning; en försäkrad har enligt regelverket en skyldighet att anmäla om arbetsförmågan har förbättrats också om en sådan förmåga inte har använts i faktiskt förvärvsarbete, och de regelbundna uppföljningar av arbetsförmågan som Försäkringskassan har att göra handlar också om att beakta den försäkrades arbetsförmåga.

Utredningen har även övervägt att kombinera förslaget om möjligheten till sysslor av ideell karaktär med omfattning under 10 timmar per vecka med ett fribelopp. Det skulle t.ex. kunna gälla ifall den försäkrade får ett arvode för exempelvis styrelseuppdrag i en bostadsrättsförening. Utredningens bedömning är dock att i syfte att göra regelverket tydligt och enkelt att förstå bör bestämmelsen att en försäkrad ska ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete, övrig fritidsverksamhet etc. så länge omfattningen av det sammantaget understiger tio timmar inte kombineras med fribelopp. På så sätt är det alltid aktuellt att anmäla sysslor som ger inkomst till Försäkringskassan, oavsett storleken på ersättningen. Mindre omfattande sysslor kommer rimligtvis inte påverka rätten till ersättning, även om de ger inkomster eller arvode.

Kombinationen av ett förändrat arbetsförmågebegrepp och precisering av omfattningen av tillåtet fritidsengagemang medför tillräckliga åtgärder för möjligheten till ett ökat samhällsengagemang

Det huvudsakliga syftet med utredningens förslag är att uppnå ett högre deltagande i samhällslivet för försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning. Utredningen har gjort en avvägning mellan mer generösa regler för att åstadkomma en sådan förändring och det legitimitetsproblem som kan uppstå om försäkrade har möjlighet att ägna sig åt mer krävande åtaganden som kan likställas med mer varaktig arbetsförmåga och samtidigt kunna behålla sin ersättning. Vid denna avvägning har utredningen bedömt att behovet av den enskildes möjligheter att delta i samhällslivet utan att riskera förlorad trygghet väger tyngst. Risken för att regelverket skulle missbrukas i någon större

utsträckning och att stora grupper försäkrade endast skulle använda en förbättrad arbetsförmåga i ideella sammanhang bedömer utredningen som liten.

Viktigt i sammanhanget är att det rör sig om försäkrade som av Försäkringskassan bedömts ha en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Tyngdpunkten i bedömningen måste också fortsättningsvis ligga på beslutet om rätt till ersättning. De fall där en försäkrads arbetsförmåga förbättras efter beslut om ersättning och den försäkrade ändå väljer att använda denna förmåga endast till att vara aktiv i föreningslivet torde vara relativt få. Vanligare är sannolikt att den försäkrade besitter någon form av förmåga, men som inte är tillräcklig i art, omfattning och varaktighet för att kunna försörja sig i förvärvsarbete. Det är användandet av dessa förmågor som utredningen menar att regelverket måste underlätta.

Genom kombinationen av ett nytt, snävare arbetsmarknadsbegrepp och ett tydliggörande av vad en enskild försäkrad utan att behöva riskera sin ersättning har möjlighet att utföra på sin fritid bedömer utredningen att förutsättningarna för försäkrade som har sjuk- eller aktivitetsersättning att delta i samhällslivet förbättras i stor utsträckning, samtidigt som det inte är allt för generöst jämfört med sjukförsäkringens grundprincip att en försäkrad ska ha sjukersättning endast om arbetsförmågan är långvarigt nedsatt.

16.3 Huvudgrupp 3, försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning

16.3.1 Flexiblare möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Vilandeförklaring av aktivitetsersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar. Den minsta period som ersättningen ska kunna förklaras vilande är en timme per kalendermånad.

Vid vilandeförklaring av aktivitetsersättning för en viss kalendermånad ska ersättningen betalas ut med ett preliminärt belopp. Ersättningen ska slutligt bestämmas utifrån det antal timmar den försäkrade har förvärvsarbetat under kalendermånaden. Detta mått ska utgöra den försäkrades reduceringstid och uppgår till

1/168 för varje arbetad timme. Den slutligt bestämda ersättningen räknas fram genom att reduceras med reduceringstiden. Reglering av ersättningen ska ske vid efterföljande utbetalningstillfälle, eller om detta inte är möjligt så snart som möjligt därefter. Försäkringskassan ska vid denna utbetalning få besluta att dra av ett belopp i avräkning på vad som betalats ut för mycket.

Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar ska perioden med aktivitetsersättning även fortsättningsvis förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen får endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar.

Skälen för utredningens förslag: I dagsläget är möjligheterna till vilande ersättning för arbete likadana för sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Utredningen ser inte skäl att frångå denna ordning. Den nu föreslagna ökade flexibiliteten vid vilande ersättning för arbete torde också ge bättre förutsättningar för gruppen unga med aktivitetsersättning som ofta har ringa eller ingen arbetslivserfarenhet, att vilja och våga pröva att arbeta om de får eller återfår arbetsförmåga. När det gäller förslaget om ökad flexibilitet för vilande aktivitetsersättning vid arbete hänvisas därför till avsnitt 16.2.1.

Prövning av arbetsförmåga efter tid med vilande aktivitetsersättning

Enligt nuvarande regelverk får en försäkrads arbetsförmåga som uppvisats under vilandeperioden inte ligga till grund för omprövning.[28] Arbetsförmåga som uppvisats under vilande aktivitetsersättning kan dock beaktas vid en ansökan om sjukersättning eller om en ny period

[28] 36 kap. 21 och 23 §§ SFB.

med aktivitetsersättning. Utredningen föreslår inga förändringar avseende denna fråga.

Förlängning av aktivitetsersättning vid förvärvsarbete

Frågan uppstår hur utredningens förslag om mer flexibla regler för vilande ersättning vid förvärvsarbete ska påverka möjligheten att få ersättningen förlängd. Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska enligt dagens regler perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete.[29] Utredningen anser inte att det ska vara möjligt att få ersättningen förlängd i någon annan omfattning än på de nivåer som anges i 33 kap. 9 § SFB. Utredningen har inte lämnat förslag att det ska vara möjligt att bevilja ersättningen på någon annan än dessa nivåer i det ursprungliga beslutet om beviljande av aktivitetsersättning och det är därför inte rimligt att få ersättningen förlängd med någon annan av dessa nivåer.

Utredningen bedömer att samma principer som vid bedömningen av den försäkrades rätt till ersättning kan användas. När den försäkrade beviljats hel förmån ska således förlängningen av aktivitetsersättningen endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete enligt principen att hel aktivitetsersättning ska lämnas när hela den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete, tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än hela men minst tre fjärdedelar av den försäkrades arbetsförmågan används för förvärvsarbete och halv aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än tre fjärdedelar men minst halva den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete.

När den försäkrade använt mindre än halva arbetsförmågan har utredningen vägt mellan två alternativ. Ett alternativ är att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när den försäkrade använt mindre än halva men minst en fjärdedel av arbetsförmågan och att ingen

[29] Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 15 b § SFB.

förlängning av aktivitetsersättningen ska göras om den försäkrade använt mindre än en fjärdedel av arbetsförmågan. Det andra alternativet är att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när den försäkrade använt mindre än halva arbetsförmågan och så även om den försäkrade använt mindre än en fjärdedels arbetsförmåga men ändå arbetat något.

Utredningen bedömer att det främsta argumentet för det första alternativet är att det utan utredningens förslag inte är möjligt att ha vilande ersättning i en mindre omfattning än en fjärdedel. Att försäkrade som haft ersättningen vilande i en sådan omfattning innebär således ingen försämring jämfört med dagens regler. Avsikten med möjligheten att arbeta i en mindre omfattning än en fjärdedel är inte att underlätta för arbete i en sådan omfattning på alla sätt.

Utredningen konstaterar dock att försäkrade i dagsläget har möjlighet att få ersättningen förlängd om ersättningen förklarats vilande enligt 36 kap. 15 § tredje stycket SFB och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Att utredningen föreslår att möjligheterna att ha vilande ersättning utökas på så sätt att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande även i en mindre grad än en fjärdedel ska inte innebära att de som vill arbeta i en sådan omfattning ska ha mindre incitament att förvärvsarbeta än försäkrade som arbetar i en högre omfattning. Om inte också de som förvärvsarbetar i en mindre omfattning än en fjärdedel får möjlighet att få ersättningen förlängd på en viss minsta förmånsnivå kommer i praktiken inte alla försäkrade ta del av de förlängningsregler som syftar till att öka incitamenten att förvärvsarbeta under tiden med ersättning.

Utredningen anser att allt förvärvsarbete under tid med ersättning bör uppmuntras, även sådant arbete som görs i en mindre omfattning än en fjärdedel av heltid. Även de som arbetar i en sådan omfattning ska därför omfattas av möjligheten till förlängd ersättning. Med hänsyn till syftet med att möjligheterna till förlängd ersättning infördes anser utredningen mot denna bakgrund att det mest rimliga är att alla försäkrade som arbetar under tid med ersättning ska omfattas av möjligheten att få ersättningen förlängd. Mot denna bakgrund och vid en sammantagen bedömning anser utredningen alltså att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än halva men minst någon del av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

När den försäkrade beviljats partiell förmån ska naturligtvis inte aktivitetsersättning lämnas i en högre omfattning än enligt det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare enligt dagens regler aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning lämnas inte till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar.[30]

Med samma utgångspunkter som ovan anser utredningen att aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande ska lämnas enligt följande beräkningssätt: Hel aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad helt vilande, tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hel förmån men med minst tre fjärdedelar, halv aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än tre fjärdedelar men med minst hälften och en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hälften.

16.3.2 Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd prövotid vid studier

Utredningens förslag: Det ska vara möjligt att ha aktivitetsersättningen partiellt vilandeförklarad under tid med studier. Vid studier ska aktivitetsersättningen förklaras vilande i en omfattning som motsvarar den omfattning i vilken studierna bedrivs, dock med vilande ersättning på någon av nivåerna hel, tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel.

Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar ska aktivitetsersättningen inte nödvändigtvis förlängas i sin helhet. Förlängningen ska endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för studier.

[30] Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 18 a § SFB.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning för studier har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran ska aktivitetsersättning vidare kunna lämnas för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne studerar.

Prövotiden för studier ska förlängas från 6 till 12 månader.

Skälen för utredningens förslag: I dagsläget är möjligheterna för vilande ersättning för studier likadana för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Utredningen ser inte skäl att frångå denna ordning. Tvärtom anser utredningen liksom Försäkringskassan att det saknas anledning att enbart rikta möjligheten till en av förmånerna. Den som vill studera med vilande ersättning ställs inför samma överväganden om hur studierna slutligen ska finansieras oavsett om han eller hon har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning. Den enskildes förmåga att studera på heltid eller deltid är inte heller beroende av vilken förmån han eller hon får.[31]

Avseende förslaget att införa möjligheten att förklara aktivitetsersättningen vilande endast i motsvarande omfattning som studierna bedrivs hänvisas därför till motsvarande resonemang i avsnitt 16.2.2. Att hela ersättningen förklaras vilande vid studier innebär vidare att en försäkrad som genom prövotiden hittat en studieform och studietakt som passar denne får svårt att utvärdera förmågan under prövotiden och sedan fortsätta med vilande ersättning, eftersom det är enklare att studera på deltid under prövotiden än under tiden med vilande ersättning.

Förlängning av aktivitetsersättningen vid studier

Frågan uppstår hur utredningens förslag att det ska vara möjligt att ha aktivitetsersättningen vilande partiellt vid studier ska påverka möjligheten att få ersättningen förlängd. Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska enligt dagens regler

[31] Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 34.

perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete. Vid studier ska alltid aktivitetsersättningen förlängas i sin helhet.[32] När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare enligt dagens regler aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning lämnas dock inte till en försäkrad som studerar.[33]

Eftersom det enligt utredningens förslag kommer vara möjligt att ha aktivitetsersättningen partiellt vilande för studier på motsvarande sätt som det enligt dagens regler är möjligt att ha förmånen partiellt vilande för förvärvsarbete anser utredningen att nämnda regler ska ändras på så att de villkor som gäller i dagsläget för förvärvsarbete ska gälla även för studier.

Aktivitetsersättningen ska därmed inte nödvändigtvis förlängas i sin helhet om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar. När den försäkrade haft ersättningen vilande för studier ska förlängningen av aktivitetsersättningen alltså endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för studier.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning för studier har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran ska aktivitetsersättning vidare alltså lämnas för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne studerar.

Tolv månaders prövotid för studier

Som framgått i avsnitt 15.4.5 konstaterar utredningen att prövotiden för studier ger möjlighet för försäkrade att pröva att studera i önskad omfattning utan att ersättningen påverkas. Det har dock lyfts fram

[32] Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 15 b § SFB.
[33] Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 18 a § SFB.

att det för många försäkrade är otillräckligt med sex månaders prövotid, särskilt för personer med en känslighet mot stress. Prövotiden kan vidare bli kortare än sex månaders studier, då en kalendermånad förbrukas oavsett hur många dagar den försäkrade faktiskt studerar denna månad. Det kan vidare uppfattas som orättvist att prövotiden är sex månader oavsett vilken studietakt den försäkrade studerar, eftersom försäkrade som studerar heltid kan uppfattas få ut mer studietid under denna period än försäkrade som studerar på deltid.

För att komma tillrätta med nämnda problem har utredningen övervägt att förtydliga att prövotiden ska gälla sex månaders heltidsstudier. Prövotiden skulle kunna beräknas på något annat sätt än sex månader, exempelvis kunde den utgå från 180 dagars heltidsstudier. Ett sådant alternativ skulle bl.a. kunna hantera problemet att en månads prövotid förbrukas även om den försäkrade endast studerat några dagar under denna månad. Det skulle också korrigera en tänkbar upplevd orättvisa kring att personer som studerar deltid förbrukar tid på samma sätt som personer som studerar heltid. Tillvägagångssättet skulle dock innebära mer detaljerad styrning för hur prövotiden ska beräknas i det enskilda fallet, vilket i sin tur skulle innebära en ökad administration. En sådan lösning skulle vidare vara mindre överblickbar för den enskilde. Utredningen har även övervägt möjligheten att förlänga prövotiden i enskilda fall efter en individuell bedömning, men bedömer liksom regeringen vid införandet av möjligheten till prövotid för studier att ett sådant alternativ inte är aktuellt eftersom det skulle innebära komplicerade bedömningar och risk för olikformig rättstillämpning.[34]

Vid införandet av den nu gällande tidsperioden för prövotid för studier framhöll vidare flera remissinstanser att perioden skulle kunna vara längre än sex månader. Regeringen bedömde dock att en prövotid om maximalt sex månader var lämplig och väl avvägd. Utgångspunkten vid denna bedömning var att förmå fler unga att våga pröva studier samtidigt som försäkringens legitimitet inte skulle urholkas. En för generös prövotid bedömdes kunna uppfattas som orättvis av andra studerande som finansierar sina studier med studiemedel. Även om en längre prövotid än sex månader skulle kunna vara till nytta för vissa så bedömde regeringen alltså att sex månader för de allra flesta

[34] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

skulle vara en tillräcklig tid för att kunna utvärdera om de är redo att fortsätta studera.[35]

Utredningen konstaterar att för vissa försäkrade kan nuvarande sex månader anses vara tillräckligt med tid för att prova studier och ta ställning till eventuella fortsatta studier med vilande aktivitetsersättning. För många försäkrade torde tiden dock vara för kort för att den enskilde försäkrade ska hinna uppnå en fungerande studiesituation som kan utvärderas ordentligt. För exempelvis personer med psykisk ohälsa som aldrig eller endast i ringa omfattning tidigare har studerat eller arbetat kan det ta tid innan den enskilde funnit sig till rätta med studierna och exempelvis fått adekvat stöd från studieanordnaren. Som anförts ovan bedömer utredningen vidare att personer med aktivitetsersättning på ett övergripande plan har sämre förutsättningar än andra studerande, bland annat med hänsyn till att de har funktionsnedsättningar som sätter ner deras arbetsförmåga under minst ett år. Detta kan innebära att även studieförmågan är nedsatt, med hänsyn till att många utbildningar ställer krav på att kunna passa tider, träffa andra studenter och fungera i grupp. För många kan det därför krävas två studieterminer för en ordentlig utvärdering av om det fungerar att studera. Att jämföra studerande som uppfyller kraven för att beviljas aktivitetsersättning med andra studerande är enligt utredningen inte skäligt.

I sammanhanget måste beaktas att studerande som inte får aktivitetsersättning själva måste finansiera sina studier, antingen med studiemedel eller på annat sätt. Genom en förlängd prövotid för studier kan det därmed tänkas att personer motiveras att söka aktivitetsersättning för att kunna få sina studier finansierade. Utredningen konstaterar dock att det är svårt för en enskild försäkrad att beviljas aktivitetsersättning endast för att kunna studera, även mot bakgrund av de i avsnitt 8 föreslagna förändringarna i regelverket avseende rätten till ersättningen. Att möjligheterna att studera under tid med aktivitetsersättning blir större medför därmed inte enligt utredningens bedömning att fler kommer beviljas förmånen. Med hänsyn till de krav som ställs för att en försäkrad ska beviljas aktivitetsersättning, till att studier bör uppmuntras, om inte annat som en väg ut ur förmånen och till de problem som dagens begränsning till sex månader innebär, bedöms inte heller de utökade möjligheterna leda till att försäkringens legitimitet urholkas.

[35] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag enligt direktiven att underlätta studier och utifrån de problem som framförts om prövotid för studier bedömer utredningen att sex månaders prövotid inte är tillräckligt. Genom en generell ökning av tidsperioden till tolv månader får alla försäkrade en längre tid att bedöma sin studieförmåga, vilket inte minst bedöms gynna försäkrade som har en stressproblematik. Även denna förändring bedöms särskilt underlätta för personer med intellektuell funktionsnedsättning att få lättare att pröva sin förmåga att studera. Att en hel månads prövotid förbrukas även om den försäkrade endast studerat några få dagar denna månad blir vidare ett mindre problem eftersom prövotiden omfattar fler månader. En generell höjning torde vidare vara en mindre kostsam administrativ förändring. Försäkrade som studerar på heltid kan visserligen även fortsättningsvis anses ha möjlighet att få ut ”mer” av prövotiden än försäkrade som studerar deltid. Även försäkrade som avser att studera deltid får likväl genom förslaget en längre tid att pröva sin förmåga. Genom en generell höjning behöver vidare inte en möjlighet att ha sex månaders prövotid flera gånger införas, vilket också varit ett förslag som övervägts av utredningen. Den som exempelvis prövar att studera en termin men som märker att det av någon anledning inte fungerar har möjlighet att en tid senare, kanske flera år, göra ett nytt försök och på nytt prova sin studieförmåga.

Avseende samordningen mellan prövotid för studier och vilande ersättning för studier bedömer utredningen att ett beslut om vilandeförklaring även fortsättningsvis ska uppgå till högst 24 månader inklusive med prövotidsperioden. Prövotiden ska dock, liksom i nuläget, endast beaktas om den försäkrade under en period om tolv månader före den första månad som vilandeförklaringen avser har fått aktivitetsersättning under prövotid.

Genom utredningens förslag ska det vara möjligt för försäkrade som haft sex månaders prövotid att beviljas ytterligare sex månaders prövotid. Den försäkrade ska dock inte kunna få längre än totalt 12 månaders prövotid, ifall hela eller delar av prövotiden förlagts innan de nu föreslagna reglerna börjar tillämpas. Något annat alternativ, exempelvis att bortse från den försäkrades historik av prövotid för studier vid tidpunkten för när förändringarna träder i kraft, framstår inte som ändamålsenligt med hänsyn till syftet med de maximala 12 månaderna.

Förslaget innebär t.ex. att en försäkrad som när reglerna ska börja tillämpas redan haft 6 månader med prövotid för studier alltså kan få ytterligare maximalt 6 månader med prövotid för studier.

16.3.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Deltagande i sysslor av ideell karaktär ska inte medföra omprövning av rätten till aktivitetsersättning om det inte innebär att den försäkrade regelbundet och under en längre tid, uppvisar arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

En försäkrad ska dock alltid, utöver möjligheten enligt första stycket, ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär, så länge omfattningen sammantaget understiger tio timmar i veckan och förutsatt att sysslorna inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan.

Skälen för utredningens förslag: Villkoren för den försäkrade som har aktivitetsersättning är i denna fråga desamma för huvudgrupp 2 (försäkrade som är beviljade sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008). Se avsnitt 16.2.3 ovan om motsvarande förslag för denna grupp.

De argument som är giltiga för gruppen som har sjukersättning är även starkare för gruppen med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. I förarbetena anges att socialförsäkringssystemet kan och ska öppna möjligheter för en positiv utveckling för unga personer, men kan givetvis inte ensamt ta ansvar för att också realisera målet om aktivitet och självständighet hos de enskilda individerna.[36]

Förutom utsikter för ett självständigt, aktivt liv finns här dessutom en ambition om att målgruppen ska kunna komma in på eller återkomma till arbetsmarknaden. Exempelvis ideellt arbete kan vara ett steg i denna riktning.

[36] Prop. 2000/01:96, s. 71–72.

De utökade möjligheterna till att ta uppdrag, ideellt arbete och andra fritidssysselsättningar förenas för denna grupp också med möjligheten till aktiviteter enligt 33 kap. 21 § SFB.

Denna grupp har rent faktiskt mindre sannolikhet att få sin ersättning omprövad till följd av ideellt arbete eller andra åtaganden jämfört med de personer som har sjukersättning i grupp 2. Detta beror på att den med aktivitetsersättning ska ha en *väsentligt förbättrad* arbetsförmåga för att rätten till ersättning ska kunna omprövas, medan personer med sjukersättning (grupp 2) endast ska ha en *förbättrad* arbetsförmåga för att ersättningen ska kunna omprövas. För att en försäkrad med aktivitetsersättning ska anses ha fått en väsentligt förbättrad arbetsförmåga krävs att han eller hon regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades.

16.3.4 Ökat fokus på rätten till insatser till personer med aktivitetsersättning – nytt arbetsmarknadspolitiskt program

Utredningens förslag: Ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning.

Klarläggande om den försäkrade kan delta i samt anvisning till ramprogrammet ska ske i samråd mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Klarläggande av om den försäkrade kan delta i programmet ska ske snarast och senast 60 dagar efter att beslutet om rätt till aktivitetsersättning har fattats.

I de fall en försäkrad inte bedöms vara redo att delta i ramprogrammet vid den första utredningen, kan det i stället bli aktuellt att påbörja deltagande i programmet längre fram. Nya bedömningar om möjlighet till deltagande i programmet ska göras fortlöpande under tiden den försäkrade får ersättning.

Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver Försäkringskassan inte initiera ett klarläggande

med Arbetsförmedlingen om möjligheterna för deltagande i programmet.

Befintligt regelverk i socialförsäkringsbalken vad gäller krav på den enskilde att delta i rehabilitering ska även gälla för deltagande i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning. Det innebär bl.a. att den försäkrade är skyldig att efter bästa förmåga aktivt medverka i programmet. Om en försäkrad vägrar delta och inte har giltig anledning till detta kan hans eller hennes aktivitetsersättning minskas eller dra in.

Utredningens bedömning: Ramprogrammet bör innefatta insatser som avser arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som är anpassade till den försäkrades behov.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: I direktivet till utredningen konstateras att de individer som ansöker om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är unga och ofta både har psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Detta är en utsatt grupp som på ofta har stora behov av stöd för att kunna få arbetsförmåga och möjligheter att kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Som tidigare nämnts har aktivitetsersättningen dock inte kommit att präglas av det aktiva förhållningssätt som var avsikten när förmånen infördes. Det handlar bl.a. om att utbudet av insatser som de unga får inte motsvarat den faktiska efterfrågan och de behov som finns. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. Inte minst eftersom kraven att beviljas aktivitetsersättning enligt förslagen i detta betänkande kommer bli aningen mer generösa behöver dock än mer göras i detta avseende. I dag är det också få av de försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan AF och FK. 2020 var det 1 735 personer med aktivitetsersättning som fick en gemensam kartläggning.[37] Dessa försäkrade hade haft aktivitetsersättning i 1 636 dagar (ca fyra år och sex månader) vid tidpunkten för gemensam kartläggning.

Andelen individer som efter gemensam kartläggning påbörjade rehabiliteringsinsatser var 62 procent. Andelen för 2020 kan ha på-

[37] Återrapportering enligt regleringsbreven för 2020, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

verkats av pandemin och svårigheten för både Arbetsförmedlingen och dess fristående aktörer att hitta relevanta arbetsträningsplatser och övriga aktiviteter hos arbetsgivare.

Under 2020 var det 6 860 personer som nybeviljades aktivitetsersättning och 23 800 personer som i december 2020 hade aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Utredningens bedömning är att det bör vara fler personer som har medicinska förutsättningar att ta del av insatser hos Arbetsförmedlingen.

Mot bakgrund av ovan anförda skäl föreslår utredningen att Arbetsförmedlingen ska få ett utökat ansvar att tillhandahålla relevanta insatser för personer som får beslut om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Under tiden personen får ersättning ska han eller hon ha rätt att ta del av relevanta insatser i syfte att få eller återfå arbetsförmåga. Utredningen bedömer att detta bör ske genom ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram. Genom detta format kan det bli ett än tydligare fokus på insatser för målgruppen. Inom ett sådant program kan flera olika insatser erbjudas utifrån vad som bedöms vara mest lämpligt för individen. Genom att inrätta ett ramprogram förtydligas även Arbetsförmedlingens ansvar för dessa försäkrade. Därigenom kan det också ges ett mer sammanhållet stöd till målgruppen från Arbetsförmedlingens sida. Huvudalternativet som övervägts är att föreslå åtgärder för att utveckla det befintliga förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Utredningen bedömer dock att det behövs ett annat format för denna målgrupp där det blir ett än tydligare fokus på insatser för dessa försäkrade.

Förslaget innebär att Försäkringskassan efter ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga snarast, i samråd med Arbetsförmedlingen ska klarlägga om en försäkrad kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram för unga med aktivitetsersättning i syfte att få eller återfå arbetsförmåga. I utredningen kan det i vissa ärenden också vara relevant att samråda med sjukvården så att det inte finns medicinska hinder för den försäkrade att delta i programmet.

I de fall en försäkrad inte bedöms vara redo att delta i ramprogrammet vid den första utredningen, kan det i stället bli aktuellt för honom eller henne att påbörja deltagande i programmet längre fram.

Eftersom det föreslagna ramprogrammet är avsett att ha unga personer med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som mål-

grupp, anser utredningen inte att programmet ska utökas och även gälla personer som är äldre än 30 år, dvs. när de inte längre kan få aktivitetsersättning. Eftersom denna förmån är tidsbegränsad är det därmed ytterst viktigt att planera insatser inom programmet sett till hur länge den försäkrade har rätt till aktivitetsersättning. Detta är inte minst viktigt när den försäkrade har beslut om aktivitetsersättning t.o.m. det att han eller hon fyller 30 år. Om dessa försäkrade vid tidpunkten då de fyller 30 år fortfarande har behov av insatser från Arbetsförmedlingen bör de från denna tidpunkt i stället kunna få stödet exempelvis via det förstärkta rehabiliteringssamarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

I de fall en försäkrad får beslut om flera perioder med aktivitetsersättning kan det vara aktuellt att delta i programmet först i samband med att en ny ersättningsperiod inleds. Exempelvis är det vanligt att personer i denna målgrupp behöver tid på sig att utveckla sina förmågor, innan de är redo för arbetsförberedande och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Införandet av ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inte påverka de möjligheter som i dag finns för personer med aktivitetsersättning att få ersättning för aktiviteter enligt SFB. Programmet är ytterligare en möjlig åtgärd för unga med aktivitetsersättning. För vissa personer kommer det t.ex. i stället vara relevant att delta i ett Finsam-projekt, för andra kan det vara aktuellt att delta i det nya programmet på deltid och utöver det även utföra aktiviteter enligt SFB eller delta i insatser i kommunal regi m.m.

Liksom i dag ska gälla att om den försäkrade får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning kan dessa ersättningar inte utbetalas för en tidsperiod för vilken deltagaren samtidigt får rehabiliteringspenning, rehabiliteringspenning i särskilda fall, hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Process för anvisning till ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Utredning om den försäkrade kan delta och anvisning till ramprogrammet ska ske i samråd mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Arbetsförmedlingen har ansvar för själva programmet och Försäkringskassan ansvarar för samordningen av rehabiliteringen.

Klarläggandet av möjligheterna för deltagande i programmet ska ske snarast, och senast efter 60 dagar efter att beslut om rätt till aktivitetsersättning har fattats. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen inte ske.

Målet med den tidsbegränsade förmånen är att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tid med ersättning. Utredningen anser att det därför är angeläget att utredning om behov av rehabiliteringsinsatser sker skyndsamt när en försäkrad fått beslut om rätt till ersättning. Detta för att relevanta insatser ska identifieras samt kunna inledas snarast möjligt.

Utredningen bedömer att det är lämpligt att ansvariga myndigheter själva utformar detaljerna för urvalet till programmet, men att viss ledning kan ges av den metod som i dag används inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i form av så kallade gemensamma kartläggningar. I klarläggandet kan även avstämning med vårdgivare vara relevant för att få in information om eventuella medicinska hinder för den försäkrade att delta i programmet. Liksom i dag kan det också vara aktuellt med parallella rehabiliterande insatser, exempelvis då den försäkrade även behöver medicinsk rehabilitering för att kunna genomföra arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som ingår i programmet.

Eftersom försäkringen har en viss inbyggd motsägelse i regelverket, genom att den försäkrade för rätt till ersättning ska ha nedsatt arbetsförmåga medan fokus när en person väl får rätt till ersättningen är att genomföra insatser och åtgärder (som syftar till att få eller återfå arbetsförmåga), är det viktigt att föra en tydlig dialog med den försäkrade om syftet med försäkringen och därmed med de aktuella insatserna. På så sätt kan det även bli tydligare för den försäkrade om skälen till att det i samband med beslut som rätt till ersättning även behöver klarläggas om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet.

När det gäller försäkrade som inte bedöms vara redo för programmet vid första utredningen, är det viktigt att Försäkringskassan följer upp de försäkrade under tid med ersättning, för att se om förutsättningarna förändras. Nya utredningar om möjligheterna till deltagande i programmet ska därför göras fortlöpande under tiden den försäkrade har ersättning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte

kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen inte ske.

För personer som inte anvisas till deltagande i det arbetsmarknadspolitiska programmet är det även viktigt att det utreds hur den försäkrades behov bäst kan tillgodoses på andra sätt, exempelvis via en insats finansierad av samordningsförbund, ett ESF-projekt eller stöd som tillhandahålls av kommunen exempelvis i form av daglig verksamhet enligt LSS.

De försäkrade som när reglerna ska börja tillämpas har pågående insats inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska då föras över till ramprogrammet.

Innehåll i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Innehållet i ramprogrammet föreslås regleras i en förordning. Programmet ska innefatta arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Insatserna ska vara flexibla och anpassas till individens behov och förutsättningar. Relevanta insatser kan vara:

- vägledning och kartläggning av den försäkrades behov av stöd och insatser,[38]
- arbetspraktik,
- arbetsträning,
- förstärkt arbetsträning,[39]
- jobbsökaraktiviteter,
- andra insatser som kan öka förutsättningarna för den försäkrades möjligheter till att få eller återfå arbetsförmåga.

En försäkrad får inom ramen för programmet även ta del av sådana insatser som följer av 5 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten förutsatt att den försäkrade uppfyller förutsättningarna för dessa.

[38] Vid denna kartläggning ska även sådan utredning som Försäkringskassan har gjort före anvisningen till programmet beaktas.
[39] Med detta avses att den försäkrade erbjuds en arbetsplats för utredning av arbetsförmåga eller för arbetsträning.

I och med införandet av ramprogrammet samlas de arbetsförberedande och rehabiliterande insatserna som i dag genomförs av Arbetsförmedlingen inom ramen för det förstärkta samarbetet med Försäkringskassan för personer med aktivitetsersättning i stället inom programmet. De arbetsförberedande insatserna kommer i många fall inledningsvis vara mer i fokus för målgruppen. Dessa slags insatser kommer också behöva ha ett visst mått av förrehabiliterande karaktär och innehåll. De försäkrade kan delta i programmet så länge de har behov av det, förutsatt att han eller hon har rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Bedömningen av behovet görs i samråd mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Skyldighet för den försäkrade att delta i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Det befintliga regelverket i socialförsäkringsbalken vad gäller krav på den enskilde att delta i rehabilitering ska även gälla för deltagande i ramprogrammet. Det innebär bl.a. att den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.[40] Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar detta kan Försäkringskassan besluta att minska eller dra in aktivitetsersättningen.[41] Det är i ett sådant fall emellertid mycket viktigt att ta reda på varför den försäkrade inte vill delta. Exempelvis kan vissa typer av funktionsnedsättningar yttra sig som att den försäkrade skulle ha bristande motivation för att delta i rehabiliteringsinsatser. Det kan också bero på att den försäkrade inte har förstått innehållet eller syftet med de planerade insatserna. Dessa slags aspekter är således ytterst viktiga att utreda och beakta ifall en försäkrad som har aktivitetsersättning inte vill delta i ramprogrammet. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan behöver ha löpande kontakt i ärenden där försäkrade deltar i ramprogrammet, bl.a. för att följa hur arbetsförmågan utvecklas genom insatserna och ifall den försäkrade uteblir från insatser etc.

[40] 30 kap. 7 § SFB.
[41] 110 kap. 57 § SFB.

16.3.5 Uppdrag att sammanställa statistik om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt 33 kap. 21–23 §§ SFB försäkrade deltar i.

Studier bör genomföras om vilka aktiviteter som har störst gynnsam inverkan på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga.

Skälen för utredningens bedömning: Som framgått av avsnitt 15.4.4 och 15.4.5 bedömer utredningen att de främsta problemen kring aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB är att det finns en brist på sådana, att den enskilda försäkrade i stor utsträckning själv behöver ta initiativ till att de genomförs, att det saknas uppföljning av aktiviteterna (bland annat eftersom de är spridda på många olika anordnare) och att det inte nödvändigtvis är helt enkelt för enskilda att förstå vad som kan räknas som aktiviteter enligt SFB och vad som inte gör det. Att ansvaret i praktiken ligger på den enskilde kan innebära att denne får genomgå långa perioder utan insatser, vilket går emot syftet med aktivitetsersättningen som förmånsform i allmänhet och aktiviteter enligt SFB i synnerhet. Att det saknas uppföljning och utvärdering av genomförda aktiviteter och deras effekt bidrar till att det är svårt att få en samlad bild av de aktiviteter som genomförs på en aggregerad nivå. Det försvårar också möjligheten för Försäkringskassan att bedöma vilka aktiviteter som har fungerat i det enskilda fallet och vilka som kan vara lämpliga för den försäkrade. I uppdraget behöver också ingå uppdrag att se över förutsättningar för sekretess, informationsöverföring etc. för insamling av relevant statistik.

Utredningen har dessutom bedömt att om fler försäkrade deltar i insatser som kan utveckla deras arbetsförmåga under tid med aktivitetsersättning är det möjligt att fler försäkrade skulle kunna använda reglerna om vilande ersättning för arbete, se avsnitt 15.4.1.

För att komma tillrätta med nämnda problem har utredningen övervägt en rad förslag. Riksrevisionen har rekommenderat Försäkringskassan att komplettera den nuvarande styrningen mot handläggning av ansökningsbeslut med lämpliga prestationer och parametrar som rör uppföljning av individer med aktivitetsersättning. En förutsätt-

ning för detta är att Försäkringskassan utvecklar statistik över vilka insatser gruppen med aktivitetsersättning tar del av.[42] Riksrevisionen har även rekommenderat regeringen att se över ansvariga aktörers uppdrag när det gäller samordning av insatser till personer med aktivitetsersättning. Enligt Riksrevisionen bör regeringen också bland annat se över utbudet av insatser för gruppen och utreda vilken aktör som bör tillhandahålla dessa.[43]

DHR har föreslagit att när Försäkringskassan beviljar aktivitetsersättning ska myndigheten fastställa en plan om vad som ska hända under ersättningsperioden. RSMH har föreslagit införandet av ett introduktionsprogram för de som är aktuella för aktivitetsersättning, vilket bland annat kan innehålla individuella mål för tiden med aktivitetsersättning och aktiviteter som kan öka arbets- eller studieförmågan. Organisationen har vidare framhållit att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bör lägga större vikt vid att motivera och förbereda personer inför aktiviteter. SKR har bland annat föreslagit en ökad arsenal av åtgärder från Försäkringskassan och/eller att Arbetsförmedlingen får ett tydligare uppdrag kring unga med aktivitetsersättning samt att kommuner och/eller det civila samhället får större roller kring frågan.

Utredningen bedömer att nämnda förslag inte enbart tar sikte på aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB. Problematiken och lösningsförslagen tar snarast sikte på en bredare dimension vad gäller att försäkrade som beviljats aktivitetsersättning behöver fler insatser och mer stöd under den tid de har förmånen.

Med beaktande av nämnda förslag och för att genom ett samlad ansats komma tillrätta med den underliggande problematik som de inledningsvis nämnda uppmärksammade problemen kring aktiviteter och annat stöd samt insatser till målgruppen föreslås införandet av ett nytt arbetsmarknadspolitiskt program för personer som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Ett ramprogram löser alltså inte specifikt nyss nämnda problem med aktiviteter (enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB) som sådana, men genom ett ramprogram erbjuds försäkrade som beviljats aktivitetsersättning fler insatser och mer stöd.

Genom ramprogrammet tillkommer nämligen rehabiliterande och arbetsförberedande insatser för personer med aktivitetsersättning.

[42] RiR 2015:7, s. 107.
[43] RiR 2015:7. s. 106.

Insatser genom ramprogrammet kommer dessutom att kunna följas upp på ett bättre sätt. Det är vidare inte heller beroende av den enskildes initiativ att programmets insatser genomförs.

Utredningen bedömer därmed att många av de identifierade problemen kring aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB hanteras genom ramprogrammet. Utredningen bedömer dock inte att det finns anledning att ta bort den nuvarande möjligheten till aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Aktiviteter kan även fortsättningsvis fylla en funktion, men med hänsyn till ramprogrammets arbetslivsanknytning kommer dessa möjligtvis fortsättningsvis främst ta sikte på sysslor som framför allt har karaktär av fritidssysselsättningar, såsom träning, eller utbildningsinsatser.

Försäkringskassan bör få i uppdrag att utveckla statistik över aktiviteter

Regelverket kring aktiviteter är relativt tydligt. Av 33 kap. 21–24 §§ SFB framgår att en försäkrad som har beviljats aktivitetsersättning också har rätt till aktiviteter under förmånstiden och i bestämmelserna beskrivs på ett relativt detaljerat sätt också hur detta ska gå till.

Där frågan om regler för arbete eller studier under tid med ersättning avser den försäkrades vilja att delta i arbetslivet eller studier, och frågan om deltagande i föreningslivet avser att underlätta för den försäkrade som är aktiv i sådana sammanhang, är konceptet aktiviteter betydligt bredare och innefattar Försäkringskassan som aktiv aktör. Försäkringskassan ska i samband med ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning undersöka om den försäkrade under den tid ersättningen ska lämnas kan delta i aktiviteter. Om den försäkrade bedöms kunna delta i aktiviteter ska Försäkringskassan närmare planera vilka aktiviteter som är lämpliga. Om Försäkringskassan och den försäkrade kommer överens ska Försäkringskassan upprätta en plan för aktiviteterna. Försäkringskassan ska verka för att planerade aktiviteter kommer till stånd, samordna de insatser som behövs och se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteterna.

Utredningen bedömer att detta ansvar även fortsättningsvis bör ligga kvar på Försäkringskassan. För de försäkrade som inte omfattas av det föreslagna ramprogrammet och för de försäkrade som omfattas

av det men som dessutom vill och kan ägna sig åt aktiviteter anser utredningen dock att möjligheten till aktiviteter behöver förtydligas. Försäkringskassan bör därmed ytterligare se över sina interna handläggningsrutiner kring aktiviteter.

I avsnitt 15.4.4 framgår att Riksrevisionen konstaterat att det saknas nödvändig statistik för att Försäkringskassan ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. En systematisk uppföljning är även enligt ISF avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.[44]

Utredningen bedömer att för att komma tillrätta med den konstaterade bristen på aktiviteter behövs mer kunskap om vilka aktiviteter som bäst uppfyller syftet med aktivitetsersättningen. Någon sådan kunskap finns dock inte i dagsläget. Utredningen bedömer därmed att regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter försäkrade deltar i. Regeringen bör även ge ISF eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att genomföra studier om vilka aktiviteter som har störst gynnsam inverkan på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga.

16.4 Övrigt om under tid med sjuk- och aktivitetsersättning

16.4.1 Förutsättningar för arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: En försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga och är beviljad partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning ska kunna förlägga sin arbetstid flexibelt, dvs. på annat sätt utan lika stor reducering av arbetstiden varje dag, utan att denna förläggning medför att ersättningen ska omprövas. En sådan förläggning av arbetstiden ska kunna göras så länge denna inte medför en risk för försämring av den försäkrades sjukdom eller arbetsförmåga och med utgångspunkt i de individuella förhållandena. Förläggningen ska ske under en begränsad bedömningsperiod om

[44] ISF, Rapport 2017:5, s. 18.

som mest en månad. En förläggning som uppfyller dessa förutsättningar ska kunna göras utan begränsning i tid.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ska enligt direktiven bland annat verka för förslag som gör att de försäkrades arbetsförmåga tillvaratas och att möjligheterna att delta i samhällslivet underlättas. Frågan om arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning påverkar samtliga tre huvudgrupper som har berörts ovan. Tillämpat på frågan om partiell ersättning och arbetstidens förläggning innebär detta att principen om att en försäkrad med partiell arbetsförmåga ska minska arbetstiden lika mycket varje dag måste vägas mot de vinster som en annan förläggning kan innebära. Faktorer som arbetsförhållanden, sjukdomens art och den enskildes förhållanden är något som också enligt utredningens uppfattning bör kunna beaktas. Samtidigt är det viktigt att en utökad möjlighet att vid deltidsersättning bedöma arbetsförmågan mot en annan förläggning av arbetet ska rymmas inom ramen för ett regelverk med fyra nivåer på ersättningen. Utredningen har inte föreslagit att regelverket med kvartiler för sjuk- och aktivitetsersättning ska förändras.

För en del försäkrade kan andra lösningar än att arbetstiden ska minskas regelbundet, dvs. i lika stor omfattning varje dag, vara mer lämpliga, till exempel att arbeta en eller två hela dagar i veckan med hela dagar för återhämtning däremellan. Att öppna för andra sätt att förlägga arbetstiden kan även göra det enklare för vissa försäkrade att hitta arbeten då de lättare kan anpassas till arbetsgivares behov av arbetskraft.

Mot bakgrund av vad utredningen kunnat konstatera avsnitt 15.5 om att bristande flexibilitet och krav på att förläggningen ska vara medicinskt motiverad medför att försäkrades möjligheter att arbeta inte kan tas tillvara till fullo och orsakar problem, exempelvis risk för återkrav, menar utredningen att det finns skäl som talar för att arbetstidsförläggningen inte ska behöva fördelas lika varje arbetsdag under tid som en försäkrad har partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Det bör betonas att sjukersättning och aktivitetsersättning utgör månatliga förmåner till skillnad från sjukpenning som är en dagersättning. Den försäkrades arbetsförmåga bör med hänsyn till sjukersättningens karaktär som månatlig förmån därmed också bedömas månadsvis. Det bör då inte vara avgörande hur den försäkrade fördelar sin

arbetstid under månaden, förutsatt att sysselsättningsgraden inte överstiger den arbetsförmåga som den försäkrade genom beslutet om ersättning har bedömts besitta. Det bör också vara av underordnad betydelse om arbetstidens förläggning motiveras av medicinska skäl eller av skäl som är hänförliga till anställningen eller arbetets natur. Det finns således behov av att reglera att det inte ska vara avgörande hur en försäkrad lägger upp sin arbetstid, ifall personen ändå inte har en högre arbetsförmåga om arbetstiden förläggs på ett annat sätt. En sådan reformering av regelverket bedöms ligga inom ramen för utredningens uppdrag att underlätta för arbete för de som har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sådana förändringar bedöms behövas för att en försäkrads arbetsförmåga ska kunna tillvaratas i högre utsträckning vid prövning av rätt till partiell sjuk- eller aktivitetsersättning och att deltagande i samhällslivet genom arbete därigenom också kan underlättas för den som är beviljad sådan partiell ersättning och arbetar deltid.

Som framgår av avsnitt 14.2.6 finns redan med nuvarande regelverk och dess tolkning i rättspraxis ett sådant utrymme. Förutsättningarna är emellertid fortfarande oklara på flera punkter. De krav som ställs upp enligt nuvarande tillämpning är enligt utredningens mening inte heller helt igenom ändamålsenliga.

Kravet på nedsatt arbetsförmåga ska även fortsättningsvis utgöra en förutsättning för en flexibel arbetstidsförläggning

Utredningen menar att det är av vikt att de grundläggande förutsättningarna om att arbetsförmågan ska vara nedsatt för att rätt till ersättning ska föreligga står fast. Det innebär att det vid prövningen av rätt till partiell ersättning ska beaktas ifall den försäkrade kan bedömas ha en högre arbetsförmåga i ett annat arbete eller i samma arbete om arbetstiden inte förläggs flexibelt.

Det finns två huvudsakliga situationer där frågan om arbetstidens förläggning kan bli aktuell. Den ena gäller då en försäkrad ansöker om partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning och samtidigt arbetar i ett arbete där arbetstiden inte är jämnt fördelad mellan arbetsdagarna. Ett exempel skulle kunna vara en egenföretagare som söker halv sjukersättning till följd av stressrelaterade besvär, och på de kvarvarande 50 procenten fördelar arbetstiden ojämnt mellan dagarna, beroende på dagsform och att arbetet kräver olika omfattande in-

satser olika dagar. Ett annat exempel är en försäkrad som arbetar skift inom exempelvis personlig assistans, med fler hela dagars arbete och däremellan helt lediga dagar. Skiftschemat löper över fyra veckor. En sjukersättning på 25 procent skulle i ett sådant fall kunna innebära att den försäkrade får fler hela dagar utan arbete för återhämtning, men fortfarande arbetar hela dagar när han eller hon väl har schemalagd arbetstid.

I dessa och andra liknande fall blir arbetstidens förläggning en del av bedömningen av rätten till ersättning. Dessa förhållanden ska, liksom övriga omständigheter i ärendet, vägas in i bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt på det sätt som krävs för ersättning, bl.a. för att bedöma nivån på den nedsatta arbetsförmågan. Arbetsförhållandena är också typiskt sett kända inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning.

Den andra huvudsakliga situationen där frågan om arbetstidens förläggning kan bli aktuell gäller arbetstidens förläggning när partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning väl är beviljad. Främst handlar det i detta fall om vilka möjligheterna är att ta tillvara den försäkrades återstående arbetsförmåga. I andra änden av spektrumet kommer frågan att bli aktuell i ärenden om omprövning och indragning av ersättning, samt återkrav av utbetald ersättning. Frågan i detta sammanhang blir främst om arbetstidens förläggning kan sägas visa att den försäkrade har en större arbetsförmåga än vad som bedömdes vara fallet vid tidpunkten för beslutet om ersättning.

Det finns skäl för att tillåta en mer flexibel förläggning av arbetstiden

Utredningen menar att det finns flera fördelar med att tillåta en mer flexibel förläggning av den försäkrades arbetstid såväl vad gäller den försäkrades möjligheter att arbeta på ett sätt som passar denna och för möjligheterna att hitta arbete. I denna fråga framstår en princip om jämn reducering av arbetstiden varje dag som otidsenlig.

I vissa fall finns medicinska argument för en möjlighet till mer flexibel arbetstidsförläggning. Många diagnoser, särskilt av psykisk natur, innebär att den enskilde har kapacitet att arbeta hela dagar men behöver återhämtning däremellan. För sjukersättningens del är till skillnad från vad som gäller vid sjukskrivning inte frågan om rehabilitering och återgång i arbete den mest avgörande; här blir i stället

frågan om hur en eventuell återstående arbetsförmåga på bästa sätt tas tillvara. För en försäkrad med partiell aktivitetsersättning kan däremot en lämplig arbetstidsförläggning vara av vikt för möjligheten att ta tillvara och på sikt återfå högre arbetsförmåga.

I många fall torde emellertid behovet av en annan förläggning av arbetstiden i första hand inte vara strikt medicinskt betingat utan är mer av arbetslivsinriktad natur; det handlar om möjligheten för såväl den enskilde som arbetsgivaren att på ett mer flexibelt sätt kunna lägga upp arbetet utan att detta för den skull nödvändigtvis är medicinskt motiverat. På så sätt påminner förläggningen om villkoren vid deltidssjukskrivning och argumenten för en förändring i flexiblare riktning är i allt väsentligt desamma.[45] Det kan handla om att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reducering av arbetstiden varje dag inte är praktiskt möjlig, exempelvis i arbeten med utryckningstjänst inom polis eller brandkår. Det finns även andra yrken som inte har arbetsuppgifter av samma akuta karaktär som en utryckningsverksamhet men där arbetsuppgifterna ändå inte tillåter en jämn reducering av arbetstiden varje dag. Många försäkrade har också förtroendearbetstid eller arbetsuppgifter som fördelar sig olika över tid.

För dessa grupper är behovet av en annan förläggning av arbetstiden inte en medicinsk fråga utan en fråga om vad arbetsförhållandena rent praktiskt tillåter. För arbetsgivaren kan möjligheten till en flexibel arbetstidsförläggning vara, om inte nödvändig, så i vart fall utgöra en stor fördel i frågan om planeringen av arbetet. Utredningen menar exempelvis att en större möjlighet till att förlägga arbetstiden mer flexibelt kan innebära en ökad förståelse för att det ofta är själva mobiliseringen att arbeta i sig som kräver mycket energi för en försäkrad med partiell ersättning och att det för vissa försäkrade kan vara bättre att samla den energin under några dagar i veckan, snarare än under några timmar varje dag alla arbetsdagar i veckan. Andra faktorer som kan spela in är vilken typ av arbete den försäkrade har, till exempel om det är fråga om ett utåtriktat arbete som kräver mycket energi.

En annan fråga som är kopplad till den ansträngning som krävs under varje arbetsdag är om den försäkrade har lång resväg till arbetet. Det kan vara en stor ansträngning för arbetstagaren att ta sig till och från arbetet, både psykiskt och fysiskt, beroende på vilken diagnos och symptom den försäkrade har. Färre, mer koncentrerade arbets-

[45] Se vidare SOU 2020:6.

pass kan för vissa försäkrade gynna användandet av den kvarvarande arbetsförmågan.

Enligt utredningens mening utgör de ovan uppräknade situationerna rimliga skäl för att förlägga arbetstiden på annat sätt än att den minskas lika mycket varje dag. Utredningen menar att en anledning till att erbjuda möjligheten att arbeta koncentrerad deltid är att det skulle möjliggöra för fler att arbeta mer. Om systemet blir mer flexibelt finns det anledning att tro att en del individer som tidigare bara hade klarat av att arbeta exempelvis 25 procent kan gå upp till halvtid, eller från halvtid till 75 procent.

Det ska inte ställas krav på att förläggningen av arbetstiden är medicinskt motiverad

Ett skäl som utredningen menar kan anses utgöra tillräckligt tungt vägande för att inte tillåta en annan förläggning av arbetstiden är om en sådan förläggning skulle försämra den försäkrades sjukdomstillstånd eller arbetsförmåga. Förläggningen får således inte medföra ett medicinskt hinder där det finns risk för att den försäkrades sjukdom försämras och arbetsförmågan hos en person med varaktigt nedsatt förmåga ytterligare försämras. I normalfallet bör inte en sådan medicinsk risk föreligga vid en skälig flexibel förläggning av arbetstiden utifrån individuella förhållanden, och någon medicinsk bedömning torde därför inte heller vara nödvändig, men vid mer tveksamma fall bör en läkare göra den medicinska bedömningen av om en sådan risk för hälsa eller arbetsförmåga föreligger.

Det sagda innebär att det inte bör ställas något krav på att arbetstidsförläggningen ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet utan det ska endast krävas att ingen risk föreligger. Kravet på att en annan förläggning av arbetstiden än den normala vid deltidssjukskrivning ska vara medicinskt motiverad har, som redovisats ovan, skapat oklarhet kring när en förläggning av arbetstiden än den normala vid deltidssjukskrivning kan godkännas och lett till en tillämpning som inte är ändamålsenlig. Utredningen kan också konstatera att det även i den kammarrättspraxis som avser frågan om förläggning av arbetstid med partiell sjukersättning har ställts upp krav på att sådan förläggning ska vara medicinskt motiverad även om kravet uttryckts mindre tydligt där än i frågan om deltidssjukskrivning. Kravet på den medicinska motiveringen har alltså ställts upp trots att det i

ett sjukersättningsfall primärt inte är fråga om pågående sjukskrivning och rehabilitering med målsättning om att den försäkrade ska kunna återgå i arbete. För sjukersättning är kriterierna sådana att det i normalfallet inte torde bli fråga om någon återgång i arbete.

Det finns enligt vad som beskrivs i avsnitt 15.5.1 således svårigheter kopplade till tillämpningen av kravet att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad. Det gäller definitionen och vad begreppet ska anses innebära, men det kan också finnas rent praktiska svårigheter kring att skaffa en sådan medicinsk motivering och kring vilka krav det ska ställas på en sådan. Många försäkrade som har partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning har regelbunden kontakt med vården, men det gäller inte alla. Till skillnad från sjukskrivning, där läkarintyg behöver förnyas var tredje månad, beviljas sjukersättning för kroniska sjukdomar med uttömda behandlingsmöjligheter där fortsatt kontakt med vården inte alltid är behövlig eller fruktbar. Det kan därför uppkomma praktiska svårigheter med att få en läkare att sätta sig in i den försäkrades fall och göra en bedömning av och medicinskt motivera varför en viss arbetstidsförläggning är motiverad.

Det finns enligt utredningens mening inte heller något direkt samband mellan det förhållandet att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte ska påverka rätten till sjukersättning och ett krav på att arbetstidens förläggning även måste vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet. Detta följer av att arbetstidens förläggning inte har med själva arbetsförmågan eller dess nedsättning att göra; det handlar om hur arbetstiden fördelas men inte vilken mängd arbete den försäkrade klarar av och är således fråga om separata frågeställningar. I denna fråga ansluter sig således utredningen inte till bedömningen i Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 2591-2592-19.

Utredningen gör mot denna bakgrund bedömningen att det inte bör krävas att en annan förläggning av arbetstiden än jämn reducering varje dag är medicinskt motiverad. Det ska i stället räcka att arbetstidsförläggningen syftar att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har kvar. En sådan förläggning av arbetstiden bör därmed vara tillåten så länge den inte riskerar att försämra den försäkrades hälsotillstånd eller arbetsförmåga.

Flexibel förläggning av arbetstiden på arbetsplatsen som förutsätter arbetsgivarens medgivande är en arbetsrättslig fråga

En viktig utgångspunkt vid överväganden om en mer flexibel förläggning av arbetstiden är att frågan om hur arbetstiden är förlagd är en arbetsrättslig fråga mellan arbetstagare och arbetsgivare. Utredningens förslag har inte som syfte att reglera den arbetsrättsliga frågan om arbetstidens förläggning. Däremot har förslagen som syfte att lyfta arbetstidens förläggning som ett sätt att uppmuntra försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning på deltid att arbeta i den utsträckning som det är möjligt. Detta innebär att frågan inte är aktuell för bedömningen av om den försäkrade har rätt till ersättning från sjukförsäkringen under en sådan flexibel arbetstidsförläggning och regleras därför inte heller i socialförsäkringsbalken; en förutsättning för att den enskilde ska kunna ha ersättning under tid med flexibel arbetstidsförläggning är däremot naturligtvis i praktiken att arbetsgivaren har medgivit en sådan förläggning.

Det är arbetsgivaren som utifrån verksamhetens behov bestämmer hur arbetstiden kan förläggas. Detta följer av principen att det är arbetsgivaren som fritt får leda och fördela arbetet. Det är en arbetsrättslig förutsättning för att arbetstiden ska kunna förläggas på ett annat sätt än genom jämn reducering varje dag att arbetsgivaren har medgivit en sådan förläggning.

I denna fråga gör sig emellertid också arbetsgivarens ansvar för förebyggande åtgärder och arbetsanpassningar enligt arbetsmiljölagen gällande. Enligt dessa bestämmelser har arbetsgivaren ett långtgående ansvar för att bl.a. anpassa arbetet och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa. Även om det är arbetsgivaren som slutligt behöver tillåta en arbetstidsförläggning som inte innebär en lika stor reducering av arbetstiden varje dag måste arbetsgivaren således beakta arbetstagarens behov av en sådan förläggning. I Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (2015:4) ställs också krav på att arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna. Arbetsgivaren bör särskilt uppmärksamma möjligheterna till återhämtning (12 §). Om en mer flexibel förläggning av arbetstiden skulle innebära att ohälsa hos den försäkrade kan motverkas bör arbetsgivaren i normalfallet godta en sådan förläggning, förutsatt att verksamheten alls tillåter en sådan.

Motsatsen bör också beaktas; det är viktigt att en utökad möjlighet till flexibel arbetstidsförläggning inte används av arbetsgivaren på ett sätt som är till nackdel för den försäkrades hälsa.

För en försäkrad som är företagare kommer arbetstiden typiskt sett att vara oregelbunden och det är det försäkrade själv som styr över förläggningen av arbetstid. I dessa fall kan det finnas stort behov av en flexibel arbetstidsförläggning, men det måste också kombineras med uppföljning så att den försäkrade inte i själva verket arbetar i högre utsträckning än vad den beviljade ersättningen tillåter.

Det ska krävas att den avvikande förläggningen sker under en bedömningsperiod på en månad

Vid en förläggning av arbetstiden som frångår principen om lika stor minskning varje dag måste det enligt utredningens mening krävas att denna förläggning sker fördelat över en begränsad period. Med detta avses att arbetstiden inte ska kunna fördelas över en hur lång period som helst. Utan en sådan begränsning är det svårt att motivera att arbetsförmågan kan anses nedsatt i den grad som krävs för fortsatt rätt till ersättning på den nivå som är beviljad.

En viktig aspekt vid denna bedömning är att sjukersättning och aktivitetsersättning, till skillnad från sjukpenningen, utgör månadsersättningar. En rimlig utgångspunkt är därför att den sammanlagda arbetade tiden under en månad inte ska överstiga den tid som den försäkrades återstående arbetsförmåga tillåter. Ytterligare stöd för att en månad ska utgöra den period under vilken arbetstiden får fördelas är bestämmelsen i 36 kap. 9 § SFB där det framgår att en försäkrad som förvärvsarbetar med utnyttjande av en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades inte har rätt att få ersättning för samma tid och i den omfattning som förvärvsarbetet utförs. Om en förläggning av arbetstiden skulle sträcka sig bortom en månad skulle den försäkrad riskera att arbeta under tid som han eller hon har ersättning. Problem i tillämpningen skulle också kunna uppstå om bedömningsperioden sträcker sig över månadsskiften och den försäkrade inte kan få ersättning alla månader, exempelvis i ett sådant fall där en försäkrad arbetar en viss månad och månaden efter övergår till ålderspension.

Ett extremt men enkelt exempel på resonemanget om en begränsad bedömningsperiod ovan är att det inte ska vara möjligt för en

försäkrad med halv sjukersättning att arbeta heltid under första halvan av ett år och inte alls under andra halvan. Likaså torde det vara mycket ovanligt – men i princip inte otänkbart – att en försäkrad skulle kunna arbeta i hel omfattning två veckor i sträck för att sedan behöva återhämtning under lika lång tid, utan att det också kan sägas att den försäkrade då också har uppvisat en högre arbetsförmåga. En grundläggande förutsättning för partiell sjuk- eller aktivitetsersättning är som konstaterats ovan att arbetsförmågan faktiskt är nedsatt i en utsträckning som stämmer överens med den partiella ersättningen. Den som har beviljats en fjärdedels sjukersättning får exempelvis inte ha en arbetsförmåga som överstiger tre fjärdedelar. Om så är fallet ska ersättningen omprövas och eventuellt minskas eller dras in. I ett sådant sammanhang måste beaktas också om inte en sådan period med heltidsarbete kan anses verka negativt för hälsan hos en försäkrad som har beviljats sjukersättning. Däremot bör perioder med flera längre arbetspass och hela dagar med återhämtning däremellan kunna anses utgöra typiska fall där en flexiblare arbetstidsförläggning kan anses rimlig.

Det finns fördelar med en angiven längsta bedömningsperiod eftersom regelverket då blir mer förutsebart. Samtidigt kan en försäkrads arbetstid vara schemalagd på en mängd olika sätt och behovet av flexibilitet kan vara olika stort. Många arbetar i skift som kan sträcka sig över ett flertal veckor och det finns domstolsavgöranden där längre perioder än fyra veckor godtagits i frågan om partiell sjukpenning. Om en längsta bedömningsperiod skulle anges finns risken att detta begränsar den försäkrades möjligheter att ta tillvara sin arbetsförmåga utifrån sjukdomens art eller arbetsförhållandena.

Vid en sammanvägd bedömning menar utredningen att en bedömningsperiod om en månad är en lämplig period, främst mot bakgrund av sjukersättningen och aktivitetsersättning är månadsersättningar.

En flexibel förläggning av arbetstiden som uppfyller förutsättningarna ska som utgångspunkt kunna vara möjlig utan tidsbegränsning

En sådan flexibel förläggning av arbetstiden som har beskrivits ovan ska som princip kunna godtas tills vidare, så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår och de övriga förutsättningarna, dvs. att förläggningen inte försämrar den försäkrades hälsa och arbetsförmåga, kan anses uppfyllda. Sjukersättning, och i något mindre utsträckning

aktivitetsersättningen, förutsätter en framåtsyftande bedömning av hur arbetsförmågan är nedsatt och bedöms vara nedsatt framöver. Det finns därför enligt utredningens uppfattning inte skäl att begränsa perioden med flexibel förläggning av arbetstiden.

Det bör för tydlighetens skull framhållas att begränsningen av den flexibla förläggningen således inte avser hur länge själva en flexibel förläggningen av arbetstiden får fortgå, utan frågan om begränsning rör i stället endast hur lång den bedömningsperiod under vilken arbetstiden kan fördelas ska vara.

Exempel på flexibel förläggning av arbetstid i praktiken

Exempel: En försäkrad har 50 procents sjukersättning och arbetar enligt ett schema som sträcker sig över fyra veckor. Hon arbetar åtta timmar om dagen två arbetsdagar i sträck följt av två arbetsdagars vila och återhämtning. Under en period på fyra veckor arbetar hon tio dagar och har tio dagar för återhämtning (utöver helger). Schemat går jämnt upp var fjärde vecka. Fyra veckor anses utgöra en begränsad period varför förläggningen är godtagbar. Förläggningen utgör inte heller en medicinsk risk för hälsa eller arbetsförmåga; tvärtom anses förläggningen gynnsam i det enskilda fallet utifrån den försäkrades besvärsbild vilket har bekräftats av läkare (en medicinsk bedömning som inte krävs i alla fall men som kan vara av värde vid oklarheter). Denna förläggning kan pågå under obestämd tid så länge ”rotationen” faller inom en begränsad period och övriga förhållanden kvarstår.

Det finns ingen anmälningsskyldighet för förläggning av arbetstid

Så länge den försäkrade inte arbetar mer än vad den beviljade sjuk- eller aktivitetsersättningen tillåter, och arbetstidens förläggning är i enlighet med vad som anges i utredningens övriga förslag i frågan finns inte någon skyldighet att anmäla den avvikande förläggningen av arbetstiden till Försäkringskassan, då det inte är fråga om att den försäkrade har fått förbättrad arbetsförmåga. Anmälningsskyldigheten, som regleras i 110 kap. 46, 47, 50 och 51 §§ SFB, innefattar inte situationen med annan förläggning av arbetstiden, såvida inte den nya förläggningen av arbetet också påverkar den försäkrades inkomst eller på annat sätt innebär en utökning av arbetet eller avviker från

den begränsade period det ska vara fråga om enligt ovan. Med det sagt kan det ofta vara lämpligt att den försäkrade vid en förändrad förläggning av arbetstiden kontaktar Försäkringskassan i informationssyfte, för att bl.a. föregå eventuella oklarheter vid en framtida uppföljning av arbetsförmågan.

Detta får anses avse främst arbetstidsförläggning under tid med beviljad ersättning. Vid ansökan om ersättning ska omständigheterna i det enskilda fallet utredas, i detta ingår även den försäkrades nuvarande arbete och förläggningen av arbetstiden.

Förslaget om arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning innebär att kvarvarande arbetsförmåga i ökad utsträckning kan tas tillvara

Enligt utredningens bedömning innebär förslaget om arbetstidens förläggning vid arbete för en försäkrad som är beviljad partiell sjuk- eller aktivitetsersättning att det blir lättare för en försäkrad att ta tillvara kvarvarande arbetsförmåga och behålla sin ersättning vid en arbetstidsförläggning som innebär att arbetstiden inte minskas lika mycket varje dag. Det bör också bli lättare att beviljas partiell ersättning i de fall där den försäkrade redan har ett arbete som innebär en oregelbunden förlagd arbetstid.

Förslaget skapar bl.a. ökade möjligheter för försäkrade med psykiatriska diagnoser, men även för personer med andra sjukdomar, att i ökad utsträckning arbeta deltid och kanske öka sin arbetsinsats jämfört med om de hade behövt reducera sin arbetstid lika mycket varje dag. Den kvarvarande arbetsförmågan som eventuellt finns hos dessa försäkrade kan således sannolikt med förslaget tas tillvara i ökad utsträckning. Vissa osäkerheter i vad som exempelvis ska krävas för att en förläggning av arbetstiden ska vara medicinskt motiverad undanröjs också genom förslaget.

16.4.2 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör få i uppdrag att ge riktad information till målgrupperna om möjligheterna till arbete, studier etc.

Skälen för utredningens bedömning: Information om regler och hur en reform fungerar bidrar till vilket genomslag regeländringar får. För att de föreslagna regeländringarna för grupp 1–3 ska få genomslag anser utredningen därmed att regeringen bör ge Försäkringskassan uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade om de nya reglerna.

När det gäller reglerna för steglös avräkning kan det bl.a. finnas försäkrade som inte tidigare varit mottagliga för tidigare information, men som nu skulle kunna överväga att arbeta om de fick förnyad information om regelverket. En *påminnelse* om regelverket kan också öka tryggheten för målgruppen vad gäller möjligheten att få behålla rätten till ersättning även om de försäkrade t.ex. engagerar sig i ideellt eller förvärvsarbetar. Detta kan också gälla personer som tillhör grupp 2 och 3, för vilka förutsättningarna kan ha förändrats jämfört med när de fick sitt beslut om ersättning och i samband med detta fick information om möjligheterna till vilande ersättning etc.

Utredningen rekommenderar därmed att oavsett om de ovan nämnda föreslagna regeländringarna avseende arbete, studier m.m. under tid med ersättning blir verklighet eller inte, att Försäkringskassan ska få i uppdrag att regelbundet informerar berörda försäkrade om deras möjligheter att pröva att arbeta etc. under tid med ersättning. Informationen bör även vara riktad på så sätt att den försäkrade får information om de möjligheter som gäller för just hans eller hennes ersättning. Med hänsyn till att möjligheterna ser olika ut för de olika målgrupperna skulle riktad information kunna minska risken för missförstånd.

17 Arbete, studier och uppdrag med mera – konsekvenser av utredningens förslag

I detta avsnitt redovisas konsekvenser av utredningens förslag om möjligheterna till arbete, studier och uppdrag m.m. under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning. Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna belysas för den enskilde, staten och dess myndigheter, kommuner, regioner, organisationer och företag. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheten, sysselsättningen, offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenserna för små och stora företag samt för den personliga integriteten redovisas.

Utredningen bedömer att förslagen avseende arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning framför allt påverkar den enskildes inkomster, statens försäkringsutgifter och handläggande myndigheters administrativa kostnader. Förslagen bedöms ha mindre effekter för företag, sysselsättningen och jämställdheten mellan kvinnor och män. Nedan beskriver utredningen vilken bedömning som görs kring konsekvenserna ur dessa perspektiv. Ur övriga perspektiv som utredningen enligt kommittéförordningen har att beakta bedöms inga direkta konsekvenser av förslagen uppstå.

Ett generellt problem vid konsekvensbeskrivningar av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför och när de inträffar i tid. Det beror på att det är svårt att förutsäga människors beteenden under nya förutsättningar. De beräkningar som genomförs i denna del är en konsekvensberäkning under vissa givna antaganden och ska därför mer ses som en ungefärlig bedömning av storleksbestämningen av de ekonomiska effekterna än som en säker prognos om själva utfallet.

Beräkningarna bör därför tolkas med viss försiktighet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisationer har i möjligaste utsträckning stämts av med berörda parter men är av naturliga skäl även beroende av de volymantaganden som görs. Ändrade volymer får således även konsekvenser för myndigheternas administrativa kostnader.

17.1 Beräkningsstöd för steglös avräkning

Effekter för den enskilde

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna och risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetald sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Med ett beräkningsstöd där den försäkrade enkelt kan överblicka de ungefärliga ekonomiska konsekvenserna av att arbeta bedömer utredningen att fler ska våga att arbeta.

Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan utvecklar ett beräkningsstöd för personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Beräkningsstödet ska underlätta för den enskilde att få en bättre överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning genom att, givet de inkomster som den försäkrade uppger, beräkna hur skatter, bostadstillägg och bostadsbidrag samt sjukersättningen påverkas.

Effekter för myndigheter

Förslaget innebär att Försäkringskassan behöver utveckla en it-produkt för detta ändamål. Utredningen uppskattar kostnaderna för detta till 5 miljoner kronor. Utredningen bedömer även att det inledningsvis kan medföra ökade frågor till Försäkringskassan kring beräkningsstödets funktion genom ökat antal telefon- eller mailförfrågningar. Förslaget innebär således en viss ökning i administrationskostnaden för Försäkringskassan.

17.2 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning

Utredningen föreslår att fribeloppet följer den allmänna inkomstutvecklingen i stället för den allmänna prisutvecklingen och räknas om med inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken. Fribeloppet har visat sig vara viktigt för vilket arbetsutbud den försäkrade är beredd att erbjuda. Många av de som i dag arbetar med steglös avräkning har inkomster som understiger fribeloppet. Höga marginaleffekter och risken att bli återbetalningsskyldig bidrar sannolikt till detta beteende. För att den enskilde individen ska kunna fortsätta att erbjuda samma mängd arbete krävs att fribeloppen utvecklas i takt med den allmänna inkomstutvecklingen. Annars kommer den försäkrade vid ökade löner erbjuda en mindre mängd arbete för att fortsatt kunna arbeta utan att inkomsterna överstiger det aktuella fribeloppet. En uppräkning av fribeloppet med den allmänna inkomstutvecklingen leder därmed till att arbetsutbudet över tid kan upprätthållas på dagens nivå. Med dagens regelverk blir dock utvecklingen den omvända. Den försäkrade behöver i genomsnitt arbeta mindre och mindre för att inkomsten ska hålla sig under fribeloppet och kommer då i genomsnitt att erbjuda ett lägre och lägre arbetsutbud. En inkomstindexering av fribeloppet skulle därmed innebära att den enskilde kan använda en större del av sin arbetsförmåga utan att det påverkar avräkningen på sjukersättningen, vilket har en positiv effekt inte bara för de enskilde, utan även för samhällsekonomin som helhet.

Effekter för den enskilde

Höjda fribelopp för de som arbetar med steglös avräkning innebär att det blir mer lönsamt att arbeta än i dag. Utredningen har kunnat konstatera att fribeloppet över tid har urholkats. Nivån för fribeloppet indexeras med prisutvecklingen medan inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det innebär att en person som i dag arbetar med steglös avräkning i genomsnitt kan arbeta i mindre omfattning innan inkomsterna når upp till fribeloppet, än vad som var fallet när systemet infördes januari 2009. Som framgår i avsnitt 16.1.1 har utredningen därför föreslagit att fribeloppet ska baseras på inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken i stället för på prisbasbeloppet. Därmed blir det mer lönsamt att arbeta i ett

inkomstintervall mellan dagens fribelopp och den nya nivån på fribeloppet genom att marginaleffekten i detta inkomstintervall sjunker. Å andra sidan hänger marginaleffekterna med längre upp i inkomstskalan, vilket således försämrar incitamenten till arbete för den som arbetar i större omfattning. Utredningen menar dock att det framför allt är marginaleffekterna för de med lägre inkomster som behöver minskas. Detta för att få människor att i större utsträckning än i dag pröva arbete och nyttja den restarbetsförmåga som finns. Kommer människor väl ut i arbetslivet är sannolikheten större att de också fortsätter arbeta även om marginaleffekterna ibland är höga.

Utredningen har också kunnat konstatera att fribeloppet i hög grad styr arbetsutbudet hos de som väljer att arbeta med steglös avräkning. Även om arbetsutbudet för många av de som arbetat enligt detta regelverk har ökat över tid överstiger arbetsinsatsen sällan den som ger en inkomst över fribeloppet.[1] Det innebär att sjukersättningen inte reduceras för många av de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Som utredningen visat i avsnitt 15.3 är dock marginaleffekterna i många fall höga även innan inkomsterna når upp till fribeloppet. Marginalskatt och avtrappningen av bostadstillägg gör att många sällan får behålla mer än hälften av den inkomst de tjänar. Så är fallet även vid små inkomster.

Utredningen bedömer dock att förslaget om ett höjt fribelopp framför allt kommer innebära att de som redan i dag arbetar med steglös avräkning kommer att arbeta lite mer. Det gäller således t.ex. gruppen med partiell ersättning som arbetar deltid. Gruppen med partiell ersättning som jobbar deltid behöver emellertid inte ha steglös avräkning så länge de inte arbetar på den del de har sjukersättning. Förslaget om höjt fribelopp borde därför även kunna medföra att de som arbetar utan steglös avräkning i dag vågar arbeta lite mer. Förslaget borde således kunna påverka såväl de som jobbar med steglös avräkning, de som har partiell ersättning och arbetar på den del de inte har sjukersättning samt kanske även de som arbetar inom ramen för åttondelen.

Skälen till att man kan förvänta sig att det främst är de som redan arbetar som kommer att arbeta lite mer är inte bara ekonomiska. Det är sannolikt enklare för denna grupp att kunna utöka sin arbetsinsats genom en redan väletablerad kontakt med arbetslivet och en arbetsgivare som redan erbjudit dem anställning. Det första steget ut på

[1] ISF 2018:1.

arbetsmarknaden och att hitta en arbetsgivare som är villig att anställa en person med nedsatt arbetsförmåga är oftast svårare än att utöka en redan väl fungerande relation mellan arbetsgivare och arbetstagare. På marginalen skulle dock ett högre fribelopp även kunna göra det enklare för de som inte arbetar i dag. Genom att en större arbetsinsats tillåts innan ersättningen trappas av, skulle det kunna bli enklare att hitta en nivå på arbetet som passar fler arbetsgivare, vilket bidrar till att sannolikheten ökar för de försäkrade att hitta ett arbete. Utredningen bedömer denna effekt som positiv men liten.

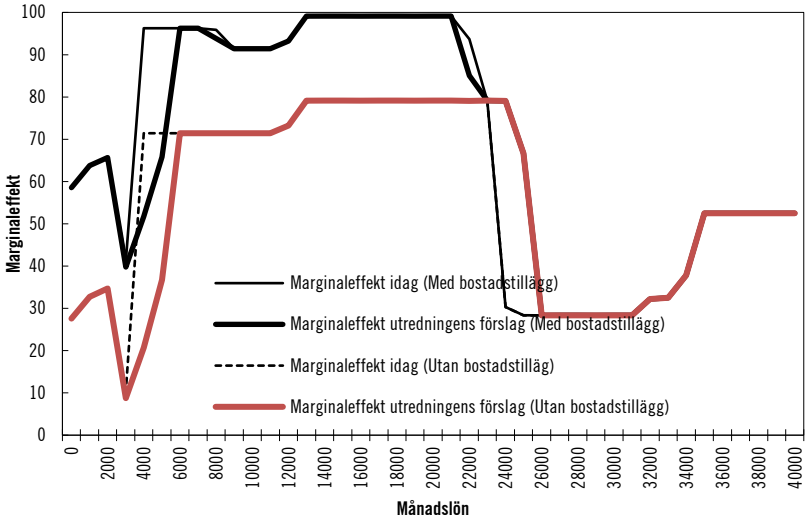
Illustration med typfall

För att tydligare belysa konsekvenserna för den enskilde redovisas två olika typfall som beskriver situationen för de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Typfallen visar det ekonomiska utfallet med dagens regler respektive utredningens förslag till höjt fribelopp för en person med hel sjukersättning på garantinivå och en person med hel sjukersättning med genomsnittlig inkomstrelaterad sjukersättning. Beräkningarna är baserade på att den enskilde arbetar under ett helt år i samma utsträckning. Inkomsterna redovisas som månadsinkomster i stället för årsbelopp för att illustrera hur mycket per månad som en person med steglös avräkning kan arbeta innan olika avräkningar görs.[2]

I *typfall 1* illustreras utredningens förslag för en person med hel sjukersättning på garantinivå. Kopplingen till inkomstbasbeloppet gör att fribeloppet höjs och marginaleffekterna från reducering av sjukersättning uppstår vid en månadsinkomst på knappt 6 000 kronor i stället för som i dag vid 4 000 kronor. Det innebär att inkomstnivån för när de riktigt höga marginaleffekterna inträffar förflyttas upp i inkomstskalan. Att fribeloppet höjs innebär också sjukersättningen börjar trappas av vid högre inkomstnivåer än i dag. Med utredningens förslag är sjukersättningen helt avtrappad vid inkomster över 26 000 kronor per månad, vilket är ca 2 000 kronor högre än i dag. Av figuren framgår även marginaleffekter för de som inte har bostadstillägg. Marginaleffekter blir här ungefär 20 procentenheter lägre än för de som har bostadstillägg.

[2] Fribeloppet uttrycks i basbelopp och avser inkomsten under ett år. I beräkningarna har fribelopp och avtrappningsnivåer räknats om till månadsinkomster.

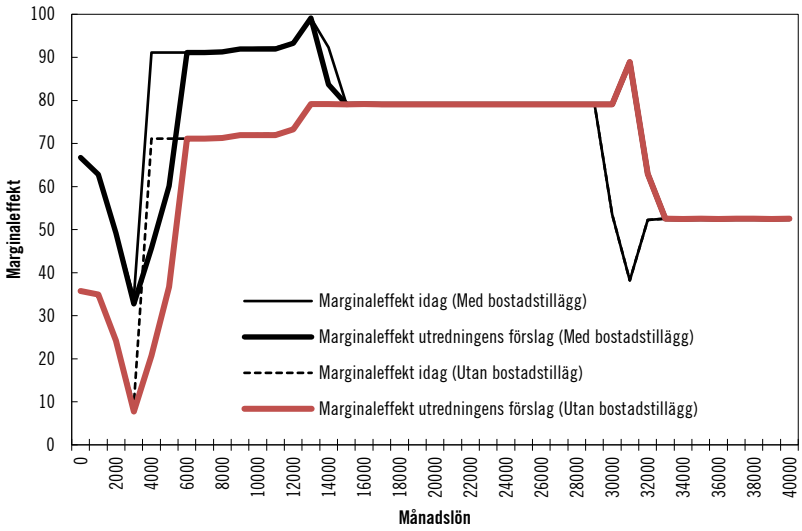
Figur 17.1 Typfall 1 Person med hel sjukersättning, garantinivå (ca 120 000 kr/år)



Källa: Egna beräkningar.

I *typfall 2* illustreras effekten för en person med hel sjukersättning med en genomsnittlig inkomstrelaterad ersättning. Enligt utredningens beräkningar är den genomsnittligt inkomstrelaterade ersättningen omkring ca 160 000 kronor per år. Effekten av utredningens förslag blir även i detta typfall att intervallet för när sjukersättningen trappas av förskjuts med omkring 2 000 kronor upp i inkomstskalan. Med utredningens förslag blir sjukersättningen helt avtrappad vid en månadsinkomst på ca 33 000 kronor. Med dagens regler är ersättningen helt avtrappad vid 31 000 kronor per månad. Eftersom inkomstnivån i detta typfall är högre in i typfall 1 kommer bostadstillägget att vara bortreducerat vid en lägre inkomst än i typfall 1. Det innebär att marginaleffekten sjunker till ca 80 procent vid en arbetsinkomst på ca 14 000 kronor per månad. För en person med inkomstrelaterad ersättning blir därmed utbytet av arbete något större än för en person med sjukersättning på garantinivå i inkomstintervallet 14 000–23 000 kronor per månad.

Figur 17.2 Typfall 2 Person med hel inkomstrelaterad sjukersättning genomsnittligt belopp (ca 160 000 kronor per år)



Källa: Egna beräkningar. Effekter för försäkringen.

I avsnitt 15.2 beskrevs utvecklingen av antalet och andelen som arbetar med steglös avräkning. Där framgår att det i dag är en begränsad grupp som använder steglös avräkning. Eftersom populationen som kan använda steglös avräkning succesivt minskar har antalet personer som använder steglös avräkning också minskat över tid. Dock har antalet personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning inte minskat i samma takt som den totala populationen som omfattas av regelverket. Därmed har andelen av den samlade populationen som arbetar med steglös avräkning ökat över tid. Under de senaste åren tycks andelen med steglös avräkning ha planat ut och stabiliserats på en nivå kring 4 procent. Dock fortsätter den population som kan använda sig av steglös avräkning att minska. Omkring 40 procent av denna population är i dag äldre än 60 år. Det innebär att antalet personer som kan omfattas av steglös avräkning succesivt minskar. Höjningen av pensionsåldern 2023 innebär att utflödet från sjukersättningen sannolikt blir låg detta år. Minskningen av antalet försäkringstagare stannar därför av under 2023 men återgår till normalt utflöde, året efter. Därmed kommer andelen personer som använder steglös avräkning att minska med några procentenheter.

Allt annat lika, och oaktat den pågående minskningen av populationen, antar dock utredningen att förslaget i sig medför att fler kommer pröva möjligheten att arbeta med steglös avräkning. Det finns emellertid ett antal skäl till att utredningen inte bedömer att effekten blir så omfattande. Dels är arbetsförmågan med stor sannolikhet begränsad hos många av dem som kan använda steglös avräkning, dels finns det svårigheter att hitta passande arbeten och arbetsgivare som är villiga att anställa personer med nedsatt arbetsförmåga. Utredningens förslag minskar marginaleffekterna vid låga inkomster men fortfarande finns det höga marginaleffekter vid högre inkomster. Det gör det ekonomiska utbytet av arbete begränsat i dessa inkomstskikt. Utredningens bedömning är därför att förslaget framför allt kommer öka arbetsutbudet för de som redan har ett arbete. Många av de som arbetar i dag har inkomster som understiger fribeloppet. Utredningens bedömning är att det kommer vara så även med utredningens förslag om höjt fribelopp. Därmed blir effekten på den utbetalda sjukersättningen i princip oförändrad.

På marginalen är det emellertid rimligt att anta en viss, om än liten, ökning av arbetsutbudet som påverkar försäkringskostnaderna. Ett enkelt räkneexempel, utifrån en person med hel ersättning, kan illustrera vad det skulle kunna innebära för försäkringens utgifter. Om andelen som arbetar med steglös avräkning ökar till 5 procent av den totala populationen, innebär det att antalet personer som arbetar med steglös avräkning ökar med omkring 1 000 personer. Om ytterligare 1 000 personer, som i dag inte arbetar med steglös avräkning, skulle börja arbeta och har en årsinkomst på 100 000 kronor skulle det med utredningens förslag om ett nytt fribelopp innebära att kostnaderna för sjukersättningen reduceras med ca 15 miljoner kronor.[3] I de fall bostadstillägg och arbetsskadelivränta betalas ut kommer även dessa ersättningsslag påverkas.

[3] Fribeloppet vid hel ersättning höjs enligt utredningens förslag till 1 IBB (68 200 kronor år 2021). Reduceringsinkomst: 100 000–68 200 kronor=31 800 kronor. Reducering med 50 procent ger 15 900 kronor. Besparing steglös avräkning blir då 15 900 kronor*1 000 personer =15,9 miljoner kronor.

Effekter för myndigheter

Utredningens bedömning är att relativt få personer kommer beröras av förslaget med höjda fribelopp. Det torde innebära relativt begränsade konsekvenser för Försäkringskassans administration avseende sjukersättning, bostadstillägg och arbetsskadelivräntor. Utredningen bedömer inte att förslaget får några större ekonomiska konsekvenser på Försäkringskassans förvaltningsanslag men att det kräver uppdatering av interna instruktioner och beräkningshjälpmedel. Förslaget kommer också kräva ändringar i Försäkringskassans it-system. Utredningen bedömer att detta kan ta i anspråk ca 100 timmar. Med en antagen timkostnad på ca 2 000 kronor uppskattar utredningen kostnaden för utveckling av it-system till följd av förslagen till ca 200 000 kronor.

Den generella utvecklingen av antalet personer som använder steglös avräkning har under de senaste åren inneburit att färre och färre sådana ärenden behöver hanteras av Försäkringskassan. Det är en utveckling som kommer fortsätta och torde enligt utredningens bedömning innebära att administrationen av ärenden med steglös avräkning succesivt minskar över tid. Denna bedömning gäller även om det, till följd av utredningens förslag, förväntas bli en begränsad ökning av personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning allt annat lika.

17.3 Mer flexibel vilande ersättning vid arbete för personer med sjuk- och aktivitetsersättning

Införandet av en mer flexibel vilande ersättning vid arbete förväntas ha effekter på den utbetalda sjuk- och aktivitetsersättningen, den enskildes vilja och möjligheter att delta i arbetslivet och på Försäkringskassans administration.

Effekter för den enskilde

En större flexibilitet av hur stor del av sjuk- eller aktivitetsersättningen som kan begäras vilande vid arbete, kan enligt utredningens mening förväntas leda till att fler vill och vågar arbeta med vilande ersättning. Hur många som i praktiken kommer arbeta enligt detta

regelverk är dock inte bara en fråga om arbetsutbud utan kräver också att det finns en efterfrågan. En större flexibilitet i möjligheten till vilande ersättning ökar dock sannolikheten för att arbetsgivare och arbetstagare hittar en tjänstgöringsomfattning som passar båda parter. En ökad flexibilitet kan således påverka både utbudet och efterfrågan av personer med sjukersättning och aktivitetsersättning. För den enskilde handlar det om ökade möjligheter att erbjuda hela sin restarbetsförmåga och inte behöva lägga sig på en nivå som antingen är under eller över denna nivå. Dessutom ger det mer flexibla möjligheter att använda en mer tillfälligt förbättrad arbetsförmåga till att pröva att arbeta. Därmed kan den enskildes restarbetsförmåga tillvaratas på ett bättre sätt än i dag och möjligheterna för att erfarenheterna från arbetslivet blir lyckade ökar. Därmed ökar också sannolikheten för att den försäkrade successivt ska vilja erbjuda ett större arbetsutbud och i förlängningen kunna försörja sig helt eller delvis genom arbete under längre perioder. För arbetsgivare ger det också större möjligheter att kunna erbjuda arbete. Det ger dels en större flexibilitet i tjänstgöringens omfattning, dels en flexibilitet i periodiciteten som arbete kan erbjudas, i och med att även kortare arbetsinsatser ska vara lättare att genomföra för personer som får sjuk- eller aktivitetsersättning.

Utredningen konstaterade i avsnitt 15.4.1 att det ekonomiska utbytet av arbete i de allra flesta fall är gott, vilket illustreras i tabell 15.1. Det som i dagens system gör att det inte alltid är lönsamt att arbeta är att ersättningen inte alltid kan vara vilande i samma omfattning som arbetets omfattning. Med det förslag utredningen lämnar i detta betänkande blir det emellertid möjligt. Därmed blir det ekonomiska utbytet av arbete positivt så länge lönen är högre än sjuk- eller aktivitetsersättningen. Hur stor den positiva effekten blir är därför beroende av vilken lön den enskilde får vid arbete. Lönens storlek påverkar både hur mycket skatt som betalas och hur stor en eventuell reducering av bostadstillägg och bostadsbidrag blir.

Konsekvenser för försäkringen

Utredningen har i avsnitt 15.4.1 redogjort för möjliga förklaringar till varför fler inte arbetar med vilande ersättning. Förklaringarna handlar dels om att de försäkrade har begränsade möjligheter till

arbete genom att många har så pass nedsatt arbetsförmåga att de saknar restarbetsförmåga, dels om att det är svårt att hitta ett arbete som matchar den enskildes restarbetsförmåga. En annan förklaring som ofta lyfts fram är rädslan för att en uppvisad arbetsförmåga ska leda till att ersättningen minskas eller dras in. Även om utredningens förslag underlättar inträdet på arbetsmarknaden sett till alla dessa perspektiv kvarstår dock ett strukturellt problem på dagens arbetsmarknad för personer med nedsatt arbetsförmåga vad gäller svårigheten att hitta ett arbete. Kraven i arbetslivet är ofta höga och personer med nedsatt arbetsförmåga väljs ofta bort i konkurrensen med andra personer.

I dag är det omkring 2 000 personer som arbetar med vilande sjukersättning. Som jämförelse kan nämnas att det är omkring 6 000 personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. De försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning är i dag något fler än de som omfattas av reglerna för vilande ersättning vid arbete. Att det är färre som arbetar med vilande ersättning än steglös avräkning förklaras dock inte enbart av att antalet personer i respektive grupp skiljer sig år. Även som andel av respektive population är det betydligt färre som arbetar med vilande ersättning än med steglös avräkning. En delförklaring till detta kan vara att de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 och därmed omfattas av systemet med vilande ersättning i genomsnitt har en lägre arbetsförmåga än de som beviljats sjukersättning innan detta datum. Regelförändringarna 2008 innebar ett striktare regelverk för att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning. Mot bakgrund av detta resonemang bedömer utredningen att potentialen hos de som i dag har rätt till vilande ersättning att öka sitt arbetsutbud generellt sätt är begränsat även om det på marginalen finns människor som kan och vill arbeta, eller öka den arbetsinsats som redan utförs.

Utredningens förslag innebär emellertid en generösare bedömning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning. Det innebär att de som beviljas ersättning framöver i genomsnitt har en högre arbetsförmåga än de som finns i systemet i dag. Förutsättningarna för att vilja prova arbete med vilande ersättning torde därmed vara större i denna framtida grupp än hos de som har ersättning i dag.

Sammantaget leder detta enligt utredningens bedömning till att något fler än i dag skulle kunna vilja arbeta med vilande ersättning. Hur många det handlar om är svårt att bedöma. Om antalet personer

som arbetar med vilande ersättning skulle öka så att andelen med vilande ersättning uppnår samma andel som i dag arbetar med steglös avräkning, skulle det innebära att ytterligare 2 200 personer har sin sjukersättning helt eller delvis vilande. Eftersom underlag kring hur fördelningen av vilande ersättning ser ut mellan helt och delvis vilande ersättning saknas antar utredningen att de som i dag har vilande ersättning i genomsnitt har det på halvtid. Givet att den genomsnittliga sjukersättningen i dag är ca 110 000 kronor per år innebär det en besparing på ca 90 miljoner kronor.[4]

Antal personer som har vilande aktivitetsersättning är i dag omkring 2 000 personer eller ca 6 procent av populationen. Utredningen har i kapitel 13 uppskattat att inflödet till aktivitetsersättningen skulle kunna öka med 3 000 personer per år om utredningens förslag genomförs. Utredningens förslag innebär emellertid att de som kan komma att beviljas aktivitetsersättning med de nya reglerna sannolikt har en genomsnittligt bättre arbetsförmåga än de som har aktivitetsersättning i dag. En rimlig uppskattning är därför att andelen av ersättningstagarna som arbetar med vilande aktivitetsersättning på sikt kommer vara större än i dag. Hur många det handlar om är naturligtvis svårt att uppskatta. Om 30 procent av de personer som med de nya reglerna beviljas ersättning skulle arbeta med vilande ersättning skulle det innebära ytterligare 900 personer med vilande ersättning. Samtidigt är det rimligt att flexiblare möjligheter till arbete ökar andelen personer med vilande ersättning även bland de som i dag har aktivitetsersättning. Om denna andel skulle öka från 6 till 10 procent skulle antalet med vilande ersättning i denna grupp öka med ca 1 100 personer. Det ger sammantaget en ökning med ca 2 000 personer. Under liknande antaganden som för beräkningen av vilande sjukersättning och en genomsnittlig årlig ersättning om ca 80 000 kronor per år innebär det en besparing på ca 60 miljoner kronor.

Utredningen har i betänkandet argumenterat för vikten av mer flexibla regler för vilande ersättning och av en större flexibilitet kring när och hur anmälan av arbete ska kunna göras till Försäkrings-

[4] Individen får behålla 25 procent av den ersättning som begäres vilande. Det innebär att staten inte behöver betala 75 procent av 110 000 kronor dvs. 82 500 för varje person som begär vilande ersättning. Vid ett antagande om att den vilande ersättningen i genomsnitt ges på halvtid innebär en besparing på 41 250 kronor per person. Om en besparing på 41 250 kronor gör 2 200 personer innebär det en besparing på ca 90 miljoner kronor. Till detta kommer statlig ålderspensionsavgift.

kassan. Syftet med detta är att göra det enklare för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning att ta tillvara även en liten arbetsförmåga eller en tillfällig möjlighet till arbete som uppstår. Om detta faller väl ut skulle det kunna innebär att något fler personer än vad som antagits ovan väljer att prova arbete med vilande ersättning men att det i genomsnitt gör det i lägre omfattning än i dag. Det innebär att fler prövar arbete med vilande ersättning men nödvändigtvis inte att kostnaderna i beräkningsexemplen ovan förändras.

Konsekvenser för myndigheter

Med fler personer som använder möjligheten till vilande sjukersättning ökar också Försäkringskassans administration. Ny ersättning ska beräknas för fler ärenden än i dag och fler ärenden ska följas under period med vilande ersättning för att veta vad individen tänker göra efter att vilandeperioden upphör (dvs. inte bara administration kopplat till själva beslutet och utbetalningen under vilandeperioden). Därtill behöver blanketter och beslutsmallar ändras. I dag hanteras mycket av handläggningen av den vilande ersättningen manuellt. För att möjliggöra handläggningen av en mer flexibel vilande ersättning krävs därför att ett nytt it-stöd utvecklas.

Utredningen bedömer inledningsvis att effekterna av reformen är liten men kan succesivt komma att öka. Enligt bedömningen ovan antas 2 200 fler personer använda möjligheten till vilande sjukersättning och omkring 2 000 personer vilande aktivitetsersättning. Det ger sammantaget omkring 4 200 fler ärenden med vilande ersättning att handlägga. Styckkostnaden för handläggning av sjukpenningärenden är enligt Försäkringskassans årsredovisning 2020, 6 730 kronor. Motsvarande styckkostnad för handläggning av ärenden med aktivitetsersättning är 13 186 kronor. Styckkostnaden avser emellertid den totala kostnaden för handläggning av ärenden i respektive system, där den vilande ersättningen är en del av den totala kostnaden. Utredningen ser ingen anledning till att kostnaderna för handläggning av vilande aktivitetsersättning skulle vara annorlunda än vilande sjukersättning och saknar närmare uppgifter om vad handläggning av vilande ärenden kostar i dag. Med utgångspunkt från styckkostnaden för handläggning av ärenden med sjukersättning, antar utredningen att handläggningskostnaden för vilande ersättning utgör ca 15 procent av

den totala handläggningskostnaden för sjukersättning. Det innebär således en handläggningskostnad på ca 1 000 kronor per ärende. Med ytterligare 4 200 ärenden med vilande ersättning uppskattar utredningen denna kostnad till ca 4,2 miljoner kronor.

För att en mer flexibel vilande ersättning ska vara möjlig att handlägga måste Försäkringskassan utveckla ett nytt it-stöd för handläggning av vilande sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 20 miljoner kronor.

17.4 Vilande ersättning vid studier i den omfattning studierna bedrivs

Utredningen föreslår ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad prövotid för studier. Utredningen bedömer att dessa regler går hand i hand där många inledningsvis prövar studier för att sedan övergå i vilande ersättning för studier. I avsnittet görs ingen separat konsekvensanalys av respektive förslag utan de hanteras som en helhet. Utredningen gör bedömningen att förslagen har effekter för den enskildes vilja och möjligheter att studera, försäkringens utgifter och på Försäkringskassans administration.

Effekter för den enskilde

Som framgått i avsnitt 15.4.5 bedömer utredningen att ett hinder för försäkrade att nyttja möjligheten till vilande sjukersättning för studier är att det i dag inte är möjligt att ha sin sjuk- eller aktivitetsersättning partiellt vilande vid studier. Att hela ersättningen ska förklaras vilande, oavsett studiernas omfattning, bedöms därmed som ett stort hinder för att fler ska våga använda möjligheten att studera med vilande ersättning och har således en återhållande effekt på antalet personer som studerar.

Eftersom sjuk- eller aktivitetsersättningen bara kan vara vilande för studier på heltid och studiemedel bara kan beviljas för den tid som studierna faktiskt upptar, innebär det att det för en person med sjuk- eller aktivitetsersättning på heltid som vill studera på deltid krävs att hela sjukersättningen eller aktivitetsersättningen förklaras vilande. Därmed uppstår ett finansieringsglapp som för många kan

innebära ett hinder för att vilja pröva att studera. Med utredningens förslag blir det dock i större utsträckning möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande i den omfattning som studierna de facto bedrivs. Utredningen bedömer att denna möjlighet kommer leda till att fler ska kunna och våga att pröva att studera med vilande ersättning. Med fler som vågar att pröva studier är utredningens bedömning att fler även lyckas. Lyckade deltidsstudier kan också inspirera till vidare studier och att senare våga pröva studier på heltid, vilket i förlängning kan leda till en väg ut i arbetslivet.

De ekonomiska konsekvenserna för den enskilde varierar från fall till fall. Utfallet är i hög grad beroende av sjukersättningens eller aktivitetsersättningens storlek och hur mycket den försäkrade väljer att använda studiemedelssystemet i form av lån och bidrag. På förhand kan det dessutom vara svårt för den enskilde att få överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att studera då sjuk- och aktivitetsersättning är skattepliktiga medan studiemedlet är en skattefri ersättning. Med följande typfall beskrivs situationen för en person med hel sjukersättning på garantinivå och en person med hel genomsnittlig inkomstrelaterad sjukersättning. För båda dessa typfall beskrivs situationen vid helt respektive halvt vilande sjukersättning för studier.

För en person med hel sjukersättning på garantinivå hamnar den disponibla inkomsten efter skatter och bidrag på ca 156 000 kronor per år. För en person som väljer att studera med vilande sjukersättning och tar hela det studiebidrag och det studielån som är möjligt kommer ersättningen vid studier att bli omkring 15 500 kronor högre per år än vid hel sjukersättning. Även om studiemedlet i detta fall är lite lägre än sjukersättningen är det en skattefri inkomst. Vid vilande sjukersättning har individen dessutom rätt att behålla bostadstillägget även om det trappas av mot ökade inkomster. I de flesta fall är inkomsten från studier inte så stora att någon reducering av bostadstillägget blir aktuell. Sammantaget innebär det att inkomsten vid studier ofta är högre än vid sjukersättning.

Om samma person väljer att studera på halvtid så kommer han eller hon att behålla halva sjukersättningen och betala skatt på denna del samt kunna få hälften av det studiemedel som man är berättigad till vid heltidsstudier. Vid en inkomst på denna nivå reduceras inte bostadstillägget vilket sammantaget ger en högre inkomst än vid hel sjukersättning men en något lägre inkomst än vid heltidsstudier.

Tabell 17.1 Inkomstförändring för person med sjukersättning som väljer att studera med vilande sjukersättning

	Sjukersättning	Studier	
	100%	100%	50%
Person med garantiersättning			
Sjukersättning	120 432		60 216
Studiemedel		109 280	54 640
Bostadstillägg	62 640	62 640	62 640
Skatt	26 585		11 654
Disponibel inkomst	156 487	171 920	165 842
Person med genomsnittlig sjukersättning			
Sjukersättning	159 168		79 584
Studiemedel		109 208	54 640
Bostadstillägg	38 624	62 640	62 640
Skatt	38 686		16 436
Disponibel inkomst	159 106	171 920	180 428

Källa: Egna beräkningar.

Anm. Studiemedel är beräknat på maximal ersättning vid generellt bidrag. Möjlighet finns till högre studiemedel om särskilda behov finns.

Effekter för försäkringen

I den utsträckning det i dag finns personer som studerar på deltid men har hela sjukersättningen eller aktivitetsersättningen vilande innebär förslaget ökade försäkringskostnader. Utredningens bedömning är dock att det i dag är väldigt få som befinner sig i denna situation och denna effekt bedöms som väldigt liten. En något större effekt kan dock förväntas komma från de som i dag väljer att helt avstå från studier då de vid studier inte kan ha annat än helt vilande ersättning. En ökning av antalet personer som väljer att studera vare sig det handlar om helt eller delvis vilande ersättning innebär minskade försäkringskostnader för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Som konstaterades i avsnitt 15.2.1 är det i dag ett hundratal personer som studerar med vilande sjukersättning. Utredningens bedömning är att det finns en ökningspotential i antalet personer som väljer att studera med vilande ersättning. Potentialen är emellertid begränsad. Det finns en naturlig begränsning som både kommer från de försäk-

rades allmänna hälsotillstånd, där många har så pass nedsatt arbetsförmåga att utbildning knappast är aktuellt, och en åldersmässig begränsning i studiemedelssystemet som inte tillåter studiemedel för personer äldre än 56 år.[5] Mot bakgrund av att det i dag är så pass få som använder möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att studera och att förslaget i praktiken inte berör alla med sjukersättning, gör utredningen bedömningen att förslaget åtminstone inledningsvis inte kommer innebära någon större ökning av antalet som studerar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. Även vid en fördubbling av dagens antal handlar det om ett begränsat antal personer, vilket leder till en väldigt liten minskning av den utbetalda sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Baserat på den genomsnittliga ersättningen för de som 2020 hade sjukersättning (ca 110 000 kronor per år) skulle 500 personer som går från hel till halv sjukersättning innebära en besparing på 27,5 miljoner kronor.

I aktivitetsersättningen är det fler som studerar än i sjukersättningen. Om det blir enklare att ha vilande ersättning för studier kan det också antas att fler av dem som har aktivitetsersättning vill pröva att studera. Man kan således förvänta sig att förslaget ger en positiv effekt både på antalet som väljer att ha vilande ersättning för prövotid för studier och de som sedan väljer att fortsätta studera med vilande ersättning. I dag är det omkring 500 personer per år som har prövotid för studier och ca 1 700 personer som har vilande aktivitetsersättning för studier. Sammantaget innebär det att ca 2 200 personer antingen har prövotid för studier eller bedriver studier med vilande aktivitetsersättning, se avsnitt 15.2.2 En fördubbling av detta antal, dvs. en ökning med 2 000 personer skulle givet att studier bedrivs på halvtid, innebära en besparing av aktivitetsersättningen med 80 miljoner kronor. Detta beräknat på en genomsnittlig ersättning hos de som i dag har aktivitetsersättning på ca 80 000 kronor per år.[6]

Även om det i närtid inte kan förväntas ske någon större ökning av antalet personer som prövar studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning kan de generösare reglerna kring rätten till dessa ersättningar som utredningen föreslår på sikt innebära att antalet

[5] Bidrag kan beviljas till och med det år man fyller 56 år. Från och med 2022 höjs åldersgränsen till 60 år. Rätten till studielån begränsas från och med det år man fyller 47, från 2022 gäller 51 år.

[6] Genomsnittet är beräknat med hänsyn tagen till den omfattning som aktivitetsersättning betalas ut på. De som vill och kan studera antas göra det på heltid i dag. Utredningens förslag berör således bara de som vill studera mindre än heltid. Eftersom vi inte vet vilken omfattning studier kommer bedrivas antar vi att de bedrivs på halvfart.

personer ökar i större utsträckning. För detta talar det faktum att de som med utredningens förslag kan beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning i genomsnitt har en mindre nedsättning av arbetsförmågan än dagens ersättningstagare. Det innebär att efterfrågan på utbildningsplatser kan öka. För att utredningens förslag ska få den effekt som avses, att fler i den aktuella målgruppen väljer att studera, är det centralt att utbildningsanordnare kan möta de krav på utbildningen som ställs från denna målgrupp. Redan i dag finns en utmaning för komvux och andra studieanordnare att allt fler grupper med studieovana söker sig dit, samtidigt som det saknas omfattande stöd för att elever med dessa större behov ska kunna genomföra och fullfölja sina studier. Utredningen ser därmed att med fler från denna målgrupp som söker sig till olika utbildningar kommer kostnaderna för utbildning att öka då behovet av stöd och hjälp för att kunna delta i utbildning är större i denna grupp än hos andra. Den aktuella målgruppen är emellertid diversifierad där en del kommer behöva mer stöd och andra mindre. Att på förhand uppskatta hur omfattande behov som finns av ytterligare resurser till utbildningssektorn är därför svårt. Utredningen anser därför att regeringen noga bör följa denna utveckling över tid så att utbud och efterfrågan på utbildning för den aktuella gruppen går hand i hand. I den utsträckning ytterligare resurser krävs till utbildningssektorn för att förslaget ska få avsedd effekt, får detta bli en del av den förhandling om medel som sker inom ramen för statens bidrag till kommunsektorn.

Administrativa effekter för Försäkringskassan

Vid införandet av de föreslagna förändringarna kommer en revidering krävas av Försäkringskassans styrande och stödjande dokument som information på webbplatsen, vägledning och processbeskrivning, ansökningsblanketter och brevmallar samt en omarbetning av de utbildningar som Försäkringskassan genomför. Därtill kommer de kostnader för utveckling av it-stödet som regeländringarna medför. Försäkringskassan beräknade denna kostnad vid ett införande 2016 till ca 1,2 miljoner kronor. Utredningens bedömning är att denna nivå är en rimlig utgångspunkt även vid ett införande 2023, dock med en justering av den prisökningen som skett under dessa år.

Utredningen bedömer därför att de sammantagna administrativa kostnader uppgår till 2 miljoner kronor.

Konsekvenser för studiemedelssystemet

Med fler som studerar ökar administrationen i studiemedelssystemet. Utredningens bedömning är dock att det åtminstone inledningsvis handlar om ett begränsat antal personer som väljer att ha sin sjukersättning och aktivitetsersättning vilande för att studera. Ovan har beräkningsexempel för konsekvenser i sjuk- och aktivitetsersättningen redovisats för en ökning om ca 2 500 personer. Om dessa 2 500 beviljas studiemedel på i genomsnitt halv studietakt innebär det ökade utgifter för studiemedelsystemet om ca 137 miljoner kronor.[7] Effekterna för studiemedelsystemets administration bedöms bli begränsade och utredningen bedömer att Centrala studiemedelsnämnden klarar en sådan marginell ökning inom befintlig ram.

17.5 Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m.

Förslaget kan förväntas ha en positiv effekt på antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som deltar i samhällslivet genom uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet m.m. Eftersom detta kan göras utan att ersättningen reduceras har det inga konsekvenser för utgifterna inom vare sig sjuk- eller aktivitetsersättningen. Däremot har det administrativa konsekvenser för Försäkringskassan. Förslaget innebär t.ex. ett förtydligande av vilka sysslor som kan utföras utan att de behöver anmälas till Försäkringskassan och till hur stor del dessa kan utföras. Det leder enligt utredningens mening till att färre fall än i dag behöver anmälas till Försäkringskassan och därmed behöver Försäkringskassan också bedöma färre ärenden. Det får vidare administrativa effekter, såsom revideringar av styrande och stödjande dokument samt utbildningar. Det kan också, åtminstone inledningsvis, innebära en ökning av antalet frågor från de försäkrade till

[7] Lång och bidrag per vecka vid halvtidsstudier uppgår till 1 366 kronor/vecka. Vid 40 studieveckor innebär det ca 54 600 kronor per år. Om 2 500 ytterligare söker studiemedel på denna nivå innebär det 54 600*2 500=110 miljoner kronor.

handläggare, vilket ökar handläggningskostnaderna. Det kan också för personer som får aktivitetsersättning och ansöker om en ny period eller om en övergång till sjukersättning leda till ett utökat informationsinhämtande och mer tidskrävande utredningar i samband med nya beslut. Sammantaget bedömer dock utredningen att förslaget innebär minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan. Utredningen saknar dock underlag för att mer exakt kunna kostnadsberäkna storlek på denna minskning.

17.6 Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram införs

Utredningen föreslår att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser från Arbetsförmedlingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning. Att klarlägga om den försäkrade kan a delta i programmet ska ske i samråd mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Ramprogrammet bör innefatta insatser som avser arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som är anpassade till den enskildes behov.

Effekter för den enskilde

Förslaget förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. Inte minst eftersom kraven att beviljas aktivitetsersättning enligt förslagen i detta betänkande kommer bli aningen mer generösa behöver dock än mer göras i detta avseende. I dag är det också få av de försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under 2020 var det 1 100 personer med aktivitetsersättning som fick rehabiliteringsinsatser inom ramen för det för-

stärkta samarbetet.[8] Utredningens bedömning är att det bör vara fler personer som har medicinska förutsättningar att ta del av insatser hos Arbetsförmedlingen.

Systemet med aktivitetsersättning ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga. Det är också angeläget att tillvarata möjligheter till utveckling för att få eller återfå arbetsförmåga för att kunna komma ut i arbete för de personer med aktivitetsersättning som har förutsättningar för detta. Det föreslagna ramprogrammet förväntas alltså kunna bidra till att fler personer som har förutsättningar för det ska få relevant stöd för att återfå arbetsförmåga och på sikt kunna få ett arbete. Utan ett aktivt stöd och hjälp av berörda aktörer är det risk att personer som har potential att återfå arbetsförmåga ändå blir kvar mer permanent i sjukförsäkringen.

Visserligen innebär beviljad aktivitetsersättning för de allra flesta personer att individens ekonomi stärks. Samtidigt innebär det att ifall personen blir kvar länge i sjukförsäkringen och t.ex. även fortsätter med sjukersättning när han eller hon fyller 30 år, kommer personen få lägre inkomster än personer i motsvarande åldrar som förvärvsarbetar. Ersättningen för dessa personer är ofta på garantinivå, vilket också medför en låg ålderspension. Även dessa aspekter gör det angeläget att fler unga försäkrade ska får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed på kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete.

Effekter för försäkringen

Som nämnts tidigare är syftet med införande av ramprogrammet att fler försäkrade ska kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det kommer på sikt minska försäkringskostnaderna eftersom den totala tiden en försäkrad har behov av aktivitetsersättning förväntas minska. Denna effekt torde dock uppstå först om ett tag, varför det initialt förväntas bli ökade kostnader med införande av detta ramprogram.

[8] Myndigheterna konstaterar att antalet för 2020 kan ha påverkats av pandemin och svårigheten för både Arbetsförmedlingen och dess fristående aktörer att hitta relevanta arbetsträningsplatser och övriga aktiviteter hos arbetsgivare, se t.ex. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, Insatser för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning, rapport 2021-05-07. Dock kan noteras att motsvarande siffa för 2019 var likartat (och uppgick 2019 till 1 168 personer).

Genom införandet av det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning beräknas styckkostnaderna för programmet vara högre jämfört med kostnaderna för insatser inom ramen för det nuvarande så kallade förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Detta antagande baseras framför allt på att den försäkrade förväntas få mer insatser inom ramen för det nya ramprogrammet. Beräkningen baseras på en jämförelse med ungefärliga kostnader för det nuvarande befintliga förstärkta (rehabiliterings-) samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.[9] Beräkningen baseras vidare på ett antagande att en försäkrad i genomsnitt deltar 12 månader i programmet. Kostnaden för deltagande i programmet antas därför uppgår till ca 62 000 kronor per år och person. Kostnaden för att delta i rehabiliteringsinsatser inom ramen för det förstärkta samarbetet uppgår i dag i genomsnitt till ca 51 600 kronor per år och person.[10] Utredningen gör antagandet att ramprogrammet kommer kosta ca 20 procent mer per person och år, jämfört med det nuvarande förstärkta samarbetet. Det innebär en ökad kostnad med ca 10 400 kronor per person och år.

Utredningen gör vidare antagandet att antal deltagare i ramprogrammet inledningsvis ungefär kommer fördubblas jämfört med hur många personer med aktivitetsersättning som i dag får insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Det ger cirka 2 200 personer per år som förväntas delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning. Jämfört med de ungefärliga kostnaderna 2020 för deltagare med aktivitetsersättning i det förstärkta samarbetet innebär det en kostnadsökning med ca 23 miljoner kronor. På sikt, när ramprogrammet kommit mer på plats etc. är också förväntningen att fler unga personer med aktivitetsersättning kommer kunna delta i programmet.

Administrativa effekter för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Även om vissa arbetsmetoder etc. i det förstärkta samarbetet även kan vara relevant i förhållande till det nya ramprogrammet, behöver myndigheterna vidareutveckla och till viss del även ta fram nya rutiner

[9] Uppgifterna om de nuvarande kostnaderna för det förstärkta samarbetet för personer med aktivitetsersättning har lämnats av Arbetsförmedlingen. Beloppen är mycket ungefärliga.
[10] Beloppet innefattar Arbetsförmedlingens kostnader för gemensam kartläggning.

bl.a. för klarläggande om de försäkrades möjligheten att delta i ramprogrammet. Det kommer även finnas behov av att uppdatera styrande och stödande dokument m.m.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska tillsammans klarlägga om försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan delta i ramprogrammet. Försäkringskassan ska initiera denna utredning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen dock inte ske.

Myndigheternas utredning, för att klarlägga om de försäkrade kan delta i programmet, bedöms bli något mindre omfattande jämfört med dagens gemensamma kartläggningar.[11] Detta beror på att delar av den kartläggning och planering som i dag sker i den gemensamma kartläggningen framöver ska ingå som en del i själva ramprogrammet. Under 2020 gjordes ca 1 700 gemensamma kartläggningar för personer som uppbar aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Utredningen gör antagandet att det är avsevärt fler personer för vilka det kommer var aktuellt att klarlägga om de kan anvisas till det nya ramprogrammet. Beräkningen är att det kommer vara cirka 3 000–4 000 personer per år som ska genomgå denna utredning. Styckkostnaden för detta klarläggande bedöms uppgå till totalt cirka 5 000 kronor för båda myndigheterna. I dag är den totala styckkostnaden för gemensamma kartläggningar ca 7 000 kronor per ärende.[12] Således innebär det en ökad kostnad på totalt ca 3–8 miljoner kronor per år för de båda myndigheterna vad gäller klarläggande om de försäkrade kan anvisas till programmet.

Under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet ska Försäkringskassan på sedvanligt sätt ansvara för samordning. Det finns inga uppgifter om Försäkringskassans nuvarande kostnader för detta när den försäkrade deltar i insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. En uppskattning är emellertid att denna kostnad i dag i genomsnitt uppgår till ca 4 000 kronor per ärende och år. Eftersom ramprogrammet bl.a. förväntas innefatta fler åtgärder än vad som ingår i det förstärkta samarbetet, beräknas även samordningsbehovet öka. Antagandet är att kostnaden för Försäkringskassans samordning under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet igenom-

[11] Som genomförs inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna.
[12] Det finns ingen uppgift att tillgå om *Försäkringskassans* kostnad för dessa kartläggningar, men i denna beräkning gör utredningen antagandet att kostnaden för Försäkringskassan är desamma som för Arbetsförmedlingen.

snitt kommer uppgå till ca 6 000 kronor per ärenden och år. Den totala ökade kostnaden kommer enligt denna beräkning bli totalt 8,8 miljoner kronor per år för Försäkringskassans ansvar för samordning av insatser under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet.

17.7 Förbättrad statistik om vilka aktiviteter som personer med aktivitetsersättning deltar i

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken som de försäkrade deltar i. Vidare anser utredningen att uppföljningar bör genomföras om vilka aktiviteter som har störst positiv effekt på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.

Försäkringskassan behöver därför utveckla ett statistiksystem och registrera vilka åtgärder som ges till respektive individ. Det innebär utöver kostnader för ändringar i dagens it-system även ökad handläggstid och en högre handläggningskostnad. Utan kunskap om vilka åtgärder som ges till enskilda individer inom ramen för de aktiviteter och rehabiliteringsinsatser som de enskilde erbjuds är det svårt att utvärdera vilka av åtgärderna som har en positiv effekt på möjligheten att närma sig arbetsmarknaden. Utredningen förslår att 1 miljon kronor anslås för att Försäkringskassan ska kunna utveckla ett statistiksystem som gör det möjlig att redovisa vilka aktiviteter som ges till personer under tid med aktivitetsersättning. En sådan redovisning är en grund för att kunna utvärdera effektiviteten i de aktiviteter som ges till de försäkrade. Försäkringskassan bör vid utformandet av ett sådant statistiksystem rådgöra med utvärderande myndigheter som t.ex. Inspektionen för socialförsäkringen så att statistiksystemet utformas på ett sätt som gör att det kan användas för utvärdering av enskilda åtgärders effektivitet.

17.8 Informationsinsatser om möjligheterna till arbete, studier etc. under tid med ersättning

Nya och/eller ändrade regler innebär alltid, åtminstone inledningsvis, en osäkerhet kring hur regelverket ska tolkas. Som tidigare nämnts bidrar information om regler och hur en reform är avsedd att fungera till vilket genomslag reglerna och reformen får.

För att de föreslagna regeländringarna vad gäller möjligheterna till arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med ersättning ska få genomslag anser utredningen att regeringen bör ge Försäkringskassan uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade. Informationsinsatser kan göras på många olika sätt, exempelvis genom personliga brev, information på Försäkringskassans hemsida m.m. Utredningen föreslår att regeringen anslår medel för informationsinsatser till de berörda målgrupperna motsvarande 2 miljoner kronor.

Förmåner vid rehabilitering – kapitel 18–23

18 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer

Av kommittédirektiven framgår att utredningen ska se över förmånerna vid rehabilitering i socialförsäkringsbalken. Eventuella problem med nuvarande lagstiftning ska identifieras och analyseras ur såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra aktörers perspektiv.[1] Dessa förmåner inom SFB utgörs huvudsakligen av två förmåner: rehabiliteringsersättning, som kan betalas ut under tid med arbetslivsinriktad rehabilitering och utges i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag, samt förebyggande sjukpenning[2], som beviljas för genomförande av medicinsk behandling och rehabilitering. Förmånerna, som infördes genom den s.k. rehabiliteringsreformen 1992, syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmåga.[3]

För att kunna analysera förmånerna och identifiera eventuella problem med nuvarande lagstiftning och komma med förslag på lösningar behöver begreppen definieras och analyseras. En given utgångspunkt är därför begreppet rehabilitering och dess innebörd, skillnaden på medicinsk respektive arbetslivsinriktad rehabilitering samt vilka aktörer som ansvarar för den försäkrades rehabilitering och på vilket sätt. Av intresse är också hur många försäkrade som genomgår rehabilitering och historiskt har uppburit någon av förmånerna samt hur rehabiliteringsåtgärderna ser ut i praktiken. Avsnittet inleds därför med en redogörelse av begreppet rehabilitering och dess aktörer och därefter beskrivs de ersättningsformer som

[1] Kommittédirektiv 2020:31.
[2] Denna ersättningsform benämns också sjukpenning i förebyggande syfte.
[3] Prop. 1990/91:140 och Prop. 1990/91:141.

i dag kan bli aktuella för en försäkrad som genomgår någon typ av rehabilitering.

I början av 1990-talet lyftes rehabilitering, såväl medicinsk som arbetslivsinriktad, fram som centrala förutsättningar för en fungerande sjukförsäkring. Ansvar för och ekonomisk ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering tydliggjordes och ansvaret för rehabiliteringen lades i första hand på arbetsgivens medan en särskild rehabiliteringsersättning beslutades motsvara sjukpenningen. Rehabiliteringsreformen 1992 innebar bl.a. att två nya förmåner infördes, dels förebyggande sjukpenning vid medicinsk behandling och rehabilitering, dels rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Införandet var en del av en rehabiliteringsreform som också omfattade ändringar i arbetsmiljölagstiftningen. Förmånerna syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan.

Reformen hade två syften: att ge arbetsgivarna ett tydligare ansvar för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering och att ge Försäkringskassan ett uttalat ansvar för att samordna frågor om rehabilitering, både på strukturell nivå och i enskilda ärenden.[4]

Den medicinska rehabiliteringen ansågs vara en viktig del i förebyggande hälsovård och innebar att den försäkrade kunde få ersättning motsvarande sjukpenning om det behövdes för att förebygga sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga samt var ordinerad av läkare och fastställd av Försäkringskassan i en rehabiliteringsplan. Ersättning vid medicinsk rehabilitering kunde alltså betalas ut trots att den försäkrade varken uppfyllde kriteriet sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. I ett sådant fall krävdes att en läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet konstaterade att den försäkrade hade en förhöjd sjukdomsrisk.[5]

Bestämmelserna om sjukpenning i förebyggande syfte har sitt ursprung i förslag från utredningen Rehabiliteringsberedningen. Ett av den utredningens förslag var att göra det möjligt att betala ut ersättning från sjukförsäkringen i förebyggande syfte.[6] Det ansågs vara angeläget att den som genomgår behandling för att förebygga sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan ska kunna få sjukpenning för den tid som behandlingen kräver.[7]

[4] Prop. 1990/91:140, prop. 1990/91:141.
[5] Prop. 1990/91:141, s. 85.
[6] SOU 1988:41.
[7] Prop. 1990/91:141, s. 33 och 84 f.

Genom syftet med förebyggande sjukpenning kan ersättningen betalas ut redan innan den försäkrade *har* en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Det måste då bedömas att det, grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet, finns en förhöjd sjukdomsrisk. Sjukdomen ska även vara sådan att den kan förväntas leda till en nedsättning av arbetsförmågan.[8]

I samband med att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning ändrades uttalade socialförsäkringsutskottet att det var mindre lämpligt att – vilket då hade föreslagits av regeringen – som förutsättning för ersättning kräva att den försäkrade avstår från förvärvsarbete och går miste om förvärvsinkomst. Utskottet konstaterade att avsikten inte var att ändra förutsättningarna för t.ex. en arbetslös att få förebyggande sjukpenning och förslaget genomfördes inte.[9] Uttalandet gjordes mot bakgrund av att det i propositionen hade föreslagits att den försäkrade måste avstå från förvärvsarbete i viss minsta omfattning.[10]

I samband med att rehabiliteringskedjan infördes 2008 angavs i förarbetena att tidigare angivna kriterier och uttalade riktlinjer för när rehabiliteringsersättning ska lämnas fortfarande ska gälla.[11]

Reglerna om rehabiliteringsersättning för nedsatt arbetsförmåga föregår införandet av den s.k. rehabiliteringskedjan. Avsikten var att stimulera till deltagande i aktiv rehabilitering genom att göra det ekonomiskt fördelaktigt. När rehabiliteringsersättningen infördes betalades rehabiliteringspenning ut med ett belopp som motsvarade 100 procent av den försäkrades SGI.[12]

I förarbetena uttalas idén om ett psykologiskt värde i att ge ersättningen till den som deltar i rehabilitering en adekvat benämning, vilket borde leda till större insikt, aktivitet och engagemang, såväl för de försäkrade som för de ansvariga för rehabiliteringsåtgärderna.[13]

Från och med den 1 januari 1996 infördes i stället en enhetlig ersättningsnivå i sjukförsäkringen. Det innebar alltså att den högre ersättningsnivån för rehabiliteringspenning avskaffades och att nivån blev densamma som för sjukpenning.[14]

[8] Prop. 1990/91:141, s. 73 och 84 f.
[9] Se Prop. 1991/92:40, bet. 1991/92:Sfu5 s. 9 och rskr 1991/92:81.
[10] Prop. 1991/92:40. Riksdagen antog utskottets förslag till lydelse av bestämmelsen.
[11] Prop. 2007/08:136, s. 69.
[12] Prop. 1990/91:141, s. 63.
[13] Prop. 1990/91 :141, s. 60.
[14] Prop. 1995/96 :69, s. 53.

I förarbetena till förändringarna av förtidspensionssystemet underströks värdet av tidiga rehabiliteringsinsatser och att en av de viktigaste åtgärder som vidtagits på senare tid är den tonvikt som lagts på samverkan inom rehabiliteringsområdet. Det framhölls att ett nytt försäkringssystem bör genomsyras av att rehabilitering och aktivitet ska stimuleras. När arbetsförmågan är nedsatt är det viktigt, inte minst för den enskilde, att åtgärder i första hand inriktas på rehabilitering så att han eller hon snabbt kan återgå till arbetslivet.[15]

Sedan reformen genomfördes i början av 1990-talet har såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrats. Den medicinska rehabiliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag.

18.1 Vad är rehabilitering?

En grundläggande förutsättning för att en förmån vid rehabilitering ska beviljas är att den enskilde genomgår någon form av rehabilitering. Frågan är därför vad som kan anses utgöra rehabilitering, när en försäkrad har rätt till rehabilitering samt vilka aktörer som har ansvar för den enskildes rätt till detta. Rehabiliteringen som företeelse är en central fråga i sjukförsäkringen, liksom på övriga områden där försäkringsfrågor förekommer. Precis som försäkringsbolag har ett intresse av att det förebyggs att skador uppkommer samt effekterna minskas om det ändå inträffar, är att förkorta sjukdomstid och klarlägga behovet av åtgärder för att en försäkrad ska kunna återfå arbetsförmåga centralt för Försäkringskassan och handläggningen av sjukförsäkringen. Så är fallet bl.a. i och med Försäkringskassans skyldighet att kartlägga rehabiliteringsbehov och behov av samordning av insatser. Bedömningen av rätt till ersättning hänger också samman med frågan om rehabilitering och återgång i arbete.[16]

Begreppet rehabilitering har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör det gäller och vilket ansvar den aktören har för rehabiliteringen.

[15] Prop. 1997/98:111, s. 6.
[16] Jfr SOU 2020:6, s. 42.

I Socialstyrelsens så kallade termbank definieras begreppet rehabilitering som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

På ett mer praktiskt plan brukar rehabilitering delas in i tre kategorier. Rehabiliteringen kan vara *medicinsk* respektive *arbetslivsinriktad*. Även begreppet *social* rehabilitering förekommer, som innefattar service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter[17]. Social rehabilitering ingår inte i utredningens granskning eftersom det inte ryms inom ramen för de förmåner som utredningen fokuserar på inom rehabiliteringsområdet.

Med medicinsk rehabilitering avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller. Under tid som den försäkrade genomgår medicinsk rehabilitering kan sjukpenning betalas ut om övriga förutsättningar för sjukpenning är uppfyllda.

Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använder begreppet rehabilitering. Aktörerna har olika ansvar för rehabilitering och har olika syn på vad som ryms inom begreppet rehabilitering när begreppet används för att beskriva åtgärder som kan vara aktuella vid återgång i arbete.[18]

Rehabilitering är en förmån i socialförsäkringsbalken. Med förmån avses inte bara olika typer av ersättningar, utan även åtgärder som den enskilde kan vara försäkrad för. De bestämmelser i SFB som särskilt berör rehabilitering återfinns i 29–31 kap. SFB och handlar om arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådan rehabilitering syftar enligt 29 kap. 2 § SFB till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska *få tillbaka* sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Det är alltså utifrån ordalydelsen försäkrade som har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan som omfattas av reglerna om rehabilitering. Det krävs däremot inte att nedsättningen av arbetsförmågan är av någon viss omfattning. En rehabiliteringsåtgärd anses vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan att den förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades

[17] Prop. 1990/91:141, s. 39.
[18] Jfr SOU 2020:24, s. 169, SOU 2006:86, s. 102 och SOU 2015:21, s. 601.

sida.[19] Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses exempelvis att den försäkrade deltar i utbildning, arbetsträning eller i ett arbetslivsinriktat rehabiliteringsprogram.

18.1.1 Begreppet medicinsk rehabilitering

Med medicinsk rehabilitering avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller som rehabiliterande åtgärder. Begreppet är relativt brett och innefattar många typer av insatser och behandlingsvarianter. Förutom vanlig sjukvård kan åtgärderna utgöras av sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel vid funktionsnedsättning och andra stödåtgärder också utförda av andra aktörer än läkare. Dessa åtgärder utgör endast exempel, då detta är ett begrepp som ständigt utvecklas och förändras. I rättspraxis har även t.ex. deltagande i missbruksvård ansetts kunna utgöra en sådan medicinsk behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Den medicinska rehabiliteringen syftar till att hjälpa patienter att återhämta sig från skador eller sjukdomar av olika slag. Definitionen är något striktare i de fall begreppet ska tillämpas vid bedömning av rätt till en förmån – företrädesvis sjukpenning i förebyggande syfte. I SFB förekommer begreppet således också i anslutning till bestämmelserna om förebyggande sjukpenning. En försäkrad har rätt till sjukpenning under tid med medicinsk behandling eller rehabilitering. Enligt lagtexten krävs att det finns ett särskilt syfte med dessa insatser, nämligen att behandlingen/rehabiliteringen ska förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller häva arbetsoförmåga. Det kan således finnas en koppling till den försäkrades arbetsförmåga, men det är ingen förutsättning; kopplingen mellan den försäkrades sjukdom och behandlingen som är till för att förebygga eller förkorta denna är tillräcklig. Noteras kan emellertid att det i förarbetena anges att den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan *förväntas* leda till nedsättning av arbetsförmågan.[20]

För att något ska anses som en medicinsk behandling krävs enligt förarbetena även att behandlingen är ordinerad av läkare som grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att den för-

[19] Prop. 1990/91: 141, s. 92.
[20] Prop. 1990/91:141, s. 85.

säkrade har en förhöjd sjukdomsrisk, att behandlingen är lämpad för att minska sjukdomsrisken och att det inte handlar om något enstaka besök eller behandlingstillfälle. Se vidare kapitel 20 avseende dessa kriterier vid bedömningen av rätt till förebyggande sjukpenning.

18.1.2 Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering har kommit att få många olika betydelser beroende på vilken aktör som använder begreppet, men en gemensam definition saknas. Varken inom forskningen, olika myndigheter eller mer allmänt finns en enhetlig och generellt accepterad definition.

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering har en formell definition i SFB, där företeelsen beskrivs som en rehabilitering som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.[21] Någon närmare definition än så ger inte lagtexten. I lagtexten definieras alltså arbetslivsinriktad rehabilitering inte utifrån några konkreta åtgärder utan från *syftet* med rehabiliteringsinsatserna. Enligt förarbetena anses en rehabiliteringsåtgärd vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan till sin karaktär att den förutsätter att den försäkrade är personligt verksam och engagerad i den.[22] Som exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder anges arbetsprövning, arbetsträning och utbildning.[23]

Enligt Försäkringskassans tolkning är just arbetsträning och utbildning exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering, med hänvisning till lagtext och förarbetena till bestämmelserna. I andra sammanhang har Försäkringskassan också framhållit att begreppet är svårdefinierat.[24]

Inspektionen för socialförsäkringen har bl.a. uttalat att:

> Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i regel icke-medicinska åtgärder riktade mot individer med bristande arbetsförmåga. I den här rapporten har vi ingen entydig definition av vad som utgör arbetslivsinriktad rehabilitering utan definitionen blir beroende av de olika kapitlens innehåll. Vår syn på arbetslivsinriktad rehabilitering är att det är åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av en arbets-

[21] 29 kap. 2 § SFB.
[22] Prop. 1990/91:141, s. 92.
[23] Prop. 1991/92:40, s. 32.
[24] Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019, 2019-06-20.

> oförmåga ska få tillbaka denna och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.[25]

I andra sammanhang har uttalats att medicinska åtgärder ingår i begreppet. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) anför att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ofta kräver insatser från olika aktörer, där hälso- och sjukvården är en av aktörerna och att medicinsk rehabilitering därigenom inkluderas även här.[26]

Socialförsäkringsutredningen (S 2004:08) hade en snävare definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt den utredningens definition innehåller arbetslivsinriktad rehabilitering det stöd och de åtgärder som en individ behöver utöver den medicinska rehabiliteringen för att återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå till sitt ordinarie arbete eller ett annat arbete.[27]

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum studerade den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.[28] Inom ramen för den utredningen genomfördes en litteraturöversikt över kunskapsläget för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.[29] Det konstaterades bl.a. att arbetslivsinriktad rehabilitering kan vara vilken insats som helst som hjälper personer med ett hälsoproblem att återvända till eller vara kvar i arbete.[30] Insatser bör fokuseras på att identifiera och/eller bidra till att övervinna fysiska, psykologiska eller yrkesmässiga hinder. I svensk forskning används i princip samma definition: arbetslivsinriktad rehabilitering ska syfta till att återge en sjuk person sin arbetsförmåga och skapa förutsättning till egen försörjning. I forskningsöversikten anges vidare att man i sin kartläggning av internationell forskning inte funnit någon enhetlig och generellt accepterad definition av arbetslivsinriktad rehabilitering.[31] I betänkandet (SOU 2020:6) konstaterade vidare att:

> Ett problem som en rad utredningar och forskare påpekat under årtionden är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är brist på effektstudier.

[25] ISF, underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).
[26] SOU 2019:29, s. 211.
[27] SOU 2006:86.
[28] SOU 2020:06.
[29] I SOU 2020:6, forskningsöversikt över den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på återgång i arbete, professor Gunnel Hensing, Sahlgrenska akademin, Göteborgs Universitet.
[30] Waddell et al. (2008).
[31] SOU 2020:6, s. 270.

> Innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är oklar, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.

Gränsen mellan medicinsk rehabilitering, som kan beskrivas som åtgärder för att förkorta sjukdomstid eller förhindra progress av ett sjukdomsförlopp, och arbetslivsinriktad rehabilitering kan i praktiken vara svår att dra[32] och är inte kategorisk. Insatserna som görs kan vara detsamma om målet är ökad funktion eller att återfå arbetsförmågan. Ett exempel är fysisk träning i grupp som leds av en sjukgymnast. Om det är medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering beror mycket på deltagarna och deras individuella mål. Det framhålls i förarbetena att tid då den försäkrade enbart genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering inte bör berättiga till rehabiliteringsersättning. Däremot bör deltagande i viss medicinsk behandling, t.ex. sjukgymnastik, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår inte utesluta att rehabiliteringsersättning beviljas.[33] I förarbetena till socialförsäkringsbalken anges att det inte låter sig uppräknas vilka åtgärder rätten till rehabiliteringsåtgärder omfattar. Det får avgöras i varje enskilt fall.[34]

Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess konstaterar efter analys av dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer att vissa arbetsgivarföreträdare och Försäkringskassan också har börjat använda begreppet *arbetsplatsinriktad rehabilitering* för att tydliggöra att arbetsgivarens ansvar endast omfattar åtgärder som kan genomföras på eller i nära anslutning till den egna arbetsplatsen.[35]

Såväl arbetsgivaren som Arbetsförmedlingen har ett ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Åtgärderna ska hjälpa den anställda eller arbetslösa personen att så långt det är möjligt behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har en roll i att utreda behovet av arbetslivsinriktade åtgärder och samordnar insatser från hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra aktörer. Försäkringskassan ska bedöma den enskildes arbetsförmåga och utreda om han eller hon skulle klara ett arbete trots sin sjukdom. Samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser innebär också att Försäkringskassan samlar in under-

[32] Se Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga, s. 142.
[33] Prop. 1990/91 :141, s. 61.
[34] Prop. 2008/09:200, s. 453.
[35] SOU 2020:24, s. 169.

lag för att kunna ta ställning till vilka behov av insatser personen har. Försäkringskassan har ansvar för samordning och tillsyn vid rehabiliteringen. Försäkringskassan genomför inte själv någon rehabilitering utan ska följa upp åtgärderna och stötta personen under hela processen.

Mer om ansvaret för rehabilitering finns i avsnitt 18.3.

18.2 Rehabiliteringskedjans koppling till rehabilitering

När ämnet rehabilitering avhandlas behöver den s.k. rehabiliteringskedjan i sjukförsäkringen också beaktas.

Namnet till trots har rehabiliteringskedjan ingen direkt koppling till den faktiska rehabiliteringsprocessen eller ersättningarna vid rehabiliteringsåtgärder enligt SFB. Däremot blir rehabiliteringskedjans tidsgränser exempelvis relevanta vid bedömningen av om en försäkrad ska beviljas rehabiliteringspenning eller ej (där en förutsättning bl.a. är att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga i enlighet med rehabiliteringskedjans tidsgränser).

Sedan den 1 juli 2008 bygger regelverket om sjukpenning på att bedömningarna av en försäkrads arbetsförmåga görs mot en bredare bedömningsgrund ju längre tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Detta regelverk brukar kallas för rehabiliteringskedjan. Även storleken på sjukpenningen och rehabiliteringspenningen minskas ju längre den försäkrade har haft ersättning. Vid bedömningen av arbetsförmågan får hänsyn bara tas till strikt medicinska faktorer. Det är alltså inte möjligt att beakta t.ex. utbildningsbakgrund eller ålder vid bedömning av nedsättningen av arbetsförmågan. De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan för en anställd försäkrad mot det ordinarie arbetet. Dag 91 utvidgas bedömningsgrunden till att avse andra arbeten hos arbetsgivaren. Fr.o.m. dag 181 ska arbetsförmågan, enligt huvudregeln, bedömas mot sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden[36] eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

[36] Begreppet används ofta i en förkortad form och omnämns då som normalt förekommande arbete.

Enligt förarbeten och praxis är ett normalt förekommande arbete ett vanligt arbete som den försäkrade, trots sin sjukdom, kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till dennes medicinska besvär. Det kan röra sig om en prövning mot en fiktiv arbetsmarknad i så mening att det inte krävs att det rent faktiskt finns ett arbete till den försäkrade på den ort han eller hon bor. För den enskilde har det stor betydelse om arbetsförmågan bedöms mot arbete hos arbetsgivaren eller mot normalt förekommande arbete eftersom arbetsförmågan oftare bedöms vara nedsatt i arbete hos arbetsgivaren än i normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Genom en lagändring som trädde i kraft den 15 mars 2021 finns numera en ny möjlighet att skjuta upp denna bedömning. Det gäller om övervägande skäl talar för att den försäkrade kommer att återfå arbetsförmågan i ordinarie arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar. Förändringen innebar ett steg mot en mer generös bedömning. Före lagändringen den 15 mars 2021 krävdes att den försäkrade med stor sannolikhet skulle kunna återgå i sådant arbete. Liksom tidigare kan prövningen mot normalt förekommande arbeten också skjutas upp om det skulle anses oskäligt att göra en sådan prövning.

När den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga under ett år, efter dag 365, är det möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning skulle anses vara oskälig.

18.3 Olika aktörers ansvar för rehabiliteringen

Rehabiliteringsprocessen inbegriper många av de aktörer som finns runt en försäkrad. Flera av dessa aktörer har också olika former av rehabiliteringsansvar som baseras på olika lagbestämmelser. Nedan berörs de huvudsakliga aktörerna vid rehabiliteringen och som är relevanta vid bedömning om rätt till ersättning vid rehabilitering.

18.3.1 Försäkringskassans ansvar för tillsyn och samordning

Som framgår i socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan ett övergripande tillsyns- och samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten.[37] I samråd med den försäkrade ska Försäkringskassan se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.[38] Med rehabilitering avses här arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan ska också se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.[39] Av förarbetena framgår att det innebär att Försäkringskassan kontinuerligt ska följa rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför och att ingenting görs.[40]

Dessutom ska Försäkringskassan samverka med och verka för att aktörerna kring den försäkrade vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. De aktörer som avses här är arbetsgivare, arbetstagarorganisation, socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Även andra myndigheter som berörs av den försäkrades rehabilitering omfattas av Försäkringskassans samverkansansvar.[41]

Försäkringskassan kan själv ta initiativ till rehabilitering för en enskild försäkrad som får sjukpenning. En sådan försäkrad kan inte vägra att medverka med hänvisning till att han eller hon inte har ansökt om rehabilitering. Om den enskilde inte medverkar kan ersättningen sättas ned eller dras in.[42] Detsamma gäller för den som får vårdbidrag, merkostnadsersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, livränta eller sjukvårdsersättning vid arbetsskada.

Försäkringskassan ska vidare upprätta en rehabiliteringsplan när den enskilde får sådana åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning.[43] Om det är möjligt ska detta göras i samråd med den försäkrade. Rehabiliteringsplanen är en planering för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs för den försäkrade. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliterings-

[37] 30 kap. 8 § SFB.
[38] 30 kap. 9 § SFB.
[39] 30 kap. 11 § SFB.
[40] Prop. 1990/91:141, s. 91.
[41] 30 kap. 10 § SFB.
[42] 110 kap. 57 § SFB.
[43] 30 kap. 12 § SFB.

ersättning. Om den försäkrade går med på det ska Försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med olika aktörer. Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården samt med vissa myndigheter.[44] Försäkringskassan ska verka för att de organisationer och myndigheter som anges, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att snarast genomföra dem.

Denna rehabiliteringsplan är inte samma sak som den plan för återgång i arbete som ska göras i alla pågående sjukfall. Planen för återgång i arbete ska innehålla information om när den försäkrade förväntas återgå i arbete eller annan sysselsättning, till vilket arbete eller annan sysselsättning hen ska återgå till och i vilken omfattning, vilka eventuella insatser som behövs för att den försäkrade ska kunna nå sitt mål och tidplan för eventuella insatser och vem som ansvarar för dessa.

Försäkringskassan har också tillsynsansvar över den del av rehabiliteringsverksamheten som regleras i SFB. Försäkringskassan ska således följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.[45] Det finns dock inga sanktionsmöjligheter i SFB t.ex. i de fall en arbetsgivare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar. När bestämmelserna om rehabilitering infördes uttalades i förarbeten att om en arbetsgivare försummar sitt ansvar för rehabilitering i enskilda fall kan det vara lämpligt att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering fungerar.[46] I praktiken innebär detta att Försäkringskassan ansvarar för att anmäla fall som dessa till Arbetsmiljöverket.

I dagsläget saknas fullständig samsyn mellan olika aktörer om vad Försäkringskassan i praktiken ansvarar för inom ramen för sitt samordningsuppdrag.[47] Försäkringskassan konstaterar själva också att samordningsuppdraget är otydligt internt.[48] Enligt uppfattningen hos Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) handlar Försäkrings-

[44] 30 kap. 10 § första stycket SFB.
[45] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 60.
[46] Prop. 1990/91:141, s. 50.
[47] SOU 2020:24, s. 187.
[48] Försäkringskassan, Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan ”gör” samordning. Socialförsäkringsrapport 2020:02.

kassans samordningsansvar till stor del om att identifiera de försäkrade som faktiskt behöver rehabilitering[49]. Försäkringskassan är av en annan uppfattning och anser i stället att det är viktigt att lyfta fram andra aktörers ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, eftersom risken annars är att dessa aktörer inväntar Försäkringskassans agerande.[50]

18.3.2 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Arbetsgivare har ett rehabiliteringsansvar för sina anställda. Den försäkrades arbetsgivare ska efter samråd med den anställde lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering[51].

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar följer av arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, socialförsäkringsbalken samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. I AML finns regler om arbetsgivarens skyldighet att organisera och ha rutiner för förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering. De föreskrifter som Arbetsmiljöverket tar fram förtydligar de regler som finns i AML och Arbetsmiljöverket utövar endast tillsyn över de regler som finns i AML.

1 december 2020 fattade Arbetsmiljöverket beslut om nya föreskrifter om arbetsanpassning (AFS 2020:5). Föreskrifterna trädde i kraft 1 juni 2021 och ersatte i och med det föreskrifterna AFS 1994:1 Arbetsanpassning och Rehabilitering. Bland annat har i föreskriften förtydligats vikten av det förebyggande arbetet så att fler kan få arbetsanpassning och undgå sjukfrånvaro. Samtidigt har rehabiliteringen som begreppet tagits bort ur föreskriften. För frågorna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar hänvisas i föreskriften nu enbart till 30 kap. SFB. Samtidigt finns i 30 kap. 6 a § SFB en direkt

[49] ISF 2017:9, Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.
[50] Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. Dnr 019579-2017.
[51] 30 kap. 6 § SFB.

hänvisning till arbetsmiljölagen avseende arbetsgivarens skyldigheter avseende rehabilitering.

Bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter avseende arbetsanpassning och rehabilitering finns således även i arbetsmiljölagen. Arbetsgivaren är skyldig att se till att det finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som gör det möjligt att fullgöra de uppgifter arbetsgivaren har enligt AML och SFB. Arbetsgivaren ska fortlöpande undersöka vilka anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som arbetstagarna behöver och så tidigt som möjligt börja arbeta med anpassning av arbetssituationen. Arbetsgivaren ska dessutom ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta andra lämpliga åtgärder. Grunden i lagstiftningen är att arbetsgivaren fortlöpande ska anpassa arbetet och arbetssituationen till den enskilde arbetstagarens förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Detta gäller för alla anställda vare sig de är inne i en rehabiliteringsprocess eller inte. Anpassningar av arbetet kan och bör alltså ske kontinuerligt och behöver inte ha med ohälsa att göra utan kan vara helt och hållet främjande och förebyggande. Anpassningar kan också genomföras först när den anställde drabbats av arbetsoförmåga på grund av ohälsa, för att han eller hon ska kunna kvarstå eller återgå i arbete, dvs. som sekundär- och tertiärpreventiva åtgärder. Exempel på åtgärder som kan behöva vidtas inom ramen för en individuell anpassning och rehabilitering är förändringar av arbetsfördelning, arbetsuppgifter, arbetstid och den fysiska arbetsmiljön. Den försäkrade kan också behöva tekniska hjälpmedel, särskilda arbetsredskap, informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Ibland kan det bli aktuellt med omplacering.[52] Arbetsgivarens skyldighet att medverka till rehabiliteringsåtgärder avser i första hand den egna arbetsplatsen men är inte uttryckligt begränsad till åtgärder som kan genomföras på den egna arbetsplatsen och kan bli aktuell även under tjänstledighet för att den anställde ska pröva sin arbetsförmåga i annat arbete. Relevant arbetsprövning, arbetsträning eller omskolning kan genomföras även utanför den egna arbetsplatsen under tjänstledighet.[53] Rätten till sådan tjänstledighet är dock begränsad. Arbetsdomstolen har vidare slagit fast att arbetsgivarens skyldighet inte sträcker sig längre än till

[52] Prop. 2006/07:59, s. 16.
[53] Prop. 1990/91:141, s. 43.

att vidta åtgärder som förväntas leda till att arbetstagaren kan återgå i samma eller annat arbete inom arbetsgivarens verksamhet.[54]

Arbetsgivaren är vidare skyldig att till Försäkringskassan lämna de uppgifter som behövs för utredning av rätt till ersättning.[55] Arbetsgivaren är enligt 30 kap. 6 § a första stycket SFB skyldig att efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Det innebär att arbetsgivaren ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Exempel på sådana åtgärder är anpassning av arbetsplatsen, arbetstid eller arbetsuppgifter. Inriktningen bör således vara att den anställde ska ges fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Det är individen som står i centrum för rehabiliteringsåtgärderna. Dessa ska därför planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.[56]

Rehabiliteringsskyldigheten har stor betydelse också inför arbetsrättsliga överväganden. Under tiden arbetsgivare har rehabiliteringsansvar för en arbetstagare har arbetstagaren ett förstärkt skydd mot uppsägning på grund av omständigheter som orsakats av sjukdom. Sjukdom i sig utgör inte en saklig grund för uppsägning, men om nedsättningen medför att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse hos arbetsgivaren kan uppsägning bli aktuell. Arbetsgivaren måste uppfylla de krav på rehabiliteringsåtgärder som ställs i AML och SFB för att saklig grund för uppsägning ska föreligga. Det krävs att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och genomfört omplaceringsutredning.[57] Omplaceringsskyldigheten är en viktig del av sakliggrundbegreppet. Det föreligger enligt 7 § andra stycket LAS inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren ett annat arbete hos sig. Omplaceringsutredningen ska omfatta hela arbetsgivarens verksamhet. Den syftar till att utreda om det finns lediga arbeten som arbetstagaren är kompetent för, eller om arbetstagaren uppfyller minimikraven för tjänsten. Här bör poängteras att omplaceringsbegreppet har olika innebörd i LAS respektive SFB. Det framgår av bestämmelserna i SFB att prövningen av en anställd

[54] AD 1993 nr 42.
[55] 110 kap 14 och 31 §§ SFB.
[56] 30 kap. 3 § SFB, se även prop. 1990/91:141, s. 47 och 88.
[57] 7 § LAS.

försäkrads arbetsförmåga ska vidgas efter dag 90 i sjukperioden till att även omfatta om han eller hon kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.[58]

Enligt förarbetena är avsikten med denna vidgade bedömning inte att vare sig vidga eller minska det rehabiliteringsansvar som en arbetsgivare har. Det innebär bl.a. att rena förekomsten av andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren inte medför att sjukpenningen ifrågasätts; det måste finnas en möjlighet utifrån gällande arbetsrättsliga principer för den försäkrade att utföra dem.[59] Det har uppmärksammats att detta förhållande och användande av samma begrepp fast med olika betydelser kan skapa missförstånd i dialogen mellan Försäkringskassan, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen. När Försäkringskassan ber arbetsgivaren att göra en omplaceringsutredning händer det att arbetsgivaren uppfattar detta som ett efterfrågande av en omplaceringsutredning enligt 7 § LAS.[60] Det bör därför betonas att omplacering enligt SFB inom ramen för sjukförsäkringen inte innebär en omplaceringsutredning i arbetsrättslig mening utan motsvarar snarare tillfällig förflyttning inom ramen för anställningsavtalet.

Sedan den 1 juli 2018 finns en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. En plan behöver heller inte upprättas i de fall arbetstagaren kan återgå helt i arbete utan några särskilda insatser. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.

[58] 27 kap. 47 § SFB.
[59] Prop. 2007/08:136, s. 61 f.
[60] SOU 2020:24, s. 150–151.

18.3.3 Arbetsförmedlingens rehabiliteringsansvar

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är i dessa fall arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program.[61] Arbetsförmedlingen ansvarar för kartläggning och arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetssökande sjukskrivna hos Arbetsförmedlingen som inte kan söka arbete på grund av sjukdom.[62] Arbetsförmedlingen har till uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom de arbetsmarknadspolitiska programmen. Det kan bland annat handla om anställningsstöd till personer med svag position på arbetsmarknaden, utvecklingsanställning som ger en person möjlighet att genom arbete i kombination med andra insatser, öka sin förmåga och anställbarhet. De olika formerna av lönebidrag är anställningsstöd som kan beviljas för att en person ska få eller behålla en anställning och där arbetet organiseras med hänsyn till nedsättningen. Arbetsförmedlingen ska samverka med de andra aktörerna. I myndighetsinstruktionen 14 § anges att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

18.3.4 Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsansvar

Hälso- och sjukvården regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I 3 kap. 1 § HSL anges att det övergripande målet för all verksamhet inom hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska

[61] 5 § femte punkten samt 11 och 12 §§ förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.
[62] 11 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Regionernas vårdansvar enligt 8 kap. 2 § andra stycket HSL är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Ansvar för medicinsk rehabilitering av en försäkrad ligger inom hälso- och sjukvårdens område. Av 8 kap. 7 § första stycket HSL framgår att regionen ska erbjuda bland annat rehabilitering till den som omfattas av regionens ansvar. För kommunen gäller att den enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL ska erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabiliteringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller Försäkringskassan från deras ansvar för rehabilitering.[63]

18.3.5 Kommunernas rehabiliteringsansvar

Rehabiliteringsskyldigheten kan också omfatta kommuner. En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.[64] Det är kommunens socialtjänst som betalar ut ekonomiskt bistånd och ansvarar för behandling av missbruksproblem, familjerådgivning med mera. Principen om kommunens yttersta ansvar avser inte att förändra det som andra huvudmän eller aktörer har. Med det yttersta ansvaret följer emellertid uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde det stöd som behövs. Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI kan få ekonomiskt bistånd från kommunen. Av 4 kap. 1 § SoL framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.[65]

En samordnad individuell plan, så kallad SIP, ska tas fram när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Socialtjänsten och

[63] Se prop. 1992/93:159, s. 202.
[64] 2 kap. 1 § SoL.
[65] Se t.ex. SOU 2020:24, s. 67.

hälso- och sjukvården är skyldiga att ta initiativ till en SIP när de ser att det behövs samordning för att en person ska få rätt stöd, men arbetet kan också starta med att individen själv ber om att få en SIP. Av den samordnade individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilken aktör som ansvarar för vilken insats, och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen. En SIP kan bara upprättas med individens samtycke.

18.3.6 Individens rehabiliteringsskyldighet

I socialförsäkringsbalken framgår att individen själv också har ett ansvar för sin egen rehabilitering, t.ex. genom att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och i att lämna uppgifter.[66] I förarbetena resoneras kring att åtgärder som sätts in utan den försäkrades aktiva medverkan riskerar att vara ineffektiva. Den försäkrade har därför ålagts en skyldighet att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.[67] Dessutom finns en regel i SFB som innebär att Försäkringskassan bl.a. kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte som syftar till att bedöma hans eller hennes behov av och möjligheter till rehabilitering.[68] Om en försäkrad, utan giltig anledning, inte lämnar information för att klarlägga behovet av eller inte medverkar i rehabiliteringen kan Försäkringskassan dra in eller minska den försäkrades ersättning.[69]

Förutom att en försäkrad är skyldig att delta i rehabiliteringsverksamhet, är han eller hon skyldig att informera om ändringar av betydelse för rätten till ersättning.[70] Den försäkrade har två veckor på sig att informera t.ex. att hon eller han måste avbryta rehabiliteringen eller att den går över förväntan och att arbetsförmågan är återställd inom en kortare tidsrymd än förväntat. Det finns sanktioner kopplade till dessa skyldigheter. Om den försäkrade inte gör dessa anmälningar, får Försäkringskassan, dra in eller sätta ner rehabiliteringsersättningen. Det gäller dock bara om det som den försäkrade inte anmält är av betydelse för rätten till eller storleken av t.ex. rehabiliteringspenningen. Det finns även ytterligare sanktioner för den

[66] 30 kap. 7 § SFB.
[67] Prop. 1990/91:141, s. 90.
[68] 110 kap. 14 § SFB.
[69] 110 kap. 53 § SFB.
[70] 110 kap. 46 § SFB.

försäkrade. Om en försäkrad, utan giltig anledning, vägrar att medverka till behandling eller rehabilitering får Försäkringskassan dra in eller minska sjukpenning eller aktivitetsersättning. En förutsättning är dock att Försäkringskassan informerat den försäkrade om risken för denna påföljd.[71]

En individ som är anställd har särskilda skyldigheter. Arbetstagarens ansvar regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Där står det att arbetstagaren ska medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagaren ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar som finns. Arbetstagaren ska även iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall.[72] Föreskrifterna gör också gällande att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet ska organiseras på ett sätt som gör att det kan ske i samarbete med dem som berörs av åtgärderna och med deras företrädare i arbetsmiljöfrågor.[73] Om arbetstagaren vägrar att medverka i rehabiliteringen kan det få arbetsrättsliga konsekvenser. Att vägra medverka kan vara en grund för saklig uppsägning om det bedöms att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. En individ som får försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingen anvisade program och ta lämpliga anvisade arbete. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet.[74]

18.3.7 Övriga aktörer med betydelse för rehabiliteringsprocessen

Utöver de huvudsakliga aktörerna med ansvar för den enskildes rehabilitering, har fler aktörer rehabiliteringsansvar i någon form eller har på annat sätt betydelse för rehabiliteringsprocessen. Dessa aktörer berörs endast översiktligt i detta betänkande.[75]

[71] 110 kap. 58 § SFB.
[72] 3 kap. 4 § AML.
[73] 7 § AFS 1994:1.
[74] 4 kap. 4 § SoL.
[75] För en mer ingående redogörelse hänvisas t.ex. till avsnitt 2 i betänkandet Tillsammans för en välfungerande sjuk- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24.

Övriga myndigheter

När det gäller myndigheter, är förutom de centrala aktörerna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen även Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen berörda.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har till uppgift att arbeta med kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten för arbetsmiljökunskap ska även arbeta med utvärdering och analys inom dessa områden. Syftet är att kunskapen ska komma till användning i praktiken. Myndighetens arbete ska ske i samverkan med arbetsmarknadens parter.[76]

Arbetsmiljöverket har till uppgift att ha tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs och planerar tillsynen främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket. Arbetsmiljöverket är enligt 7 kap. 1 § AML ansvarig över att AML och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen följs. De föreskrifter som främst är viktiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är AFS 2001:1 om systematiskt arbetsmiljöarbete och AFS 1994:1 om arbetsanpassning och rehabilitering.

Socialstyrelsens uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar till stor del om att utveckla och förvalta det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av två delar. Den ena delen utgörs av övergripande principer för sjukskrivning och den andra delen utgörs av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Ambitionen med beslutsstödet är att det ska användas av både Försäkringskassans handläggare och av läkare i hälso-och sjukvården.

Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen har också i uppdrag att samverka med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.[77]

[76] Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
[77] 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket samt 11–12 §§ förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.

Skyddsombud

Skyddsombudet ska vaka över att arbetsgivaren fullgör sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering enligt lagstiftningen. Det innebär också att skyddsombudet ska verka för att arbetsgivaren har en lämplig organisation för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, har rutiner för arbetsanpassning och rehabilitering, upprättar handlingsplaner och följer upp dem och fullgör sina skyldigheter i fråga om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsutredningar.

Fackliga organisationer

De fackliga organisationerna har inte något formellt, i lag reglerat rehabiliteringsansvar men är en viktig aktör när det gäller arbetsmiljö och rehabilitering. I 30 kap. 10 § första stycket SFB anges att Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades och arbetstagarorganisation (utöver arbetsgivare och hälso- och sjukvården). Organisationerna besitter också viktig kunskap som är användbar i rehabiliteringen. Den anställde ska informeras om rätten till facklig medverkan.

Sveriges kommuner och regioner (SKR)

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för kommuner och regioner. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR har stor betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eftersom organisationen är Sveriges största arbetsgivarorganisation med stort inflytande över arbetsmiljöarbetet i kommuner och regioner. SKR är också kunskapsstöd för kommuner och regioner i arbetet med sjukskrivningar. För arbetet med sjukskrivningar i regionerna har SKR under många år spelat en central roll eftersom det är med SKR som staten tecknat överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjuk- och rehabiliteringsprocess. SKR har som undertecknande part haft stort inflytande över innehållet och utformningen av villkoren i överenskommelsen. SKR har inom ramen för arbetet med överenskommelsen utgjort ett kunskaps- och implementeringsstöd

för regionerna. SKR bedriver många av sina uppdrag tillsammans med Inera, ett företag som utvecklar digitala tjänster och som ägs av SKR, regioner och kommuner.

Samordningsförbund

Inom rehabiliteringsområdet finns möjligheter till samordnade rehabiliteringsinsatser i syfte att uppnå eller förbättra en enskilds förmåga till förvärvsarbete. Den finansiella samordningen mellan olika huvudmän inom rehabiliteringsområdet ska underlätta en effektiv resursanvändning. De disponibla resurserna ska användas för samordnade insatser som syftar till att den enskilde ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. Finansiell samordning får enligt 1 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och regioner för att uppnå en effektiv resursanvändning. Lagen gör det möjligt att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett s.k. samordningsförbund. Målet med verksamheten är att individer i behov av samordnande rehabiliterande insatser ska kunna återfå eller förbättra sin arbetsförmåga.[78]

Samordningsförbundet är ett för parterna gemensamt men självständigt samordningsorgan som fattar beslut i eget namn. Samordningsförbundet kan bland annat besluta om övergripande mål och riktlinjer för den finansiella samordningen. Samordningsförbundet har gemensamma resurser och fattar beslut om resursernas fördelning utifrån individers behov. Medlen ska användas så att det är förenligt med syftet, det vill säga att finansiera rehabiliteringsinsatser som riktar sig till målgruppen för att de ska närma sig arbetsmarknaden eller återfå sin arbetsförmåga. Samordningsförbundet får inte täcka kostnader för individens försörjning. Det anges i lagen att ett samordningsförbundet inte får fatta beslut i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda. Förbunden får heller inte vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning eller som avser tillhandahållande av tjänster avsedda för enskilda. Detta innebär att det fortfarande är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning och att socialnämnden, eller annan behörig nämnd, beviljar bistånd enligt

[78] 2 § Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

SoL. Det är fortfarande sjukvårdshuvudmännen som tillhandahåller sjukvård. Samordningsförbundet ska svara för uppföljning och utvärdering av den finansiella samordningen.[79] Samordningsförbundet ska också stödja samarbetet mellan de samverkande parterna. Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen. Syftet med rådet är att ge finansiell samverkan den legitimitet och förankring som är nödvändig. Rådet bidrar till utveckling, ökad professionalitet och kunskap inom den finansiella samordningen och rådet utgör även ett forum för gemensamma ställningstaganden i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning. Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag utvärdera samordningsförbundens verksamhet. Uppdraget har delredovisats våren 2019 och ska slutredovisas i december 2021.[80]

18.4 Planer för rehabilitering och återgång i arbete

Som en del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska en plan för återgång i arbete upprättas. Detta åtagande ligger på flera aktörer i processen och en och samma individ kan således ha flera olika aktiva planer för ett och samma sjukfall. I flera fall är förekomsten av en mer eller mindre detaljerade plan också en förutsättning för att ersättning ska kunna beviljas – som i fallet rehabiliteringsersättning. De individuella planerna syftar till att förbättra individens möjligheter till effektiv rehabilitering. I planerna görs också bedömningar om individens behov av rehabilitering. Planerna har inte exakt samma syfte även om de till del överlappar. För respektive aktör kan det framstå som tydligt varför en individuell plan ska utformas och hur den hjälper individen. En enskild individ kan dock ha planer hos flera aktörer samtidigt. Innehållet i dessa planer är ofta inte samverkat aktörerna emellan vilket innebär att individen kan få motstridiga besked. Det behöver inte handla om allvarliga motstridigheter utan kan vara så enkla saker som skillnader i tidpunkt för insatser eller olika bedömningar av behovet av en viss insats. Om det finns skillnader i de olika aktörernas planer för indi-

[79] Prop. 2002/03:132, s. 109.
[80] Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 33.

viden kan det vara svårt för individen att förstå vilken plan som ska följas och om någon plan är överordnad någon annan.[81]

Försäkringskassan beskriver i sin vägledning att när bedömningen gjorts att en försäkrad har rätt till sjukpenning ska en planering göras för hur han eller hon så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete.[82] Försäkringskassan har emellertid även ett lagstadgat ansvar för att i varje sjukfall där den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning upprätta en rehabiliteringsplan.[83] Denna rehabiliteringsplan avser en möjlighet för Försäkringskassan att kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Planen utgör vidare ett underlag för Försäkringskassan i frågan huruvida rehabiliteringsersättning kan beviljas. Enligt äldre förarbeten har planen dubbla syften. Den ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs i enskilda ärenden, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning.[84] Rehabiliteringsplanen ska upprättas när den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning (rehabiliteringspenning och/eller särskilt bidrag). Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. I förarbetena betonas att en framgångsrik rehabilitering förutsätter ett samarbete med den försäkrade.[85] Planen ska alltid innehålla en tidsplan för rehabiliteringen och uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras. Planen ska också innehålla information om vem som ansvarar för de olika rehabiliteringsåtgärderna. Även övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen ska framgå.[86] För att planen ska anses innehålla tillräcklig information måste det finnas konkreta uppgifter om insatserna som ska genomföras, när och i vilken omfattning de ska genomföras och vem som ansvarar för att anordna och följa upp dem. Det är en förutsättning för att syftet med planen – att tydliggöra planeringen för alla inblandade och att ligga till grund för bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning – ska kunna uppfyllas. Försäkringskassan har vidare ett ansvar enligt lag att fortlöpande se till att

[81] SOU 2020:24.
[82] Försäkringskassan, vägledning 2015:1, Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s. 291 f.
[83] 30 kap. 12 § SFB.
[84] Prop. 1990/91:141, s. 52.
[85] Prop. 1990/91:141, s. 52
[86] 30 kap. 13 § SFB.

planen följs och att det vid behov görs ändringar i den.[87] Dessutom måste Försäkringskassan följa utvecklingen för att kunna betala ut rätt ersättning.

För att kunna upprätta rehabiliteringsplanen kan det även behövas medverkan från arbetsgivare, företagshälsovård, hälso- och sjukvården i övrigt, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra berörda. Var och en av dessa har inom ramen för respektive regelverk ett rehabiliteringsansvar och kan behöva bidra inom sitt ansvarsområde för att en rehabilitering ska lyckas. Vid planering av åtgärder som inte ligger till grund för att bevilja rehabiliteringsersättning kan Försäkringskassan upprätta plan för återgång i arbete i stället för en rehabiliteringsplan. Planerna ligger i samma interna mall och handläggaren gör olika val beroende på vilken situation den försäkrade befinner sig i.[88]

För att stärka individens möjlighet till rehabilitering i ordinarie anställning har arbetsgivarens rehabiliteringsansvar förtydligats genom reformen för förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.[89] Sedan den första juli 2018 har arbetsgivare en skyldighet att upprätta plan för återgång i arbete för anställda som varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar, om det kan antas att arbetsförmågan kommer att vara nedsatt i 60 dagar eller längre. Planen kan även enligt Försäkringskassan bidra till att förbättra beslutsunderlaget och därmed också till myndighetens bedömning av samordningsbehov.[90] Planen ska så långt det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Dess uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.

Hälso- och sjukvården ska, i samverkan med patienten, upprätta en individuell plan för planerande och beslutande rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas.[91]

Riksrevisionen granskade i rapport 2020:12 bl.a. frågan om förekomsten av plan för återgång i arbete hos några stora statliga arbetsgivare (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Polismyndigheten, Kriminalvården och Skatteverket) och konstaterade att det är stora

[87] 30 kap. 14 § SFB.
[88] Försäkringskassans vägledning 2015:1. Version 12 s. 291 f.
[89] Ds 2017:9.
[90] Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag Förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, 2018.
[91] 8 kap. 7 § HSL. Resp. 12 kap. 5 § HSL.

skillnader mellan arbetsgivarna, men att det i genomsnitt saknades plan för återgång i arbete eller annan dokumentation i vart tredje ärende. När en fullständig plan inte upprättas bör arbetsgivaren dokumentera ett ställningstagande som motiverar avsteget. Sådan dokumentation sker emellertid sällan.[92]

18.4.1 När föreligger rätt till rehabilitering?

En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i 30 kap. SFB. Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.

Den vars arbetsförmåga inte redan är nedsatt med minst en fjärdedel inte heller har rätt till ersättning från sjukförsäkringen.[93] Rehabilitering – som ju syftar till att återställa en förlorad arbetsförmåga – behövs i ett sådant fall inte heller. Detta kan sägas vara ett uttryck för nuvarande gällande rätt där arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan tillämpas som förebyggande åtgärd. Det finns enligt Försäkringskassan inte heller anledning för myndigheten att samordna rehabiliteringsåtgärder i den situationen. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är inte heller aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan återfå sin förmåga utan arbetslivsinriktade åtgärder. Om det endast är medicinsk behandling som behövs för att återställa arbetsförmågan, eller om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt men där den försäkrade anses kunna återgå i arbete utan rehabilitering, till exempel genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden, är det till exempel inte motiverat med arbetsträning.

Försäkringskassan ska, om den försäkrade går med på det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med de olika aktörer som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska verka för att dessa organisationer och myndigheter vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. För att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs det att åtgärden i det enskilda fallet syftar till att återställa eller förbättra arbetsförmågan.

[92] RiR, granskningsrapport 2020:12, s. 5.
[93] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 10.

19 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering. Förmånen syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. Ersättningsformen har i stort sett varit oförändrad sedan införandet i början av 1990-talet.

I kommittédirektiven redogörs för ett antal centrala aspekter vad gäller rehabilitering. Det handlar bl.a. om det faktum att rehabilitering används för att den enskilde ska ha möjlighet att komma tillbaka i arbete. I denna rehabiliteringsprocess bör en omställning som är både hållbar för individen och önskvärd ur ett samhällsperspektiv eftersträvas.

Vid användning av förmåner vid arbetslivsinriktad rehabilitering uppstår frågan hur de bäst bör användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver det på grund av sjukdom. Regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Regeringen beskriver i direktiven hur det kan förekomma problem med nuvarande lagstiftning utifrån såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra aktörers perspektiv.

Såväl interna som externa förklaringar kan ligga bakom att befintliga förmåner vid rehabilitering i dagsläget inte används i särskilt stor utsträckning. De interna förklaringarna är sådana som handlar om regelverkets innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter, förändringar i rättspraxis eller samarbete mellan myndigheter. De externa förklaringarna ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen av detta. Det kan till exempel handla om arbetsmarknadens utveckling eller hur kunskaperna om förekomsten av denna typ av ersättning ser ut.

I det följande avsnittet redogör utredningen för hur användandet av rehabiliteringsförmåner har utvecklats över tid. Därefter analyseras tänkbara faktorer till varför reglerna används i den begränsade omfattning det är fråga om och analyserar vilka problem som är förknippade med de olika rehabiliteringsförmånerna och det nuvarande regelverket.

Enligt direktiven ska även reglerna om särskilt bidrag ses över. I uppdraget ingår att kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget och ta ställning till eventuella behov av förändringar av bidraget. Denna fråga analyseras därför särskilt.

Frågan om förmåner vid rehabilitering är nära knuten till själva rehabiliteringsprocessen och vilka typer av rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella som grund för beviljandet av en förmån. Själva processen för rehabilitering analyseras därför också i den utsträckning det är nödvändigt för en fullständig analys av rehabiliteringsförmånerna. I denna del berörs bland annat frågorna om samarbetet mellan aktörer i rehabiliteringsprocessen. Frågan om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som sådan innefattas dock inte i utredningens direktiv. Denna fråga har undersökts av Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess. Den utredningen lämnade sitt betänkande SOU 2020:24 i april 2020.

I socialförsäkringsbalken anges vilka förmåner som en enskild försäkrad kan ha rätt till under tid med rehabilitering. I huvudsak är det fråga om två former: rehabiliteringsersättning som kan lämnas för arbetslivsinriktad rehabilitering och utges i form av rehabiliteringspenning och/eller särskilt bidrag, samt förebyggande sjukpenning, som beviljas vid genomförande av medicinsk behandling och rehabilitering. Av intresse är också dessa båda ersättningar i *särskilda fall* samt andra förmåner som kan betalas ut vid rehabilitering under särskilda omständigheter, såsom livränta under rehabiliteringstid när den försäkrade har en arbetsskada.

19.1 Gällande regelverk

En grundläggande tanke med förmånen rehabiliteringsersättning är att det är en ersättningsform som ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Bestämmelserna för denna ersättningsform finns i 31 kap. SFB. Ersättningen består av två delar

och kan betalas ut som rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning betalas ut med samma belopp som sjukpenning och syftar till att ersätta inkomstbortfall under tid som den försäkrade deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats (men alltså inte vid medicinsk rehabilitering). Det särskilda bidraget ska täcka kostnader som den försäkrade kan ha för att delta i rehabiliteringsinsatsen.

Grundläggande förutsättningar för att rätt till rehabiliteringsersättning ska uppkomma är att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel, att det finns ett behov av (arbetslivsinriktad) rehabilitering och att sådan rehabilitering också genomförs.

Förutsättningen nedsatt arbetsförmåga är densamma som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. SFB. Bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till heltidsarbete. Det är vidare endast medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan som ger rätt till rehabiliteringsersättning. För att en försäkrad ska kunna få rehabiliteringspenning fordras vidare precis som för sjukpenning att det fastställs en sjukpenninggrundande inkomst, förkortad SGI, för den försäkrade.

Lagtexten anger inte mot vad arbetsförmågan ska bedömas. Bedömningen av arbetsförmågan följer emellertid den s.k. rehabiliteringskedjans tidsgränser. Under den första tiden ska arbetsförmågan jämföras mot det egna arbetet (för en försäkrad som har en anställning) och efter 180 dagar mot arbete som är normalt förekommande. Om det föreligger *särskilda skäl* kan bedömningen mot en bredare arbetsmarknad skjutas upp, i likhet med undantagsbestämmelserna för sjukpenning i 27 kap. 48 § SFB. Förutsättningarna är, i likhet med vad som gäller för bedömningen inom sjukpenningreglerna, sedan den 15 mars 2021 att övervägande skäl talar för att den försäkrade efter genomförd rehabilitering kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 366 i rehabiliteringskedjan. Även i de fall då det skulle vara *oskäligt* att bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till normalt förekommande arbete kan det bli aktuellt att bevilja rehabiliteringsersättning för åtgärder som syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren efter dag 180 i sjukperioden. Från och med dag 366 i rehabiliteringskedjan kan rehabiliteringsersättning bara beviljas om den försäkrades arbetsförmåga bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till arbeten som normalt förekommer

på arbetsmarknaden, eller om det är oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

I förarbetena anges att rehabiliteringsersättning endast i undantagsfall ska kunna betalas ut under längre tid än tre månader till den som behöver rehabiliteringsåtgärder för att komma tillbaka till sitt vanliga arbete, men har arbetsförmåga i andra arbeten utan rehabilitering.[1] I senare förarbeten anges att rehabiliteringsersättning som syftar till att förkorta sjukfallet eller att häva arbetsförmågans nedsättning inte bör utges efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar om den försäkrade utan arbetslivsinriktad rehabilitering kan återgå i annat arbete hos arbetsgivaren.[2]

En annan situation är den då en försäkrad redan har beviljats rehabiliteringsersättning och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering, och först därefter når dag 180. En grundläggande tanke med rehabiliteringsersättning är som konstaterats ovan att det är en ersättningsform som ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Förarbetena är tydliga med att rätten till ersättning finns så länge den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.[3] I detta avseende är alltså rehabiliteringsersättning mer att likna vid en periodisk ersättning än en dag-för-dag-ersättning. Den som redan är beviljad rehabiliteringspenning och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering ska således anses ha nedsatt arbetsförmåga och ska inte bedömas mot normalt förekommande arbete.[4]

Av bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB framgår att i de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som avses i 27 kap. 6 §, dvs. sådan medicinsk rehabilitering som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning, eller rehabiliteringsåtgärd som avses i 29–31 kap. SFB, ska bedömningen av arbetsförmågan enligt 46–49 §§ göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd. Denna bestämmelse fick sin utformning genom de lagändringar som genomfördes i samband med införandet av rehabiliteringskedjan. I förarbetenas författningskommentar angavs endast att stycket vari bestämmelsen återfinns är

[1] Prop. 1996/97 :28, s. 19.
[2] Prop. 2007/08:136, s. 70.
[3] Prop. 1990/91:141, s. 65.
[4] Jfr SOU 2020:6, s. 197.

nytt.[5] Den ursprungliga regeln i 3 kap. 7 § sjunde stycket AFL och den nu gällande är emellertid utformade på sådant sätt att den angivna bedömningen ska göras i alla skeden av rehabiliteringskedjan, således även efter återgång i arbete hos arbetsgivaren. Bestämmelsens betydelse har inte klargjorts i rättspraxis. I sin vägledning uttrycker Försäkringskassan uppfattningen att bestämmelsen har begränsad betydelse men utvecklar inte resonemanget.[6] Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum berörde denna fråga och nådde slutsatsen att det är motiverat med en lagändring som innebär att rätten till rehabiliteringsersättning ska bedömas med bortseende från bedömningsgrunden *normalt förekommande arbete*, vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga efter 180 dagar.[7]

Utöver en nedsättning av arbetsförmågan måste den försäkrade delta i en arbetslivsinriktad rehabilitering som *syftar* till att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmåga.[8] Vad som ska anses omfattas av begreppet diskuterades ovan i avsnitt 18.1.2; möjligen kan syftet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utifrån resonemanget där anses ligga redan i begreppets definition. Vem som ska avgöra detta syfte framgår inte klart av gällande rätt. Räcker det att sådana arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder (som ju inkluderar det efterfrågade syftet) har initierats för att ersättning ska betalas ut eller ska Försäkringskassan göra ytterligare en ”extern” bedömning av syftet med åtgärderna? Försäkringskassans uppfattning synes här vara att en sådan bedömning ska ske och att handläggaren trots att rehabilitering pågår kan komma fram till t.ex. att den försäkrade inte har behov av rehabilitering trots nedsatt arbetsförmåga eller att de åtgärder som vidtagits inte kunnat anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering, utan i stället t.ex. att den försäkrade deltagit i en utredning av arbetsförmågan eller i någon typ av förberedande åtgärd som inte kunnat betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering.[9] Vidare har Försäkringskassan uttryckt uppfattningen att det för att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs att åtgärden i det enskilda fallet kan *förväntas* återställa eller förbättra arbetsförmågan och att Försäkringskassan alltså ska värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge

[5] Prop. 2007/08:136, s. 101.
[6] Försäkringskassan, vägledning 2015:1 version 12 s. 106.
[7] SOU 2020:6, s. 196.
[8] 31 kap. 3 § SFB.
[9] Jfr Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 13.

effekter på arbetsförmågan.[10] En sådan värdering av det troliga utfallet av en rehabiliteringsåtgärd kan emellertid inte utläsas ur lagtexten, där det anges att det är *syftet* med åtgärden som är avgörande för om rehabiliteringsersättning kan beviljas. Bedömningen av prognosen av hur framgångsrik rehabiliteringen kommer vara, dvs. om den försäkrade de facto kommer att återfå arbetsförmåga, finns inte med som rekvisit i lagtexten.

Oavsett hur begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering närmre ska definieras betalas rehabiliteringsersättning ut endast under tid som en försäkrad deltar i sådan arbetslivsinriktad rehabilitering. Det innebär exempelvis att den som väntar på att rehabiliteringen ska starta inte kan få rehabiliteringsersättning för denna tid.[11] Den ersättningsform som då främst blir aktuell är sjukpenning. Detta innebär också att rehabiliteringspenning enligt nuvarande regelverk inte kan användas för att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel som inte redan har inträffat, trots att ett uttalat syfte kan vara att förebygga nedsättning av arbetsförmågan. Rehabiliteringspenning kan således inte användas för att t.ex. underlätta omställning förrän sjukdomen medfört nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Av andra stycket 31 kap. 8 § SFB framgår att arbetsförmågan under tiden för rehabiliteringsåtgärden ska anses nedsatt i den utsträckning den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta. Bestämmelsen medför därmed exempelvis att den som deltar i en rehabiliteringsåtgärd på exempelvis halvtid får halv rehabiliteringspenning, även om hans eller hennes arbetsförmåga ”egentligen” endast är nedsatt med en fjärdedel. Omvänt kan den som har helt nedsatt arbetsförmåga och deltar i en åtgärd på halvtid endast beviljas halv rehabiliteringspenning. Den återstående inkomstförlusten kan då täckas av exempelvis halv sjukpenning om förutsättningarna för att bevilja den förmånen är uppfyllda. Betydelsen är emellertid främst att ersättning kan betalas ut även när rehabiliteringen delvis sker i förebyggande syfte, dvs. under åtgärder för att förebygga ytterligare nedsättning av arbetsförmågan utöver en redan inträffad fjärdedels nedsättning.[12] Utifrån lagtextens formulering måste sammantaget kopplingen till den nedsatta arbetsförmåga som krävs för

[10] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.
[11] Prop. 1990/91:141, s. 65.
[12] Se prop. 1990/91:141, s. 92; Jfr även s. 65 och 91.

att rehabiliteringspenning ska ges från första början upphöra i och med att ersättningen har beviljats; när rehabiliteringsåtgärden väl pågår anses den försäkrades arbetsförmåga per definition vara nedsatt i den utsträckning som åtgärden förhindrar honom eller henne från att utföra förvärvsarbete. Detta framgår även av 27 kap. 26 § SFB där det anges att en sjukperiod pågår så länge som en försäkrad har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel[13], *eller*, såvitt här är av intresse, har rehabiliteringspenning. Det krävs således inte att någon ”egentlig” arbetsförmågenedsättning består under tid den försäkrade genomgår rehabilitering och får rehabiliteringspenning. Däremot är ju själva syftet med rehabiliteringen att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga varför det naturligtvis finns anledning att avsluta rehabiliteringen när arbetsförmågan inte längre är nedsatt.

Vad som krävs för att en rehabiliteringsåtgärd ska anses vara arbetslivsinriktad framgår av 29 kap. 2 § och har diskuterats ovan; se även avsnitt 18.1.2 om begreppet. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan dels handla om insatser för att individen ska kunna fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare eller i den egna verksamheten, dels om att ge individen förutsättning att försörja sig genom annat arbete. I det senare fallet sker detta ofta genom samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Allmänna bestämmelser om rehabilitering finns i 30 kap. 2–11 §§ SFB, se även avsnitt 18.1 om rehabilitering ovan. Avgränsningen mot medicinsk rehabilitering i innebörden av vilka åtgärder detta ska anses omfatta är inte kategorisk, vilket har konstaterats ovan. Däremot framhålls i förarbetena att tid under vilken den försäkrade enbart genomgår medicinsk rehabilitering inte bör berättiga till rehabiliteringsersättning. Deltagande i viss medicinsk rehabilitering, t.ex. sjukgymnastik, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår bör dock inte utesluta att rehabiliteringsersättning beviljas.[14] I sin vägledning anger Försäkringskassan att de rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella uteslutande är arbetshjälpmedel, insatser hos Arbetsförmedlingen, arbetsträning och utbildning.[15] Även om dessa insatser torde utgöra de vanligaste formerna av rehabilitering kan emellertid inte någon begränsning till dessa fyra former utläsas av vare sig lagtext eller förarbeten.

[13] Se även HFD 2018 ref. 69.
[14] Prop. 1990/91:141, s. 61.
[15] Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 264.

Liksom sjukpenning kan rehabiliteringspenning lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Syftet med förmånsnivåerna tre fjärdedels, halv och en fjärdedels rehabiliteringspenning är främst att möjliggöra en successiv återgång i arbete. Dessa förmånsnivåer bör därför främst nyttjas under begränsade tider och ingå i en plan för hur arbetsinsatsen successivt ska trappas upp.[16] Ersättningen kan samordnas med andra ersättningar; aktivitetsstöd och rehabiliteringspenning kan exempelvis betalas ut för samma tid och samordnas beloppsmässigt vid utbetalning.[17]

Sedan den 1 juli 2020 kan en försäkrad som fått rätt till rehabiliteringsersättning få behålla ersättningen även under tid då han eller hon är helt eller delvis ur stånd att delta i rehabiliteringen.[18] Detta gäller vid kortvarig frånvaro från den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och det är alltså förmågan att medverka i rehabiliteringen som ska bedömas. Rehabiliteringsersättningen får lämnas för högst 30 kalenderdagar i följd. Efter den sjunde dagen lämnas ersättningen endast om den försäkrade genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan styrker nedsättningen av förmågan att delta i rehabiliteringen på grund av sjukdom. Dessa bestämmelser motsvarar vad som gällde för rätt till sjukpenning för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program fram till den 1 juli 2020. Före den 1 juli 2020 gällde regler som innebar att en försäkrad med beviljad rehabiliteringsersättning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering kunde vara tvungen att avstå från att delta i rehabiliteringen på grund av sjukdom; antingen en försämring av den sjukdom som motiverat den arbetslivsinriktade rehabiliteringen eller en helt annan sjukdom. Enligt tidigare gällande regler hade den försäkrade inte rätt till rehabiliteringsersättning i denna situation utan var hänvisad till att ansöka om sjukpenning, med ökad administration för såväl den enskilde som myndigheten som följd.[19]

Rätten till rehabiliteringsersättning upphör från och med den månad då den försäkrade fyller 65 år. Det finns i övrigt i socialförsäkringsbalken inte några tidsgränser för hur länge rehabiliteringspenning kan beviljas. Förarbetena är tydliga med att rätten till er-

[16] Prop. 1990/91:141, s. 65.
[17] Se Försäkringskassans vägledning 2017:2 och 2005:1.
[18] 31 kap. 5 § SFB, ändrad genom lag om ändring i socialförsäkringsbalken 2020: 427.
[19] Se Ds 2018:32, vars förslag legat till grund för ändringen i 31 kap. 5 § SFB. Förslaget byggde i sin tur på förslag från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (se t.ex. dnr. S2011/11077/SF).

sättning finns så länge den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.[20] Av förarbetena framgår dock att inriktningen bör vara att rehabilitering tillbaka till ordinarie arbete bör omfatta högst tre månader och att inriktningen på rehabiliteringen i övrigt ska vara att den försäkrade har återfått sin arbetsförmåga inom ett år. Rehabilitering som pågår under längre tid än ett år kan bli aktuell i undantagsfall om det inte finns några möjligheter att genomföra rehabiliteringen på kortare tid.

Regeringen har meddelat ytterligare föreskrifter om rätten till rehabiliteringsersättning vid utbildning. De bygger på uttalanden i prop. 1990/91:141 och bet. 1990/91:SfU16. I förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning finns en begränsning till högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med studiemedel. I nämnda förordning finns även begränsningar när det gäller vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning. Dessa regler har varit i stort sett oförändrade sedan rehabiliteringsreformen 1992.

Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan när den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning. Det räcker med att den försäkrade har rätt till antingen rehabiliteringspenning eller särskilt bidrag för att en plan ska upprättas. Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. I förarbetena betonas att en framgångsrik rehabilitering förutsätter ett samarbete med den försäkrade. För att kunna upprätta rehabiliteringsplanen kan det även behövas medverkan från exempelvis arbetsgivare, företagshälsovård, hälso- och sjukvården i övrigt, Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten. Var och en av dessa har inom ramen för respektive regelverk ett rehabiliteringsansvar och kan behöva bidra inom sitt ansvarsområde för att en rehabilitering ska lyckas.

19.1.1 Särskilt bidrag

Enligt 31 kap. 14 § SFB lämnas särskilt bidrag under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Det särskilda bidraget ska täcka kostnader i samband med rehabilitering som är nödvändiga för att rehabiliter-

[20] Prop. 1990/91:141, s. 65.

ingen ska kunna genomföras som avsett.[21] Bestämmelsen syftar till att markera avgränsningen av regeringens möjligheter att med stöd av sin restkompetens meddela föreskrifter på området.[22]

I bestämmelsen hänvisas till att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om sådant bidrag. Sådana föreskrifter finns i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning och i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2010:23) om rehabiliteringsersättning. Som exempel på kostnader som kan ersättas enligt dessa bestämmelser kan nämnas kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare. En försäkrad kan ha rätt till särskilt bidrag utan att samtidigt ha rätt till rehabiliteringspenning. Det gäller till exempel för en försäkrad som inte har någon SGI; ett tydligt exempel på försäkrade som omfattas är personer som får aktivitetsersättning. Han eller hon kan inte få rehabiliteringspenning men kan ändå få särskilt bidrag för kostnader i samband med rehabiliteringen. Andra personer som kan bli aktuella är de som får försörjningsstöd. Särskilt bidrag betalas ut i efterskott men kan betalas ut i förskott om det finns särskilda skäl.[23]

I praktiken är det nästan uteslutande resekostnader som ersätts genom det särskilda bidraget. I Försäkringskassans rättsliga uppföljning av rehabiliteringsersättningen 2016:2 konstaterades att det av 500 granskade ärenden inte förekom något ärende där den försäkrade enbart hade ansökt om särskilt bidrag.[24] Det var huvudsakligen arbetslösa försäkrade som ansökte om särskilt bidrag. Enligt Försäkringskassan berodde detta sannolikt på att ansökan som regel hade initierats av handläggaren, och att möjligheten att få särskilt bidrag för resor är mycket begränsade för den som deltar i rehabilitering hos sin arbetsgivare. Sådan ersättning kan bara beviljas om det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle haft i sitt ordinarie arbete.

[21] Prop. 1990/91:141, s. 66.
[22] Prop. 2008/09:200, s. 454.
[23] 12 § förordningen (1991:1321).
[24] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

19.1.2 Rehabiliteringsersättning vid arbetsskada

En särskild form av rehabiliteringsersättning utgörs av de förmåner som kan ges till försäkrade som skadat sig i arbetet och till följd av detta fått en försämrad förmåga att skaffa inkomst genom arbete. Sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen kan vara aktuellt för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga på grund av en arbetsskada, men av olika anledningar inte kan få dessa ersättningar från den vanliga sjukförsäkringen. För de försäkrade som har en arbetsskada och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering finns det även möjlighet att få ersättning i form av *livränta* under den tid som rehabiliteringen pågår. Detta följer av 41 kap. 4 § SFB där det anges att den försäkrades förvärvsförmåga anses vara nedsatt när han eller hon deltar i behandling eller rehabilitering eftersom deltagande i rehabiliteringsinsatsen hindrar den försäkrade från att förvärvsarbeta. En förutsättning för att kunna beviljas livränta enligt 41 kap. 4 § SFB är dock att grundförutsättningarna för rätt till livränta i 41 kap. 2 § SFB är uppfyllda. Det innebär att livränta under arbetslivsinriktad rehabilitering bara kan beviljas om förvärvsförmågan är nedsatt med minst en femtondel och nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. Om Försäkringskassan vid bedömning av den framtida inkomstförlusten kommer fram till att förvärvsförmågan sannolikt kommer att förbättras efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering kan livränta beviljas under rehabiliteringstiden. Det bedöms då vara en samhällsekonomisk vinst att betala full livränta under rehabiliteringstiden, i stället för att betala livränta under en längre tid som kompensation för en lägre lön.

Att en arbetslivsinriktad rehabilitering beräknas pågå under kortare tid än ett år är i enlighet med rättsfallet RÅ 2005 ref. 46 i sig inget hinder för att bevilja arbetsskadelivränta. Högsta förvaltningsdomstolen slog där fast att den omständigheten att en arbetslivsinriktad rehabilitering beräknas pågå under kortare tid än ett år i sig inte är något hinder för att bevilja arbetsskadelivränta. Livränta kan alltså även beviljas t.ex. vid kortare utbildningar om grundförutsättningarna för rätten till livränta är uppfyllda. Av domen framgår att övriga förutsättningar för livränta måste vara uppfyllda för att ersättning ska kunna ges från arbetsskadeförsäkringen. I övriga förutsättningar ingår att grundkraven för livränta måste vara uppfyllda. Det innebär

rent praktiskt att livränta kan beviljas för en utbildning som är kortare än ett år om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade även efter den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har en lägre förvärvsförmåga än i det arbete som han eller hon hade före arbetsskadan. Det är enligt Försäkringskassans vägledning den personliga handläggaren i sjukförsäkringsärendet som ansvarar för att det upprättas en rehabiliteringsplan också i de fall livränta betalas ut under rehabiliteringen. Det är också den personliga handläggaren som har den fortlöpande kontakten med den försäkrade och som följer upp rehabiliteringen. För att underlätta rehabiliteringsplaneringen är det enligt vägledningen lämpligt att arbetsskador, där det kan bli aktuellt med en rehabiliteringsåtgärd, behandlas med förtur.[25]

Utredningen om en mer jämställd och rättssäker försäkring vid arbetsskada hade bland annat i uppdrag att se över bestämmelserna om rehabiliteringsersättning vid arbetsskada.[26] I direktiven påpekades att det kan vara ett problem att arbetsförmågebegreppen och kraven på nedsättning av arbetsförmågan är olika i sjuk- respektive arbetsskadeförsäkringen. I sjukförsäkringen utbetalas inte någon ersättning om nedsättningen av arbetsförmågan är mindre än en fjärdedel. När det gäller livränta från försäkringen vid arbetsskada är det förmågan att skaffa sig inkomst som är avgörande och att denna förmåga är nedsatt med minst en femtondel. En person kan således utifrån den allmänna sjukförsäkringens perspektiv vara helt eller i det närmaste helt arbetsförmögen och inte berättigad vare sig till sjukpenning eller till rehabiliteringsersättning, men enligt försäkringen för arbetsskada ändå ha en nedsatt arbetsförmåga.

19.1.3 Handläggning av rehabilitering – samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Det finns ett gemensamt uppdrag[27] till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan om samarbete på rehabiliteringsområdet. Myndigheterna arbetar enligt en gemensam process som beskriver ett mellan parterna överenskommet arbetssätt för myndigheternas rehabiliteringssamverkan. Syftet med processen är att ge förutsättningar för ett

[25] Försäkringskassan, Vägledning 2003:4 Förmåner vid arbetsskada, version 16, s. 194.
[26] SOU 2017:25.
[27] Sedan 2012 i myndigheternas regleringsbrev samt att särskilda medel är avsatta för detta samarbete.

väl fungerande samarbete samt ett enhetligt arbetssätt. Myndigheterna ska identifiera och möta behov av rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt för personer som får sjukpenning eller aktivitetsersättning och som har behov av aktiva insatser.[28] Vidare ska myndigheterna genom sin samverkan bidra till en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro. I de fall den försäkrade har sjukpenning, utbetalas i stället rehabiliteringspenning under tiden han eller hon genomgår arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Försäkrade som har aktivitetsersättning behåller denna ersättning även när han eller hon genomgår rehabilitering.

Processen för myndigheternas rehabiliteringssamverkan inleds när Försäkringskassan har identifierat ett sannolikt behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för en försäkrad och möter individen för att förbereda en gemensam kartläggning och tar slut när det förstärkta samarbetet/rehabiliteringssamverkan avslutas eller avbryts.

Det förstärka samarbetet avseende rehabiliteringssamverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan består av två delar: gemensam kartläggning och aktiva insatser. Syftet med det förstärkta samarbetet som helhet är att personen ska utveckla eller återfå sin arbetsförmåga för att kunna återgå i, eller få, arbete. Arbetsförmedlingen ansvarar för att insatserna genomförs och Försäkringskassan ansvarar för att klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering och att se till att åtgärder vidtas. Ansvaret för planering och uppföljning är gemensamt.

Gemensam kartläggning är ett arbetssätt för samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som syftar till att identifiera en persons förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Gemensam kartläggning är en metod för att ta tillvara Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kompetens så att den försäkrade ska få rätt insatser från rätt aktör vid rätt tidpunkt.

Gemensam kartläggning innebär att den försäkrade träffar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans för att han eller hon ska få sin nuvarande situation klarlagd. Vid gemensam kartläggning kan även andra aktörer, till exempel arbetsgivare, vårdgivare eller kommunen, medverka och bidra till att den försäkrade får rätt insatser för att kunna börja arbeta eller återgå i arbete. Eventuella

[28] Gemensamt uppdrag till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i myndigheternas regleringsbrev för 2020.

behov av insatser och de förutsättningar som dessa aktörer kan bidra med ska då identifieras.

Kartläggningen ska bidra till att öka den försäkrades delaktighet i att hitta vägar som gör det möjligt att återgå i arbete. Grundförutsättningen för att det ska vara aktuellt att initiera en gemensam kartläggning är att den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller riskerar nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Det bör också vara troligt att den försäkrade är i behov av Arbetsförmedlingens kompetens för att kartlägga sina rehabiliteringsmöjligheter på bästa sätt. Den gemensamma kartläggningen ska leda fram till att den plan för återgång i arbete som redan finns kompletteras eller att det tas fram en ny plan för den försäkrade. Kartläggningen kan ske vid ett eller flera möten.

Det är först efter den gemensamma kartläggningen som eventuella insatser påbörjas. För en del försäkrade kan det vara aktuellt med arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser och att ha ett fortsatt samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. För andra kan planeringen vara att endast ha fortsatt kontakt med en av de två myndigheterna. Om något nytt inträffar som ändrar förutsättningarna och planen behöver revideras kan det bli aktuellt med ett möte för att göra en gemensam uppföljning.

19.1.4 Rättspraxis rörande rehabiliteringsersättning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2007 ref. 31 – längd på utbildning inte avgörande för rätt till rehabiliteringspenning

I målet hade en försäkrad genomgått utbildning om 31 veckor förlagda till elva perioder under en tidrymd om fyra år. Frågan i målet var om den omständigheten att utbildningen avslutats först omkring fyra år efter det att den påbörjats innebär att den försäkrade inte haft rätt till rehabiliteringsersättning. Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det inte finns några föreskrifter som reglerar under hur lång tid rehabiliteringsersättning kan utgå. Frågan berördes i förarbetena till reglerna om rehabiliteringsersättning.[29] I denna fråga uttalades att inriktningen på rehabiliteringsarbetet borde vara att den försäkrade återfick sin arbetsförmåga inom ett år och att i vart fall en eventuell utbildning borde vara avslutad inom denna tid. Detta

[29] Prop. 1990/91:141, s. 17, 62 och 92; bet. 1990/91:SfU16, s. 34.

uttalande medförde enligt HFD:s uppfattning inte att lagen skulle tolkas så att den tidsmässiga uppläggningen av den försäkrades utbildning utgör hinder för honom eller henne att få rehabiliteringsersättning. Avgörande var i stället om utbildningen fyller det syfte som anges i lagen, nämligen att återge den försäkrade arbetsförmågan och för denne skapa förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1997 not 102 – viss utbildning utgjorde inte arbetslivsinriktad rehabilitering som gav rätt till rehabiliteringsersättning

Högsta förvaltningsdomstolen hade i detta mål att ta ställning till huruvida en viss utbildning på folkhögskola kunde anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering som kunde ge rätt till rehabiliteringsersättning. HFD redogjorde för att syftet med en rehabiliteringsåtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning ska vara att förkorta sjukdomstid, att helt eller delvis förebygga att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan. De rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning ska vara arbetslivsinriktade och vara sådana att de förutsätter en aktiv medverkan från den försäkrades sida. Rehabiliteringsersättning kan ges även i samband med utbildning. Denna skall avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.

Den försäkrade genomgick en utbildning på folkhögskola. HFD konstaterade att utredningen visade att syftet med utbildningen mera hade varit att utgöra ett led i den försäkrades sociala och medicinska rehabilitering än att vara en direkt förberedelse för att han skulle få eller behålla ett förvärvsarbete. Avgörande för bedömningen torde inte ha varit karaktären hos utbildningen i sig, utan att den för just den person som målet gällde inte kunde anses arbetslivsorienterad.[30]

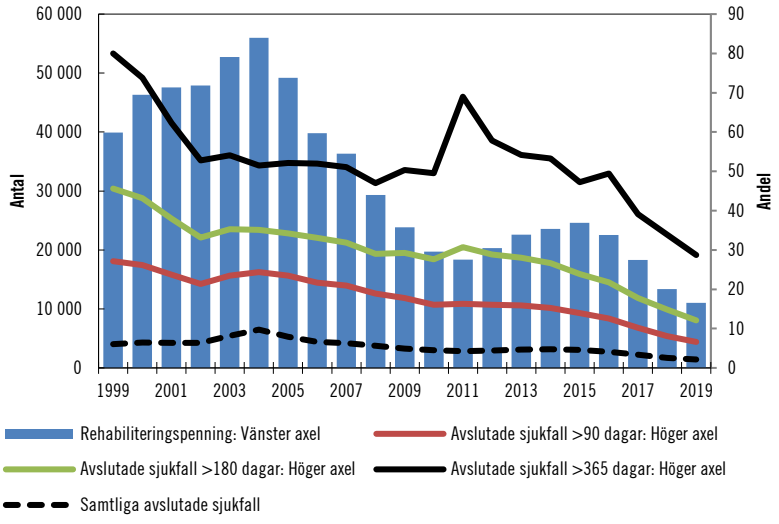
[30] Jfr Hessmark m.fl., Socialförsäkringsbalken – en kommentar om 31 kap. 3 §.

19.2 Utvecklingen av rehabiliteringsersättningen över tid

Antal personer med rehabiliteringspenning har varierat över tid. När antal personer med sjukpenning ökat har också antalet personer med rehabiliteringspenning ökat och när antalet sjukpenningtagare minskat har även antal personer med rehabiliteringspenning minskat. Den långsiktiga trenden pekar mot både ett minskat antal personer med rehabiliteringspenning och att dess andel av samtliga sjukfall minskar.

Eftersom det ofta tar en tid in i sjukfallet innan rehabiliteringspenning blir aktuellt är det av intresse att relatera antalet personer med rehabiliteringspenning till de längre sjukfallen. Andelen av sjukfallen som fått rehabiliteringspenning har minskat oavsett vilka sjukfallslängder som rehabiliteringspenningen relateras till. Frånsett små årliga variationer och ett lite större hopp mellan 2010–2011 har den långsiktiga trenden pekat nedåt. Ökningen i andelen som fick rehabiliteringspenning under 2010–2011 förklaras av att minskningen i antalet personer som fick rehabiliteringspenning dessa år inte var lika stor som minskningen i antalet personer som fick sjukpenning. Sett över perioden 2000 till 2019 har andelen som fått rehabiliteringspenning i relation till sjukfall som varat i mer än 90 dagar minskat från 27 till 6,5 procent, i relation till sjukfall som varade längre än 180 dagar har andelen minskat från 43 till 12 procent och i relation till sjukfall som varat längre än 1 år har andelen minskat från 80 till 29 procent.

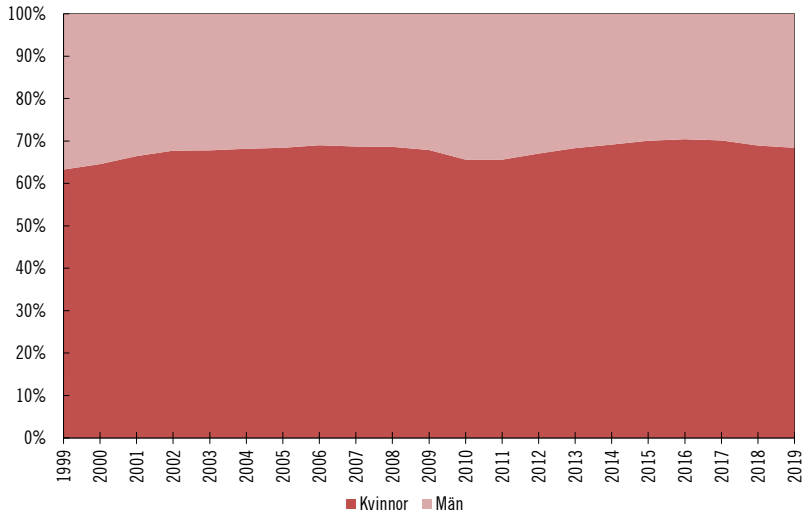
Figur 19.1 Antal och andel av olika sjukfallslängder som har fått rehabiliteringspenning



Källa: Försäkringskassan.
Anm. Andel beräknad som antal personer som fått rehabiliteringspenning i förhållande till avslutade sjukfall vid olika fallängder.

Det är fler kvinnor än män som har rehabiliteringspenning. Kvinnornas andel har varierat över tid men alltid legat mellan 60 och 70 procent av det totala antal personer som får denna ersättning. Vägen till rehabiliteringspenning går vanligtvis via sjukpenning. Kvinnor svarar för omkring 60 procent av alla påbörjade sjukfall och ungefär lika stor andel av sjukfallen längre än 90 dagar. Det innebär att kvinnor är något överrepresenterade bland dem som har rehabiliteringspenning i förhållande till dess andel av samtliga påbörjade sjukfall och i förhållande till de längre sjukfallen.

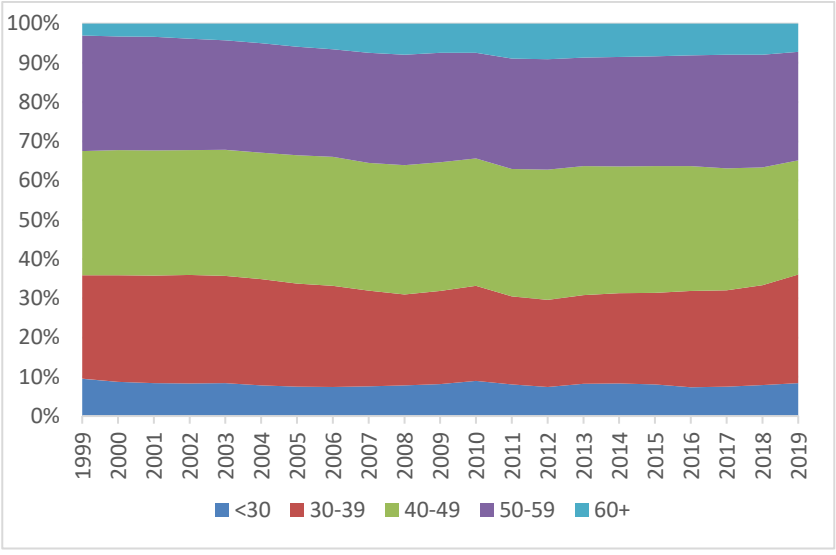
Figur 19.2 Andel kvinnor och män med rehabiliteringsersättning



Källa: Försäkringskassan.

Åldersfördelningen bland dem som har rehabiliteringspenning har varit tämligen stabil över tid. Den äldsta åldersgruppen, 60–64 år, har dock ökat sin andel svagt sedan början 2000-talet och utgjorde 2019 omkring 7 procent av samtliga med rehabiliteringspenning. Det är ungefär hälften av åldersgruppens andel av samtliga sjukfall, vilket innebär att andelen över 60 år ändå måste ses som underrepresenterade i förhållande till den andel de utgör av samtliga startade sjukfall. Det gäller också den yngsta åldersgruppen, under 30 år, medan de som är mellan 30 och 49 år är överrepresenterade och åldersgruppen 50–59 år får rehabiliteringspenning i ungefär samma utsträckning som gruppens andel av de startade sjukfallen.

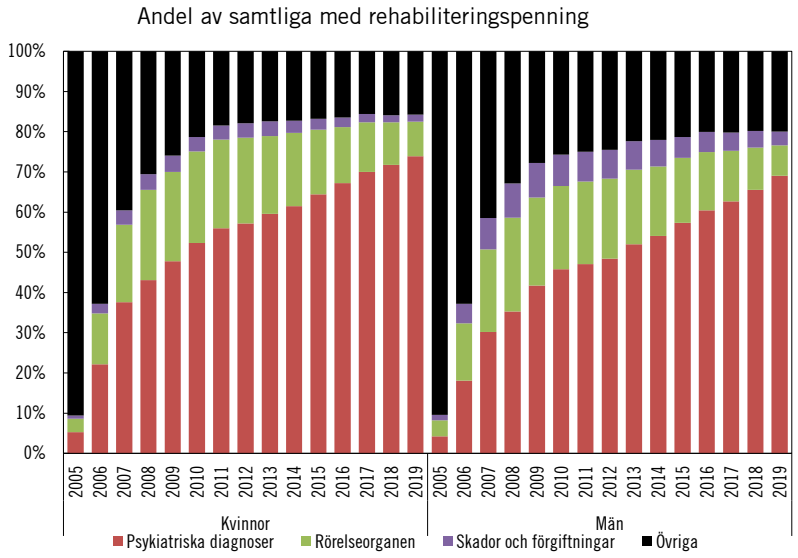
Figur 19.3 Rehabiliteringspenning, åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

De vanligaste diagnoserna hos dem som har rehabiliteringspenning är psykiatriska diagnoser. Över tid har denna diagnosgrupp ökat markant och utgjorde 2019 omkring 70 procent av alla rehabiliteringsärenden. För den andra stora diagnosgruppen, sjukdomar i rörelseorganen, har utvecklingen gått i motsatt riktning under de senaste åren. I takt med att de psykiatriska diagnoserna ökat har andelen med sjukdomar i rörelseorganen minskat. År 2019 utgjorde sjukdomar i rörelseorganen diagnosen för omkring 10 procent av alla som uppbar rehabiliteringspenning.

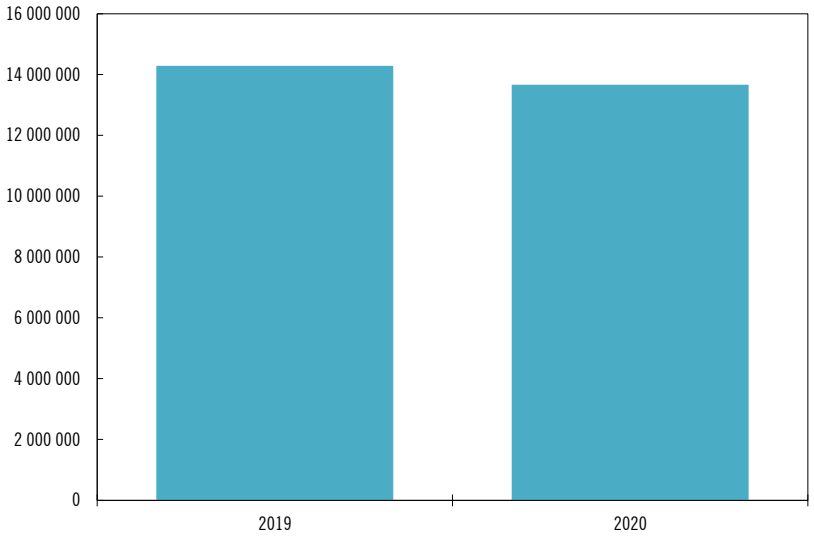
Figur 19.4 Rehabiliteringspenning, diagnoser



Källa: Försäkringskassan.

Personer som har rehabiliteringspenning kan också få ersättning via det särskilda bidraget. Det särskilda bidraget ska täcka kostnader som uppstår i samband med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Man kan till exempel få ersättning för resor och traktamente om man måste bo på annan ort för att kunna delta i en rehabiliteringsinsats. Man kan även få ersättning för läromedel och kursavgifter. Det särskilda bidraget betalas bara ut om kostnaderna inte kan ersättas på något annat sätt, till exempel genom arbetsgivaren eller någon annan försäkring. Under 2019 utbetalades omkring 14 miljoner kronor i särskilda bidrag. I princip hela detta belopp utgjordes av ersättning för resor. Mindre än en procent utgjordes av traktamenten och ersättning för läromedel svarade för knappt 5 000 kronor. För 2020 har utredningen fått ta del av uppgifter från januari till maj. Om dessa uppgifter skalas upp till helårssiffror landar årsutgifterna för 2020 strax under 2019 års utgifter. Även för 2020 är dock mönstret avseende vilka utgiftsposter som ersätts det samma som för 2019. Resor till och från behandlingstillfällen svarade även 2020 för omkring 99 procent av den utbetalda ersättningen.

Figur 19.5 Särskilda bidraget 2019 och 2020



Källa: Försäkringskassan.

19.2.1 Vilken typ av rehabilitering förekommer i ärenden om rehabiliteringsersättning?

I direktiven beskrivs hur såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har förändrats sedan reformen genomfördes i början av 1990-talet. Den medicinska rehabiliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag. I förarbetena inför införandet av förmånerna[31] angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning. Denna fråga, vilka rehabiliteringsåtgärder som faktiskt används i dagsläget, diskuteras närmre i kapitel 25 om rehabiliteringsprocessen. Något kan dock sägas om vilka åtgärder som är vanligast i ärenden om rehabiliteringsersättning.

[31] Prop. 1990/91:141, s. 88.

Arbetsträning är den i särklass vanligaste rehabiliteringsåtgärden

Arbetsträning innebär att den försäkrade är på en arbetsplats utan krav på prestation. Personen tränar på vissa arbetsuppgifter för att få tillbaka sin arbetsförmåga och får hjälp med arbetsmoment som han eller hon inte klarar på grund av sin sjukdom. Någon annan utför alltså de arbetsuppgifter som den som arbetstränar inte klarar av eller hinner med. Arbetsträningen ska inte ersätta den tid som det normalt tar att lära sig ett nytt arbete. Arbetsträningen ska planeras av arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen tillsammans med Försäkringskassan som bedömer om det är en effektiv rehabiliteringsåtgärd för personen.

Arbetsträning innebär att prestationskraven sänks så länge arbetsträningen pågår men innebär inte i sig någon långsiktig förändring av kraven. Såvida inte någon arbetsanpassning görs är prestationskraven desamma vid arbetsträningens slut som de var innan arbetsträningen startade. För att arbetsträningen ska ha effekt på arbetsförmågan förutsätts det alltså att den förbättrar den försäkrades förutsättningar för arbetet.

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2016 granskades 500 ärenden rörande rehabiliteringsersättning. I dessa ärenden var arbetsträning den i särklass vanligaste formen av rehabiliteringsåtgärd. Sådan rehabilitering förekom i 96 procent av de granskade ärendena. Anställda arbetstränade oftast i det ordinarie arbetet. Så var fallet i drygt hälften av de ärendena. En femtedel av de anställda som arbetstränade gjorde det i stället i ett annat arbete hos arbetsgivaren. Ungefär en fjärdedel arbetstränade i ett arbete utanför arbetsgivarens verksamhet. I resterande ärenden (två procent) framgick det inte vad det var för arbete.

De flesta (86 procent) av de arbetslösa som arbetstränade gjorde det i ett arbete inom den öppna arbetsmarknaden. I åtta procent av ärendena genomfördes arbetsträningen i stället i ett arbete inom den skyddade arbetsmarknaden, som regel på Samhall. I resterande ärenden framgick det inte vad det var för arbete.

Av de få egenföretagare som förekom bland de granskade ärendena deltog tre av fem i arbetsträning, och i samtliga fall skedde arbetsträningen i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. I urvalet förekom också två studerande, och båda arbetstränade i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Utbildning är en sällsynt rehabiliteringsåtgärd

Utbildning förekom mycket sällan i de granskade ärendena, endast i en procent av ärendena. I uppföljningen var det två anställda och fem arbetslösa som genomgick rehabilitering i form av utbildning. Det förekom inte någon egenföretagare eller studerande som deltog i sådan rehabilitering.

Försäkringskassan anger i den rättsliga uppföljningen att detta resultat inte är förvånande, eftersom sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är renodlat medicinskt och rehabilitering ska syfta till att återställa arbetsförmågan. En utbildning förbättrar normalt inte de medicinska förutsättningarna att utföra ett arbete. Utbildning kan däremot innebära att den försäkrade förbättrar sin förmåga att få ett arbete. För en anställd vars arbetsgivare kan erbjuda omplacering till ett annat arbete under förutsättning att man går en utbildning kan rehabilitering i form av utbildning bli aktuell under den period i rehabiliteringskedjan då bedömningen av arbetsförmåga görs i förhållande till arbete hos den befintliga arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan utbildning bli aktuellt om arbetsförmågan är nedsatt i sådana slags arbeten, men att ett specialanpassat eller skyddat arbete skulle kunna bli aktuellt efter utbildning.[32]

Arbetsförberedande insatser

Arbetsförberedande åtgärder är ett individuellt anpassat program som Arbetsförmedlingen kan erbjuda den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Enligt Försäkringskassans rättsliga ställningstagande 2012:04 ska en försäkrad som deltar i en förberedande åtgärd som Arbetsförmedlingen anvisat till genom ett programbeslut anses vara en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd, oavsett vilka konkreta aktiviteter som den förberedande åtgärden består i. Arbetsförberedande insatser förekom som regel i de granskade ärendena i kombination med en efterföljande arbetsträning.

Arbetsförberedande insatser förekom i sju procent av de granskade ärendena, och både för anställda och arbetslösa. Av de anställda var det fem procent och av de arbetslösa 14 procent som deltog i en

[32] Försäkringskassan 2016:2, s. 20.

sådan insats. En av de fem egenföretagarna som fanns i urvalet deltog också i en arbetsförberedande insats, däremot ingen av de båda studerande som fanns i urvalet.

Övriga rehabiliteringsåtgärder

I sju procent av de granskade ärendena fanns det uppgift om någon annan typ av åtgärd under perioden med rehabiliteringsersättning. Det förekom till exempel att den försäkrade skulle genomgå någon typ av utredning, t.ex. en arbetsprövning för att klarlägga arbetsförmågan eller någon annan utredning via Arbetsförmedlingen eller något företag som tillhandahåller utredningstjänster. Det förekom också att den försäkrade skulle delta i något projekt men att det inte framgick vad det var för typ av åtgärder som det gällde. Det förekom också uppgifter om att den försäkrade skulle delta i något slags arbetsförberedande åtgärder, men att det inte framgick att det var ett program som Arbetsförmedlingen anvisat till och inte heller i övrigt framgick vad det var för typ av åtgärder.

Utredningens bild bekräftar bilden i kvalitetsuppföljningen

Denna bild av vilka rehabiliteringsåtgärder som typiskt sett förekommer har även utredningen fått bekräftad i andra kontakter med Försäkringskassan.[33] Vid dessa kontakter bekräftas att fördelningen av rehabiliteringsåtgärder även vid denna tidpunkt liknar dem som granskades i den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2016.

19.3 Rehabiliteringsersättning – problemanalys

Som tidigare nämnts består rehabiliteringsersättning av två delar: rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning lämnas till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och särskilt bidrag lämnas till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Det krävs att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel samt att det finns ett behov av rehabilitering för

[33] Bl.a. genom möte med Försäkringskassans handläggare av rehabiliteringsersättning.

att återfå arbetsförmågan. Ersättningen betalas ut för den tid då den försäkrade deltar i rehabiliteringen. Avsikten med rehabiliteringen ska vara att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan.[34]

Med begreppet rehabilitering avses i detta sammanhang arbetslivsinriktad rehabilitering.[35] Det definieras som åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (29 kap. 2 § SFB).

I avsnitt 19.2 redogjordes för rehabiliteringsersättningens utveckling över tid. Utifrån denna statistik kan dels konstateras att relativt få personer beviljas rehabiliteringsersättning, dels att användandet av förmånen har minskat kraftigt över tid. Med rehabiliteringsersättning menas här i första hand rehabiliteringspenning som ersätter inkomstförlust.

Utvecklingen innebär att Försäkringskassan har beviljat allt färre försäkrade ersättning för inkomstförlust vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Andelen fall med rehabiliteringspenning i förhållande till andelen fall med sjukpenning har också minskat successivt. Med andra ord ses således en nedgång såväl i absoluta tal som i andelen av alla sjukfall med ersättning från sjukförsäkringen (sjukpenning eller rehabiliteringspenning). Rehabiliteringspenning beviljas vidare allt senare i sjukfallen. Denna utveckling skiljer sig från den för förmånen förebyggande sjukpenning, där nivåerna över tid har legat på en relativt konstant, låg nivå.

Användandet av rehabiliteringspenning har minskat stadigt över tid men under vissa perioder kan extra stora nedgångar skönjas. Sedan år 2016 har antalet individer som beviljats rehabiliteringspenning gått ned avsevärt. I december 2016 fick 8 095 personer rehabiliteringspenning. Samma månad 2018 uppgick antalet till 4 867 personer. Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med 2,4 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Rehabiliteringsersättningens andel av det totala antalet nettodagar (sjukpenning och rehabiliteringspenning sammantaget) har igenomsnitt i det närmaste halverats under perioden åren 2011 t.o.m. 2018.[36]

[34] 31 kap. 3 § SFB.
[35] Här behandlas inte medicinsk rehabilitering som ersätts antingen via sjukpenning eller förebyggande sjukpenning.
[36] SOU 2020:6, s. 96 och Försäkringskassan, utgiftsprognos 2019–2022, 2019-07-29.

I Försäkringskassans utgiftsprognos för åren 2020–2023 anges att även utgifterna för rehabiliteringspenning har minskat under en längre tid. År 2017 minskade utgifterna med drygt 23 procent jämfört med 2016 och under 2018 och 2019 fortsatte utgifterna att minska med 19 respektive 12 procent i årstakt. Den kraftiga minskningen beräknas upphöra från och med 2020 och utgifterna prognostiseras att utvecklas förhållandevis stabilt under prognosperioden. Detta då andelen av samtliga sjukfall (sjuk- och rehabiliteringspenning sammantaget) som ersätts med rehabiliteringspenning nu verkar ha stabiliserats efter den tidigare minskningen. Andelen beräknas kvarstå på omkring 2019 års nivå under hela prognosperioden, undantaget 2020 då andelen beräknades blir lägre på grund av ökad sjukpenning orsakad av covid-19.[37]

Förmånen har inte under senare år varit föremål för någon mer grundlig utredning eller översyn, men har berörts i SOU 2020:6 och SOU 2020:24. Försäkringskassan publicerade år 2016 en rättslig kvalitetsuppföljning som berörde frågan där ett antal akter har granskats utifrån framför allt kvalitetsperspektivet.[38] Dessa rapporter har beaktats av denna utredning i den följande analysen.

En utgångspunkt i såväl utredningens direktiv som det övergripande målet för sjukförsäkringen är att rätt person ska få rätt ersättning och att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid. Dessutom är själva målet för sjukförsäkringen att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.[39] En annan utgångspunkt är att rehabilitering som kan ge en försäkrad arbetsförmåga åter ska uppmuntras. Utredningen tolkar här skrivningarna i direktiven på så sätt att det är önskvärt att försäkrade ska beviljas och ha rehabiliteringsersättning i de fall där sådan rehabilitering i sig kan antas medföra att nedsatt arbetsförmåga kan förkortas eller förebyggas.

Detta innebär också för den fortsatta analysen att orsakerna till det låga användandet av förmånen samt eventuella faktorer som motverkar användandet av rehabiliteringsersättning vid en effektiv rehabilitering bör identifieras.

[37] Försäkringskassan, utgiftsprognos för 2020–2023, 2020-07-27, s. 45–46.
[38] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, Rehabiliteringsersättning.
[39] Prop. 2008/09:1 utg.omr. 10, avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.

19.4 Tänkbara förklaringar till det begränsade och minskade användandet av rehabiliteringsersättning

Som tidigare konstaterats beviljas relativt få personer rehabiliteringsersättning och användandet av förmånen har minskat kraftigt över tid. Det finns ett antal möjliga förklaringar till varför förmånen används i så liten utsträckning och dessa diskuteras i avsnitten nedan.

Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering i sig. Utredningen menar därför att det skulle kunna bero på förändringar av i vilken utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs. Andra tänkbara förklaringsmodeller utgörs av bl.a. avgränsningar i regelverket eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma.

19.4.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre utsträckning eller utan rehabiliteringsersättning

En möjlig förklaring till det minskade användandet av rehabiliteringsersättning skulle kunna vara att sådan arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning sker i mindre utsträckning. Eftersom en förutsättning för att beviljas rehabiliteringsersättning är att den försäkrade genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering får antalet fall där arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs en direkt påverkan på antalet beviljade ärenden med rehabiliteringsersättning. Det kan också vara så att sådan rehabilitering sker utan att ersättning enligt förmånen ansöks om eller beviljas.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs så vitt utredningen kunnat erfara vanligtvis på eller i nära anslutning till en arbetsplats. Andra typer av arbetslivsinriktad rehabilitering är ovanliga. Det innebär att det måste finnas en arbetsgivare och en arbetsplats som är villig att ta emot den enskilde individen och avsätta resurser för stöd och hjälp på arbetsplatsen. För individen finns inte ekonomiska incitament till arbetslivsinriktad rehabilitering när det gäller storleken på rehabiliteringspenningen, eftersom den är densamma som vid sjukpenning.

Att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen företrädesvis bedrivs på eller i nära anslutning till en arbetsplats kräver också bl.a. att den enskilde har ork och förmåga att vistas på en arbetsplats under en

viss del av dagen. Det ställer i sin tur vissa krav på att individen kommit en bit in i rehabiliteringsprocessen för att arbetslivsinriktad rehabilitering ska kunna bli aktuell.

Försäkringskassan hade i de ärenden som granskades i den rättsliga uppföljningen 2016 inte avslagit ansökan om rehabiliteringspenning i något fall. Eftersom Försäkringskassan som regel är involverad i den planering som leder fram till ansökan är det inte förvånande att ansökningar om rehabiliteringsersättning sällan avslås. Där framgår också att det ofta var handläggaren som hade initierat den försäkrades ansökan om rehabiliteringspenning. Den försäkrade hade alltså inte ansökt på eget initiativ. Det framkom också på de workshoppar med handläggare som myndighetens rättsavdelning hade efter granskningen att spontana ansökningar om rehabiliteringsersättning i princip aldrig förekommer.[40]

Om initiativet till ansökan om ersättning ofta kommer från handläggaren på Försäkringskassan synes det ursprungliga initiativet till själva rehabiliteringen många gånger dock komma från arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården.

Utredningen har också studerat huruvida det finns administrativa hinder som kan försvåra en arbetslivsinriktad rehabilitering. En möjlig delförklaring till varför rehabiliteringsersättning inte används i så hög utsträckning skulle kunna vara att den innebär administrativa svårigheter för den enskilde och eller Försäkringskassan. Utredningen har emellertid inte kunnat hitta stöd för en sådan slutsats, till skillnad från exempelvis vad som gäller för förmånen förebyggande sjukpenning, där en utförlig behandlingsplan med flera rekvisit samt ett dubbelt ansökningsförfarande medför administrativa svårigheter.

19.4.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen

Ett faktum relaterat till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträckning är också att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen. I tidigare utredningar har konstaterats att Försäkringskassan sällan tar ställning till försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum fann att det i de flesta fall med pågående sjukpenning saknas ställnings-

[40] Försäkringskassan 2016:2, s. 12.

tagande till den försäkrades behov av rehabilitering. Denna observation har också stöd i statistiken för ärenden med rehabiliteringsersättning. Samma utredning noterade att det i många fall pågår en upptrappning av arbetstiden under tid med sjukskrivning men att det även i dessa fall ofta saknas ett ställningstagande till rehabiliteringsbehovet. En risk med detta är att personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till adekvata anpassnings- och rehabiliteringsinsatser.[41]

Förutom den konstaterade nedgången i antalet fall med beviljad rehabiliteringspenning har även antalet och andelen fall där rehabiliteringspenning beviljas före dag 181 i rehabiliteringskedjan minskat kraftigt under senare år. År 2018 beviljade endast 236 fall före dag 181. Antalet var något större under dag 180–364 (562 stycken under 2018). I huvuddelen av fallen beviljades rehabiliteringspenning först efter ett års sjukskrivning (4 920 fall under 2018). Denna statistik avser anställda sjukskrivna. Arbetslösa prövas redan från och med dag 1 mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och ingår inte i rehabiliteringskedjan med dess tidsgränser.[42]

Eftersom arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser sätts in allt senare i ett pågående sjukfall inträder själva förutsättningarna för att kunna beviljas rehabiliteringspenning också allt senare i pågående sjukfall. Vid den tidpunkt, efter mer än ett års sjukskrivning som de flesta fall med rehabiliteringsersättning i praktiken initieras, har de flesta sjukfall redan avslutats antingen genom att den försäkrade har återgått i arbete i samma eller annan omfattning jämfört med tidigare, bytt arbete eller nekats sjukpenning (det sistnämnda har typiskt sett skett vid tidsgränsen vid dag 180 och bedömning av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete).

Utredningen kan konstatera att det vetenskapliga kunskapsläget kring effekten av arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan anses helt klarlagt och att uppfattningarna är både många och delade. Detta utgör ett stort problem vad gäller frågan om vilken typ av rehabilitering som ska sättas in, och i vilket skede av en försäkrads sjukskrivningsprocess som rehabiliteringen bör ske. Det kan dock konstateras att den nuvarande tillämpningen där rehabiliteringsinsatser sätts in allt senare i pågående sjukfall inte tycks vara i överensstämmelse med forskningsläget vad gäller effektiva rehabiliteringsåtgärder för i vart

[41] SOU 2020:6, s. 137.
[42] SOU 2020:6 s. 98.

fall vissa diagnoser, såsom det redovisas i en litteraturöversikt som ingår i SOU 2020:6. Där framgår att insatserna utöver att vara multidisciplinära[43] också bör sättas in tidigt.[44] Se även avsnitt 21.1.2. rörande frågan om kunskapsläget för effektiv rehabilitering.

19.4.3 Oklara gränsdragningar mellan olika former av rehabilitering samt gentemot anpassning av arbete

Definitionen av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering medför ett antal gränsdragningsfrågor i relation till andra rehabiliteringsformer och det ansvar olika aktörer har för dessa insatser. Som redogjordes för i avsnitt 18.1 har hälso- och sjukvården ansvar för medicinsk rehabilitering, kommunerna har ansvar för social rehabilitering medan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är ett delat ansvar för arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.[45] Försäkringskassan utför dock inte rehabiliteringsinsatser. Gränsdragningsproblem mellan olika aktörer och rehabiliteringsformer gör det tänkbart att försäkrade ibland får arbetslivsinriktad rehabilitering utan att få rehabiliteringspenning för tiden som insatsen pågår.

Vid införandet av rehabiliteringsersättning framhölls att det ansågs viktigt med en gräns mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt dåvarande AFL och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som reglerades i bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Det faktum att det för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut krävs att arbetslivsinriktad rehabilitering pågår gör att den potentiella målgruppen för förmånsslaget blir begränsat. Det finns dock ett antal andra åtgärder som kan vara aktuella i rehabiliteringsprocessen som inte nödvändigtvis utgör arbetslivsinriktad rehabilitering. Det kan t.ex. handla om att den försäkrade deltar i en utredning av arbetsförmågan eller i någon typ av förberedande åtgärd som

[43] Denna slutsats avser rehabilitering vid besvär i rörelseorganen.
[44] Betydelsen av tidiga insatser var inte huvudfokus för forskningsöversikten, men det konstateras ändå att det i flera studier diskuteras vilken roll tidsaspekten har. I litteraturöversikterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring, se SOU 2020:6, s. 276 f.
[45] Prop. 1990/91:141, s. 39 f., SOU 2010:58, s. 16 och 30 kap. SFB.

inte betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabilitering av medicinsk karaktär ingår inte heller i de åtgärder som kan medföra att rehabiliteringsersättning beviljas. Inte heller kan de anpassningar av arbetet som en arbetsgivare gör och som ingår i dennes arbetsgivaransvar utgöra rehabiliteringsåtgärder, och sådana åtgärder ger därför enligt nuvarande regelverk inte heller rätt till rehabiliteringsersättning.

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är på ett sätt renodlat medicinskt. Det är endast nedsättningar av arbetsförmågan som beror på sjukdom som ger rätt till ersättning. Det är samtidigt endast sådana nedsättningar som, ur försäkringens perspektiv, kan kräva rehabilitering. Begreppet är emellertid också relationellt på så sätt att den försäkrades förmåga ska ställas i relation till en arbetsmarknad som ställer upp olika krav. Vid bedömningen av arbetsförmågan ställs individens förmågor i relation till kraven i det arbete eller på den arbetsmarknad som bedömningen ska göras i förhållande till.

Det innebär att det principiellt sett finns två sätt att förbättra arbetsförmågan; att förbättra den försäkrades förutsättningar eller att anpassa arbetskraven. Försäkringskassan beskriver att en sådan förbättring kan ske på två sätt: dels genom att den försäkrades ”inneboende” förmågor att utföra arbete förbättras, dels genom att kraven i det arbete mot vilket den försäkrade ska jämföras förändras och lättas upp.[46]

Gränsdragning mot medicinsk och social rehabilitering

Som konstaterats ovan kan inte rehabiliteringsersättning beviljas för åtgärder som är rent medicinska, eller som utgör medicinsk eller social rehabilitering. Denna gränsdragning är dock i praktiken inte alltid lätt att göra. Skillnader, gränser eller övergång mellan medicinsk rehabilitering – vilken kan beskrivas som åtgärder för att förkorta sjukdomstid eller förhindra progress av sjukdomsförlopp för att bland annat häva nedsättning av arbetsförmågan – och arbetslivsinriktad rehabilitering kan i praktiken vara svår att dra. Således är det tänkbart att vissa försäkrade får rehabilitering som i första hand utgörs av annan typ men kan ha inslag av arbetslivsinriktad rehabilitering, men att han eller hon inte får rehabiliteringspenning under tiden insatsen pågår.

[46] Försäkringskassan 2016:2, s. 25.

Gränsdragning mot arbetsgivarens ansvar

Gränsdragningen mellan vad som är arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och vad som kan ersättas med rehabiliteringspenning är i praktiken inte alltid enkel. I förarbetena till införande av lagstiftningen om arbetslivsinriktad rehabilitering angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning.[47] Vidare framhölls att det var viktigt att en gräns drogs mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt lagen (dåvarande AFL) och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som reglerades i bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder. Denna gränsdragningsproblematik kvarstår även i dagsläget och får anses utgöra en av de svårare frågorna rörande förmånen. Om åtgärder som ligger på den sida gränsen där rehabiliteringsersättning inte kan beviljas ökar kan detta också vara en förklaring till varför användandet av förmånen har minskat. Således kan det dock vara så att den försäkrade får insatser för återgång i arbete, men inte ersättning i form av rehabiliteringspenning.

Sedan den 1 juli 2018 har arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering förtydligats genom ett nytt lagkrav. Arbetsgivaren ska enligt de nya reglerna upprätta en plan för återgång i arbete senast den dag när en arbetstagares arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar.[48] I förarbetena anges att sedan rehabiliteringskedjan infördes har kraven på att individen ska vara beredd på omställning till nya arbetsuppgifter ökat. Regeringen anser därför att det bör göras omsorgsfulla prövningar på arbetsplatserna av vilka möjligheter som finns för arbetstagaren att återgå i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare. Regeringen menade att en lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren förtydligar att det är arbetsgivarens ansvar att planera och vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder.[49] Ett av syftena med lagändringen är att rehabiliteringsinsatserna hos arbetsgivaren ska inledas tidigare. Erfarenheter från företagshälsovård och rehabiliterings-

[47] Prop. 1990/91:141, s. 88.
[48] Detta gäller under förutsättning att det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar.
[49] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63–65.

försäkringar visar att det är möjligt att initiera och genomföra olika former av rehabiliteringsinsatser tidigt i en sjukperiod. En tidig kontakt mellan chef, den anställda och en person med hälso- och sjukvårdskompetens kan skapa bättre förutsättningar för anpassning och rehabiliteringsplaner.[50]

Det kan hända att arbetsgivaren önskar få kontakt med Försäkringskassan när en plan för återgång i arbete upprättas, för att man gör bedömningen att arbetstagaren har behov av rehabilitering. Det finns dock indikationer om att det kan vara svårt att nå Försäkringskassan för dialog.[51] I dessa fall kan det bli så att arbetsgivare tillsammans med arbetstagaren, och i enlighet med det rehabiliteringsansvar som åvilar dem, utan dialog med Försäkringskassan inleder rehabiliteringsarbete med målsättning att arbetstagaren ska återgå i ordinarie arbete. Arbetsgivarens skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete kan ha medfört en mer passiv inställning hos Försäkringskassan avseende utredning av rehabiliteringsbehov. Detta skulle också kunna medföra att arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas utan att någon ansökan om rehabiliteringsersättning ges in.

Alla åtgärder av rehabiliterande karaktär innebär inte att den försäkrade är berättigad till rehabiliteringsersättning. I ett fall där en anpassning av arbetet gör att den försäkrade inte får nedsatt arbetsförmåga utan kan arbeta vidare som vanligt uppkommer ingen rätt till rehabiliteringspenning (som ju kräver nedsatt arbetsförmåga). Arbetsgivaren ska genomföra de åtgärder som behövs för att underlätta för den anställde att komma tillbaka till arbetet. Det kan exempelvis bestå i att anpassa arbetssituationen, anpassa arbetsuppgifter, arbetstid eller arbetsplats.

Gränsdragningen mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och de insatser som kan ligga till grund för beviljande av rehabiliteringspenning leder också till en svår gränsdragning mellan rehabiliteringspenning och sjukpenning. Arbetsförmåga är ett komplext begrepp och det kan ibland vara svårt att avgöra när individen behöver arbetsträning och när denne klarar av att arbeta med arbetsgivarens anpassning av arbetsförhållanden och arbetsuppgifter. Framför allt kan dessa gränsdragningar bli svåra vid partiell ersättning då arbetsförmågan exakta nedsättning ibland är svår att fastställa. Syftet med förmånsnivåerna tre fjärdedels, halv och en fjärdedels rehabiliterings-

[50] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63.
[51] Remissvar från SKR om SOU 2020:06.

penning är främst att möjliggöra en successiv återgång till arbete takt ned att arbetsförmågan förbättras. I förarbetena anges att dessa förmånsnivåer därför främst bör användas under begränsade tider och ingå i en plan för hur arbetsinsatsen successivt ska trappas upp.[52]

Försäkringskassan tar emellertid sällan ställning till den försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum har funnit att i de flesta fall med pågående sjukpenning saknas ställningstagande om den försäkrades behov av rehabilitering. Samma utredning noterade att det i många fall pågår en upptrappning av arbetstiden under tid med sjukskrivning men att det även i dessa fall ofta saknas ett ställningstagande till rehabiliteringsbehovet.[53]

I detta sammanhang är också frågan om vilken typ av rehabilitering som blir aktuell av intresse. Ifall det t.ex. endast är arbetsträning som rehabiliteringspenning i praktiken beviljas för, påverkar det i hur hög grad ersättningsformen används.

19.4.4 Regelverket innehåller begränsningar men kan inte anses vara för snävt

Omständigheten att rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktad rehabilitering används i begränsad omfattning skulle delvis kunna förklaras av regelverkets konstruktion. Ett antal avgränsningar i regelverket gör att förutsättningarna för att kunna få dessa förmåner endast är uppfyllda i ett begränsat antal fall. Det gör att långt ifrån alla sjukskrivna kan komma ifråga för förmånsslaget. Om regelverket är för snävt och inte omfattar de situationer där arbetslivsinriktad rehabilitering sker, skulle kunna ske i praktiken och/eller är mest verksamt skulle det kunna medföra att färre personer än vad som möjligtvis är önskvärt får tillgång till förmånen. Det kan samtidigt konstateras att regelverkets konstruktion emellertid inte förklarar *minskningen* av användandet av förmånen över tid, eftersom reglerna i allt väsentligt inte har förändrats sedan tillkomsten i början av 1990-talet. Denna utveckling har i så fall snarare främst sin grund i tillämpningen av regelverket.

Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken utgörs av formen arbetslivsinriktad rehabilitering. I 29 kap. 2 § SFB slås fast att social-

[52] Prop. 1990/91:141, s. 65.
[53] SOU 2020:6, s. 137.

försäkringsbalkens regler om rehabilitering och rehabiliteringsersättning avser denna form, varför andra typer av rehabilitering utesluts. Denna form av rehabilitering ska enligt lagtexten syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Utifrån lagtextens lydelse är det således *avsikten* med rehabiliteringen som är avgörande för att en viss åtgärd ska omfattas av bestämmelserna och utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering. Paragrafen innehåller slutligen en koppling till försörjningsbegreppet eftersom den försäkrade genom rehabiliteringen ska få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

I 31 kap. 3 § SFB anges rekvisiten för när rehabiliteringsersättning kan beviljas. Bestämmelsen kompletterar således 29 kap. 2 § rörande syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering. I paragrafen anges två förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en försäkrad ska ha rätt till rehabiliteringsersättning: att *arbetsförmågan ska vara nedsatt* med minst en fjärdedel och att den försäkrade ska *delta* i arbetslivsinriktad rehabilitering. Ytterligare precisering av den arbetslivsinriktades rehabiliteringens syfte anges också: rehabiliteringen ska syfta till att *förkorta sjukdomstiden* eller *häva nedsättningen av arbetsförmågan*. Den kan också syfta till att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan.

Även sjukpenning kan utges i förebyggande syfte ifråga om medicinska åtgärder. En skillnad mot sjukpenning i förebyggande syfte är emellertid att det för rätt till rehabiliteringspenning alltid krävs att det redan uppstått en sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Den försäkrade ska för möjlighet till ersättning redan ha drabbats av sjukdom och ska genom rehabiliteringen *få tillbaka* sin arbetsförmåga. Formuleringen i bestämmelsen innebär att arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan användas rent förebyggande eftersom en nedsättning av arbetsförmågan som kan återfås då inte har uppstått. Rehabiliteringsinsatser som sätts in innan den försäkrade har blivit arbetsoförmögen kan alltså inte medföra rätt till rehabiliteringsersättning. Först när arbetsoförmåga har uppstått kan arbetslivsinriktad rehabilitering användas förebyggande – då för att förhindra ytterligare förvärrande av sjukdomen eller förlust av arbetsförmågan. Det snävar ytterligare in den grupp som kan bli föremål för rehabiliteringspenning.

Kriteriet att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel är samma förutsättning som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. SFB. Här finns det anledning att särskilt peka på reglerna i 46–55 b §§ om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan). Eftersom bedömningen ska ske på samma sätt som för rätten till sjukpenning är det vidare endast medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan som ger rätt till rehabiliteringsersättning. För att en försäkrad ska kunna få rehabiliteringspenning krävs vidare, precis som för sjukpenning, att det fastställs en sjukpenninggrundande inkomst för den försäkrade.

Av intresse är dock också att det, samtidigt som ett krav på minst en fjärdedels nedsättning av arbetsförmågan ställs upp, räcker med att den försäkrade genomgår en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd för att arbetsförmågan under denna tid ska anses vara nedsatt. Detta tolkar utredningen som att det är detta instegskriterium på minst en fjärdedel som är avgörande, medan arbetsförmågans faktiska nedsättning är av underordnad betydelse när rehabiliteringsinsatsen väl satts igång.

Utöver nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel ska den försäkrade för rätt till ersättning delta i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Här tycks det finnas en ”dubbeldefinition” i rehabiliteringens syfte; redan av 29 kap. 2 § framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering definieras genom att den ”ska syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete”. Av definitionen i 29 kap. 2 § SFB framgår således att sådan rehabilitering definieras genom sitt syfte. Därutöver krävs emellertid enligt 31 kap. 3 § att ett ytterligare syfte ska vara att förkorta sjukdomstid, att helt eller delvis förebygga att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan. De rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning ska vara arbetslivsinriktade och vara sådana att de förutsätter en aktiv medverkan från den försäkrades sida. Syftena kan synas överlappa varandra och det går att se likheter mellan dem.

Utredningen har inte kunnat finna någon uttömmande beskrivning av vad sådan rehabilitering som uppfyller de båda syftena rent konkret kan bestå i. Det framgår inte av lagtext eller förarbeten och

Försäkringskassan för ingen egen statistik över vilka insatser som bedrivs inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I Rehabiliteringsrådets delbetänkande[54] anges att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering avser när åtgärderna fokuserar på återgång i arbete och involverar då bl.a. arbetsgivare och/eller arbetsledare. Oavsett hur behovet av rehabilitering uppstått så är insatserna generella i bemärkelsen att de syftar till att förbättra och återställa funktion och förstärka det friska hos individen, med respekt för de skillnader som finns mellan olika sjukdomsgrupper.

I de samtal som utredningen fört med myndigheten framkommer dock att åtgärderna företrädesvis handlar om arbetsträning på en arbetsplats, ofta hos den ordinarie arbetsgivaren. I Försäkringskassans vägledning anger myndigheten att de rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella är arbetshjälpmedel, insatser hos Arbetsförmedlingen, arbetsträning och utbildning.[55] Det redovisas inte att andra former också kan förekomma. Även om dessa insatser torde utgöra de vanligaste formerna av arbetslivsinriktad rehabilitering kan emellertid inte någon begränsning till dessa utläsas av vare sig lagtext eller förarbeten. I förarbetena anges även t.ex. arbetsprövning som exempel.[56] Den uttömmande skrivningen i Försäkringskassans vägledning får därmed enligt utredningens bedömning sägas sakna rättsligt stöd.

Det är samtidigt svårt att finna exempel på andra former av åtgärder som kan klassas som arbetslivsinriktad rehabilitering. Snarare än konkreta definitioner av rehabiliteringsåtgärder har de situationer där rehabiliteringsersättning inte kan beviljas diskuterats i förarbetena. En försäkrad har t.ex. inte rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon väntar på rehabilitering. Den ersättningsform som då kan vara aktuell är främst sjukpenning.[57]

Rehabiliteringsåtgärderna ska vidare vara sådana att de förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades sida. Där betonas vidare att tid under vilken den försäkrade genomgår enbart medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering inte ger rätt till rehabiliteringsersättning.[58] Den ersättning som betalas ut vid *medicinsk* rehabilitering är sjukpenning. Deltagande i viss medicinsk behandling under tid som

[54] SOU 2010:58, s. 16.
[55] Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 264.
[56] Prop. 1991/92:40, s. 32.
[57] Prop. 1990/91:141, s. 65.
[58] Prop. 1990/91:141, s. 61.

arbetslivsinriktad rehabilitering pågår utesluter dock inte att den försäkrade kan ha rätt till rehabiliteringsersättning.[59]

Rehabiliteringsersättning kan även beviljas för utbildning. Det är inte innehållet i utbildningen i sig som är avgörande för om den kan betraktas som arbetslivsinriktad, utan om den för den försäkrade syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan. Det ska avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.[60]

Det krävs inte att rehabiliteringen är effektiv och lämplig för att en försäkrad ska kunna ha rätt till rehabiliteringsersättning

Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är inte aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan återfå sin förmåga på samma tid utan att genomgå arbetslivsinriktade åtgärder.

Försäkringskassan anger i sin rättsliga kvalitetsuppföljning 2016:2 att myndigheten enligt lagstiftningen ska verka för att sådana åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. För att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs det enligt vad som anges i kvalitetsuppföljningen att ”åtgärden i det enskilda fallet kan förväntas återställa eller förbättra arbetsförmågan”. Försäkringskassan menar alltså att man måste värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge effekter på arbetsförmågan.[61]

Utredningen har inte kunnat finna rättsligt stöd för att ställa upp krav på sådan tillämpning. Kvaliteten, effektiviteten eller den bedömda lämpligheten av en åtgärd ingår inte enligt gällande lagstiftning i bedömningen av om rehabiliteringsersättning ska beviljas. Om en rehabiliteringsåtgärd genomförs som *syftar till* att förkorta sjukdomstiden eller häva nedsättningen av arbetsförmågan kan enligt utredningens mening inte ersättning nekas på grunden att rehabiliteringen inte förväntas vara framgångsrik; i stället anges i såväl 28 kap. 2 § som 31 kap. 3 § SFB alltså att det är *syftet* med rehabiliteringen som är avgörande.

[59] Se Hessmark m.fl. Kommentaren till socialförsäkringsbalken, 31 kap. 3 §.
[60] Förordningen (1991:1321). Se RÅ 1997 not. 102, jfr prop. 1990/91:141, s. 60–62 och 91–92, 1990/91:SfU 16 s. 28–30 samt Riksförsäkringsverkets allmänna råd 1991:12.
[61] Försäkringskassan 2016:2, s. 25.

Försäkringskassan har en skyldighet att utreda och klarlägga en försäkrades rehabiliteringsbehov. Myndigheten ska i samråd med den försäkrade ska se till att

– den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och
– de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan ska alltså se till att de utredningar som behövs för att klargöra behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs. Om det behövs kan Försäkringskassan till exempel stödja den försäkrade i hans eller hennes diskussion med arbetsgivaren om vilka åtgärder som kan genomföras inom ramen för arbetsgivarens verksamhet.[62]

Att Försäkringskassan ska se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering genomförs betyder att myndigheten ska verka för att dessa snarast genomförs.[63] Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att genomföra dem snarast möjligt. Försäkringskassan kan dock inte kräva att t.ex. arbetsgivaren genomför rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassans ansvar är av samordnande karaktär. Försäkringskassan tillhandahåller heller inte själv några rehabiliteringsåtgärder. För att se till att rehabiliteringsåtgärderna genomförs på ett effektivt sätt behöver myndigheten alltså samverka med andra aktörer.

Denna skyldighet att utreda en försäkrads rehabiliteringsbehov är således inte kopplat till rätten till rehabiliteringsersättning, utan utgör snarast en del av rätten till rehabilitering. Det är således inte heller bristande lämplighet eller effektivitet i rehabiliteringsåtgärderna som medför några begränsningar i regelverkets konstruktion.

Påverkan av andra regelverk – rehabiliteringskedjans tidsgränser ges företräde framför rehabilitering

Reglerna om rehabiliteringspenning följer rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det innebär exempelvis att en försäkrade som passerar 180 dagar i sjukfallet enligt huvudregeln ska få sin arbetsförmåga jämförd

[62] Jfr prop. 2006/07:59, s. 22.
[63] Prop. 1990/91:141, s. 90.

mot normalt förekommande arbete, också i det fall han eller hon har pågående rehabiliteringspenning. Under vissa omständigheter kan arbetsförmågan fortsatt bedömas mot det ordinarie arbetet och sedan den 15 mars 2021 finns det generösare regler för dessa undantag.

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum drar slutsatsen att problemet med att få försäkrade beviljas rehabiliteringspenning är en följd av hur Försäkringskassan tillämpar regelverket kring rehabiliteringspenningen.[64] Tidsgränsen vid dag 181 och dess bedömningsgrund, normalt förekommande arbete, verkar enligt den utredningen ges företräde framför såväl Försäkringskassans ansvar för att kartlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov som beviljandet av rehabiliteringsersättning. Denna utredning anser också att det regelmässigt inte tas initiativ till rehabiliteringsåtgärder om den försäkrade förväntas ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete från och med dag 181 och någon återgång i arbete dessförinnan inte kan förväntas.[65] Den utredningen konstaterade också avseende Försäkringskassans tillämpning att rehabiliteringsersättning heller inte beviljas över dag 180 om arbetsförmågan inte förväntas vara nedsatt i normalt förekommande arbete och några särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen inte heller förväntas finnas vid denna tidpunkt. Den utredningen drar vidare slutsatsen att tidsgränsen hämmar Försäkringskassans arbete med rehabilitering.

Eftersom de nya, mer generösa reglerna om bedömning fr.o.m. dag 181 trädde i kraft nyligen, är det ännu tidigt att dra slutsatser om denna regeländring får effekt med avseende på nyss nämnda hantering av sjukfall och rehabilitering kopplat till dag 181 i rehabiliteringskedjan.

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum redogör också för att det i den forskningsöversikt den utredningen låtit ta fram framkommer att flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid vissa sjukdomar. Försäkringskassans definition av arbetslivsinriktad rehabilitering är dock mycket begränsad och innefattar i praktiken bara arbetsträning och utbildning. I SOU 2020:06 föreslår därför den utredningen att regeringen bör överväga om begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kan förtydligas eller åtgärdas på annat

[64] SOU 2020:6, s. 194.
[65] SOU 2020:06.

sätt så att fler försäkrade kan ges möjlighet att med rehabiliteringsersättning delta i sådana åtgärder som kan möjliggöra återgång i arbete.

Rehabiliteringskedjans regelverk och Försäkringskassans tillämpning av detsamma bidrar sannolikt till att begränsa användandet av arbetslivsinriktad rehabilitering och därmed också användandet av rehabiliteringspenningen.

Regelverket kan inte anses vara för snävt

Regelverket för rehabiliteringsersättning kan uppfattas som snävt på så sätt att det utesluter ett antal fall där försäkrade kan uppleva att de behöver rehabilitering men ändå inte kan beviljas ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Bestämmelserna begränsar fallen till faktisk tid då den försäkrade aktivt deltar i åtgärden. Den försäkrade ska ha fått en sjukdom som har satt ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. I de fall där sjukdomen förväntas läka ut av sig själv och arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan bedömas påskynda förloppet kan inte arbetslivsinriktad rehabilitering bli aktuell. Inte heller i de fall där sjukdomen och arbetsförmågan inte skulle vara behjälpt av rehabilitering kan ersättning utgå. Det måste alltså finnas ett faktiskt behov av rehabilitering för att arbetsförmågan ska kunna återfås för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas.

Sammantaget går det att säga att regelverkets konstruktion till viss del bidrar till att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Utredningen kan dock inte dra slutsatsen att regelverkets konstruktion är för snävt och inte träffar de situationer där arbetslivsinriktad rehabilitering sker eller skulle vara som mest verkningsfull.

19.4.5 Försäkringskassans tillämpning har förändrats

I likhet med vad som är fallet med sjukersättning och aktivitetsersättning har Försäkringskassans tillämpning av regelverket för rehabiliteringsersättning också förändrats över tid. Denna förändring har skett utan några väsentliga förändringar i regelverket. Inte heller har rättspraxis i form av avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen förändrats i en riktning som kan förklara utvecklingen.

Denna förändrade tillämpning av reglerna för rehabiliteringsersättning tycks framför allt grundas i Försäkringskassans tidigare

nämnda rättsliga kvalitetsuppföljning 2016, vilket myndigheten också noterar bl.a. i sin årsredovisning för 2018. Efter denna rättsliga kvalitetsuppföljning genomförde myndigheten en rad åtgärder. Dessa förändringar följer i tid utvecklingen med ett minskat antal ersättningar.

I den rättsliga kvalitetsuppföljningen Rehabiliteringsersättning (2016:2) har Försäkringskassan granskat ärenden om rehabiliteringsersättning. Resultaten visade enligt myndigheten att det fanns en betydande förbättringspotential när det gäller prövningen av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering innan en rehabiliteringsplan upprättas och beslut om rehabiliteringsersättning fattas. I nästan en tredjedel av ärendena bedömde granskarna att den försäkrade inte hade behov av rehabilitering. Merparten av dessa ärenden var sådana där granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt och att rehabilitering inte behövdes av den anledningen. Det fanns också en del ärenden där arbetsförmågan bedömdes vara nedsatt men där den försäkrade på sikt ansågs kunna återgå i arbete utan rehabilitering.

Dessa brister beskrevs av myndigheten som att ersättning betalas ut på tveksamma grunder och motverkar målet om en välfungerande sjukförsäkring och ett minskat sjukpenningtal. Rehabiliteringsärenden är dessutom tidskrävande, eftersom planering, samordning och uppföljning av rehabilitering ofta kräver ett flertal möten och avstämningar. Obehövliga rehabiliteringsåtgärder innebär alltså att tid och resurser läggs på fel saker. För den som behöver rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga är det viktigt att rätt åtgärd vidtas i rätt tid, så att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga så snart som möjligt.

Den typ av arbetslivsinriktad rehabilitering som i huvudsak förekom i ärendena var arbetsträning, men den genomfördes inte alltid i ett arbete som var lämpligt för den försäkrade och i vissa fall förekom det väntetider och avbrott som fördröjde rehabiliteringen. Det konstaterades att det fanns en förbättringspotential när det gäller att ge rätt åtgärd i rätt tid. Enligt granskarnas bedömning var de åtgärder som hade genomförts olämpliga i en fjärdedel av de ärenden där den försäkrade bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Ett exempel på åtgärd som granskarna inte hade bedömt som lämplig var när den försäkrade hade arbetsträning i ordinarie arbete, eller i arbete via Arbetsförmedlingen, trots att det arbetet inte bedömdes vara lämpligt ur medicinsk synvinkel. Ett annat exempel

var arbetsträning i ett annat arbete hos den försäkrades arbetsgivare utan att arbetsgivaren hade erbjudit en faktisk omplacering till det arbetet.[66]

Försäkringskassan anser att det kan finnas skäl för myndigheten att i högre grad fokusera på andra typer av arbetslivsinriktade åtgärder än arbetsträning. Det handlar då om sådana åtgärder som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för, såsom arbetsanpassning och omplacering eller lönebidrag som gör det möjligt att få ett arbete med lägre krav än vad som normalt ställs på arbetsmarknaden. Försäkringskassan bedömer att de i det sammanhanget har en roll främst när det gäller att utreda arbetsförmågan och informera om de förutsättningar som sjukförsäkringen ger. Genom ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle Försäkringskassans bidrag till en snabb och effektiv rehabilitering enligt myndigheten kunna öka, samtidigt som det skulle kunna spara handläggningsresurser genom att de ansvariga parterna i högre grad planerar och genomför åtgärder utan Försäkringskassans aktiva involvering.

Ett antal rekommendationer för att höja kvaliteten formulerades i myndighetens uppföljning, som bl.a. avsåg att den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering skulle utredas i tillräcklig omfattning innan eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjades samt att en utförlig rehabiliteringsplan skulle utfördas.[67]

Försäkringskassans förändrade tillämpning av ersatt tid

Rehabiliteringspenning kan beviljas för den tid då den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd, och i den omfattning som åtgärden hindrar den försäkrade från att förvärvsarbeta (31 kap. 3 och 7 §§ SFB). En fråga som därmed uppkommer är vad begreppet *deltar i en rehabiliteringsåtgärd* ska anses innebära. Ska begreppet anses innefatta endast den faktiska tid då den försäkrade de facto utför åtgärder på plats (exempelvis arbetsträning) eller ska tiden även anses innefatta övrig tid under vilken planen pågår, t.ex. övrig tid en dag där den försäkrades faktiska insats uppgår till endast ett par timmar? Här har Försäkringskassans tillämpning förändrats över tid. En försäkrad

[66] Försäkringskassan 2016:2, s. 21.
[67] Försäkringskassan 2016:2, s. 27.

vars arbetsförmåga var helt nedsatt när rehabiliteringsperioden startade har till exempel historiskt kunnat få hel rehabiliteringspenning under rehabiliteringen, oavsett i vilken omfattning han eller hon deltagit och oavsett om arbetsförmågan successivt förbättrats under perioden. Med en sådan tillämpning har det inte varit avgörande för bedömningen av rätten till ersättning att veta den exakta omfattningen på deltagandet.

Under hösten 2016 gjorde Försäkringskassan en ny, förtydligande tolkning av 31 kap. 8 § SFB som innebär att rehabiliteringspenning enbart kan betalas ut i den omfattning som den arbetslivsinriktade åtgärden förhindrar arbete. En omfattande revidering av Försäkringskassans vägledning gjordes 2015 och därefter genomfördes tre rättsliga kvalitetsuppföljningar (nr 2016:1). Vid den därefter följande revideringen av vägledningen gjordes vissa ändringar, bland annat den om ersättning för tid med rehabilitering. Försäkringskassan menar att tidigare tillämpning varit felaktig.[68] Frågan om innebörden av begreppet har inte prövats rättsligt av Högsta förvaltningsdomstolen (jfr dock HFD 2019 ref. 42 där HFD ansåg att förebyggande sjukpenning kunde utbetalas endast för faktisk tid med rehabilitering).

Enligt Försäkringskassans nya tolkning får den försäkrade endast rehabiliteringspenning för den faktiska tid som han eller hon deltar i en åtgärd, medan resterande del av dagen ersätts med sjukpenning förutsatt att övriga förutsättningar för sådan ersättning är uppfyllda.

Den tidigare konstaterade minskningen av användandet av rehabiliteringspenningen över tid har enligt utredningens bedömning sannolikt delvis förstärkts av denna förändrade tillämpning av förmånen som infördes av Försäkringskassan hösten 2016. Försäkringskassan har själv gjort samma bedömning som utredningen i denna fråga, dvs. att denna förändring har inneburit ett minskat användande av rehabiliteringsersättningen.[69] En möjlig effekt av denna förnyade tolkning av regelverket är att fler försäkrade i stället beviljas sjukpenning.

[68] Försäkringskassan 2016:2, s. 14.
[69] Se Försäkringskassan, 2020, Utgiftsprognos för åren 2020–2023.

Ökade prioriteringar av andra åtgärder

I den rättsliga kvalitetsuppföljningen anger Försäkringskassan även att det kan finnas skäl för myndigheten att i högre grad fokusera på andra typer av åtgärder än den vanligaste insatsen arbetsträning, där förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan framstår som bättre. Vid sidan av medicinska åtgärder handlar det då om sådana arbetslivsinriktade åtgärder som förändrar arbetskraven. För den som är anställd kan arbetsanpassning och omplacering vara åtgärder som på goda grunder kan förväntas göra skillnad för arbetsförmågan, så länge arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan det även handla om att möjliggöra anställning med lönebidrag eller liknande som gör att det går att få ett arbete med lägre krav än vad som vanligtvis ställs i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Försäkringskassan konstaterar att sådana åtgärder inte är något som myndigheten själv kan erbjuda, utan det är något som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för, men att Försäkringskassan ändå har en viktig roll i sådan arbetslivsinriktad åtgärd. Åtgärder av detta slag är inte något som berättigar till rehabiliteringsersättning.[70]

19.4.6 Arbetet med rehabiliteringsplaner brister i praktiken

I de fall en försäkrad behöver en rehabiliteringsåtgärd som kan medföra rätt till rehabiliteringsersättning är Försäkringskassan enligt 30 kap. 12 § SFB skyldig att upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska innehålla uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras, tidsplan för dessa, uppgifter om vem som har ansvaret för åtgärderna samt de övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen har två syften. Den ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning. Planen ska alltid innehålla en tidsplan för rehabiliteringen och uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras. Planen ska också innehålla information om vem som ansvarar för de olika rehabiliteringsåtgärderna. Även övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen ska framgå.

[70] Försäkringskassan 2016:2, s. 26.

För att planen ska anses innehålla tillräcklig information måste det finnas konkreta uppgifter om insatserna som ska genomföras, när och i vilken omfattning de ska genomföras och vem som ansvarar för att anordna och följa upp dem. Det är en förutsättning för att syftet med planen – att tydliggöra planeringen för alla inblandade och att ligga till grund för bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning – ska kunna uppfyllas.

Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning 2016 visade att planerna i praktiken ofta är bristfälliga. Enligt granskarna innehöll planen den information som behövs endast i drygt en tredjedel av ärendena (37 procent).[71] I resterande ärenden var planen bristfällig i något eller några avseenden. Det vanligaste var att tidsplanen var bristfällig. Uppgifterna om när rehabiliteringsåtgärderna skulle genomföras och i vilken omfattning var i dessa fall diffusa, ibland i princip obefintliga. Det kunde t.ex. stå att rehabiliteringen skulle genomföras ”under våren”, utan någon konkret uppgift om vilket datum den skulle starta och när den planerades att sluta. Det var också vanligt att uppgifterna om vad rehabiliteringsåtgärderna bestod i var bristfälliga. Det kunde t.ex. stå att den försäkrade skulle delta i ett fördjupat samarbete med Arbetsförmedlingen, utan att det preciserades vilka konkreta insatser som den försäkrade skulle delta i. Det var också vanligt att det stod att den försäkrade skulle arbetsträna hos sin arbetsgivare, men att det inte framgick något mer om vad arbetsträningen innebar. Det förekom dessutom att planerna saknade uppgift om vem som ansvarade för de olika insatserna, vilket är ett lagkrav. Det förekom också att det saknades annan information, främst om uppföljningen av rehabiliteringen.

För arbetslösa försäkrade angavs ofta att det är Arbetsförmedlingen som ska följa upp rehabiliteringen. Arbetsförmedlingens ansvar innebär dock inte att Försäkringskassan kan undgå att följa upp genomförandet av rehabiliteringen, att planen följs och vid behov göra ändringar (30 kap. 14 § SFB).

Utan en tydlig rehabiliteringsplan kan inte rehabiliteringsersättning utbetalas. Brister i dessa planer skulle således kunna utgöra en möjlig orsak till att så få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Detta kan tolkas som att kraven på planerna är högt ställda och svåra att leva upp till, eller att kunskapsbrist, resursbrist och bristande samarbete mellan aktörer gör att planerna inte håller tillräckligt god

[71] Försäkringskassan 2016:2, s. 17.

kvalitet. Brister i rehabiliteringsplanerna kan sannolikt också innebära att det föreligger brister i själva rehabiliteringsåtgärden och en möjlig konsekvens är att nödvändiga åtgärder då inte heller genomförs.

I Försäkringskassans rättsliga uppföljning noterades å andra sidan att rehabiliteringsersättning hade beviljats i nästan samtliga fall, också de som saknade en fullständig rehabiliteringsplan. En förklaring till det minskade antalet beviljade rehabiliteringsersättningar kan enligt utredningens bedömning vara att en följd av Försäkringskassans åtgärder efter kvalitetsuppföljning har blivit att inte godkänna bristfälliga rehabiliteringsplaner.

19.4.7 Kontrollen av rehabiliteringsersättning

I utredningens direktiv tas risken för bristande kontroll av rehabiliteringsersättningen upp. Eftersom rehabilitering inte längre sker vid arbetsmarknadsinstitut eller genom arbetsmarknadsutbildning kan det finnas risker med bristande kontrollmöjligheter.

Det finns en blankett för närvaroförsäkran vid rehabilitering (FK6646). Försäkringskassans granskning i den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2016:2 visade emellertid att den sällan används. Den förekom inte i något av de i uppföljningen granskade ärendena. Det finns inget formellt krav på närvaroförsäkran, men Försäkringskassan behöver tillräckliga uppgifter om det faktiska deltagandet för att kunna ta ställning till rätten till rehabiliteringspenning. Uppgifter om faktiska förhållanden ska dessutom lämnas på heder och samvete (110 kap. 4 § SFB). Närvaroförsäkran tillgodoser enligt Försäkringskassan dessa behov.[72]

Försäkringskassan har till utredningen uppgett att rehabiliteringsersättning inte är vanligt förekommande hos enheten för kontrollärenden. Inom rehabiliteringsersättningen gäller det främst upptäckten av bisysslor när personen inte klarar av att delta i sin arbetsträning. Återkrav kan t.ex. bli aktuellt om personen har arbetat under samma period som rehabiliteringsersättningen har utbetalats, om personen har arbetat i sådan omfattning att ersättningen inte samtidigt kan utbetalas, eller endast kan utbetalas med ett lägre belopp. Det kan även finnas risker om rehabiliteringen sker hos närstående.

[72] Se Försäkringskassan, 2016:2 s. 14.

Utredningen ser inga omedelbara risker med bristande kontrollmöjligheter vid dagens arbetslivsinriktade rehabilitering eller att detta skulle utgöra en orsak till det minskade användandet av rehabiliteringsersättningen. Ett rigoröst kontrollsystem där försäkrade noggrant kontrolleras på sin rehabiliteringsnärvaro skulle möjligen kunna utgöra en faktor som påverkar antalet beviljade rehabiliteringsersättningar på sikt men det är inget som utredningen kunnat konstatera föreligger.

19.5 Möjliga konsekvenser av att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning

En utgångspunkt för sjukförsäkringen är att rätt person ska få rätt ersättning och att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid. Dessutom är målet för sjukförsäkringen att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.[73] En annan utgångspunkt är att olika rehabiliteringsinsatser som kan ge en försäkrad arbetsförmåga åter ska uppmuntras. Utredningen tolkar direktiven på så sätt att det är önskvärt att försäkrade ska beviljas ersättning från socialförsäkringen i de fall där rehabilitering kan antas medföra att nedsatt arbetsförmåga kan förkortas eller förebyggas. Detta innebär också att orsakerna till det låga användandet av förmånen samt eventuella faktorer som motverkar användandet av rehabiliteringsersättning vid en effektiv rehabilitering bör identifieras.

I följande avsnitt redogörs för ett antal effekter som kan tänkas uppstå till följd av det alltmer begränsade användandet av rehabiliteringsersättningen. Samtidigt kan konstateras att många av de effekter som anges nedan också kan vara effekter av att enskilda inte genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering i samma utsträckning. Det kan också vara så att personerna får rehabiliteringsinsatser, men att rehabiliteringen genomförs utan att individen får rehabiliteringsersättning.[74] Utredningen kan konstatera att det är svårt att avgöra om den minskade rehabiliteringsersättningen beror på att arbetslivsinriktad rehabilitering inte används i samma utsträckning eller om rehabiliteringsåtgärderna har minskat eftersom enskilda inte får ersättning för åtgärderna. Om försäkrade inte får själva ersättningen beviljad

[73] Prop. 2008/09:1 utg.omr. 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.
[74] Rehabiliteringsersättning ska endast beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering och inte för andra former av (rehabiliterings)insatser.

innebär det alltså inte nödvändigtvis också att de inte heller får ta del av själva rehabiliteringsåtgärderna. Dessutom kan avsaknad av andra sorters rehabiliteringsåtgärder än de arbetslivsinriktade (som man kan få rehabiliteringsersättning för) leda till att den enskilde inte når en sådan fas att det blir aktuellt med just arbetslivsinriktad rehabilitering. Förhållandet rehabiliteringsåtgärder i allmänhet – arbetslivsinriktad rehabilitering – uttag av rehabiliteringsersättning har alltså vissa oklarheter, vilket man bör ha i åtanke.

19.5.1 De långa sjukfallen ökar i antal

Som tidigare konstaterats ökar de långa sjukfallen i antal och har även gjort det under de senaste åren. En orsak är att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen är borttagen. En ytterligare orsak till de långa sjukfallens ökning bedöms bero på det strikta regelverket för att beviljas sjukersättning samt Försäkringskassans allt striktare tillämpning av reglerna. Denna förklaring har även lyfts fram av utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.[75] Den utredningen konstaterar även att handläggningen i många sjukfall är passiv från Försäkringskassans håll, utan att initiativ tas för att underlätta återgång i arbete. När det gäller rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete, handlar det emellertid inte enbart om arbetslivsinriktade dito (som ger rätt till rehabiliteringspenning). Om andra insatser som kan underlätta återgång i arbete inte kommer till stånd, kan det i vissa fall sannolikt bidra till att tidpunkten när arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan bli aktuella också fördröjs. Det kan exempelvis bli fallet om en försäkrad först behöver en förberedande insats innan arbetslivsinriktad rehabilitering kan genomföras. Detta kan i förlängningen leda till att personen i fråga blir kvar i en långvarig sjukskrivning.

19.5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs inte i relevant omfattning?

I den mån den arbetslivsinriktade rehabiliteringen de facto genomförs i mindre utsträckning och ifall det beror på att färre försäkrade får bifall på ansökan om rehabiliteringsersättning finns risk för att

[75] SOU 2020 :6.

denna sorts rehabilitering inte blir av. Utredningen konstaterar dock att tanken är att Försäkringskassan ska vara med under rehabiliteringsprocessen, som samordnande aktör. Ansökningar om rehabiliteringsersättning avslås generellt sett inte, då Försäkringskassan ofta är den part som initierar att den försäkrade att ansöka om ersättningen. Alltså tycks det inte som om just avslag om rehabiliteringsersättning leder till att rehabiliteringsåtgärder inte blir av. Som nämnts tidigare skulle det även kunna vara så att arbetslivsinriktad rehabilitering i vissa fall ändå genomförs, men att den försäkrade inte får ersättning i form av rehabiliteringspenning när så sker.

19.5.3 Försäkrade kommer inte tillbaka i arbete i önskvärd utsträckning

Olika former av rehabilitering är i många fall en viktig komponent för att stödja försäkrade att kunna återfå arbetsförmåga och kunna återgå i arbete. Rehabiliteringsersättning är ett sätt att möjliggöra för försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering Om en person inte deltar i rehabilitering kan det leda till att han eller hon inte kommer återfå arbetsförmåga. Ett litet uttag av rehabiliteringsersättning indikerar att det kan finnas flera försäkrade som inte deltar i arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vilket kan bidra till att färre personer än önskvärt kan komma tillbaka till arbetslivet.

En möjlig effekt av att rehabiliteringsersättning används i allt mindre utsträckning samt att det sker allt senare under ett pågående sjukfall, är att vissa försäkrade som genom tidiga arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser hade kunnat återgå i sitt ordinarie arbete i stället nekas sjukpenning när hans eller hennes arbetsförmåga bedöms mot normalt förekommande arbete fr.o.m. dag 181 i sjukfallet. Dessa försäkrade kan i så fall behöva byta arbete. Samtidigt finns regler som möjliggör att försäkrades arbetsförmåga även fr.o.m. dag 181 fortsatt kan bedömas i förhållande till personens befintliga arbete. I dessa fall kan den försäkrade även få arbetslivsinriktad rehabilitering fortsatt eller fr.o.m. dag 181, med målet att återvända till det ordinarie arbetet. Mycket tyder dock på att de undantag som gällde fram t.o.m. 14 mars 2021 för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete har fått en ytterst strikt

tillämpning.[76] Således skulle det kunna antas att en delförklaring till att rehabiliteringspenning hittills beviljats sent i sjukfallen och i synnerhet sällan initierats före dag 181, är att ifall en arbetslivsinriktad rehabilitering inleds före dag 181 och pågår efter dag 180 i sjukfallet, skulle den med anledning av den tidigare lagsstiftningen ändå kunnat avbrytas om den försäkrade dag 181 bedöms ha arbetsförmåga i ett normalt förkommande arbete.[77] Konsekvenserna skulle i så fall kunna bli att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen senarelagts till efter dag 180, eller att den inte kom till stånd överhuvudtaget. Detta bedöms dock inte vara den mest bidragande orsaken till att arbetslivsinriktad rehabilitering initierats sent i sjukfallen (och att rehabiliteringspenning därmed betalas ut först efter en längre tids sjukskrivning). Eftersom de nya, mer generösa reglerna om bedömning fr.o.m. dag 181 trädde i kraft nyligen, är det ännu för tidigt att dra slutsatser om vad denna regeländring får för effekt i detta avseende.

19.5.4 Effekter av att ersättning endast beviljas för den faktiska tid som rehabiliteringen tar

2015 gjorde Försäkringskassan en omfattande revidering av myndighetens vägledning om rehabiliteringspenning. Därefter genomförde myndigheten tre rättsliga kvalitetsuppföljningar.[78] Vid en därefter följande ytterligare revidering av vägledningen gjordes vissa ändringar, däribland att rehabiliteringsersättning endast kan beviljas för den faktiska tid som åtgärden tar i anspråk. Denna förändring av tillämpningen genomfördes således utan någon förändring i gällande rätt. Förändringen kan jämföras med den för förebyggande sjukpenning, där också Högsta förvaltningsdomstolen i rättsfallet HFD 2019 ref. 42 slagit fast att sådan sjukpenning endast kan beviljas för faktisk tid då den försäkrade genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering.

Som konstaterats ovan kan resterande del av en dag under vilken den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd ersättas med sjukpenning förutsatt att övriga villkor för sådan ersättning är också är

[76] Se t.ex. SOU 2020:6. Det kan också konstateras att fr.o.m. den 15 mars 2021 har nya regler trätt ikraft som bl.a. innebär att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska skjutas upp, om *övervägande skäl talar för* att den försäkrade senast dag 365 kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare.
[77] Se SOU 2020 06.
[78] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning nr 2016: 1–3.

uppfyllda. En effekt av att ersättning endast utges för den faktiska tid som rehabiliteringen tar är alltså att fler försäkrade i stället beviljas sjukpenning. I det enskilda fallet kan det vara av underordnad betydelse för den försäkrade vilken sorts ersättning denne får, inte minst eftersom rehabiliteringspenning och sjukpenning betalas med samma belopp. Sett ur ett systemperspektiv kan det dock innebära att individen får ersättning genom en förmån som egentligen är avsedd för något annat. Eftersom en grundläggande tanke med rehabiliteringsersättningen är att denna förmån ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering kan det finnas skäl att den enskilde ska ersättas även för tid runtikring den faktiska rehabiliteringsinsatsen med anledning av insatsen, exempelvis för transport till och från denna.

19.6 Slutsatser om rehabiliteringspenning

Få försäkrade – relativt sett till användandet av sjukförsäkringen – beviljas förmånen rehabiliteringspenning. Antalet personer har varierat över tid och har minskat kraftigt under senare år med en tydlig trend mot ett allt mindre användande av förmånen. Sedan 2004 är trenden nedåtgående såväl vad gäller antalet som andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning. Andelen av samtliga sjukfall har sjunkit från ca 5 procent till ca 2 procent. Utvecklingen har också inneburit ett skifte i förmånstagarnas diagnosbild. De vanligaste diagnoserna hos dem som har rehabiliteringspenning är numera psykiatriska diagnoser, medan den tidigare dominerande gruppen med sjukdomar i rörelseorganen har minskat i antal. År 2019 stod psykiatriska diagnoser för ca 70 procent av fallen medan sjukdomar i rörelseorganen ca 10 procent av alla som uppbar rehabiliteringspenning.

Arbetsträning är den i särklass vanligaste rehabiliteringsåtgärden medan utbildning förekommer mycket sällan. Arbetsträningen sker oftast i det ordinarie arbetet eller för annat arbete hos arbetsgivaren. En mindre del av de försäkrade som genomgår arbetsträning gör detta utanför arbetsgivarens verksamhet.

Vad gäller den minskade användningen av rehabiliteringsersättningen finns ett antal möjliga förklaringar.

- *Minskad förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för vilka försäkrade kan beviljas rehabiliteringspenning.* En förutsättning för att rehabiliteringspenning ska beviljas är att den försäkrade aktivt genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. När sådana former av rehabilitering minskar, eller genomförs i sådan form att det inte ryms inom definitionen av arbetslivsinriktad rehabilitering, minskar också användandet av förmånen.
- *Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket* utgör en viktig delförklaring till det minskade användandet av rehabiliteringspenning. Försäkringskassan har bl.a. i en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 angett att sådana (andra) åtgärder som inte medför rätt till rehabiliteringsersättning ska prioriteras. Tillämpningen har förändrats främst som en följd av myndighetens rättsliga kvalitetsuppföljning 2016. Som en följd av denna uppföljning har ett antal åtgärder med kvalitetshöjande syfte genomförts på Försäkringskassan. Resultatet har blivit att rehabiliteringspenning inte beviljas i samma utsträckning som tidigare.
- *Rehabiliteringspenning beviljas allt senare under pågående sjukfall.* I de flesta fall har den försäkrade haft ett sjukfall som pågått i mer än ett år innan arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder initieras och rehabiliteringspenning beviljas.
- *Oklara gränsdragningar* mellan olika rehabiliteringsformer och mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsgivarens ansvar att anpassa arbetet medför att åtgärder genomförs som inte alltid kan bedömas medföra rätt till rehabiliteringsersättning.

19.7 Det särskilda bidraget

I utredningens uppdrag ingår att kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget i rehabiliteringsersättningen och ta ställning till ett eventuellt behov av förändringar av bidraget.

En fråga är därför om relevanta kostnader i dag ersätts genom detta bidrag. Särskilt bidrag beviljas under tid med rehabilitering för kostnader som uppstår för den försäkrade på grund av rehabiliteringen. Närmare bestämmelser finns i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning och i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS

2010:23) om rehabiliteringsersättning. Dessa bestämmelser har i sina grunddrag varit oförändrade sedan 1992.

I teorin kan ett antal olika kostnadstyper ersättas genom det särskilda bidraget. Det ska täcka nödvändiga kostnader i samband med rehabilitering; som exempel på sådana kostnader kan nämnas de i förordningen uppräknade kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare.[79]

Vilka kostnader ersätts i praktiken genom det särskilda bidraget?

Uppräkningen i förordningen av vilka kostnader som kan ersättas genom det särskilda bidraget är inte uttömmande. Utredningen kan emellertid konstatera att det särskilda bidraget i praktiken nästan uteslutande ersätter resekostnader. När det gäller de kostnader som ersätts med särskilt bidrag är det utgifter för resor i samband med rehabilitering som utgör nära 100 procent av de beviljade bidragen.[80]

Vidare tycks det vara mycket ovanligt att försäkrade ansöker om enbart särskilt bidrag, dvs. utan att samtidigt ansöka om rehabiliteringspenning, även om detta är möjligt enligt nuvarande lagstiftning. I Försäkringskassans rättsliga uppföljning av rehabiliteringsersättningen, 2016:2, konstaterades att det av 500 granskade ärenden inte förekom något ärende där den försäkrade enbart hade ansökt om särskilt bidrag.[81] Det var vidare huvudsakligen arbetslösa försäkrade som ansökte om särskilt bidrag. Enligt Försäkringskassan berodde detta sannolikt på att ansökan som regel hade initierats av handläggaren, och att möjligheten att få särskilt bidrag för resor är mycket begränsad för den som deltar i rehabilitering hos sin arbetsgivare. Sådan ersättning kan bara beviljas om det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle haft i sitt ordinarie arbete.

I samma rättsliga granskning hade en tredjedel (33 procent) av de försäkrade ansökt om särskilt bidrag i ärendena om rehabiliteringsersättning. Försäkringskassan hade fattat beslut om att bevilja ansökan i 95 procent av dessa ärenden. I övriga ärenden hade något beslut inte fattats. Antingen hade ansökan inte lett till någon åtgärd överhuvudtaget eller så hade särskilt bidrag betalats ut utan att något beslut hade dokumenterats.

[79] Förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.
[80] Källa: Försäkringskassan. Statistiken avser hela 2019 och del av 2020.
[81] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

Nästan samtliga ansökningar och beslut om särskilt bidrag avsåg resor till och från platsen för rehabiliteringen. Det var 99 procent av besluten som gällde sådana kostnader. I ett enda ärende hade ersättning beviljats för kursavgift och i två ärenden hade ersättning beviljats för boende på annan ort i samband med rehabiliteringen.

Svårigheter med regelverket för särskilt bidrag

En försäkrad kan ha rätt till särskilt bidrag utan att samtidigt ha rätt till rehabiliteringspenning. Det gäller till exempel för en försäkrad som inte har någon SGI; ett tydligt exempel på försäkrade som omfattas är personer som har aktivitetsersättning. Han eller hon kan inte få rehabiliteringspenning men kan ändå få särskilt bidrag för kostnader i samband med rehabiliteringen. Andra personer som kan bli aktuella är de som får försörjningsstöd.

En förutsättning för att särskilt bidrag ska kunna betalas ut är att det avser en kostnad i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering som också skulle kunna ge rätt till rehabiliteringspenning. Som utredningen konstaterar avseende rehabiliteringspenningen finns här svårigheter i systemets flexibilitet; en rehabiliteringsåtgärd som inte uppgår till minst en fjärdedel av den försäkrades arbetsutbud enligt SGI berättigar inte heller till rehabiliteringspenning och därmed inte heller till särskilt bidrag för kostnader. En inlåsningseffekt som kan uppstå är att försäkrade, med resekostnad som hinder, därmed inte kan inleda en rehabiliteringsåtgärd. Även om det handlar om små kostnader kan följderna här bli långtgående när rehabilitering uteblir för att den försäkrade inte kan ta sig till rehabiliteringsplatsen.

20 Förmåner vid rehabilitering – sjukpenning i förebyggande syfte

20.1 Gällande regelverk

En försäkrad som genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering i syfte att förebygga en sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller till och med häva arbetsoförmåga, kan beviljas sjukpenning enligt 27 kap.6–7 §§ SFB. Denna typ av sjukpenning utgör så kallad förebyggande sjukpenning.

Förebyggande sjukpenning skiljer sig på flera väsentliga punkter från övriga förmåner inom sjukförsäkringen. Det handlar här inte om att bedöma om den som ansöker om förmånen är sjuk eller inte kan arbeta, utan bara vilken *risk* det finns att den som ansöker om förmånen blir sjuk och oförmögen att arbeta eller söka arbete. Sådan sjukpenning kan således under vissa omständigheter betalas ut trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska betalas ut är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Det kan noteras att förebyggande sjukpenning alltså inte heller kräver att den försäkrade har en sjukdom. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta.

Sjukpenning i förebyggande syfte lämnas följaktligen – till skillnad från rehabiliteringspenning som kräver arbetslivsinriktad rehabilitering – bara om det är fråga om en *medicinskt* inriktad behandling. Utifrån syftet med sjukpenning som utges i förebyggande syfte – att förebygga eller förkorta en sjukdom eller häva en nedsättning av arbetsförmågan – kan ersättningen betalas ut redan innan den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Detta skiljer sig således från bedömningen vid prövning av rätt till vanlig sjukpenning. Det måste då bedömas att det, grundat

på vetenskap och beprövad erfarenhet, finns en förhöjd sjukdomsrisk. Sjukdomen ska även vara sådan att den kan förväntas leda till en nedsättning av arbetsförmågan.[1]

I förarbetena till bestämmelserna om förebyggande sjukpenning[2] anges vidare bl.a. följande. Den som genomgår en behandling som syftar till att förebygga att sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan uppstår bör kunna få ersättning i form av sjukpenning för den tid som behandlingen kräver. Avsikten är att sådan ersättning ska kunna utges i samband med behandling som är resultatet av en läkares bedömning att den försäkrade riskerar att bli sjuk och att de ordinerade åtgärderna väntas minska sjukdomsrisken. Bestämmelsen avser situationer då den försäkrade deltar i en sjukdomsförebyggande behandlingsåtgärd.

En försäkrad har således rätt till sådan förebyggande sjukpenning när han eller hon genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att:

- Förebygga sjukdom,
- förkorta sjukdomstiden, eller
- helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

För att en åtgärd ska ses som medicinsk behandling eller rehabilitering krävs[3] vidare att:

- Behandlingen är ordinerad av läkare som, grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet, ha konstaterat att den försäkrade har en förhöjd sjukdomsrisk.
- Behandlingen är lämpad för att minska sjukdomsrisken, och
- det inte handlar om något enstaka besök eller behandlingstillfälle.

Förutom vanlig sjukvård kan åtgärderna enligt förarbetena till lagstiftningen utgöras av sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder.[4] Andra exempel är klimatvård och behandling av kraftig övervikt (obesitas).[5]

[1] Prop. 1990/91:141, s. 73 och 84 f.
[2] Prop. 1990/91:141, s. 73 och 85.
[3] Prop. 1990/91:141, s. 84 f.
[4] Prop. 1991/91:40, s. 31.
[5] Prop. 1991/92:40, s. 34.

Klimatvård innebär att vården ges utomlands i varmt och soligt klimat, vilket kan ha en gynnsam effekt för vissa sjukdomar.

Det finns även andra behandlingsformer som har visat sig kunna ge rätt till förebyggande sjukpenning. I rättspraxis har även t.ex. frivilligt deltagande i missbruksvård ansetts kunna utgöra en sådan medicinsk behandling eller rehabilitering att sjukpenning i förebyggande syfte har kunnat betalas ut.[6] Det finns flera behandlingsmetoder där det finns vetenskapligt stöd för gynnsamma effekter.[7] Ett flertal behandlingsmetoder är upptagna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Av rättspraxis framgår att det måste vara fråga om konkret behandling; att vistas i en gynnsam miljö räcker inte i sig.[8] Frågan om egenvård i hemmet kan ingå i behandlingen har inte prövats i sak av HFD men enligt kammarrättens bedömning i ett mål, som i sak alltså inte prövades av HFD, finns inget hinder mot behandling i hemmet.[9]

Behandlingsplan ordinerad av läkare

Som ytterligare villkor för förebyggande sjukpenning gäller att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och ingår i en rehabiliteringsplan. Ett krav för att sjukpenning i förebyggande syfte ska kunna betalas ut är att planen också godkänns av Försäkringskassan.[10] Det innebär att Försäkringskassan vid godkännandet av planen ska ta ställning till om den försäkrade, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, har en förhöjd risk att få arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom och om behandlingen minskar den risken. Försäkringskassan beskriver detta i sin vägledning som att det alltså handlar om att göra en evidensbaserad bedömning, dvs. ta ställning till om det finns ett vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen har effekt på sjukdomen.

Några formella krav på planen finns varken i lagtexten eller i förarbetena. För att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om den föreslagna behandlingen uppfyller kravet på att vara grundad på

[6] FÖD 1993:11; jfr även Kammarrätten i Stockholm i mål nr 1371-18 där domstolen slog fast att även personer som vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)14 har rätt till förmånen.
[7] SBU rapport 2001:156, Behandling av alkohol- och narkotikaproblem.
[8] RÅ 2009 ref. 37.
[9] HFD 2020 not 14.
[10] Prop. 1990/91:141, s. 85.

vetenskap och beprövad erfarenhet behöver det emellertid finnas utförliga uppgifter om behandlingen eller rehabiliteringen och den försäkrades behov av att genomgå den. Försäkringskassan ska därefter göra en bedömning av om planen kan godkännas. Ett läkarintyg som utfärdats inför vård utomlands efter beslut av sjukvårdshuvudman bör jämställas med en av Försäkringskassan godkänd plan.[11]

I sin vägledning[12] anger Försäkringskassan att läkaren i planen tydligt ska beskriva

- den försäkrades yrke och arbetsuppgifter,
- diagnos för sjukdom eller symptom som innebär en risk för nedsatt arbetsförmåga,
- hur det medicinska tillståndet skulle påverkas om den försäkrade inte får behandling,
- vilken behandling läkaren har ordinerat,
- innehållet i behandlingen,
- hur behandlingen kan motverka nedsatt arbetsförmåga,
- period som behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå,
- hur behandlingen är upplagd,
- var behandlingen kommer att genomföras och
- när uppföljning planeras och av vem.

Försäkringskassan kan under vissa omständigheter remittera en försäkrad till en utredning med syfte att klargöra den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga. En försäkrad som har remitterats till en sådan utredning kan enligt ett rättsligt ställningstagande från Försäkringskassan[13] få sjukpenning i förebyggande syfte för den tid som han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete för att delta i utredningen. Villkoret att behandlingen eller rehabiliteringen ingår i en plan som Försäkringskassan har godkänt kan i ett sådant fall uppfyllas genom att Försäkringskassan dokumenterar planeringen av deltagandet i utredningen och hur utredningens resultat ska följas upp.[14]

[11] RAR 2002:5.
[12] Försäkringskassans vägledning 2015:1, s. 226.
[13] FKRS 2008:04.
[14] Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 12, s. 43.

Om sådan sjukpenning lämnas ska arbetsförmågan anses vara nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Detta innebär också att det inte uppställs något krav på att arbetsförmågan *de facto* ska vara nedsatt under tid som förebyggande sjukpenning betalas; enligt lagtexten anses arbetsförmågan vara nedsatt under tid då behandling eller rehabilitering pågår genom beviljandet av ersättningen. Behandlingen eller rehabiliteringen ska dock vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta.[15] Om så är fallet kan den försäkrade efter genomgången behandling eller rehabilitering ansöka om sjukpenning i förebyggande syfte för de dagar eller delar av dagar som hon eller han har varit tvungen att avstå från arbete på grund av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen.

Sjukpenning i förebyggande syfte kan beviljas med samma nivåer som sjukpenning i övrigt, dvs. en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel förmån. Det innebär att en försäkrad kan få sjukpenning i förebyggande syfte om han eller hon en viss dag måste avstå från sitt arbete minst en fjärdedel av arbetstiden på grund av behandlingen eller rehabiliteringen.

När sjukpenning betalas ut i förebyggande syfte får en försäkrad person i de flesta fall inget avdrag för karens, vilket innebär att den försäkrade oftast kan få förebyggande sjukpenning från den första behandlingsdagen. Sjuklön är inte aktuellt för personer som får förebyggande sjukpenning. Det betyder att arbetsgivaren inte behöver stå för någon sjuklönekostnad i samband med förebyggande sjukpenning.

Sjukpenning i förebyggande syfte betalas enligt lagtexten ut endast för den tid som behandlingen eller rehabiliteringen har hindrat den försäkrade från att förvärvsarbeta. Bestämmelsen i 27 kap. 6 § SFB undantar inte den som är arbetslös från rätten till förebyggande sjukpenning (jfr även 28 kap.11 § SFB). Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att en försäkrad som är arbetslös har rätt till förebyggande sjukpenning om övriga förutsättningar för att ersättning ska lämnas är uppfyllda.[16] Försäkringskassan anger i sin vägledning att sjukpen-

[15] Jfr HFD 2019 ref. 41.
[16] HFD 2019 ref. 41, se avsnitt 24.1.1.

ning i förebyggande syfte kan utges vid arbetslöshet också om den försäkrade är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen.[17]

Om den försäkrade inte har behövt avstå från arbete, till exempel om behandlingen kan utföras på ledig tid, ska sjukpenning inte betalas ut. Av denna anledning betalas sjukpenning i förebyggande syfte inte heller för tid som den försäkrade har haft semester, eftersom han eller hon då inte har behövt avstå från förvärvsarbete.[18]

Eftersom arbetsförmågan ska anses nedsatt i den utsträckning behandlingen eller rehabiliteringen hindrar den försäkrade från att arbeta kan en försäkrad som behöver resa till och från behandlingen eller rehabiliteringen under arbetstid få ersättning även för restiden. Om behandlingen eller rehabiliteringen kräver att den försäkrade avstår från arbete även före eller efter besöket på vård- eller rehabiliteringsenheten kan den tiden också räknas med. Det kan till exempel vara när en försäkrad har tillfälligt lågt blodtryck efter en dialysbehandling eller när en försäkrad är tillfälligt illamående efter en cellgiftsbehandling. Om arbetsförmågan inte bara är nedsatt den aktuella behandlingsdagen kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Om det för behandlingen eller rehabiliteringen krävs att den försäkrade vistas heltid på till exempel ett behandlingshem eller en rehabiliteringsklinik, och därför måste avstå helt från förvärvsarbete, kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut i motsvarande omfattning som han eller hon skulle ha arbetat.

Ansökan om ersättning

En person ansöker om förebyggande sjukpenning i två steg och Försäkringskassan handlägger ärendet i två steg. Det första steget i handläggningen gäller godkännande av den behandlingsplan som ingår i en ansökan. Det andra steget i handläggningen gäller godkännande av den ersättning som personen ansöker om för förlorad inkomst när hen måste vara borta från sitt arbete för att delta i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering.

[17] Försäkringskassan, vägledning 2015:1 version 12, s. 44.
[18] Se Försäkringskassans domsnytt 2013:032 med hänvisning till bl.a. Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 6791-12.

En ansökan om ersättning kan göras löpande eller när hela behandlingen eller rehabiliteringen är klar. I ansökan ska redovisas vilken tid den försäkrade behövt avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering. Försäkringskassan ska sedan bedöma om alla villkor är uppfyllda och ersättning därmed ska betalas ut. Nekas den försäkrade ersättning helt eller delvis får beslutet överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Bestämmelsens mycket tydliga skrivningar om att den förebyggande behandlingen måste ingå i en av Försäkringskassan godkänd plan gör det dock svårt att göra överväganden eller argumentera i efterhand.

När en försäkrad ansöker om förebyggande sjukpenning ska Försäkringskassan ta ställning till samtliga villkor och förutsättningar som gäller för att förmånen ska betalas ut. Försäkringskassans beslut att godkänna en behandlingsplan innebär inget slutligt ställningstagande avseende rätten till förebyggande sjukpenning utan är närmast att betrakta som en form av förhandsbesked inför prövningen av rätten till ersättning. Omständigheten att ett beslut om godkännande av behandlingsplan inte utgör ett slutligt ställningstagande till den försäkrade personens rätt till förebyggande sjukpenning har slagits fast av Högsta förvaltningsdomstolen.[19] Det betyder att beslutet inte har någon faktisk verkan när det gäller den försäkrades rätt till förmånen. Det innebär också att ett beslut om godkännande av behandlingsplan inte går att överklaga.

Det finns inget hinder för en försäkrad att få sjukpenning samtidigt som man får sjukpenning i förebyggande syfte. En sådan situation kan till exempel uppstå om den försäkrade får partiell sjukpenning och samtidigt arbetar partiellt. Om Försäkringskassan remitterar den försäkrade till en utredning och han eller hon behöver avstå från arbete under utredningstiden kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut för resterande del. Detsamma gäller om en deltidssjukskriven försäkrad behöver avstå från arbete i ytterligare omfattning för att delta i en behandling eller rehabilitering som enligt redogörelsen ovan ingår i en plan som Försäkringskassan har godkänt.[20]

Om den försäkrade redan är beviljad hel sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga kan han eller hon däremot inte få någon ytterligare sjukpenning i samband med utredning, behandling eller rehabilitering.

[19] HFD 2020 not. 14.
[20] Jfr Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 44.

Förebyggande sjukpenning för riskgrupper

En särskild form av förebyggande sjukpenning var den som berörde personer tillhörande riskgrupp för allvarlig sjukdom vid covid-19. Av förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19 framgick att dessa personer skulle kunna ansöka om och få förebyggande sjukpenning.

20.1.1 Handläggning av förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning har ett ansökningsförfarande och en handläggningsrutin som skiljer sig från sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Handläggningsrutinen har ändrats efter Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning år 2015, bland annat med nya blanketter. Tidigare ansökte den försäkrade personen om förebyggande sjukpenning, vilket normalt besvarades med ett beslut om att personen hade rätt till förebyggande sjukpenning. I beslutet angavs att personen därefter skulle skicka in en försäkran (en särskild blankett från Försäkringskassan) där myndigheten bland annat frågade i vilken omfattning personen hade avstått från arbete för att delta i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. När Försäkringskassan, efter rekommendation i den rättsliga kvalitetsuppföljningen, ändrade handläggningen, var det för att förtydliga att det första steget bara handlade om att godkänna behandlingsplanen, medan rätten till ersättning prövas först i nästa steg.

Ett ärende om förebyggande sjukpenning handläggs från december 2017 i ett tvåstegsförfarande, med två ansökningar. I det första steget ska handläggaren utifrån uppgifterna i ansökan ta ställning till om personens plan för behandling eller rehabilitering kan godkännas, utifrån uppgifterna i ansökan och det medicinska underlag som oftast lämnas i form av ett läkarutlåtande. Personen måste därför först få en behandlingsplan godkänd för att kunna ansöka om och få förebyggande sjukpenning. Ett godkännande av behandlingsplanen innebär just detta – att planen godkänns som en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som kan förebygga sjukdom, förkorta sjukdomsperioden eller nedsättning av arbetsförmåga. Det innebär alltså inte att personen har rätt till själva ersättningen. Om behandlingsplanen godkänns kan personen under eller efter genomgången be-

handling eller rehabilitering ansöka om förebyggande sjukpenning för de dagar eller delar av dagar som hen har genomgått behandlingen eller rehabiliteringen.

Den försäkrade ansöker alltså normalt om sjukpenning i förebyggande syfte innan behandlingen eller rehabiliteringen påbörjas. Försäkringskassan tar då ställning till rekvisitet för ersättningen: om den försäkrade har en förhöjd risk för sjukdom och arbetsoförmåga samt om behandlingen är ordinerad av läkare och bedöms vara lämpad att minska risken för nedsatt arbetsförmåga. I så fall godkänner Försäkringskassan behandlingsplanen och beslutar att i princip bevilja sjukpenning i förebyggande syfte för de planerade åtgärderna. När den försäkrade sedan har deltagit i behandlingen lämnar han eller hon in en försäkran och då tar Försäkringskassan ställning till om och i vilken omfattning den försäkrade har behövt avstå från förvärvsarbete samt om den försäkrade har någon SGI som sjukpenningen kan grundas på. Om ansökan inte har beviljats i det första steget blir det andra steget inte aktuellt.[21]

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) konstaterade år 2020 att ett beslut att godkänna en behandlingsplan inte är ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrade personens rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning.

Ett ärende initieras

Ärenden om förebyggande sjukpenning initieras vanligtvis på Försäkringskassan genom att det kommer in en ansökan och/eller ett läkarutlåtande till myndigheten.

Försäkringskassans utredning

Ett ärende om sjukpenning i förebyggande syfte handläggs i två steg. I det första steget tar handläggaren ställning till om den försäkrades plan för medicinsk behandling eller rehabilitering kan godkännas. Om planen godkänns kan den försäkrade i steg två, efter genomgången behandling eller rehabilitering, ansöka om sjukpenning i förebygg-

[21] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6 samt möte med handläggare på Försäkringskassan.

ande syfte för de dagar eller delar av dagar som hon eller han har varit tvungen att avstå från arbete på grund av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen.

Plan för medicinsk behandling eller rehabilitering

Det finns inga formella krav på planen för medicinsk behandling eller rehabilitering, men Försäkringskassan har tagit fram en blankett i form av ett läkarutlåtande som kan användas. Läkaren ska tydligt beskriva

- den försäkrades yrke och arbetsuppgifter,
- diagnos för sjukdom eller symptom som innebär en risk för nedsatt arbetsförmåga,
- hur det medicinska tillståndet skulle påverkas om den försäkrade inte får behandling,
- vilken behandling läkaren har ordinerat,
- innehållet i behandlingen,
- hur behandlingen kan motverka nedsatt arbetsförmåga,
- perioden som behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå,
- hur behandlingen är upplagd,
- var behandlingen kommer att genomföras och
- när uppföljning planeras och av vem.

Handläggaren ska bedöma planen baserat på

- om den försäkrade har en förhöjd risk för sjukdom som sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel samt om behandlingen i planen är ordinerad av läkare, och
- om det finns vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen i den försäkrades fall är lämpad för och syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga.

Handläggaren ska vid bedömningen vara uppmärksam på om planen har påverkats av stereotypa föreställningar om den försäkrade utifrån ålder, kön, sexuella läggning, religion eller etnicitet etc.

Om handläggaren anser att det är oklart om den föreslagna åtgärden utgör en medicinsk behandling eller rehabilitering och uppfyller kraven för att Försäkringskassan ska kunna godkänna planen bör han eller hon konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Handläggaren kan även ta hjälp av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Ansökan om ersättning

Om Försäkringskassan har godkänt planen och den försäkrade har genomgått behandlingen eller rehabiliteringen kan den försäkrade få ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte beviljad. Handläggaren ska först bl.a. kontrollera att den försäkrade har genomgått den ordinerade medicinska behandlingen eller rehabiliteringen så han eller hon behövt avstå från arbete eller arbetssökande minst en fjärdedel.

20.1.2 Rättspraxis rörande förebyggande sjukpenning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2009 ref. 37 – vad ska räknas som medicinsk behandling?

I målet tog Högsta förvaltningsdomstolen ställning till vad som kan anses utgöra medicinsk behandling. Den försäkrade hade ansökt om förebyggande sjukpenning för vistelse i Thailand i syfte att förbättra sin hälsa genom att förhindra uppblossande skov av eksem och förebygga ytterligare sjukskrivningsperioder.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det i lagtexten anges som en av förutsättningarna för den förebyggande sjukpenningen att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Det är således inte tillräckligt att yttre omständigheter är gynnsamma för förebyggandet av en sjukdom. Av ordalydelsen följer att dessa omständigheter ska kombineras med någon form av behandling.

Av utredningen framgick att vistelsen i Thailand inte innefattat någon behandling i den avsedda meningen. Förutsättningar saknades därför att bifalla ansökan om förebyggande sjukpenning.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref. 41 – arbetslösa försäkrade omfattas av rätten till förebyggande sjukpenning

I Högsta förvaltningsdomstolens avgörande från den 23 september 2019 slog domstolen fast att även arbetslösa omfattas av rätten till förebyggande sjukpenning. Den försäkrade hade beviljats sjukpenning i förebyggande syfte för en period. Han var vid tidpunkten helt arbetslös.

Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning innebär att sjukpenning under vissa omständigheter betalas trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska betalas ut är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Bestämmelsen i 6 § undantar inte den som är arbetslös från rätten till förebyggande sjukpenning (jfr även 28 kap.11 § SFB). Behandlingen eller rehabiliteringen ska vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta. Högsta förvaltningsdomstolen fann mot denna bakgrund att en försäkrad som är arbetslös har rätt till förebyggande sjukpenning om övriga förutsättningar för att ersättning ska lämnas är uppfyllda. Av utredningen i målet framgick att den försäkrade hade genomgått en sådan medicinsk behandling som avses i bestämmelserna om förebyggande sjukpenning och att han under den tid som behandlingen pågick var förhindrad att förvärvsarbeta. Något krav på att han därutöver skulle ha gjort en inkomstförlust fanns inte. Han uppfyllde således förutsättningarna för att ha rätt till ersättning.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref. 42 – för vilken tid kan förebyggande sjukpenning betalas ut?

Högsta förvaltningsdomstolen berörde i avgörandet HFD 2019 ref. 42, meddelad den 23 september 2019 i mål nr 3398-18, frågan om när förebyggande sjukpenning kan betalas ut. I målet hade den försäkrade genomgått medicinsk behandling under en period om ca tre månader. Försäkringskassan beviljade honom förebyggande sjukpenning för fem dagar under vilka behandlingsåtgärder faktiskt genomfördes, men avslog hans ansökan för ersättning, såvitt här är av intresse, för dagar omedelbart före och efter behandlingstillfällena. Förvaltningsrätten i Malmö och Kammarrätten i Göteborg avslog hans överklagande. Kammarrätten anförde att förebyggande sjukpenning endast kan lämnas för tid i samband med själva behandlingen. För övrig tid då arbetsförmågan varit nedsatt till följd av behandlingen får prövningen av rätt till ersättning göras enligt reglerna om sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning innebär att sjukpenning under vissa omständigheter betalas trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska lämnas är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Den försäkrade ska alltså vara förhindrad att förvärvsarbeta till följd av behandlingen eller rehabiliteringen i sig och inte på grund av nedsatt arbetsförmåga. I det senare fallet prövas rätten till sjukpenning i stället mot den allmänna bestämmelsen i 27 kap.2 § SFB. Av detta följer, anförde HFD, att förebyggande sjukpenning i första hand lämnas för den tid då den försäkrade faktiskt genomgår en behandling eller rehabilitering. Sådan ersättning kan också lämnas för tid då den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför eller åtgärder efter en behandling är förhindrad att förvärvsarbeta liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle. Dagarna före och efter de behandlingstillfällen för vilka den försäkrade beviljats förebyggande sjukpenning utgjorde mot denna bakgrund enligt HFD inte sådan tid för vilken förebyggande sjukpenning kan lämnas.

Högsta förvaltningsdomstolens beslut HFD 2020 not. 14 - kan behandlingsåtgärder utföras i hemmet (ej prövning i sak) samt behandlingsplanens status som överklagbart beslut

I Högsta förvaltningsdomstolens avgörande i mål nr 5742-19 var frågan i underinstanserna huruvida en av Försäkringskassan godkänd behandlingsplan som innefattade uppgifter på egen hand i hemmet kunde medföra rätt till förebyggande sjukpenning.

Försäkringskassan hade godkänt en behandlingsplan för den försäkrade som innebar att hon skulle delta i ett rehabiliteringsprogram för att bättre lära sig hantera stress och oro i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdom samt för att förebygga besvär med knäledsartros. I programmet ingick bl.a. fysisk och mental träning, avslappningsövningar samt föreläsningar. Vissa av uppgifterna i behandlingsplanen skulle genomföras på egen hand i hemmet.

Allmänna ombudet för socialförsäkringen överklagade Försäkringskassans godkännande till Förvaltningsrätten i Karlstad och yrkade att rätten skulle förklara att den försäkrade inte hade rätt till förebyggande sjukpenning för den del av behandlingen som genomfördes på egen hand i hemmet. Ombudet anförde bl.a. att ordinerade åtgärder bör kräva en insats av någon annan än den försäkrade själv samt att det blir svårt att kontrollera att behandlingen genomförs som den ska och att den sker på arbetstid när åtgärderna inte vidtas på en vårdinrättning. Förvaltningsrätten, som prövade överklagandet i sak, fann att de övningar som genomfördes på egen hand i hemmet kunde ge rätt till förebyggande sjukpenning och avslog överklagandet. Kammarrätten i Göteborg instämde i förvaltningsrättens bedömning och avslog allmänna ombudets överklagande. Den s.k. uppsläppandemeningen vid HFD:s beslut om prövningstillstånd gällde också om sådan behandling som en försäkrad genomför på egen hand eller utan överinseende av hälso- och sjukvårdspersonal kan ge rätt till förebyggande sjukpenning.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade i sitt avgörande att frågan i målet i första hand handlade om ifall Försäkringskassans godkännande av en plan för behandling eller rehabilitering utgjorde ett överklagbart beslut och om så var fallet huruvida den i målet aktuella behandlingen kan ge rätt till förebyggande sjukpenning. Vid denna prövning kom HFD till slutsatsen att Försäkringskassans godkännande av behandlingsplanen visserligen har en sådan hand-

lingsdirigerande effekt att godkännandet utgör ett förvaltningsbeslut, men för att ett beslut ska vara överklagbart måste det emellertid också vara fråga om en påverkan av tillräckligt kvalificerat slag. Försäkringskassans beslut att godkänna en behandlingsplan innebär inget slutligt ställningstagande avseende rätten till förebyggande sjukpenning, konstaterade HFD, utan är närmast att betrakta som en form av förhandsbesked inför prövningen av rätten till ersättning. Högsta förvaltningsdomstolen fann sammantaget att Försäkringskassans godkännande av den aktuella behandlingsplanen inte utgjorde ett överklagbart beslut och HFD tog således inte ställning till frågan om uppgifter som utförs i hemmet kan medföra rätt till förebyggande sjukpenning. Denna fråga är således inte prövad.

20.2 Utvecklingen av förebyggande sjukpenning över tid

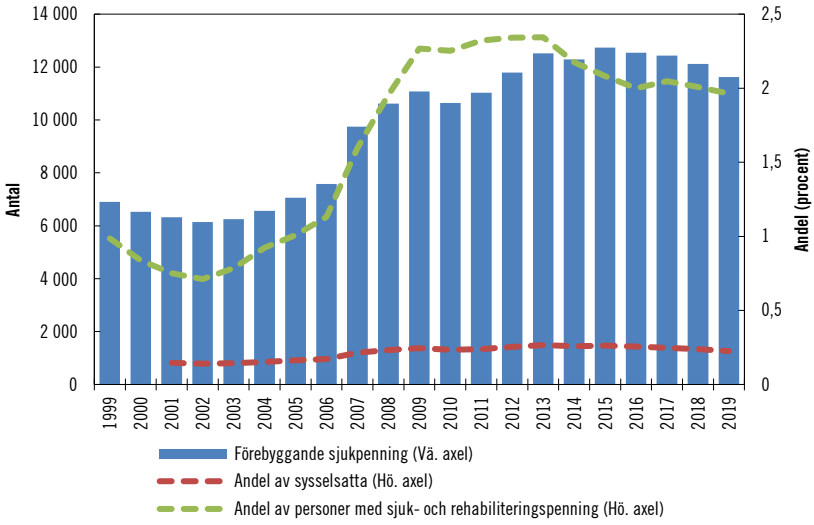
Antalet personer som får förebyggande sjukpenning har ökat över tid även om trenden under de senaste åren varit nedåtgående. År 2000 var det omkring 6 500 personer som någon gång under året haft förbyggande sjukpenning. Under perioden 2000–2015 nästan fördubblades antalet personer som beviljades ersättningen. Ökningen skedde i två steg där antalet beviljade ersättningstagare först steg kraftigt under perioden 2006–2009 för att sedan minska mellan 2009 och 2010. Därefter tog ökningen ny fart under åren 2010–2013. Under 2013 noterades en topp i antalet beviljade ärenden på omkring 12 700 personer. Därefter har utvecklingen vänt neråt och 2019 var det omkring 11 500 personer som beviljades förebyggande sjukpenning.

Förebyggande sjukpenning kan ges till dem som är sysselsatta eller har sjukpenning. Det är därför av intresse att relatera utvecklingen av antalet personer som fått förebyggande sjukpenning både till sysselsättningsutvecklingen och till det totala antalet personer med sjuk- eller rehabiliteringspenning. Av figur 20.1 framgår att utvecklingen av antalet personer med förebyggande sjukpenning och andelen i förhållande till den sysselsatta befolkningen och till dem som har sjuk eller rehabiliteringspenning följer ett likartat mönster även om nivåerna skiljer sig åt. Både andelen av de sysselsatta och andelen av dem med sjuk- och rehabiliteringspenning ökade under åren 2002–2010. Sedan dess har andelarna legat förhållandevis stabilt

och under de senaste åren minskat. Vid utgången av 2019 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte knappt 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning och ca 0,2 procent av de sysselsatta.

Det är generellt sett ovanligt med avslag på ansökan om förebyggande sjukpenning. Ansökan görs i två steg där först själva behandlingsplanen ska godkännas och sedan ansökan om ersättning. Under 2018 inkom drygt 12 000 ansökningar om behandlingsplaner till Försäkringskassan. Omkring en tredjedel kom från män och två tredjedelar från kvinnor. Avslagsfrekvensen var ungefär lika stor för kvinnor (2,8 procent) och män (2,4 procent). De allra flesta som ansöker om att få en behandlingsplan godkänd av Försäkringskassan går sedan vidare och ansöker om ersättning. Under 2018 var det 97 procent av kvinnornas ansökningar om behandlingsplaner som gick vidare till ansökan om ersättning och 95 procent av männens. Att alla beviljade ansökningar om behandlingsplaner inte går vidare till ansökan om ersättning kan ha flera olika förklaringar. Det kan t.ex. bero på att behandlingen i slutändan inte genomförs eller att den inte genomförs i enlighet med det som står i behandlingsplanen. Avslagsfrekvensen på ansökningar om ersättning är generellt sett ganska låg och något lägre för kvinnor än för män. För män avslås drygt 5 procent av alla ansökningar om ersättning medan det för kvinnor avslås omkring 2,5 procent.

Figur 20.1 Antal och andel med förebyggande sjukpenning



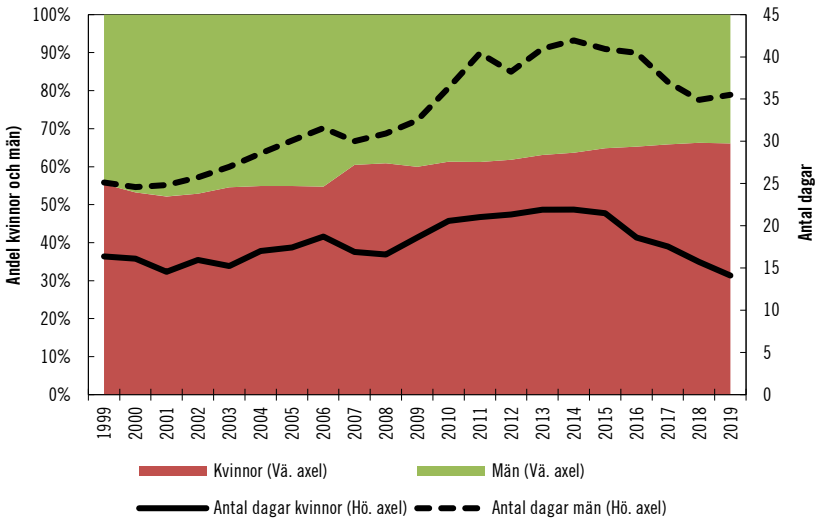
Källa: Försäkringskassan.

Den ökning av antalet personer som fått förebyggande sjukpenning skedde till en början relativt likartat hos både kvinnor och män. Under perioden 2000–2006 var det något fler kvinnor (52 procent) än män (48 procent) som beviljades förbyggande sjukpenning. Sedan dess har antalet personer med förbyggande sjukpenning ökat bland kvinnor medan antalet i princip varit konstant bland män. Det har inneburit att kvinnors andel av de som beviljats förebyggande sjukpenning ökat kraftigt och uppgick 2019 till omkring 66 procent av alla beviljade ärenden. Det innebär att det i dag är ungefär lika stor andel kvinnor som får förebyggande sjukpenning och sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Män får däremot ersättning för flera dagar än kvinnor. Män har under hela undersökningsperioden haft fler ersättningsdagar än kvinnor och skillnaden mellan det genomsnittliga antalet dagar som kvinnor och män får förebyggande sjukpenning har succesivt förstärkts över tid. Under 2019 fick män i genomsnitt förebyggande sjukpenning för 35,5 dagar medan kvinnor bara fick ersättning för 14,1 dagar. Skillnaden beror på att män oftare får ersättning för hela dagar medan kvinnor i större utsträckning får ersättning för delar av dagar. Det är också en större andel män än kvinnor som har långa

ersättningsperioder med förebyggande sjukpenning. En förklaring till detta kan vara att de behandlingar som män söker förebyggande sjukpenning för har en längre behandlingstid än de behandlingar kvinnor ansöker om. Vid samtal med Försäkringskassan framkommer att en vanlig behandling som män söker förebyggande sjukpenning för är olika typer av missbruksvård. Missbruksvård pågår ofta under hela dagar och under längre perioder.[22]

Figur 20.2 Andelen kvinnor och män med förebyggande sjukpenning



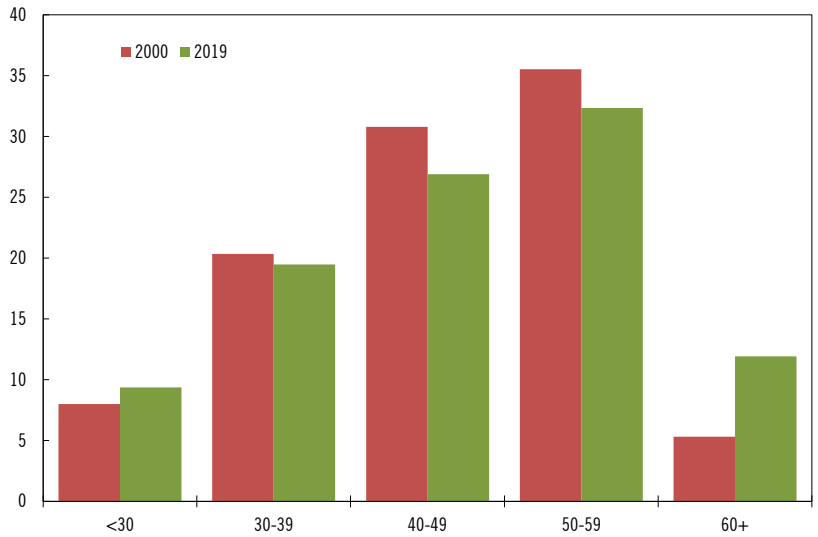
Källa: Försäkringskassan.

Ökningen av antalet personer med förebyggande sjukpenning har skett i samtliga åldersgrupper. Alla åldersgrupper har dock inte ökat lika mycket vilket gör att respektive åldersgrupps andel av det totala antalet personer med ersättningen förändrats över tid. Den tydligaste förändringen rör dem som är äldre än 60 år, vars andel mer än fördubblats från 5 till 12 procent. Även andelen personer yngre än 30 år har ökat bland dem som fått förebyggande sjukpenning. För denna grupp är ökningen dock betydligt mindre än för dem äldre än 60 år. I övriga åldersgrupper har andelarna minskat. Mätt i procentenheter är minskning störst i gruppen 40–49 år och 50–59 år.

[22] Detta styrks även av de aktstudier som ISF gjort i rapporten Förebyggande sjukpenning (2020:6).

Även om andelarna som får förbyggande sjukpenning minskat i åldersgruppen 40–59 år så utgör personer i dessa åldrar över hälften av alla personer som får ersättningen. Omkring en tredjedel är yngre än 40 år och drygt 10 procent är äldre än 60 år. Att en så pass stor andel av alla som får förebyggande sjukpenning tillhör de äldre på arbetsmarknaden kan ha flera olika förklaringar. En förklaring kan vara att en hård belastning under ett långt arbetsliv, där förebyggande behandlingar kan bidra till att upprätthålla arbetsförmågan och förebygga sjukskrivning. Med åldern ökar också risken för kroniska sjukdomar vilket också kan vara en orsak till att äldre använder ersättningen mer än yngre.

Figur 20.3 Förebyggande sjukpenning, åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

Försäkringskassans datalager saknar uppgifter om vilken diagnos som föreligger för dem som får förebyggande sjukpenning eller vilken behandling som ges. Vi vet dock att de personer som får förebyggande sjukpenning ofta har haft sjukpenning tidigare. Av de som fick sjukpenning i förebyggande syfte under 2018 hade nästan 90 procent tidigare varit sjukskrivna. Av dessa hade 30 procent varit sjukskrivna

med en psykiatrisk diagnos och 20 procent på grund av sjukdomar i rörelseorganen.[23]

I en rättslig kvalitetsuppföljning som Försäkringskassan genomförde år 2015 var det två stora diagnosgrupper som låg bakom behovet av medicinsk behandling eller rehabiliteringsinsatser: psykiska sjukdomar (31 procent) och muskuloskeletala sjukdomar (29 procent). Den enskilt största behandlingstypen var missbruksbehandling som förekom i 27 procent av ärendena. Andra vanliga behandlingstyper var sjukgymnastik (22 procent), läkarvård (14 procent), psykologbehandling (11 procent) och arbetsterapi (8 procent). Utöver dessa behandlingstyper förekom en stor variation av åtgärder, såsom utlandsvård, multimodal rehabilitering, ospecificerad fysisk träning, yoga och vistelse på hälsohem.[24]

Också i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2019 var de två vanligaste diagnosavsnitten psykiska sjukdomar och symtom och sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Inom ramen för de psykiska diagnoserna förekom enligt granskarna i stor utsträckning beroendesjukdomar och utmattningssyndrom. Det var vanligt att den försäkrade hade mer än en diagnos och granskarna noterade att det i en del ärenden verkade vara oklart om det var den psykiska eller muskuloskeletala diagnosen som utgjorde huvuddiagnos.[25]

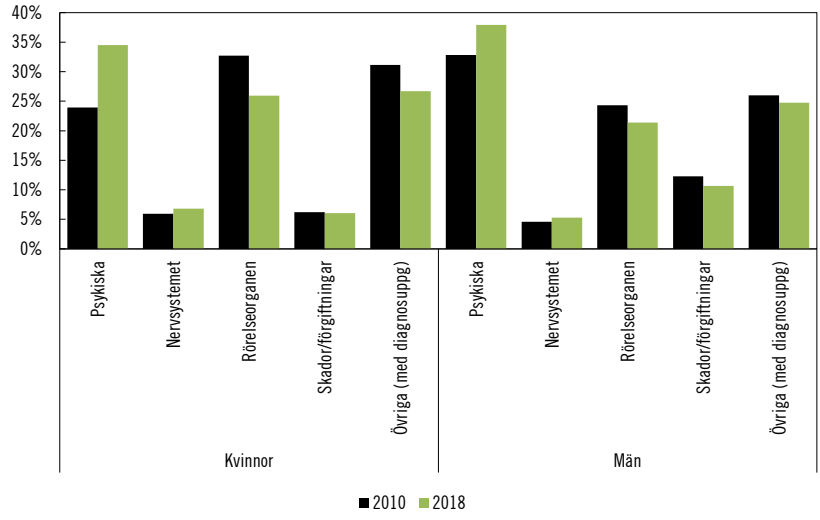
Bland de kvinnor som hade varit sjukskrivna innan förebyggande sjukpenning beviljats var de vanligaste diagnoserna vid den föregående sjukskrivningsperioden psykiska diagnoser orsakade av stress eller depressioner samt sjukdomar i rörelseorganen som t.ex. ryggvärk. Det är i princip de sjukskrivningsorsaker som är vanligast bland kvinnor generellt.

Bland de män som hade varit sjukskrivna före en period med förebyggande sjukpenning var det också vanligt att sjukskrivningen var kopplad till stress, men den vanligaste diagnosen var psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol. Stressrelaterade sjukskrivningar är generellt sett vanliga också för män, men psykiatriska diagnoser på grund av alkoholberoende tillhör inte de vanligaste orsakerna till mäns sjukskrivning. Deltagande i missbruksvård är ett exempel på en medicinsk behandling eller rehabilitering som

[23] Avser sjukskrivningsperioden innan förebyggande sjukpenning har beviljats.
[24] Försäkringskassan, Sjukpenning i förebyggande syfte, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.
[25] Försäkringskassan 2019:6, s. 16.

kan ge rätt till förebyggande sjukpenning och som vid samtal med handläggare på Försäkringskassan nämns som en vanlig behandling bland män som beviljats förebyggande sjukpenning.

Figur 20.4 Sjukskrivningsorsak före period med förebyggande sjukpenning



Källa: Försäkringskassan.

I Försäkringskassans rättsliga uppföljningar från 2015 och 2019 gjordes en genomgång av vilka behandlingar som ges inom ramen för den förebyggande sjukpenningen. I 14 procent av de studerade ärendena förekom läkarvård. Det handlade då oftast om att den försäkrade genomgick en cellgiftsbehandling eller att hen besökte läkare för utredning och uppföljning inom ramen för ett multimodalt smärtrehabiliteringsprogram. Sjukgymnastik förekom i drygt en femtedel av ärendena (22 procent). Ibland fanns det uppgifter om att den försäkrade skulle få sjukgymnastik som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Sjukgymnastik förekom oftare i ärenden som gällde kvinnor än i ärenden som gällde män (27 procent för kvinnor respektive 17 procent för män). Arbetsterapi förekom i 8 procent av ärendena, och i princip alltid som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Psykologbehandling förekom i 11 procent av ärendena och både som fristående samtalsbehandling och som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Sådan

behandling var, liksom sjukgymnastik, vanligare för kvinnor än för män (17 procent för kvinnor respektive 5 procent för män).[26] Syn- och hörselrehabilitering och utprovning av arbetshjälpmedel omnämns i förarbetena om sjukpenning i förebyggande syfte, men förekom inte i något av de granskade ärendena.

Även försäkringsmedicinsk utredning har enligt ett rättsligt ställningstagande från Försäkringskassan kommit att innefattas i sådan behandling eller rehabilitering som berättigar till förebyggande sjukpenning. Försäkringsmedicinsk utredning förekom dock bara i fem ärenden (1 procent) i uppföljningen 2015.

Desto vanligare var behandling mot beroende och missbruk. Mer än en fjärdedel av ärendena 2015 (27 procent) innehöll denna typ av behandling. Det gällde såväl behandling på behandlingshem som behandling i öppenvården, och inte sällan både och. Ofta angavs att behandlingen genomfördes enligt den så kallade 12-stegsmodellen (även kallad Minnesotamodellen). Missbruksbehandling var klart vanligare för män än för kvinnor (42 procent för män respektive 13 procent för kvinnor). I uppföljningen 2019 förekom missbruksbehandling i drygt en femtedel av ärendena (21 procent).

I uppföljningen från 2015 hamnade 39 procent av ärendena i kategorin annat. Några av dessa ärenden gällde utlandsvård, fysisk träning, besök hos kiropraktor, naprapat, kurator/socionom, dietist, arbetslivscoach eller friskvårdskonsult eller att den försäkrade fick hypnos eller akupunktur. Det förekom också att förebyggande sjukpenning beviljades för tid då den försäkrade deltog i renodlat medicinska undersökningar eller utredningar, såsom röntgenundersökningar, provtagningar och kliniska undersökningar.

20.3 Sjukpenning i förebyggande syfte – problemanalys

Sjukpenning i förebyggande syfte – fortsättningsvis kallad förebyggande sjukpenning – infördes för snart trettio år sedan i samband med den så kallade rehabiliteringsreformen 1992. Sedan dess har lagstiftningen varit oförändrad. Förmånen har tidigare inte heller varit föremål för någon mer grundlig utredning eller översyn. Inspektionen för socialförsäkringen utkom emellertid nyligen med en rapport som

[26] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6, s. 13.

berör den förebyggande sjukpenningen från flera perspektiv.[27] ISF:s slutsatser grundas i såväl intervjuer, aktgranskningar och en dokumentstudie. Försäkringskassan har framför allt publicerat två rättsliga kvalitetsuppföljningar, 2015 och 2019, där ett antal akter har granskats utifrån framför allt kvalitetsperspektivet, samt en så kallad kortanalys från 2019. Dessa rapporter har beaktats av utredningen i den följande analysen. Riksrevisionen har i ett sent skede av utredningens arbete publicerat en granskningsrapport om Försäkringskassans arbete med att förebygga sjukskrivning, där bl.a. den förebyggande sjukpenningen berörs.[28] Även denna rapport har beaktats i den utsträckning det varit möjligt.

I avsnitt 20.1 redogjordes för regelverket kring förebyggande sjukpenning och förutsättningarna för att beviljas ersättning. Syftet med både själva förmånen och med den medicinska behandlingen eller medicinska rehabiliteringen som krävs för ersättning är att hindra att en person blir sjuk, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva personens nedsatta arbetsförmåga. Det krävs däremot inte att en person redan har en nedsatt arbetsförmåga, inte heller att han eller hon gör inkomstförlust. Det som avgör är i stället den utsträckning som personen på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Enligt förarbetena till lagstiftningen ska den sjukdom som personen riskerar få vara av sådan art att den förväntas leda till att personens arbetsförmåga blir nedsatt.

Två olika syften

Förmånen förebyggande sjukpenning är speciell inom sjukförsäkringen då den innebär den enda möjligheten en försäkrad har att kunna få ersättning från sjukförsäkringen *innan* en sjukdom har uppstått eller förvärrats och lett till arbetsoförmåga. För förebyggande sjukpenning anses i stället nedsatt arbetsförmåga föreligga genom själva behandlingen eller rehabiliteringen och den tid som åtgärder tar i anspråk.

Förmånen förebyggande sjukpenning har enligt lagstiftaren två tydliga syften. Det första är att *förebygga* sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan, alltså att förhindra att en persons symptom och

[27] ISF 2020:6, Förebyggande sjukpenning – en granskning av sjukpenning i förebyggande syfte.
[28] RiR 2021:19.

ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Målet med behandlingen eller rehabiliteringen är i detta fall att förebygga att en persons ohälsa och symtom övergår till att personen blir sjuk och får nedsatt arbetsförmåga.

Det andra syftet handlar mer om en form av sekundärprevention; i detta fall har en försäkrad redan blivit sjuk och det handlar om att förkorta sjukdomstiden eller häva nedsättningen av arbetsförmågan, att förhindra att personen blir sjukare, att han eller hon blir sjuk upprepade gånger eller inte kan arbeta eller söka arbete under längre tid. Detta blir aktuellt vid t.ex. sjukdomar som är kroniska eller som går i skov.

De två syftena står inte på något sätt mot varandra. Men de har visats sig skapa problem när Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ska tillämpa reglerna för förebyggande sjukpenning.

Förmånen förebyggande sjukpenning syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. Genom att skapa ekonomiska förutsättningar för försäkrade att delta i åtgärder som förebygger sjukfrånvaro kan förmånen bidra till bl.a. att målet om en låg och stabil sjukfrånvaro uppnås. En utgångspunkt för den fortsatta analysen är således att det är eftersträvansvärt att förmånen används i den utsträckning som krävs för att uppfylla dessa mål, och att hinder eller problem för ett sådant användande medför oönskade konsekvenser. Av nedanstående redogörelse framgår bl.a. att få försäkrade använder sig av förmånen och Försäkringskassan fattar få beslut i ärendeslaget.

En annan viktig utgångspunkt – som bl.a. visats föreligga genom Inspektionen för socialförsäkringens granskning av förmånen – är att de centrala aktörerna som har att hantera den medicinska rehabiliteringen och tillhörande förmåner – Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – anser att förebyggande sjukpenning är en viktig länk i deras arbete med att förebygga att personer blir sjuka och får nedsatt arbetsförmåga. Samtidigt anser dessa aktörer att det finns både juridiska och administrativa hinder som gör att förmånen inte kan användas i tillräcklig omfattning. ISF konstaterar också mot bakgrund av den psykiska och fysiska ohälsan i befolkningen att användningen av förmånen inte motsvarar de behov som finns.[29]

[29] ISF 2020:6, Förebyggande sjukpenning, s. 12–13.

Det är mot denna bakgrund angeläget att analysera tänkbara förklaringar till att förmånen används i sådan liten utsträckning och att identifiera eventuella problem kopplade till nuvarande regelverk och tillämpning. Följande avsnitt ägnas åt denna analys.

20.4 Tänkbara förklaringar till varför användandet av förmånen är begränsat

Utredningen har i tidigare avsnitt (20.2) kunnat konstatera att få försäkrade ansöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Det finns ett antal möjliga förklaringar till varför förmånen används i så liten utsträckning. Det skulle kunna röra sig om interna förklaringar såsom om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit. Externa faktorer, som att medicinsk behandling inte genomförs i någon högre utsträckning eller att förmånen inte är tillräckligt känd utgör andra möjliga förklaringar. Dessa olika förklaringsmodeller diskuteras i avsnitten nedan. En del faktorer kan utgöra både en förklaring till det begränsade användandet och vara del i en effekt av samma begränsade användande.

20.4.1 Förmånens syfte och funktion i de övergripande målen för sjukförsäkringen är otydligt formulerade

Förebyggande sjukpenning infördes för snart 30 år sedan för att sjukförsäkringen skulle kunna vara med och stödja de hälsopolitiska planerna och förbättra arbetet med att förebygga ohälsa eller sjukdom. Det är samma regler som gäller nu som när förmånen infördes. Avsikten med att införa förebyggande sjukpenning var att förmånen skulle vara ett av flera verktyg för att förhindra frånvaro från arbete på grund av sjukdom.[30]

En grundläggande förutsättning för att en förmån och ett regelverk ska fungera som avsett är att den tillämpande myndigheten och övriga aktörer har tillräcklig kunskap om förmånen och att information om förmånen når berörda parter. Men lika viktigt är att det sker uppföljningar och utvärderingar och att syftet med den aktuella

[30] Prop. 1990/91:141, s. 33–34; SOU 1988:41, s. 313–335.

regleringen klart framgår. Det är svårt att tillämpa en reglering där avsikten och syftet med förmånen är otydlig.

Inspektionen för socialförsäkringen har som underlag för sin rapport 2020:6 bland annat gjort en dokumentstudie och undersökt Försäkringskassans interna styrning av förmånen, inkl. budgetpropositioner, regleringsbrev, återrapportering i Försäkringskassans årsredovisningar och myndighetens interna styrdokument.

ISF drar utifrån redovisningen i dessa dokument slutsatsen att det är oklart vilken funktion den förebyggande sjukpenningen har i sjukförsäkringen. Det finns inte någon tydlig koppling mellan förebyggande sjukpenning och de uppdrag och mål som regeringen genom åren har gett Försäkringskassan för att minska eller förkorta sjukfrånvaron.

En andra slutsats som ISF drar är att det hos Försäkringskassan saknas en tydlig koppling mellan den förebyggande sjukpenningen och de åtgärder som myndigheten har genomfört för att uppfylla olika mål om att minska eller förkorta sjukfrånvaron. I Försäkringskassans centrala dokument för verksamhetsplanering och i budgetunderlag i myndighetens årsredovisningar rapporteras bara hur många som har fått förmånen.

Regeringens styrning saknar specifika mål för förmånen

Som exempel på stöd för dessa slutsatser är att det i budgetpropositionerna för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning saknas mål eller analyser av hur den förebyggande sjukpenningen har använts. Det finns dock skrivningar i några av budgetpropositionerna från senare år som handlar om arbetet med att förebygga ohälsa och sjukfrånvaro.

Ett exempel är budgetpropositionen för 2020. Där redogör regeringen för ett förslag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården för sjukskrivna personer. Insatserna ska erbjudas enskilda patienter under villkor att dessa är sjukskrivna och har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller komma in i arbetslivet. Regeringen bedömer att detta förslag kommer bidra till att nå målet om att sjukskrivna ska kunna återgå till arbetet tidigare efter en sjukfrånvaro. Budgetpropositionen saknar dock en beskrivning av vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i

hälso- och sjukvårdens arbete med att förkorta tiden personer är borta från arbetet på grund av sjukdom.[31]

Försäkringskassans regleringsbrev

I tidigare avsnitt (se t.ex. avsnitt 7.2) har utredningen kunnat konstatera att styrning av Försäkringskassan genom regleringsbrev till myndigheten har stor betydelse som förklaringsmodell till utvecklingen för en viss förmån. Dessa regleringsbrev har berört sjukpenningen med också sjukersättningen, där t.ex. ett tak på antal beviljade ersättningar angavs i regleringsbrevet.

Vad gäller den förebyggande sjukpenningen kan konstateras att det i regleringsbreven till Försäkringskassan under perioden 2005–2020 inte fanns några specifika mål rörande den förebyggande sjukpenningen. Det fanns heller inga krav på att Försäkringskassan skulle återrapportera hur förmånen används för att förebygga och minska sjukfrånvaron.[32] Däremot fanns det ett mål år 2006 under verksamhetsområdet Ersättning vid och åtgärder mot ohälsa, om att Försäkringskassan ska bidra till att förebyggande åtgärder vidtas för att minska sjukfrånvaron.[33] Men det fanns ingen beskrivning vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i de förebyggande åtgärderna.

Samma mål finns med i regleringsbreven för 2007 och 2008 tillsammans med en inriktning för sjukförsäkringen där den så kallade arbetslinjen skulle vara vägledande i sjukskrivningsprocessen. Regeringen skrev att Försäkringskassan tidigt ska gå in aktivt och stödja insatser som syftar till att motverka att personer är borta från arbetet under lång tid på grund av sjukdom och utanförskap.[34] Men inte heller här hade regeringen pekat ut ett uttryckligt samband mellan de tidiga insatserna och den förebyggande sjukpenningen.

I regleringsbreven för åren 2009–2013 gav regeringen Försäkringskassan ett mål, under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, att verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som skulle präglas av tidiga och aktiva insatser

[31] Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10.
[32] Regleringsbrev budgetåren 2005–2020 avseende Försäkringskassan.
[33] Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan, S2007/1411/SF.
[34] Regleringsbrev för budgetåret 2007 avseende Försäkringskassan, S2008/1231/SF; regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan, S2008/6774/SF.

för att undvika att personer är borta från arbetet under lång tid på grund av sjukdom. Inte heller här fanns det en beskrivning av vilken funktion och betydelse den förebyggande sjukpenningen skulle ha i arbetet med de tidiga insatserna.

ISF konstaterar att det från år 2014 och fram till år 2020 inte finns några mål i regleringsbreven som går att koppla till tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen.[35] Riksrevisionen gör samma observation och konstaterar att Försäkringskassans uppdrag att förebygga sjukskrivningar inte är tydligt och att uppdraget inte har uttalats explicit i regeringens regleringsbrev sedan 2013.[36] Utredningen kan dock konstatera att regeringen nyligen gav Försäkringskassan ett ändrat regleringsbrev med tydliga formuleringar om förebyggande insatser.[37]

Försäkringskassans interna dokument

Inte heller i Försäkringskassans verksamhetsplanering och budgetunderlag sägs något om den förebyggande sjukpenningen. Förmånen har dock två gånger varit föremål för Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar. I den rättsliga kvalitetsuppföljningen från år 2015 står att Försäkringskassan inte har prioriterat den förebyggande sjukpenningen i utbildningssammanhang eller i myndighetens ledning och styrning.[38]

Årsredovisningarna rapporterar vissa insatser när det gäller målet om tidiga och aktiva insatser. Det handlar framför allt om att myndigheten har arbetat mer med arbetsgivare för att sjuka snabbare ska kunna återgå till sitt arbete. Målet handlar också om att företagshälsovården är arbetsgivarnas viktigaste resurs i arbete med att förebygga sjukfrånvaro och med rehabilitering. Försäkringskassan kopplar dock inte de åtgärder som myndigheten har genomfört för att förverkliga målet om tidiga och aktiva insatser till den behandling och rehabilitering som personer deltar i med stöd av den förebyggande sjukpenningen. I årsredovisningarna rapporterar också Försäkringskassan om myndighetens förebyggande arbete med att informera arbetsgivare och hälso- och sjukvården om hur sjukförsäkringen fungerar, för att den ska kunna fungera ändamålsenligt. Årsredovis-

[35] ISF 2020:6, s. 54.
[36] RiR 2021:19, s. 7.
[37] Regeringsbeslut S2021/03352, 2021-04-08.
[38] Försäkringskassan 2015:6, s. 22.

ningen rapporterar också om stöd som Försäkringskassan ger till arbetsgivare och företagshälsovård samt om de förebyggande individinsatser som Försäkringskassan deltar i genom samordningsförbunden. Men inte heller här står det något om vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i det förebyggande arbetet och i insatserna.[39]

Riksrevisionens granskning visar att arbetet med den förebyggande sjukpenningen är lågt prioriterat internt inom Försäkringskassan. Riksrevisionen bedömer därför att, givet myndighetens nuvarande tillämpning av uppdraget, Försäkringskassans möjligheter att påverka sjukpenningtal och ohälsotal med ersättningen är begränsade.[40]

En lågprioriterad del av sjukförsäkringen

Utredningen konstaterar mot denna bakgrund, i likhet med ISF och Riksrevisionen, att det finns stöd för uppfattningen att målen och syftet med den förebyggande sjukpenningen är otydligt uttryckta i de relevanta styrdokumenten. Ett annat sätt att beskriva detta är att förmånen synes utgöra en lågprioriterad del av sjukförsäkringen.

Utredningens bedömning är vidare att otydligheter i förmånens beskrivna syfte kan medföra att den inte blir en prioriterad del av Försäkringskassans arbete. Detta riskerar i sin tur att slå mot användningen av förmånen. Den närmre omfattningen av detta är dock svår att bedöma.

ISF konstaterar att det enligt flera försäkringssamordnare, samverksansvariga och försäkringsspecialister verkar vara så att varken regeringen eller Försäkringskassan prioriterar eller uppmärksammar den förebyggande sjukpenningen. ISF anger vidare att både regeringen och Försäkringskassan dessutom saknar en övergripande strategi för att sprida information och kunskap om förmånen.[41]

ISF beskriver vidare bl.a. att Försäkringskassans samverkansansvariga säger att de är osäkra på hur mycket de ska informera om förebyggande sjukpenning. Det beror främst på att det inte finns några tydliga mål för förmånen, varken från regeringen eller från Försäkringskassan. Samtidigt anser flera av de personer som ISF har

[39] ISF 2020:6, s. 55.
[40] RiR 2021:19, s. 7.
[41] ISF 2020:6, s. 51.

intervjuat – både inom hälso- och sjukvården och hos Försäkringskassan – att många inom hälso- och sjukvården och arbetsgivarna inte kan tillräckligt mycket om förmånen, till exempel hur och när förmånen kan användas.[42]

Utredningen konstaterar sammantaget att bilden av den förebyggande sjukpenningen som en lågprioriterad förmån går igen i utredningens egna kontakter med berörda aktörer men också i ISF:s och Riksrevisionens granskningsrapporter. Regelverket är gammalt och syftet har inte beskrivits tydligt i de relevanta styrdokument som finns. Roll- och ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är inte tydlig. Detta utgör sannolikt en delförklaring till att förmånen används endast i begränsad utsträckning.

20.4.2 Regelverket innehåller flera svårbedömda rekvisit där tolkningen skiljer sig åt mellan aktörerna

Utredningen har tidigare redogjort för regelverket kring den förebyggande sjukpenningen och att ett flertal rekvisit måste vara uppfyllda för att ersättning ska kunna beviljas. Detta gäller såväl kraven på behandlingsplanen som förutsättningarna för själva ersättningen. Det kan konstateras att flera av dessa rekvisit innebär högt ställda krav. Flera av rekvisiten innefattar också bedömningsfrågor där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar och där bedömningsutrymmet för handläggaren är relativt stort. Utredningen konstaterar att detta kan medföra en hög risk för bristande enhetlighet i tillämpningen.[43] De krav som ställs kan också medföra att många typer av medicinska behandlingar och rehabiliteringar inte uppfyller kraven, vilket i sin tur medför att den försäkrade inte kan beviljas förebyggande sjukpenning. Detta utgör sannolikt en delförklaring till varför förmånen används i så liten utsträckning.

En central slutsats i denna del är också att bedömningen av de olika kriterierna skiljer sig åt mellan huvudaktörerna Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården. Det handlar då främst om de medicinska begrepp som avgör vad som ska anses utgöra medicinsk behandling eller rehabilitering, eller om sådan behandling ska anses vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet.

[42] ISF 2020:6, s. 98.
[43] Jfr Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.

Begreppen medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering

Förebyggande sjukpenning kan bara betalas ut vid medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Lagstiftningen innehåller inte någon tydlig definition av dessa begrepp. Inte heller finns i aktuellt regelverk någon avgränsning av vilka behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder som kan ersättas. I förarbetena och rättspraxis nämns att det, som konstaterats ovan, förutom vanlig sjukvård kan röra sig om sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder.[44] I rättspraxis har även deltagande i missbruksvård ansetts kunna vara en sådan behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till sjukpenning i förebyggande syfte.

Det står alltså inte helt klart vilka typer av behandlingar som ska anses utgöra medicinsk behandling eller rehabilitering. Klart är att olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering inte ingår – den prövas och ersätts i stället inom ramen för rehabiliteringsersättningen. Däremot har utredningen tidigare konstaterat att gränsen mellan olika typer av rehabilitering inte alltid är lätt att dra och att människor ofta genomgår flera typer av rehabilitering samtidigt.

Rättsläget är också oklart exempelvis när det gäller frågan om hemuppgifter, dvs. en del av behandling eller rehabilitering som den enskilde utför på egen hand i hemmet, kan godkännas som del i en behandlingsplan. Som tidigare redogjorts för, har Kammarrätten i Göteborg prövat frågan (och godtagit denna typ av inslag i behandlingen) men frågan har inte prövats i sak av HFD.

Den kanske viktigaste frågan är dock den om andra inslag än rent medicinska som ingår som del i medicinska rehabiliteringsplaner. Behandling i form av KBT mot psykisk ohälsa är vanlig. Behandlingen innefattar typiskt sett även individuella inslag utförda i hemmet. Denna vanliga typ av behandling aktualiserar också frågan om vilka typer av vårdinsatser som kan ingå i medicinsk behandling och rehabilitering och ge rätt till ersättning. Denna fråga berörs nedan.

[44] Prop. 1991/92:40, s. 31.

Sociala och pedagogiska inslag i medicinsk behandling och rehabilitering

De två huvudsakliga aktörerna Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har enligt ISF:s granskning olika syn på hur reglerna ska tolkas när det gäller begreppet medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering. ISF:s granskning visar att Försäkringskassan tolkar begreppet *medicinsk* mer strikt än vad hälso- och sjukvården gör. Det gäller främst frågan om sociala eller pedagogiska inslag i ett behandlingsprogram kan godkännas i den behandlingsplan som ska ingå i en ansökan om förebyggande sjukpenning. Försäkringskassan godkänner enligt ISF vanligtvis inte pedagogiska eller sociala inslag i en behandlingsplan, medan hälso- och sjukvården anser att sådana inslag är en självklar del i många behandlingsprogram. ISF anser att reglerna skapar problem, eftersom det i modern behandling och rehabilitering i stort sett alltid ingår pedagogiska inslag, och ofta även sociala inslag. Dessa inslag är inbyggda i behandlingen eller rehabiliteringen för att enskilda personer själva ska kunna ta ansvar för sin ohälsa eller sin sjukdom, och själva kunna bidra till att deras hälsa utvecklas i en positiv riktning.[45]

Som exempel kan nämnas den vanliga behandlingsformen multimodal rehabilitering (MMR). I ISF:s aktstudie ingick MMR i behandlingsplanen i 11 av de 93 ärendena (12 procent) där personernas behandlingsplan har godkänts i sin helhet och personerna även har beviljats förebyggande sjukpenning. Det kan jämföras med att MMR ingick i behandlingsplanen i 20 av 73 ärenden (27 procent) där personernas behandlingsplan respektive ansökan om ersättning blivit antingen delvis beviljad eller inte beviljad. Det är alltså utifrån studien mer sannolikt att Försäkringskassan inte godkänner MMR som en del av en behandlingsplan än att myndigheten gör det. Detta resultat speglar Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens olika synsätt på om MMR är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Problemet är, som ISF beskriver det, att Försäkringskassan ifrågasätter att hela behandlingsprogrammet är evidensbaserat. Enligt de intervjuade väljer Försäkringskassan ofta att inte godkänna stora delar av programmet, framför allt de delar i behandlingen som innefattar pedagogiska och sociala inslag.

[45] ISF 2020:6, s. 90.

Några av de handläggare hos Försäkringskassan som ISF har intervjuat anser att de olika typer av behandlingar som används i dag innehåller delar som inte är rent medicinska. Det kan i sin tur göra att det är svårt för handläggarna att avgöra om behandlingen ska godkännas inom ramen för en behandlingsplan i förebyggande sjukpenning.[46] En paradox i dessa olika bedömningssätt kan illustreras av vad en samordnare för rehabilitering och försäkringsmedicin på en hälso- och sjukvårdsförvaltning uttrycker i en intervju med ISF:

> Det finns evidens i ett evidensdokument för vad MMR är, och vården ska genomföra MMR. Vissa personer behöver detta i förebyggande syfte och ansöker. Då hamnar vi i ett problem […] De medicinska rehabiliteringsprogrammen godkänns inte alla gånger av Försäkringskassan. De plockar ur delar av programmet och säger att detta inte är medicinisk behandling. Då blir det två motsägelser. Dels beställer hälso- och sjukvården behandlingen enlig evidensdokumentet. Dels så är det ju sociala delar i dagens mediciniska behandlingar, och att då plocka ur delar gör att paketet till slut inte har evidens längre.[47]

ISF uttrycker uppfattningen att de pedagogiska och sociala inslagen är nödvändiga eftersom bakomliggande faktorer vid ohälsa och sjukdom helt eller delvis finns utanför det rent medicinska området. Det gäller till exempel faktorer som berör livsstil, arbetsmiljö och balans i livet.[48]

Begreppet ordinerad av läkare

Kriteriet att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska vara ordinerad av läkare synes utgöra ett mindre bekymmer. Om en läkare har fyllt i blanketten FK 7265 Läkarutlåtande – förebyggande behandling, medicinsk behandling, medicinsk rehabilitering och där beskrivit den planerade åtgärden har det i Försäkringskassans granskning i Försäkringskassan rättsliga kvalitetsuppföljning tolkats som att läkaren ordinerat den aktuella åtgärden. Även om läkaren på något annat sätt underrättat Försäkringskassan att hans eller hennes patient ska genomgå en viss behandling eller rehabilitering så kan det tolkas som en ordination.[49]

[46] ISF 2020:6, s. 82.
[47] ISF 2020:6, s. 80.
[48] ISF 2020:6, s. 90.
[49] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.

Svårt att avgöra om insatsen bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet

En ytterligare förutsättning för att kunna få sjukpenning i förebyggande syfte är att den försäkrade har en *förhöjd risk att få en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan*, och bedömningen om så är fallet ska enligt lagtexten göras utifrån *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Det måste alltså finnas någon specifik riskfaktor som kan förväntas medföra att den försäkrade får nedsatt arbetsförmåga om behandling eller rehabilitering inte genomförs. Läkaren ska även ha ordinerat personen att delta i en behandling eller rehabilitering, som ska vara lämplig för att minska risken att personen blir sjuk. Enstaka vårdbesök ger inte en person rätt till ersättning.[50]

När en person ansöker om förebyggande sjukpenning ska Försäkringskassan i det första steget i handläggningen bedöma den medicinska behandlingen eller medicinska rehabiliteringen i den behandlingsplan som läkaren har ordinerat.[51] Det innebär enligt Försäkringskassans vägledning att handläggaren ska

> ta ställning till om den försäkrade, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, har en förhöjd risk att få arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom och om behandlingen minskar den risken. Det handlar alltså om att göra en evidensbaserad bedömning, dvs. ta ställning till om det finns ett vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen har effekt på sjukdomen.[52]

Handläggaren kan därefter besluta att helt eller delvis godkänna behandlingsplanen eller att inte godkänna planen.

ISF beskriver att Försäkringskassans handläggare i intervjuerna anger att det finns två svårigheter med hur de ska tolka begreppen medicinsk behandling respektive medicinsk rehabilitering. Den första svårigheten handlar om att det kan vara svårt att avgöra vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet när det gäller nya behandlingsformer. Den andra svårigheten handlar om att lagen är gammalmodig, och att handläggarna tycker att de exempel som anges i förarbeten – och som därmed ska vara ett stöd för handläggarna när de tillämpar lagen – inte är aktuella och relevanta i dag.[53]

[50] Prop. 1990/91:141, s. 84 f.
[51] Prop. 1990/91:141, s. 73 och 85; 27 kap.6 § andra stycket SFB.
[52] Försäkringskassan, Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Vägledning 2015:1, version 12, avsnitt 4.2.3.
[53] ISF 2020:6, s. 81–82.

ISF konstaterar vidare att kravet på att behandling eller rehabilitering ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet är något som väcker frågor och skapar problem i dialogen mellan Försäkringskassan och vårdgivare. Det beror sannolikt på att Försäkringskassan när de tillämpar lagstiftningen tolkar vetenskap och beprövad erfarenhet som att behandlingen eller rehabiliteringen ska vara *evidensbaserad*.

Förutsättningen för att få sjukpenning i förebyggande syfte är att man – utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet – kan *förvänta sig* att den planerade åtgärden kommer att förebygga att den försäkrade blir arbetsoförmögen. Försäkringskassan uttrycker detta som att åtgärden med andra ord ska vara *evidensbaserad* och dessutom *lämpad just i den försäkrades fall*.[54]

ISF anser dock att detta är en långtgående och felaktig tolkning, och ett betydligt strängare villkor än vad som förarbetena till reglerna beskriver. Enligt förarbetena ska läkaren göra en bedömning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet om personen har en förhöjd sjukdomsrisk. Läkaren ska sedan ordinera en behandling som ska vara lämpad att minska sjukdomsrisken.[55] ISF anger att det givetvis viktigt är att den behandling som personen ska få bygger på bästa möjliga kunskap, men att detta inte betyder att behandlingen ska vara evidensbaserad. ISF ifrågasätter dessutom om det är rimligt att enskilda handläggare hos Försäkringskassan ska göra en rent medicinsk bedömning av om en behandling är lämpad för att minska risken för sjukdom eller inte. Det är ett ansvar som bör ligga på hälso- och sjukvården.[56]

Riksrevisionen anger i sin rapport om Försäkringskassans förebyggande arbete att de förebyggande behandlingar och insatser som ges med Försäkringskassans ersättningar ska vara effektiva och att de därmed ska kunna förhindra eller förkorta sjukskrivning. I detta, liksom i all annan statlig verksamhet, ska hög effektivitet eftersträvas. Ur en effektivitetssynvinkel bör användningen av förebyggande ersättningar därför styras mot evidensbaserade förebyggande insatser.[57] Riksrevisionen redogör emellertid inte i rapporten för vad myndigheten menar avses med begreppet evidensbaserad eller för det rättsliga stödet för ett sådant krav.

[54] Försäkringskassan 2015:6 och 2019:6.
[55] Prop. 1990/91:141, s. 85.
[56] ISF 2020:6, s. 97.
[57] RiR 2021:19, s. 13.

Utredningen kan konstatera att bedömningen av huruvida en viss behandling bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet är svår och sannolikt skiljer sig åt mellan olika bedömare inom Försäkringskassan. Handläggare på Försäkringskassan beskriver för utredningen att bedömningen av om en åtgärd är evidensbaserad främst görs utifrån utredningen i ärendet:

> Vi har läkarutlåtanden där vi läser och sedan har vi specialistkompetens, FMR och specialist inom sjukförsäkringsfrågor som vi kan prata med och rådfråga. Sedan kan man alltid ringa till läkaren om känns tveksamt. Vi har diskuterat oss fram till att KBT är evidensbaserat, 12-stegsbehandling är evidensbaserat. När vi startade upp teamet gjorde vi mycket så att vi gjorde studiebesök i vården och pratade med läkarna. Vi var där och informerade om förebyggande sjukpenning och de informerade oss om saker som de tycker är viktiga och vi stämde av att det var evidensbaserat och att det fanns forskning. Jag tycker vi har god uppfattning om vad som är medicinsk behandling.[58]

Försäkringskassan rättsliga kvalitetsuppföljningar pekar på att resonemanget om behandlingens stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet sällan har uttryckligt stöd i utredningen. I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning 2015:6 bedömde granskarna att det i knappt en tredjedel av ärendena (29 procent) framgick av utredningen att den planerade åtgärden kunde förväntas förebygga arbetsoförmåga. I dessa ärenden hade läkaren på något sätt indikerat i utlåtandet att behandlingen hade stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, men det fanns få fall med någon uttrycklig beskrivning av vilken evidens som finns eller någon källhänvisning. I princip hade det alltså bara framgått på så sätt att en läkare i mer eller mindre uttryckliga ordalag hade uppgett att behandlingen är evidensbaserad. Någon egentlig värdering av utsagan kunde inte göras eftersom den inte hade underbyggts. Granskarna bedömde att det i mer än två tredjedelar av ärendena inte framgick att behandlingen var evidensbaserad, det fanns inte ens ett påstående om att så var fallet. I dessa ärenden fick granskarna även göra en *sannolikhetsbedömning* av denna fråga, dvs. om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsoförmåga hos den försäkrade.[59] Vid den bedömningen utgick de från sina egna kunskaper om behandlingar, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, etc. Resultatet blev att granskarna bedömde det som sannolikt i knappt två tredjedelar (64 procent) av ärendena och inte

[58] Utredningens möte med handläggare av förebyggande sjukpenning.
[59] Även i denna fråga tycks beviskravet *sannolikt* tillämpas vid denna bedömning.

som sannolikt i 1 procent av ärendena. I drygt en tredjedel av ärendena (35 procent) var uppgifterna så knapphändiga att de inte kunde göra någon sannolikhetsbedömning.[60]

Resultatet var likartat i granskningen från 2019. Granskarna bedömde denna gång att det saknades tillräckliga uppgifter om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsoförmåga hos den försäkrade. I stället gjordes, liksom 2015, en sannolikhetsbedömning i den här delen av den närmare en tredjedel av ärenden (30 procent) där granskarna bedömde att det saknades tillräckliga uppgifter om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsoförmåga hos den försäkrade. Granskarna bedömde att det i knappt hälften av ärendena var sannolikt att förutsättningarna var uppfyllda.

Utredningen konstaterar i likhet med ISF att det finns en gradskillnad mellan förarbetenas beskrivning av att bedömningen ska göras mot bakgrund av vetenskap och beprövad erfarenhet å ena sidan och Försäkringskassans krav på evidensbaserad behandling eller rehabilitering å andra. Denna uppfattning delas även av den försäkringsmedicinskt sakkunniga som ingår i utredningens expertgrupp.[61] Utredningen menar vidare att kravet på evidensbaserad behandling är att gå längre än vad det finns rättsligt stöd för och innebär att Försäkringskassan tillämpar en för strikt bedömning i denna fråga. Att ställa upp ett krav på evidens medför också att en behandlingsplan i färre fall kommer att godkännas, vilket också får som konsekvens att förebyggande sjukpenning inte beviljas.

Rekvisiten utgör medicinska frågor och bedömningar i högre grad än vid bedömningen av sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga

Resultatet från ISF:s granskning visar att förebyggande sjukpenning befinner sig i skärningspunkten mellan två helt olika typer av verksamheter. Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har skilda uppgifter i arbetet med att minska sjukfrånvaron, skilda sätt att se på hur förmånen kan och bör fungera och gör olika bedömningar och tolkningar av de begrepp som ingår i förmånsslaget.

Utredningen konstaterar att den förebyggande sjukpenningen är utformad så att Försäkringskassan i sina bedömningar tvingas gå in i hälso- och sjukvårdens kompetensområde. Det handlar i första hand

[60] Försäkringskassan 2015:6.
[61] Utredningens möte med experter inom försäkringsmedicin 2020-11-26.

om att handläggarna måste bedöma risken för att en försäkrad blir sjuk eller inte. Men det handlar också om att handläggarna måste bedöma de behandlingar som ingår i behandlingsplaner och huruvida dessa kommer att vara effektiva eller inte. Ytterligare svårigheter uppstår genom Försäkringskassans tolkning av regelverket där myndigheten menar att det är handläggaren som ska göra bedömningen av den evidensbaserade behandlingen.

På så sätt rör dessa typer av ärenden i större utsträckning medicinska bedömningar än vad som t.ex. gäller för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Denna avvägning innefattar en försäkringsjuridisk bedömning av begrepp som arbetsförmåga, arbetsmarknad, anpassning m.m. medan kriterierna vid bedömningen av rätt till förebyggande sjukpenning i det närmaste rent medicinska.

Även ISF uttrycker uppfattningen att den expertis som behövs för att bedöma ärenden inom den förebyggande sjukpenningen ligger närmare hälso- och sjukvårdens kunskapsområde än för övriga förmåner inom sjukförsäkringen.[62] ISF ifrågasätter dessutom i sin rapport om det är rimligt att enskilda handläggare hos Försäkringskassan ska göra en rent medicinsk bedömning av om en behandling är lämplig för att minska risken att en person blir sjuk. Det är ett ansvar som ISF anser bör ligga på hälso- och sjukvården med stöd av rekommendationer och kunskapssammanställningar från Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).[63]

Börjesson och Enqvist drar slutsatsen att förmånens måluppfyllelse sannolikt skulle gynnas av att Försäkringskassan agerade utifrån en annan logik än vad den typiskt sett gör, genom högre acceptans för att innehållet i medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet ska bestämmas utanför den rättsliga arenan.[64]

Medicinsk kunskap i form av konsultation med FMR används sällan av Försäkringskassan

I förarbetena lyfts det särskilt fram att det är lämpligt att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare i de fall det är oklart om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen uppfyller kraven för rätt

[62] ISF 2020:6, s. 32.
[63] ISF 2020:6, s. 20.
[64] Börjesson och Enqvist, Nordisk administrativ tidskrift nr 1/2021.

till sjukpenning i förebyggande syfte.[65] I praktiken sker emellertid sällan en sådan bedömning, enligt vad utredningen har fått veta. I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning 2015:6 hade handläggaren inte konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i något av de granskade ärendena. I den senare rättsliga kvalitetsuppföljningen 2019:6 hade FMR konsulterats i ett fåtal ärenden.[66] Utredningens kontakter med handläggare på Försäkringskassan bekräftar denna bild.

I ISF:s rapport konstateras att aktstudien visar att handläggarna hade konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i 4 procent av de ärenden där personernas behandlingsplan hade godkänts i sin helhet och de hade beviljats förebyggande sjukpenning. Det kan jämföras med att handläggarna hade konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i 21 procent av de ärenden där den försäkrades behandlingsplan inte hade godkänts och han eller hon hade fått avslag på sin ansökan om förmånen.[67]

Möjligen hade fler behandlingsplaner godkänts efter en större andel förfrågningar till FMR. Dock framstår det som mer sannolikt att en FMR skulle ha konsulterats i de ärenden där handläggaren varit osäker på om behandlingsplanen skulle godkännas. I så fall behöver inte det låga antalet fall där FMR har konsulterats ha påverkat antalet ärenden med beviljad förebyggande sjukpenning i negativ riktning; snarare tyder den redovisade statistiken på att fler avslag skulle blivit fallet efter konsultation med FMR.

Osäkerheten kring rekvisiten innebär ett minskat användande av förmånen

Sammantaget kan utredningen konstatera att det synes råda osäkerhet kring de olika rekvisiten för förebyggande sjukpenning och vilka inslag som kan ingå i medicinsk behandling eller rehabilitering.

De skilda tolkningarna får som resultat att hälso- och sjukvården ibland undviker att rekommendera patienter att ansöka om förebyggande sjukpenning. Detta beror på att hälso- och sjukvården misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan. Detta gäller särskilt vid behandling eller rehabilitering för att *förebygga* sjukdom, det vill säga för personer med psykisk

[65] Prop. 1990/91:141, s. 85.
[66] Försäkringskassan 2015:6, 2019:6.
[67] ISF 2020:6, s. 84.

eller fysisk ohälsa men utan utvecklad sjukdom. Sådan behandling eller rehabilitering innehåller vanligtvis pedagogiska och sociala inslag, och dessutom övningar som patienten ska genomföra hemma mellan besöken hos hälso- och sjukvården. I fall där hälso- och sjukvården misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan är det inte ovanligt att hälso- och sjukvården i stället sjukskriver patienten, så att hen kan använda sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga för att kunna delta i behandlingen eller rehabiliteringen. I båda de fallen – utebliven ansökan eller sjukskrivning i stället – kommer användandet av förebyggande sjukpenning att minska, och det utgör således en delförklaring till det begränsade användandet av förmånen.

20.4.3 Reglerna är svåranvända för behandling och rehabilitering i förebyggande syfte

I tidigare avsnitt redogjordes för att förmånen har två huvudsakliga syften, där ett är att verka *förebyggande*, så att en försäkrad kan få ersättning under tid för medicinsk behandling eller rehabilitering för att förebygga sjukdom och arbetsoförmåga.

I det förebyggande arbetet kan en person använda förebyggande sjukpenning för att snabbare bli frisk eller för att förhindra att bli sjukare. Det går också att använda förmånen för att förhindra att en person blir sjuk igen i samma sjukdom, eller att personen många gånger eller länge måste avstå från att arbeta på grund av sjukdom.

Ett annat användningsområde är i arbetet mot *ohälsan*, det vill säga för att förebygga att människors ohälsa eller symtom leder till att de blir sjuka och helt eller delvis inte kan arbeta.[68] I regelverket för förebyggande sjukpenning ställs inte upp något krav på att den försäkrade ska ha en sjukdom eller diagnos; ett av syftena är tvärtom att sådan sjukdom ska förhindras och inte uppstå genom den förebyggande åtgärden.

Många i Sveriges befolkning har nedsatt psykiskt välbefinnande och symtom på psykisk ohälsa. År 2018 uppgav var femte kvinna (20 procent) och var sjunde man (14 procent) att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland unga och unga vuxna. Det kan alltså sägas finnas ett omfatt-

[68] ISF 2020:6, s. 72.

ande behov av förebyggande insatser för att förhindra psykisk sjukdom och sjukfrånvaro.

ISF konstaterar i sin rapport att endast i ca 10 procent av de studerade akterna, där den försäkrade hade blivit beviljad hel eller partiell förebyggande sjukpenning och inte redan hade sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, hade den försäkrade psykiska eller fysiska symtom men inte sjukdom, och där läkaren inte hade ställt en diagnos. Det innebär, konstaterar ISF, att det bara är en liten andel av personerna som har fått förmånen för att kunna delta i behandling eller rehabilitering där syftet är förebyggande och att förhindra att deras ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

Några exempel på ohälsa och besvär som beskrivs i dessa personers läkarutlåtanden är

– obalans i vardagliga aktiviteter som riskerar leda till ohälsa om man inte arbetar med att förbättra balansen, stresspåslag, trött
– stressymptom med trötthet, nedsatt koncentration, minnessvårigheter och muskelspänningar
– övervikt och ansamling av riskfaktorer för att utveckla diabetes typ 2 eller hjärtkärlsjukdom
– smärta och spänd muskulatur i nacke och axlar.

De personer som ISF intervjuat inom hälso- och sjukvården anser att förebyggande sjukpenning borde kunna användas i större utsträckning, framför allt för att behandla psykisk ohälsa. De flesta av de rehabiliteringskoordinatorer som ISF har intervjuat anser att förebyggande sjukpenning skulle kunna vara ett viktigt verktyg för att se till att personer kan delta i sådan förebyggande behandling eller rehabilitering.[69]

Regelverket fungerar olika bra för olika situationer

I sin rapport konstaterar ISF att reglerna för förmånen fungerar olika bra för olika typer av situationer. Det fungerar bra för personer som har en diagnosticerad tillfällig eller kronisk sjukdom. Det inne-

[69] ISF, 2020:6, s. 74.

bär att dessa personer ofta kan använda förmånen för att helt eller delvis förhindra eller häva en nedsättning av deras arbetsförmåga, eller för att förkorta sjukdomstiden. Reglerna fungerar också bra för personer som deltar i stora och väletablerade behandlingsprogram, eftersom det är lättare för personer att få en helt eller partiellt godkänd behandlingsplan av Försäkringskassan när det gäller sådana behandlingsprogram.

För personer som deltar i behandling eller rehabilitering för att minska diffusa psykiska eller fysiska besvär fungerar förmånen sämre. Dessa personer har svårt att få förebyggande sjukpenning. Det beror enligt ISF sannolikt på att Försäkringskassan inte godkänner de behandlings- eller rehabiliteringsalternativ som finns i behandlingsplanen för personer med sådana symtom eller besvär. Men det kan också bero på att hälso- och sjukvården inte rekommenderar förebyggande sjukpenning till personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär.[70]

ISF:s registerstudie visar att det är betydligt vanligare att personer har haft någon av sjukpenningsförmånerna innan en ersättningsperiod med förebyggande sjukpenning än att de inte har haft det. Det pekar på att förmånen sällan används vid behandling eller rehabilitering där det främsta syfte är att förhindra att ohälsan eller besvären övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

ISF:s aktstudie förstärker bilden av att det är få personer som får förebyggande sjukpenning för att förhindra att ohälsan eller besvären övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Endast 10 procent av de personer som har blivit helt eller partiellt beviljade förebyggande sjukpenning av Försäkringskassan har fått förmånen för att förebygga psykisk eller fysisk ohälsa. Det gäller alltså personer som inte har fått någon diagnos av läkare. De intervjuade personerna inom hälso- och sjukvården berättar att det är svårt att använda förebyggande sjukpenning vid behandling av bland annat psykisk ohälsa.

En orsak till att förmånen är svår att använda vid psykisk ohälsa eller diffusa fysiska symtom är att personernas behandlings- eller rehabiliteringstid inte når upp till kravet om minst en fjärdedel av arbetstiden. En annan orsak är att det kan vara svårt att få behandlingarna godkända av Försäkringskassan. Att vissa behandlingar inte blir godkända av Försäkringskassan beror på att myndigheten be-

[70] ISF 2020:6, s. 72–73.

dömer att behandlingen inte uppfyller kravet på att den ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Denna faktor gör då också att hälso- och sjukvården i mindre utsträckning rekommenderar förebyggande sjukpenning till personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär.

20.4.4 Rekvisiten om ersättningsbar tid saknar flexibilitet

Sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut endast för tid då den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete för att kunna delta i behandling eller rehabilitering. Kraven för att en försäkrad ska kunna få förebyggande sjukpenning är att han eller hon en viss dag måste avstå från sitt arbete under *minst en fjärdedel* av arbetstiden på grund av behandlingen eller rehabiliteringen. Sådan ersättning kan som huvudregel endast lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar, men förebyggande sjukpenning kan också ges för tid då den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför behandlingen är förhindrad att förvärvsarbeta liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle (se HFD 2019 ref. 42). En försäkrad kan alltså inte få förebyggande sjukpenning till följd av nedsatt arbetsförmåga, även om denna nedsättning av arbetsförmågan i sig är en följd av t.ex. biverkningar av behandling. För sådan tid är han eller hon i stället hänvisad till att ansöka om vanlig sjukpenning. Inte heller kan sjukpenning i förebyggande syfte ges för tid då den försäkrade redan får sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning kan dock betalas ut på båda grunderna för olika delar av samma dag, till exempel om den försäkrade är partiellt sjukskriven men behöver vara helt ledig från arbetet i samband med en vistelse på behandlingshem (som utgör en medicinsk rehabiliteringsåtgärd).

Ytterligare en fråga som uppstår är hur situationen ska hanteras när den faktiska behandlingen endast tar en begränsad tid att utföra, t.ex. en timme, men där den försäkrade till följd av trötthet eller andra biverkningar av behandlingen är förhindrad att arbeta den dagen. Utredningen har, bl.a. i kontakter med handläggare på Försäkringskassan, uppfattat den faktiska tillämpningen som att förebyggande sjukpenning kan betalas ut för sådan tid. Av Försäkringskassans väg-

ledning[71] framgår att om behandlingen eller rehabiliteringen kräver att den försäkrade avstår från arbete även före eller efter besöket på vård- eller rehabiliteringsenheten kan den tiden också räknas med. Det kan till exempel vara när en försäkrad har tillfälligt lågt blodtryck efter en dialysbehandling eller när en försäkrad är tillfälligt illamående efter en cellgiftsbehandling.

Denna tillämpning synes vara begränsad till den aktuella behandlingsdagen. I vägledningen anges att om arbetsförmågan inte bara är nedsatt den aktuella behandlingsdagen kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Om det för behandlingen eller rehabiliteringen krävs att den försäkrade vistas heltid på till exempel ett behandlingshem eller en rehabiliteringsklinik, och därför måste avstå helt från förvärvsarbete, kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut i motsvarande omfattning som han eller hon skulle ha arbetat.

En sådan tillämpning som anges i Försäkringskassans vägledning är emellertid enligt utredningens bedömning tveksam utifrån gällande rättspraxis (se HFD 2019 ref. 42). Enligt rättsfallet är det bara den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen pågår som kan berättiga till förebyggande sjukpenning. För övrig tid utöver den tid som själva behandlingens faktiskt tar är den försäkrade enligt rådande rättsläge hänvisad till att ansöka om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga (eller sjuklön om han eller hon är anställd och befinner sig i början av sjukperioden). Detta torde innefatta även övrig tid under samma dag som behandlingstillfället. Beroende på hur rättsfallet ska tolkas kan det innebära ytterligare begränsningar av den ersättningsbara tiden.

Omfattningen motsvarar reglerna för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, där rätten till sjukpenning utgår från att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel. I likhet med sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga kan förebyggande sjukpenning utges i nivåer om fjärdedelar – 25, 50, 75 eller 100 procent.

Dessa kriterier innebär en begränsad flexibilitet i möjligheten till att genomföra behandling eller rehabilitering. För att ens nå upp till den grundläggande nivån för förebyggande sjukpenning krävs att behandlingen eller rehabiliteringen en viss dag – sjukpenning är en dagersättning – uppgår till minst två timmar. Utredningen menar här att det kan ifrågasättas om en normal behandlingsåtgärd typiskt sett

[71] Försäkringskassan, vägledning 2015:1.

uppgår till två timmar; snarare får det anses ovanligt att enstaka behandlingstillfällen varar så länge. Ett exempel, som återges i ISF:s rapport, är behandling med KBT mot psykisk ohälsa. Denna typ av behandling pågår vanligtvis under en timme per dag, vilket gör att personer som behöver denna typ av behandling kan ha svårt att nå upp till kravet om minst en fjärdedel av arbetstiden. Detta trots att det handlar om upprepade behandlingar som ingår i en behandlingsplan.[72]

Det räcker alltså inte med att behandling pågår under tio timmar under en vecka om dessa tillfällen inte också att fördelade med minst två timmar per dag. Behandlingar eller rehabiliteringar som inte uppgår till jämna tvåtimmarsblock medför också att ersättning inte kan betalas ut för den fulla tiden; ett behandlingstillfälle som varar tre timmar kan t.ex. inte ersättas med halv förebyggande sjukpenning utan endast med en fjärdedel.

De fyra nivåerna framstår vidare som mer stelbenta jämfört med bedömningen vid sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, där bedömningen av graden av en persons nedsatta arbetsförmåga ändå är artificiell i någon mening och inte enkelt kan placeras in på en mätbar skala. Vid medicinsk behandling eller rehabilitering beviljas förmånen för faktisk tid för åtgärden, vilket är enkelt att mäta.

I de intervjuer som ligger till grund för ISF:s granskning beskriver representanter från hälso- och sjukvården att de fyra ersättningsnivåerna skapar problem, och att förmånen inte kan användas på ett flexibelt sätt i arbetet med behandling eller rehabilitering. En intervjuad rehabiliteringskoordinator uppger exempelvis att det vid vissa behandlingar är svårt att komma upp till gränsen om två timmars behandling.[73]

Ett annat exempel, som framkommit i utredningens kontakter med handläggare på Försäkringskassan, kan vara att den försäkrade har behandling del av dag. Man tycker att man är på behandling 2–3 timmar av normala arbetstid men en del av behandlingen ligger utanför arbetstiden vilket medför att man inte avstått en hel fjärdedel av arbetstiden, eller att man kanske ansöker om halv ersättning men bara kan få en fjärdedels förmån.

Många av avslagen på ansökningar om förmånen beror också på att den försäkrade i sin behandling eller rehabilitering inte kommit upp i tillräckligt många timmar. I ISF:s aktstudie rörde sig det parti-

[72] ISF 2020:6, s. 86.
[73] ISF 2020:6, s. 84.

ella eller hela avslaget i 25 procent av de granskade avslagen om att den tid som personen hade avstått från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering inte nådde upp till en specifik ersättningsnivå. Det är ärenden där behandlingstiden inte når upp till en fjärdedels förebyggande sjukpenning, det vill säga två timmars behandling eller rehabilitering inklusive restid till och från behandlingen för en person som arbetar heltid. De partiella avslagen handlade också om personer som har ansökt om ersättning för att kunna delta i en behandling som har pågått under tre timmar. En sådan person når upp till en fjärdedels förmån (två timmar) men inte till halv förmån (fyra timmar). För personer med låg inkomst kan det trots att de får en viss ersättning för inkomstförlust från sjukförsäkringen därför bli särskilt svårt ekonomiskt att delta i en medicinsk behandling eller rehabilitering.[74]

Sammantaget drar utredningen slutsatsen att regelverkets konstruktion med de fyra ersättningsnivåerna sannolikt utgör ett hinder för många typer av medicinsk behandling och rehabilitering. Därmed utgör dessa regler också en delförklaring till varför förebyggande sjukpenning används och beviljas endast i begränsad utsträckning.

20.4.5 Förmånen är administrativt betungande för hälso- och sjukvården

En ansökan om förebyggande sjukpenning ska innehålla ett läkarutlåtande med en behandlingsplan. En ny blankett för Läkarutlåtande om förebyggande sjukpenning som lanserades den 12 november 2017 togs fram som ett led i de förbättringsåtgärder som följde med anledning av Försäkringskassans tidigare rättsliga kvalitetsuppföljning från 2015. Ett sådant läkarutlåtande ska fyllas i med en stor mängd information. Som redogjorts för tidigare krävs också en godkänd behandlingsplan för rätt till förebyggande sjukpenning.

ISF:s intervjustudie visar att läkarna och rehabiliteringskoordinatorerna anser att processen kring att ansöka om förebyggande sjukpenning är komplicerad och administrativt betungande. De kan också vara osäkra om Försäkringskassan kommer godkänna patientens handlingsplan och därmed bevilja honom eller henne ersättning.[75]

[74] ISF 2020:6 s. 85.
[75] ISF 2020:6, s. 63 f.

Enligt ISF:s intervjuer är de uppgifter som handläggarna behöver från läkarna ganska detaljerade, vilket kräver att läkarna lägger ner tid på att ange uppgifterna på rätt sätt. Förmånen blir också administrativt betungande för läkarna när Försäkringskassan begär att läkaren ska komplettera sitt utlåtande. Kompletteringar behövs när läkarutlåtandet inte innehåller tillräcklig information för att myndigheten ska kunna bedöma och fatta beslut i ärendet.

Detta gör att de ibland undviker att rekommendera patienterna att ansöka om denna förmån, och i stället rekommenderar dem att söka sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. I intervjustudien beskrivs bl.a. hur en rehabiliteringskoordinator ger ett exempel på hur hälso- och sjukvården lyckas undvika att ansöka om förebyggande sjukpenning för patienter. Det görs genom att justera omfattningen för de som redan har sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, i stället för att skicka in ett läkarintyg med en behandlingsplan för förebyggande sjukpenning.

Den bild som förmedlas av rehabiliteringskoordinatorerna framförs också i en intervju med företagshälsovården där det beskrivs att man undviker att föreslå förmånen till patienten av praktiska och administrativa skäl. Även om det juridiskt inte finns något hinder så uppstår ett administrativt hinder som intervjupersonen beskriver som ”en minsta motståndets lag”.[76]

Utredningen gör, framför allt mot bakgrund av det som beskrivs i ISF:s rapport, bedömningen att det finns administrativa hinder för användandet av förmånen. Sådana administrativa hinder utgör med stor sannolikhet också en delförklaring till varför så få försäkrade ansöker om förmånen. Så länge hälso- och sjukvården, som är en central aktör i frågan, menar att administrationen kring handläggningen är betungande och att det finns ett alternativ att i stället sjukskriva personen för nedsatt arbetsförmåga, så kommer detta att påverka i vilken utsträckning förmånen används. Även i de fall där det enligt regelverket hade varit korrekt att använda sig av förebyggande sjukpenning blir det då sannolikt att alternativet används. I sammanhanget kan också konstateras att förmånen är speciell på så sätt att sjukskrivning för nedsatt arbetsförmåga finns som ett närliggande alternativ.

[76] ISF 2020:6, s. 64.

20.4.6 Det saknas tillräcklig kännedom om att förmånen finns och kunskap om hur den ska användas bland relevanta aktörer

En tänkbar förklaring till att förebyggande sjukpenning inte används i högre utsträckning än vad som är fallet skulle kunna vara att möjligheten inte är tillräckligt välkänd bland de försäkrade samt de andra aktörer som kan bli aktuella i en process som involverar förmånen – utöver Försäkringskassan i första hand arbetsgivare och hälso- och sjukvården. Visst stöd för en sådan förklaringsmodell framkommer i ISF:s rapport där flera intervjupersoner såväl inom Försäkringskassan som hälso- och sjukvården anger att många inom hälso- och sjukvården och bland arbetsgivare saknar tillräcklig kunskap om hur och när de kan använda sig av förebyggande sjukpenning. Även utredningens kontakter med Försäkringskassan styrker denna bild, och Försäkringskassan beskriver en situation där både arbetsgivare och en del vårdgivare saknar tillräcklig kunskap om förmånen och villkoren för att kunna beviljas förebyggande sjukpenning.

Även om skillnaderna i lagstiftningen mellan förebyggande sjukpenning respektive sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga kan verka uppenbara har Försäkringskassan och hälso- och sjukvården olika åsikter om hur och när förebyggande sjukpenning respektive sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga ska användas. Enligt personer som ISF har intervjuat hos Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården har inte alltid hälso- och sjukvårdspersonal kunskap om hur den förebyggande sjukpenningen fungerar och när förmånen ska användas. Detta gör att personalen inom hälso- och sjukvården är osäkra på hur de ska använda förmånen.[77]

Flera av rehabiliteringskoordinatorerna i ISF:s undersökning anser att förebyggande sjukpenning skulle kunna användas mer och på ett bättre sätt om fler aktörer och allmänheten visste att förmånen finns och hur den fungerar. Det kan till exempel vara arbetsgivare som i sitt arbetsmiljöarbete identifierar anställda som behöver behandling eller rehabilitering för att inte bli sjuka. Om arbetsgivaren kände till den förebyggande sjukpenningen skulle den kunna bli ett värdefullt verktyg i en sådan situation.

[77] ISF 2020:6, s. 57.

Bilden av kunskapsbrist går också igen i utredningens kontakter med Försäkringskassan, där man bl.a. uppger att förmånen inte är tillräckligt känd hos arbetsgivare. En av anledningarna kan emellertid vara att regelverket är gammalt och inte anpassat för dagens arbetsmarknad eller den typ av ohälsa som är aktuell i dag och ofta rör stressrelaterade besvär snarare än fysiska åkommor. En okunskap hos arbetsgivare och vissa vårdgivare kan också röra att prövningen av rätt till ersättning är individuell.[78]

Kunskapsbristen gör enligt utredningens bedömning att förmånen sannolikt används i mindre utsträckning än den hade gjort om kunskapsnivån var högre. Eftersom ett ärende om förebyggande sjukpenning oftast initieras genom kontakt med hälso- och sjukvården och ett resonemang om medicinsk behandling får bristande kunskap om möjligheten till förebyggande sjukpenning hos denna aktör betydelse för om möjligheten kommer att användas eller inte.

En ytterligare aspekt är att ISF har kunnat finna handläggningsbrister hos Försäkringskassan vid sin granskning av förmånen. ISF anger att det finns brister både i kommunikationen mellan Försäkringskassan och enskilda personer och i själva beslutsprocessen. Ett sätt som handläggningen hos Försäkringskassan brister är att handläggaren inte alltid upplyser enskilda personer om att de har ansökt om fel sjukförsäkringsförmån i de situationer där det är så. Det kan exempelvis gälla situationer där personen borde ha ansökt om förebyggande sjukpenning och inte om sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Det kan skapa problem för den personen eftersom hen kan ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen utan att Försäkringskassan informerar om att hen hade kunnat få det om hen hade ansökt om en annan förmån.[79] Utöver de brister detta innebär ur förvaltningsrättsligt perspektiv för bl.a. rättssäkerhet och likformighet konstaterar utredningen att det även kan få till följd att förmånen används i något mindre utsträckning, om försäkrade inte hänvisas till att ansöka om rätt förmån.

[78] Utredningens möte med handläggare av förebyggande sjukpenning på Försäkringskassan.
[79] ISF 2020:6, s. 21.

20.4.7 Incitament och möjligheter att använda förmånen skiljer sig åt för olika grupper på arbetsmarknaden

Förebyggande sjukpenning baseras på den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst – SGI. Det innebär att en förutsättning för att kunna beviljas förmånen är att den försäkrade också har en aktiv (ej vilande) SGI. Ersättningen innebär vidare att det är inkomstförlust för utebliven arbetsinkomst som ska ersättas. Arbetslösa kan enligt rättspraxis också ha rätt till ersättning enligt förmånen om de behöver avstå från att söka arbete för att delta i en behandlingsåtgärd. Olika grupper på arbetsmarknaden berörs på olika sätt av dessa förutsättningar. Utredningen kan konstatera att sjukförsäkringens regelverk till stor del utgår från att försäkrade personer har en fast anställning, en längre visstidsanställning eller är arbetslösa. Reglerna för förebyggande sjukpenning är inget undantag.

Som framgår av avsnittet om arbetsmarknadens utveckling hade ungefär 760 000 personer av de anställda i arbetskraften inte en fast anställning i augusti 2020. Det motsvarar 17 procent av alla anställda i Sverige. Det är således en mycket stor del av arbetskraften som inte omfattas av fasta anställningar, men inte heller är arbetslösa.

Nedan berörs olika gruppers incitament och möjligheter att ta del av förmånen och eventuella problem som kan uppstå vid tillämpningen av regelverket.

Rehabiliteringen som genomförs ersätts på andra sätt

En tänkbar möjlighet, som utredningen menar sannolikt utgör en viktig förklaring till att förmånen inte används mer än vad som är fallet, är att medicinsk behandling och rehabilitering sker, men att försäkrade inte ansöker om förebyggande sjukpenning eftersom rehabiliteringen ersätts på andra sätt.

Många försäkrade arbetar i yrken där arbetstiden är flexibel, eller där exempelvis kollektivavtal tillåter att personen gör besök hos läkare eller sjukgymnast på betald arbetstid. För dessa grupper är möjligheten till ersättning genom förebyggande sjukpenning för åtgärden inte intressant.

Anställda

Försäkrade med en tillsvidareanställning eller längre tidsbegränsad anställning utgör huvudgruppen för användandet av förebyggande sjukpenning. När reglerna skrevs utgjorde denna grupp den dominerande delen på arbetsmarknaden.

Intermittent anställda

Intermittent anställda, eller behovsanställda, räknas enligt rådande rättsläge som anställda i sjukförsäkringens mening endast för de perioder då avtal fattats om utförande av arbete. Under övrig tid räknas dessa personer som arbetslösa.[80]

ISF gör i sin rapport 2020:6 bedömningen att reglerna inte fungerar för denna grupp personer som har korta behovsanställningar, eftersom reglerna utgår från att personer är antingen anställda eller arbetslösa. ISF menar att det inte är rimligt att dessa personer ska riskera att behöva avstå från arbetstillfällen för att kunna delta i behandling eller rehabilitering.[81]

Egenföretagare

Personer med enskild firma kan precis som anställda beviljas förebyggande sjukpenning. Förutsättningarna är att personen har en ökad sjukdomsrisk eller en sjukdom som riskerar att påverka arbetsförmågan, att man på grund av behandlingen eller rehabiliteringen behöver avstå från arbete under minst en fjärdedel av sin arbetstid per dag, att man blivit ordinerad behandlingen av en läkare, att man går miste om arbetsinkomst som är sjukpenninggrundande och är försäkrad i Sverige. Ersättningen baseras på den försäkrades SGI.

Arbetslösa

Om den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering kan ersättning lämnas. I så fall ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund

[80] Se ex SOU 2020:26.
[81] ISF 2020:6, s. 93.

av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Det avgörande i regelverket om förebyggande sjukpenning är att man genom den medicinska förebyggande behandlingen ska vara förhindrad att utföra förvärvsarbete. Det krävs emellertid inte att man faktiskt *har* en anställning. Att sjukpenning i förebyggande syfte också kan betalas ut vid arbetslöshet kan uttolkas av andra meningen i 28 kap.11 § SFB, vars lydelse inte utesluter arbetslösa försäkrade. Denna tolkning klargjordes genom rättsfallet HFD 2019 ref. 41. Om den försäkrade är arbetslös ska dock bara sådan tid som denne är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen beaktas. En arbetslös försäkrad som behöver avstå från att söka arbete eller ta ett arbete på grund av en medicinsk behandling eller rehabilitering kan således få förebyggande sjukpenning.

Många arbetslösa saknar SGI. Det är särskilt vanligt om man tidigare varit sjukskriven men sedan inte skyddat SGI vid ett avslag om sjukpenning. Följden för dessa personer är att de inte kan beviljas förebyggande sjukpenning. Även om behandlingsplanen är godkänd för t.ex. missbruksvård på behandlingshem saknas den grundläggande rätten till ersättning genom den förlorade SGI:n och resultatet blir avslag på ansökan om ersättning.

Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

Personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som till följd av förebyggande medicinsk behandling är förhindrade att delta i programmet, kan enligt nuvarande regelverk inte få förebyggande sjukpenning, och inte heller aktivitetsstöd, vid frånvaro från programmet. Detta beror på att förebyggande sjukpenning baseras på den försäkrades SGI och att sådan SGI är vilande under tid i arbetsmarknadspolitiskt program. Alla personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program har inte heller någon upparbetad SGI. Dessutom finns det inget undantag i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, att dessa personer kan få aktivitetsstöd även om de inte deltar i insatser som ingår i programmet p.g.a. han eller hon får förebyggande medicinsk behandling.

Med nuvarande regelverk blir således en uttalad effekt för denna grupp att det inte är möjligt att delta i medicinsk behandling eller

rehabilitering utan att man också står utan ersättning för motsvarande tid. Det får anses föreligga stor risk att dessa personer därmed avstår från att delta i sådan behandling som hade kunnat förebygga framtida sjukdom och arbetsoförmåga.

20.5 Konsekvenser av regelverket, tillämpningen och att få försäkrade beviljas förebyggande sjukpenning

I tidigare avsnitt har utredningen kunnat konstatera att få försäkrade använder sig av förmånen sjukpenning i förebyggande syfte och att Försäkringskassan beviljar få försäkrade ersättningen. Möjliga förklaringar till detta har också undersökts. En fråga som då uppstår är vilka effekter dessa olika förklaringar får på enskildas möjligheter att delta i behandling och/eller rehabilitering, och genom detta också förhoppningsvis undvika sjukdom och arbetsoförmåga. I detta avsnitt behandlas möjliga effekter och konsekvenser av regelverket och tillämpningen samt omständigheten att få försäkrade beviljas förmånen.

En viktig utgångspunkt är här åter att förebyggande sjukpenning har en viktig funktion att fylla. Ett resultat i ISF:s granskning är att såväl Försäkringskassan som hälso- och sjukvården anser att förebyggande sjukpenning är en viktig länk i arbetet med att förebygga sjukdom, nedsatt arbetsförmåga och sjukfrånvaro. Men samtidigt anser de att det finns både juridiska och administrativa hinder som gör att förmånen inte kan användas i tillräcklig omfattning. ISF konstaterar också mot bakgrund av den psykiska och fysiska ohälsan i befolkningen att användningen av förmånen inte motsvarar de faktiska behov som finns.[82]

Detta innebär således att dagens regelverk och tillämpning har ett antal oönskade effekter som bl.a. innebär att personer inte får den behandling eller rehabilitering de egentligen skulle ha nytta av, att sjukdom inte förebyggs i den utsträckning som vore möjligt och önskvärt och att detta särskilt gäller den psykiska ohälsan.

[82] ISF 2020:6, s. 89.

20.5.1 Konsekvenser av att ersättning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar

Enligt bestämmelsen om sjukpenning i 27 kap.2 § SFB har en försäkrad rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För en försäkrad som skulle ha arbetat åtta timmar krävs det alltså att behandlingen tar minst två timmar den dagen. Det krävs också att behandlingen faktiskt inte kan genomföras utanför arbetstid. Om den försäkrade inte har behövt avstå från arbete, till exempel om behandlingen kan utföras på ledig tid, ska sjukpenning inte betalas ut. Av denna anledning har t.ex. sjukpenning i förebyggande syfte inte betalats ut för tid som den försäkrade har haft semester, eftersom han eller hon då inte har behövt avstå från förvärvsarbete.[83]

Utredningen har dragit slutsatsen att reglerna om ersättningsnivåer utgör en delförklaring till det begränsade användandet av förmånen. Men den bristande flexibilitet som finns inbyggd i regelverket får också flera konsekvenser.

- Personer med lindrig eller medelsvår psykisk hälsa kan ha svårt att delta i behandling och rehabilitering eftersom de ofta inte kan få ersättning för förlorad inkomst genom den förebyggande sjukpenningen. Många av de behandlingar eller rehabiliteringar som personer deltar i för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga pågår under kortare tid än en fjärdedel av arbetstiden, det vill säga mindre än två timmar av en normal arbetsdag. Ett exempel är KBT-behandling – kognitiv beteendeterapi – som är ett behandlingsprogram som vanligtvis pågår under en timme per vårdbesök. Det är en behandling som går ut på att personen aktivt övar sig på att förändra tankar, känslor och beteenden som begränsar hen i livet. Därför ingår även hemuppgifter mellan vårdbesöken. Denna behandling, som riktar sig till personer med till exempel ångest och stressymptom, når vanligtvis inte upp till kravet på en fjärdedel av arbetstiden.
- Personer med låg inkomst är en särskilt utsatt grupp, eftersom det kan bli ekonomiskt betungande eller inte ens möjligt att delta i behandling eller rehabilitering utan ersättning för inkomstför-

[83] Försäkringskassan, Domsnytt 2013:032 och Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 6791-12.

lust i samband med behandlingen. Om personerna på grund av ekonomiska skäl väljer att inte delta i en behandling eller rehabilitering kan risken öka att de senare blir sjukskrivna. Begränsningen till minst en fjärdedel av arbetstiden kan göra det svårare för enskilda personer och för hälso- och sjukvården att förhindra att ohälsa övergår till sjukdom. Det handlar om en stor grupp personer.

- Hälso- och sjukvården upplever att de ibland är tvingade att överdriva tiden för olika behandlingar för att patienten ska kunna få förmånen, eller få förmånen med en viss ersättningsnivå. I ISF:s granskning beskriver personal inom hälso- och sjukvården hur de försöker att lägga till eller pussla ihop behandlingar för att nå upp till kravet på att behandlingen ska pågå under minst en fjärdedel av en arbetsdag. Det betyder att reglerna för förebyggande sjukpenning ibland styr vilken eller vilka behandlingar personer får, vilket varken är syftet med eller en önskad effekt av förmånen.
- Effekten av att hälso- och sjukvården sammanlägger flera sådana behandlingar under kort tid kan bli overksam eller i värsta fall negativ.
- En ytterligare effekt av regelverket som utredningen kunnat observera genom såväl egna kontakter med bl.a. Försäkringskassans handläggare som genom ISF:s rapport är att restiden till och från en behandling eller rehabilitering kan vara avgörande för om en person får rätt till förmånen. Det betyder att två personer som genomgår samma behandling eller rehabilitering kan få olika beslut om rätten till förmån.[84] I Försäkringskassans tillämpning av reglerna för förebyggande sjukpenning räknas restid till och från behandlingen eller rehabiliteringen in i beräkningen av den tid som personen har behövt avstå från att arbeta. Det kan innebära att en person som har lång restid kan uppfylla kravet om minst en fjärdedel av arbetsdag medan en person med kort restid inte uppfyller kravet. Är det långt till orten där en behandling eller rehabilitering ges är det alltså mer sannolikt att Försäkringskassan kan bevilja förmånen. Detta får som följd att en effekt av tillämpningen är att restiden kan bli avgörande för om en person kommer upp i den tid som krävs för att få rätt till förmånen eller upp till en annan ersättningsnivå, till exempel från en fjärdedels

[84] ISF 2020:6 s. 14.

till halv förmån. I praktiken innebär det att en person som ska delta i en timmes behandling och har lång restid till sin vårdinstans kan få rätt till förebyggande sjukpenning, medan en person som ska delta i en timmes behandling och har kort restid inte får rätt till förmånen.

- ISF menar utifrån dessa effekter att kravet på att en person under en viss dag måste avstå från sitt arbete med minst en fjärdedel av arbetstiden för att få rätt till förebyggande sjukpenning riskerar att motverka målen om en jämlik socialförsäkring och en jämlik hälso- och sjukvård.[85]

20.5.2 Konsekvenser för enskildas möjligheter att delta i behandling eller rehabilitering

I avsnitt 20.4.5 redogjordes för att en tänkbar förklaring till det begränsade användandet av förebyggande sjukpenning är att hälso- och sjukvården drar sig för att skriva behandlingsplaner och uppmana den försäkrade att ansöka om förebyggande sjukpenning, samt att detta beror på bl.a. att processen är administrativt mödosam och att det finns en osäkerhet i godkännandet av behandlingsplaner för etablerade behandlingsmetoder. I stället för att skriva ett läkarintyg och upprätta en behandlingsplan för en ansökan om partiell förebyggande sjukpenning använder sig vården av justerade sjukskrivningsgrader. De intervjuade i ISF:s granskning har uppgett att det sparar tid och resurser för hälso- och sjukvården.[86]

Konsekvensen blir då att den försäkrade får ansöka om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga i stället för förebyggande sjukpenning. Detta behöver ur ett ekonomiskt perspektiv inte nödvändigtvis vara negativt för den försäkrade. Ersättningsnivåerna vid förebyggande sjukpenning är desamma som vid sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. Men det kan leda till negativa konsekvenser att hälso- och sjukvården justerar omfattningen av sjukskrivning i stället för att föreslå en person att ansöka om förebyggande sjukpenning. En större omfattning av sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, i stället för partiell förebyggande sjukpenning, bidrar till att personer hålls längre från sitt arbete och sin arbetsplats, vilket kan

[85] ISF 2020:6, s. 93.
[86] ISF 2020:6, s. 98.

försvåra och försena återgången till arbete. Rätten till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innebär också en annan typ av prövning där det inte är säkert att den försäkrades besvär medför rätt till ersättning.

Tillämpningen av begreppet medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering medför risk för att behandlingsplaner inte godkänns

I avsnitt 20.4.2 kunde utredningen konstatera att olika aktörer gör olika bedömningar i frågan om medicinsk behandling och rehabilitering. Det avser både vem som ska bedöma frågan – Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården – och bedömningarna av de enskilda behandlingsåtgärderna i sak. Försäkringskassans mer strikta syn på vad som kan ingå i begreppet medför att behandlingsplaner med vissa inslag av bl.a. sociala och pedagogiska element inte godkänns och därmed underkänns också behandlingsplanen helt eller delvis.

Om enskilda personer möts av olika syn på om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen är lämplig för att minska risken för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga kan det givetvis drabba personerna negativt. Det kan exempelvis leda till att de inte får den behandling eller rehabilitering som mest sannolikt skulle leda till att de inte blir sjuka.

Tillämpningen av reglerna för förebyggande sjukpenning medför att hälso- och sjukvården ibland undviker att rekommendera patienter att ansöka om förebyggande sjukpenning. Det beror på att hälso- och sjukvården tror eller misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan, eftersom den innehåller pedagogiska och sociala inslag och dessutom hemövningar som patienten ska genomföra mellan besöken hos hälso- och sjukvården. Detta gäller särskilt vid behandling eller rehabilitering för att förebygga sjukdom, det vill säga vid psykisk eller fysisk ohälsa.

Effekten av detta blir därmed också att regelverket – trots att avsikten har varit just att förebygga sjukdom och uppkomsten av arbetsoförmåga – inte förmår hantera dessa situationer i den utsträckning som varit önskvärt.

ISF:s granskning visar att reglerna för förebyggande sjukpenning inte fungerar när det gäller personer som behöver ersättning för inkomster som de förlorar på grund av deltagande i behandling eller rehabilitering av psykisk ohälsa och diffusa fysiska symtom, det vill

säga tillstånd av ohälsa där en läkare inte har ställt någon diagnos. ISF beskriver detta som ett problem, eftersom psykisk ohälsa drabbar många i vårt samhälle och riskerar att öka sjuktalen.

I ISF:s granskning av förmånen är en av slutsatserna att regelverket kring förebyggande sjukpenning försvårar för enskilda att delta i behandling eller rehabilitering. Granskningen visar att personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har särskilt svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de bör utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron. Det betyder att en effekt är att förmånen inte används för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga i den utsträckning den skulle kunna användas.

Osäkerhet kring rätt till ersättning hos de försäkrade riskerar medföra att behandling eller rehabilitering uteblir

Som redogjorts för tidigare är i dagsläget Försäkringskassans beslut om ett godkännande av behandlingsplan inte ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrade personens rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning. Det innebär att den försäkrade inte kan utgå från att beskedet inte kan komma att ändras. HFD:s avgörande och rådande rättsläge innebär därför en stor osäkerhet för den försäkrade personen, som kan få leva i ovisshet om sin rätt till förebyggande sjukpenning till dess att han eller hon ansöker och får ett beslut om själva förmånen förebyggande sjukpenning som hen kan överklaga. Det riskerar i sin tur att få till följd att personer avstår från att delta i behandlingar eller rehabilitering som de skulle behöva för att förebygga att de blir sjuka eller förkorta tiden de är sjuka och inte kan arbeta.

Utredningen kan vidare konstatera att osäkerhet hos försäkrade anges som en faktor också i de workshoppar med handläggare och specialister som genomfördes av Försäkringskassan efter den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2015. I dessa uppgavs att försäkrade upplever förmånen som otrygg.[87] I analysdelen av den rättsliga uppföljningen diskuteras inte närmre vad denna otrygghet bestod i, men

[87] Försäkringskassan 2015.

uppfattningen kan enligt utredningen ge uttryck för osäkerheter i bedömningen, särskilt att ett beslut om godkänd rehabiliteringsplan inte medför rätt till ersättning och kan ändras underhand, och alltför många faktorer i den administrativa processen för prövning av rätt till ersättning.

20.5.3 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete

En slutsats i ISF:s granskning är att det finns brister i regelverket som innebär att reglerna som de tillämpas i dagsläget inte är ändamålsenliga för vare sig hälso- och sjukvårdens eller Försäkringskassans arbete. Utredningen kan utifrån ISF:s rapport konstatera att tillämpningen av regelverket i dagsläget synes leda till konfliktytor mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Detta kan till viss del bero på okunskap kring förmånen, men är i grunden en konsekvens av ett föråldrat regelverk med svårbedömda rekvisit.

Förebyggande sjukpenning är en förmån i skärningspunkten mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Reglerna för förmånen är utformade på ett sätt som gör att tjänstepersoner hos Försäkringskassan upplever att myndigheten tvingas att arbeta i hälso- och sjukvårdens kompetensområde. ISF menar att en möjlig konsekvens av detta är risken att aktörerna brister i ömsesidigt förtroende för varandra. Det kan också drabba enskilda personer, genom att de möter olika syn från olika aktörer på frågan om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen är lämplig för att minska risken för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

20.5.4 Konsekvenser för möjligheter till kontroll

I direktiven nämns att rehabilitering inte längre sker vid arbetsmarknadsinstitut eller genom arbetsmarknadsutbildning. Detta skulle kunna utgöra risk för bristande kontroll och uppföljning av rehabiliteringen.

Utredningen har inte kunnat finna stöd för att det inte skulle vara möjligt att tillämpa kontrollmetoder för att den planerade behandlingen eller rehabiliteringen utförts som avsett. Försäkringskassan har läkarutlåtanden med beskrivning av behandlingsplanen och vad

behandlingen innehåller, schema för behandlingen och uppgifter om hur många timmar man avstår från arbete och ett arbetstidsschema från den enskilde. Har den enskilde oregelbundna arbetstider tar Försäkringskassan in schema på arbetstider.[88]

Däremot finns vissa tecken på att såväl försäkrade som hälso- och sjukvården ibland justerar tidsåtgången för en viss behandling eller rehabiliteringsåtgärd för att åtgärden ska nå upp till rätt antal timmar.[89] Detta tolkar utredningen som ett resultat av att regelverket är oflexibelt.

Enligt Försäkringskassan får myndigheten ibland information om att den försäkrade inte deltar i beslutad verksamhet för förebyggande sjukpenning. Informationen kan exempelvis komma ifrån anordnaren av rehabiliteringen. Kombination kan också ske med bisysslor, dvs. att den försäkrade under tid med förebyggande sjukpenning samtidigt ägnar sig åt bisysslor.

20.6 Sammantagna slutsatser om förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning är en ersättningsform som i dagsläget dras med många problem. Regelverket är inte flexibelt och innehåller svårbedömda rekvisit. De relevanta aktörerna – framför allt Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – gör dessutom olika bedömningar av centrala rekvisit och begrepp. Detta, ihop med en otydlighet i styrningen och förmånens syfte, utgör enligt utredningen sannolika förklaringar till att användandet av förmånen är så begränsat.

Tillämpningen och det begränsade användandet får i sin tur negativa effekter som innebär administrativa svårigheter, onödiga sjukskrivningar, orättvisa utfall mellan försäkrade med olika långa restider och i värsta fall utebliven nödvändig behandling av ekonomiska skäl.

Samtidigt finns en uppfattning bland relevanta aktörer att förmånen borde kunna användas mer för att förebygga ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro. Den fyller således ett viktigt syfte. Behandling i samband med förebyggande sjukpenning verkar också vara effektivt i förebyggande syfte, för att förhindra att ohälsa utvecklas till sjuk-

[88] Utredningens möte med handläggare på Försäkringskassan.
[89] Utredningens möte med handläggare på Försäkringskassan.

dom och arbetsoförmåga. I ISF:s granskning framgår att det är en relativt stor grupp som inte hade haft och inte har fått sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga efter perioden med förebyggande sjukpenning: 56,6 procent av kvinnorna och 70,4 procent av männen. Förmånen har för dessa personer sannolikt använts för att göra det möjligt för dem att delta i behandling och rehabilitering som gör att de kan fortsätta att arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande. ISF drar slutsatsen att förmånen för dessa personer har använts för att förebygga ohälsa eller sjukdom som leder till arbetsoförmåga – vilket ju är ett av huvudsyftena med förmånen.

Resultatet i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar indikerar att behandlingen eller rehabiliteringen i åtminstone en del av ärendena inte helt har kunnat förhindra sjukfrånvaro.[90]

ISF drar slutsatsen att det är oklart vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i förhållande till de övergripande målen för sjukförsäkringen. Både regeringen och Försäkringskassan saknar dessutom en övergripande strategi för att sprida information och kunskap om förmånen. Det finns också oklarheter om när förebyggande sjukpenning ska användas och när sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga ska användas. Det handlar ofta om att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inte har en enhetlig bild av vilka personer som kan vara aktuella för respektive förmån. Hälso- och sjukvården tycker också att det är administrativt betungande att skriva ett läkarutlåtande med en behandlingsplan för en ansökan om förebyggande sjukpenning.

ISF:s registerstudie visar att det är vanligt att en person har haft sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innan personen får en period med förebyggande sjukpenning. Resultatet betyder att en person ofta får förebyggande sjukpenning för att förkorta sjukdomstiden och nedsättningen av arbetsförmågan. Det innebär att förmånens potential att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ofta inte används på det sätt det är tänkt, och att förmånen alltså inte ger så bra resultat som den har potential för.

Utredningens analys har visat på flera problem med dagens regelverk och tillämpningen av detta:

- Kravet på att behandlingen ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet är strängt i sig. Försäkringskassan tolkar detta

[90] Försäkringskassan, 2019:6.

som ett krav på evidensbaserad vård vilket innebär ännu högre krav. Flera typer av vanliga behandlingsmetoder har svårt att uppfylla kraven på evidensbaserad åtgärd. Utredningen har dock även kunnat finna tecken på att kravet i praktiken tillämpas mildare i handläggningen. Medicinsk kunskap begärs i praktiken inte heller ofta in från FMR.

- En stor effekt av uppställda krav på evidensbaserad behandling och rehabilitering är att personer med de vanliga besvären psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de torde utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron. Det betyder att förmånen inte används för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga i den utsträckning den skulle kunna användas.
- Förmånen är administrativt betungande både för de försäkrade och läkare, bl.a. med två ansökningar och en rad frågor för läkaren att besvara. Från hälso- och sjukvårdens sida upplevs processen som betydligt mödosammare än vid vanlig sjukskrivning, vilket får till följd att enskilda ibland sjukskrivs i stället för att uppmanas att ansöka om förebyggande sjukpenning.
- Begränsningen till faktisk tid och till minst två timmar om dagen utesluter många från ersättningen. Detta slår orättvist mot olika försäkrade, särskilt med beaktande av att restid inkluderas. Konsekvensen blir att många behandlingar som inte kommer upp i denna tid exkluderas, vilket kan medföra att enskilda måste avstå från nödvändig behandling (t.ex. missbruksvård) av ekonomiska skäl.
- Förmånen fungerar inte för vissa grupper på arbetsmarknaden, t.ex. behovsanställda och de i arbetsmarknadspolitiskt program, där vilande SGI utesluter dessa personer från att kunna få förmånen.
- Till skillnad från vad som är fallet vid sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga och sjukersättning är bifallsfrekvensen hög men användandet litet.

21 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsprocessen

Den praktiska processen för rehabilitering är sammankopplad med de ersättningar (förmånerna) som kan beviljas för rehabilitering. Därför analyseras rehabiliteringsprocessen i den utsträckning det bedöms vara relevant för att komplettera analysen av rehabiliteringsförmånerna.

21.1.1 Samverkan kring rehabilitering

Regelverk om samverkan mellan aktörerna

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför. Samverkan mellan de inblandade aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i en mängd olika rättskällor, både sådana som tar sikte på alla myndigheter och sådana som riktar sig till särskilda aktörer i denna process.

Enligt förvaltningslagen ska alla myndigheter inom sina respektive verksamhetsområden samverka med andra myndigheter och i rimlig utsträckning hjälpa den enskilde genom att själv inhämta upplysningar eller yttranden från andra myndigheter.[1] Enligt myndighetsförordningen ska myndigheter verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.[2]

Försäkringskassan ska vidare enligt socialförsäkringsbalken samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.[3] Försäkringskassan ska vidare, om den försäkrade går med på det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med

[1] 8 § förvaltningslagen (2017:900).
[2] 6 § andra stycket myndighetsförordningen (2007:515).
[3] 30 kap. 8 § SFB.

den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska också verka för att dessa organisationer och myndigheter var och en inom sitt verksamhetsområde vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.[4] Enligt förordningen med instruktion för Försäkringskassan ska myndigheten samverka med berörda myndigheter, kommuner och regioner samt andra berörda parter för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs. Försäkringskassan ska också samverka med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. I sistnämnda syfte ska Försäkringskassan vidare träffa överenskommelser med kommun, region eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.[5]

Även regionerna har ett samverkansansvar. Enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska regionen erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter efter behov, för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Om en patient som erbjuds sådana insatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB ska regionen informera Försäkringskassan om det, om patienten samtycker till att informationen lämnas.[6]

Enligt lagen om finansiell samordning får vidare finansiell samordning bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och region för att uppnå en effektiv resursanvändning. Insatserna inom denna samordning ska syfta till att individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete.[7]

Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess är nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka

[4] 30 kap. 10 § SFB.
[5] 5 § förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan. Se även 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket och 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[6] 1 och 4 §§ lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
[7] 1 och 2 §§ lagen(2003:1210) om finansiell samordning.

för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete.[8] Den utredningen rekommenderar därför att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap ska ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete. Försäkringskassan rekommenderas att ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Aktörerna rekommenderas också utveckla former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och ger förutsättningar att hantera brister i samverkan. Aktörerna bör enligt den utredningen teckna en överenskommelse som tydliggör hur de ska samverka, skapa en styrgrupp för en sådan överenskommelse, dela information om processpåverkande förändringar med varandra på ett strukturerat sätt och gemensamt ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[9]

Att rehabiliteringsprocessen regleras i olika bestämmelser medför otydligheter

Rehabiliteringsprocessens delar regleras i en mängd olika bestämmelser. Detta kan skapa otydligheter som kan leda till att samverkan mellan de berörda aktörerna försvåras. Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess kan det faktum att olika regelverk reglerar olika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen göra det svårt för aktörerna att veta vad som gäller, och i förlängningen till att individen får motstridig eller felaktig information eller fel stöd. Nämnda utredning lyfter tre exempel: att arbetsgivares ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera bestämmelser, omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken samt att flera aktörer utformar planer för återgång i arbete. Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bedömer att lagstiftningens konstruktion kan skapa problem i samverkan men att den i sig inte är motstridig. Snarare är

[8] SOU 2020:24.
[9] SOU 2020:24,s. 20.

det överlappande ansvar och ordval som skapar oklarheter. Lösningen på de beskrivna problemen ligger därför inte i huvudsak i att förändra den befintliga lagstiftningen. Nämnda utredning bedömer att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har ett ansvar att samverka för att nämnda typ av problem kan undvikas i så hög utsträckning som möjligt. Samverkan skulle bland annat underlättas om de inblandade aktörerna hade en gemensam terminologi.[10]

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox

Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess består sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox i att rätten till ersättning från sjukförsäkringen bygger på arbetsoförmåga samtidigt som ett av processens syften är att leda till att en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara. Enligt utredningen är det en utmaning för aktörerna som ska stödja individen genom processen att hantera paradoxen eftersom flera av aktörerna har dubbla uppdrag och eftersom paradoxen riskerar att skapa misstro mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Läkare ska endast ordinera sjukskrivning när de bedömer att sjukskrivning är nödvändig ur ett medicinskt perspektiv och informera andra aktörer om individens möjligheter att kunna återfå arbetsförmåga. Försäkringskassans handläggare ska bedöma om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och samtidigt bedöma om det finns möjligheter för individen att återfå arbetsförmåga.

Enligt nämnda utredning kan uppvisandet av förmåga leda till att den ekonomiska ersättningen dras in. Detta faktum kan leda till att individen och andra runt denne medvetet eller omedvetet förstärker oförmågan i syfte att trygga den enskildes försörjning. Informationen i läkarintyget ska likväl tillgodose såväl behovet av att bedöma rätt till frånvaro och ersättning som behovet av att förse aktörerna i processen med information om potential för rehabilitering. Handläggaren från Försäkringskassan ska kunna lita på att läkaren gjort en saklig bedömning utifrån sin roll. Samtidigt ska läkaren kunna lita på att Försäkringskassan tar emot information om individens potential utan att nödvändigtvis ta informationen om rehabiliteringspotential som intäkt för att arbetsförmåga redan finns.

[10] SOU 2020:24,s. 154.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppdrag i sjukskrivningsprocessen och det är inte meningen att konsensus mellan aktörerna ska föreligga i samtliga fall. Nämnda paradox kan dock leda till att läkare inte alltid uttrycker om en individ har rehabiliteringspotential i läkarintyget, med anledning av att det kan finnas en risk för att Försäkringskassan tolkar rehabiliteringspotential som att individen har arbetsförmåga. När detta händer skadas tilliten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. För att individen ska uppfatta processen som begriplig behöver det finnas hög tillit mellan aktörerna, i meningen att aktörerna har förtroende för att den andra aktören gör rätt utifrån sitt uppdrag.[11]

21.1.2 Vad är effektiv rehabilitering?

Försäkringskassans utredning av rehabiliteringsbehov i sjukfall

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum har berört frågan om rehabilitering.[12] Utredaren har bl.a. kommit fram till att det saknas ett ställningstagande avseende den försäkrades behov av rehabilitering i de flesta sjukpenningärendena. Vidare genomförs få åtgärder för att underlätta den försäkrades återgång i arbete; antalet avstämningsmöten med arbetsgivare och sjukskrivande läkare har exempelvis minskat.[13] Minskningen går igen också i antalet försäkrade som beviljas rehabiliteringsersättning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering och de personer som beviljas sådan ersättning får det allt senare under sjukfallen. Utredarens uppfattning är att en konsekvens blir att försäkrade inte har fått sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen, då arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Svårigheter kring definitioner av rehabiliteringsbegreppen

I avsnitt 18.1 har begreppet rehabilitering berörts. Begreppet innefattar i vart fall tre olika varianter – medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Som tidigare konstaterats finns det svårigheter

[11] SOU 2020:24, s. 144–147.
[12] SOU 2020:06.
[13] Antalet avstämningsmöten har sjunkit från 61 216 under 2016 till 38 671 under 2018, se Försäkringskassans årsredovisning för 2018.

med innebörden och definitionen av begreppen. I en underlagsrapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstaterade ISF att det inte är lätt att definiera arbetslivsinriktad rehabilitering eller att särskilja den från medicinsk rehabilitering.[14] Svårigheten med att definiera och avgränsa vad som ska betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering gör att det inte heller är lätt att ge en samstämmig bild av dess effekter, ej heller för andra rehabiliteringsinsatser. ISF redogjorde vidare för att arbetslivsinriktad rehabilitering på ett övergripande plan handlar om åtgärder som syftar till att den som drabbas av arbetsoförmåga ska återfå densamma samt ges förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Det finns dock andra skäl att vara sjukfrånvarande än de rent hälsomässiga och dessa skäl kan vara svåra att både identifiera och därmed att rehabilitera. Hälsa och arbetsförmåga är inte binära tillstånd, utan sjuklighet och hälsa är tillstånd som varierar beroende med det känslomässiga tillståndet. Om arbetstagarnas närvaro kontrolleras eller om de finansiella kostnaderna för sjukfrånvaro är höga, kommer de också vid varje hälsoläge vara mindre frånvarande än om kontrollen är låg eller kostnaden låg. Graden av sjuklighet bland dem som är sjukskrivna beror därför på hur institutionerna är uppbyggda. På en dåligt fungerande arbetsplats i ett system med höga ersättningsnivåer, låga kostnader för arbetsgivare och låg grad av kontroll är graden av sjuklighet högre än på en välfungerande arbetsplats i ett system med låga ersättningsnivåer, höga kostnader för arbetsgivare och hög grad av kontroll. De sjukskrivna individernas incitament att komma tillbaka till arbetsplatsen är därför olika från individ till individ. Vidare är incitamenten för arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar väldigt olika. I jämförelse med länder som Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland har arbetsgivare i Sverige endast ett litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis mycket låga kostnader för sjukförsäkringen.

[14] ISF 2015, underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Vilka rehabiliteringsinsatser är effektiva – och när bör de genomföras?

Ändamålsenlig rehabilitering som möjliggör att den försäkrade på kortast tid kan återfå arbetsförmåga och återgå till i sitt ordinarie arbete, alternativt genom omställning kan använda sin arbetsförmåga i ett annat arbete är eftersträvansvärt. En relevant fråga är därmed vilka insatser som är effektiva när det gäller både skyndsam och varaktig återgång i arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga. Dessutom är det angeläget att rätt insatser sätts in i rätt tid i det enskilda fallet. En uttalad utgångspunkt i direktiven för denna utredning är också att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas.

Tidiga initiativ i form av utredning och genomförande av rehabiliteringsinsatser anses allmänt som en viktig byggsten i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har också ett gemensamt uppdrag att identifiera och möta behov av rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt för personer som får sjukpenning eller aktivitetsersättning och som har behov av aktiva insatser.

I många sammanhang anges att långvariga sjukskrivningar och frånvaro från arbetet försämrar möjligheterna att återgå i arbete.[15] I en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 konstaterar Försäkringskassan att det generellt sett finns begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro, samt att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är vagt och mångfacetterat.[16] Ett problem som en rad utredningar har påpekat är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är bl.a. brist på effektstudier. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum anser också att innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är oklart, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.[17] I utredningens betänkande (SOU 2020:06) finns en litteraturöversikt om kunskapsläget gällande arbetslivsinriktad rehabilitering för att främja tidig återgång i arbete efter sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i

[15] Se t.ex. prop. 2007/08:136, s. 61.
[16] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2. Se även SOU 2015:21, där det framhålls att forskning visar att återgång i arbete i sig ofta kan påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självtillit även om arbetsförmågan inte är helt återställd.
[17] SOU 2020:6. Problembilden beskrivs även i SOU 2015:21.

rörelseorganen.[18] I översikten anges bl.a. att när det gäller besvär i rörelseorganen har insatser som tillhandhålls av flerprofessionella team bättre effekt än enstaka insatser för återgång i arbete. Flertalet översikter fann också att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Översikterna som behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt.[19] I forskningsöversikten anges att den sammanvägda slutsatsen är att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsinriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa. Enligt denna litteraturöversikt saknas översikter med fokus på arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö.

Även tidigare översikter pekar på att forskningen entydigt visar att åtgärder riktade mot arbetsplats och arbetsförhållanden har en betydelsefull effekt på återgång i arbete. Denna slutsats kom även det av regeringen tillsatta Rehabiliteringsrådet fram till i sitt slutbetänkande. ISF menar att åtgärder genomförda på arbetsplatsen har en mer positiv effekt än andra åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering.[20] En typ av arbetsplatsåtgärd är att anpassa arbetet. Detta kan handla om att anpassa arbetsuppgifter, själva arbetsplatsens utformning eller arbetets organisation. Även byte av arbetsuppgifter antingen inom ramen för befintlig anställning eller till en ny anställning, byte av arbetsgrupp etc. kan inbegripas i begreppet anpassning. Effekten av anpassningsåtgärder vid psykisk ohälsa är dock otillräckligt studerad.

Frågan om tidsaspekten vid rehabilitering, när i sjukfallen insatser bör påbörjas, har också granskats med skiftande resultat och slutsatser. Vissa studier visar att rehabiliterande åtgärder inte kan tas

[18] SOU 2020:06, i litteraturöversikt av Agneta Blomberg & Gunnel Hensing, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin. Göteborgs universitet. I kartläggningen ingick 13 litteraturöversikter om besvär i rörelseorganen och 6 st om psykiska besvär. Dessutom inkluderades två andra typer av översikter.
[19] Antalet översikter var färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingick i översikterna), varför man får man vara mer försiktig när man drar slutsatser av dessa.
[20] ISF 2011, Arbetslivsinriktad rehabilitering, underlagsrapport nr 7 till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

tillvaras av den försäkrade i ett alltför tidigt skede under sjukskrivningsprocessen, eftersom själva sjukdomen och dess förlopp då dominerar. Rehabilitering blir därför mer betydelsefullt i ett något senare skede, när den egna motivationen och arbetets art kan vara avgörande.[21] I nyss nämnda forskningsöversikt i SOU 2020:06 var frågan om betydelsen av tidiga insatser inte en huvudfråga. I översikten fanns samtidigt flera studier som diskuterar vilken roll tidsaspekten har. I litteraturöversikterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig i denna översikt, men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring.[22]

I en rapport från ISF redovisas resultaten från ett experiment som genomfördes vid Försäkringskassan 2007 i samarbete med Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).[23] I experimentet fick en behandlingsgrupp hjälp tidigare i sjukfallet än en kontrollgrupp. Hjälpen bestod av en s.k. Sassam-kartläggning och ett avstämningsmöte, som båda syftar till att öka möjligheterna att återgå i arbete. Resultaten visar att de som deltog i Sassam tidigt i sjukfallet på kort sikt i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning och på längre sikt i högre grad övergick till sjukersättning. Effekterna återfanns för både anställda och arbetslösa men är tydligare för arbetslösa; dessa återgick alltså till arbetslöshet i lägre utsträckning. Resultaten belyser svårigheterna med ett tidigt agerande i sjukskrivningsprocessen. En tolkning av resultaten som ISF gör är att det är svårigheterna med att särskilja individer i behov av rehabilitering från dem med förhållandevis låga kostnader att kvarstå i sjukskrivning som är orsaken till effekterna. Arbetslösa har t.ex. en sämre ställning på arbetsmarknaden än anställda, och de ekonomiska drivkrafterna att lämna sjukskrivning är därför i genomsnitt lägre. Vissa arbetslösa kan också vinna ekonomiskt på att vara sjukskrivna.

Resultaten kan anses stödja annan forskning som visat på att insatser kan ha en inlåsande effekt och förlänga sjukskrivningar, bland annat genom att förstärka en sjukdomsbild hos den enskilde. Trots de påvisade riskerna med tidiga insatser konstaterar ISF att det ändå är troligt att de haft positiva effekter för vissa grupper av sjukskrivna.

[21] Se t.ex. SOU 2011:15.
[22] SOU 2020:6.
[23] ISF 2011:17.

Exempelvis bör sjukskrivna som de facto hade behov av insatser därmed kunnat få dessa tidigare i sjukfallet. För att tidiga insatser ska ha en gynnsam effekt för möjligheterna att återgå i arbete krävs enligt ISF således att rätt person får rätt insats. Om så inte sker riskerar återgången i arbete att minska och sjukfrånvaron öka.[24]

2014 genomförde ISF återigen en granskning av Sassam och avstämningsmöte för att studera effekterna av metoderna med avseende på de sjukskrivnas återgång i arbete.[25] I analysen nyttjades det faktum att handläggare har olika attityder till nyttan av utredningar som en hjälp för sjukskrivna att återvända till arbetslivet och därför använder dem i varierande grad. Detta skapar en experimentell situation där jämförbara sjukskrivna med olika sannolikhet kommer att genomgå en utredning beroende på vilken handläggare de tilldelas. Huvudresultatet i rapporten är att dessa utredningar inte förkortar sjukskrivningarna och ökar återgången i arbete. Tvärtom minskar enligt denna studie återgången i arbete efter ett genomfört avstämningsmöte. Resultaten tyder enligt ISF också på att Sassam reducerar återgången i arbete, åtminstone om utredningen erbjuds tidigt under sjukskrivningsperioden.

En möjlig förklaring till de negativa effekterna av framför allt avstämningsmöten är att utredningarna inte hjälper handläggarna att ta reda på vilka personer som kan bli hjälpta av en rehabiliteringsinsats. I rapporten konstateras att sjukskrivna som deltog i ett avstämningsmöte i högre utsträckning även blev föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett annat resultat i rapporten är att de negativa effekterna av utredningarna tenderar att avta ju senare i sjukfallet de genomförs. Det beror enligt ISF sannolikt på att de negativa konsekvenserna av utredningarna minskar när de ges till sjukskrivna som har en längre förväntad sjukskrivningstid.

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2016[26] undersökte myndigheten de försäkrades arbetsförmåga efter genomgången arbetslivsinriktad rehabilitering, dvs. vad som hänt efter rehabiliteringen samt om de försäkrade hade återgått i arbete eller inte. Av de ärenden där rehabiliteringen hade avslutats hade den försäkrade helt återfått sin arbetsförmåga i 31 procent av ärendena. I 26 procent av ärendena hade den försäkrades arbetsförmåga till viss

[24] ISF 2011:17.
[25] ISF 2014:21.
[26] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

del förbättrats, men han eller hon var fortfarande sjukskriven till någon del. I 37 procent av ärendena var arbetsförmågan fortfarande nedsatt i samma omfattning som innan rehabiliteringen.[27] I dessa fall hade alltså rehabiliteringen inte medfört att den försäkrade kunnat minska sin sjukskrivningsgrad, i vart fall inte under den tidsperiod som studerades i uppföljningen. Arbetslivsinriktad rehabilitering hade varit effektiv i 57 procent av fallen. Myndigheten konstaterar att det emellertid är svårt att dra några bestämda slutsatser av utfallet, bl.a. eftersom det inte går att veta hur arbetsförmågan hade utvecklats om rehabiliteringen inte hade genomförts, om den hade satts in vid en annan tidpunkt – tidigare eller senare – under sjukfallet samt p.g.a. att det kan behövas ett längre tidsperspektiv för att kunna utvärdera effekterna.

21.1.3 Slutsatser rörande den faktiska rehabiliteringsprocessen

Samverkan kring rehabiliteringsprocessen

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför.[28] Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess lyfter att många hinder för samverkan kan vara svåra att lösa genom lagstiftning. Hinder som kommer av att ansvarsområden överlappar, att begrepp definieras och används olika samt att aktörerna ibland har begränsad förståelse för varandras perspektiv och förutsättningar är sådant som enligt nämnda utredning behöver hanteras av aktörerna gemensamt i samverkan.[29]

Samverkan kan alltså föreslås som lösning även på problem kring samverkan. Utredningen bedömer dock att ett problem kan vara att det inte är närmare reglerat hur samverkan ska ske. Utökade krav på samverkan kan under sådana förhållanden bli ett slag i luften. Att i alltför stor detalj reglera denna fråga kan samtidigt medföra problem. En alltför specifik reglering skulle kräva undantag. Blir det för många undantag kan dock regleringen bli urvattnad. En för specifik reglering om samverkan kan vidare få följdeffekter kring sekretessfrågor och den enskildes integritet i allmänhet. Det kan även få följd-

[27] I återstående sex procent framgick det inte klart vad rehabiliteringen hade resulterat i.
[28] SOU 2020:24, s. 18.
[29] SOU 2020:24, s. 18.

effekter för tillämpningen av den materiella rätt som de samverkande aktörerna har att hantera inom ramen för sina respektive verksamheter.

Vid en eventuell reformering av förmåner vid rehabilitering bör mot denna bakgrund sammanfattningsvis hänsyn tas till att de inblandade aktörerna har i uppdrag att samverka med varandra. Samverkan bör uppmuntras, men att i allt för stor detalj reglera hur samverkan ska ske kan innebära ett alltför fastlåst system. Förmånerna och utredningsprocessen kring dem bör formuleras på ett sådant sätt att en hög tillit mellan aktörerna för deras respektive bedömningar ska främjas. Detta inte minst med hänsyn till att den enskilde försäkrade ska kunna få så begriplig och sammanhängande information som möjligt.

Vid en eventuell reformering av förmånerna vid rehabilitering bör vidare beaktas att de olika inblandade och samverkande aktörerna har överlappande ansvar och förhåller sig till ordval och definitioner som delvis överlappar, delvis har nyansskillnader. Vid utformandet av nya rehabiliteringsförmåner (och vid eventuella justeringar av andra ersättningar som involverar samverkan mellan de här inblandade aktörerna) bör det därför tydligt regleras vilket ansvar de olika inblandade aktörerna har i förhållande till varandra. Överlappande och otydliga ansvarsområden bör undvikas. Gemensamma begrepp för snarlika men likväl olika processer, steg eller handlingar bör också undvikas och endast användas när risken för att olika aktörer gör skilda tolkningar från varandra är minimal.

Effektiv rehabilitering

En svårighet i att ha ett ändamålsenligt regelverk, insatser och process för rehabilitering är att det finns utmaningar med att definiera och avgränsa vad som ska betraktas som rehabilitering inklusive av olika former av rehabilitering. Detta medför också att svårigheter med att ge en samstämmig bild av effekter t.ex. av *arbetslivsinriktad* rehabilitering. Värt att notera är också det faktum att det även kan finnas andra skäl för enskilda att vara sjukfrånvarande än de rent hälsomässiga. Dessa skäl kan vara svåra att identifiera och därmed också att rehabilitera. På individnivå kan incitamenten att komma tillbaka till arbetsplatsen också se olika ut. Vidare kan incitamenten för

arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar för sina sjukskrivna anställda också vara väldigt olika. Dessa aspekter bör vägas in bl.a. när det gäller utformande av regelverket kring rehabilitering för återgång i arbete.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen; dels att utreda behovet av, dels att påbörja rehabiliteringsinsatser (här avses alla former av rehabilitering och inte enbart arbetslivsinriktad rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringspenning). Det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, medan andra sannolikt skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller få ett längre sjukfall om de får (tidiga) rehabiliteringsinsatser. Granskningar från ISF tyder också på att kartläggningar/utredningar av rehabiliteringsbehov i de flesta fall även medför att rehabilitering genomförs, oavsett om den försäkrade har reella behov av insatser eller ej. Samtidigt är utredningens uppfattning att det är angeläget med ett aktivt förhållningssätt och att tidigt utreda behovet av rehabiliteringsinsatser. Det är också angeläget att utveckla kunskapen och metoder som möjliggör bedömning av vilka personer som har behov och nytta av (tidiga) insatser, så att rätt personer får rätt stöd och i rätt tid. Detta är både angeläget sett till att Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl och att anställda försäkrade som är sjukskrivna ska kunna få sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen. För detta behövs bl.a. mer effektstudier om rehabilitering samt utveckling av definitioner av begreppen inom rehabiliteringsområdet.

22 Förmåner vid rehabilitering – utredningens överväganden och förslag

Inom ramen för utredningens arbete har flertalet aktörer betonat vikten av en fungerande rehabilitering. Även regeringen har betonat vikten av rehabilitering i sjukförsäkringen och att försäkrade som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin egen arbetsgivare.[1] Utredningen menar att sådana möjligheter till rehabilitering fyller ett viktigt syfte och bör underlättas. En viktig förutsättning för en framgångsrik rehabilitering är också att det finns rehabiliteringsförmåner som möjliggör ekonomisk ersättning för inkomstförlust under tid med rehabiliteringsåtgärder.

Också utredningens förslag om förändringar av förutsättningarna för att beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning är kopplade till reglerna om rehabilitering. Med en reglering som innebär att en försäkrad kan få avslag på ansökan om sjukersättning på grund av att det bedöms finnas återstående rehabiliteringsmöjligheter måste det finnas möjligheter för försäkrade att de facto kunna ta del av sådana åtgärder.

Ett av syftena med utredningens förslag är att rehabilitering ska kunna sättas in tidigare, och i större omfattning än i dag, i de fall där rehabilitering bedöms kunna ha en positiv effekt. För en försäkrad som inte längre har arbetsförmåga i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som bedöms ha arbetsförmåga i andra arbeten och efter en tid förväntas ställa om till ett annat arbete, bör dock kravet på omställning inte komma för tidigt i sjukfallet. Det är bl.a. viktigt att den

[1] Se t.ex. Prop. 2020/21:78, s. 10.

försäkrade får möjlighet att genomgå rehabilitering med syfte att återgå i arbete hos den befintliga arbetsgivaren, när det är relevant.

Omställning till ett nytt arbete torde dessutom i sig vara en påfrestning. Vid vissa typer av sjukdomar kan det vara avgörande för återhämtningen att arbeta i en trygg och välkänd miljö. Försäkrade som har möjlighet att återgå i sitt arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör enligt regeringens mening ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare.[2]

Inte bara rehabiliteringen i sig är central. De ersättningar som en försäkrad kan få under behandling eller rehabilitering fyller också ett viktigt syfte. Ersättningen kan vara ett viktigt verktyg för att förebygga sjukskrivning.[3] För många försäkrade kan det vara en förutsättning att bl.a. inkomstförlusten vid rehabiliteringen ersätts av socialförsäkringen för att det alls ska finnas en möjlighet att genomgå rehabiliteringsinsatsen.

Ett regelverk i behov av modernisering

Den s.k. rehabiliteringsreformen genomfördes 1992 och är således nästan trettio år gammal. Som utredningen har kunnat konstatera i tidigare avsnitt har regelverket inte följt med den övriga utvecklingen i samhället, exempelvis i frågan om hur behandling och rehabilitering i dag genomförs i praktiken. Många olika förhållanden i samhället har genomgått förändringar som påverkar hur förmånerna används eller skulle kunna användas. Regelverket är inte flexibelt och innehåller svårbedömda rekvisit som har tolkats olika av olika berörda aktörer.

Tillämpningen och det begränsade användandet får i sin tur negativa effekter som kan medföra administrativa svårigheter, onödiga sjukskrivningar, och av ekonomiska skäl utebliven nödvändig behandling, i det fall t.ex. ersättning för inkomstförlust är en förutsättning för att en enskild försäkrad ska kunna delta i rehabiliteringen.

Utredningens bedömning är att det därmed finns behov av en ny syn på rehabilitering och vissa grundläggande förändringar av regelverket. Ett modernare regelverk för rehabilitering har potentialen att lösa flera av de problem som finns i dagens regelverk och öka förut-

[2] Prop. 2020/21:78, s. 15.
[3] Utredningens slutsatser om förmånen förebyggande sjukpenning är bland annat att förmånen har positiv effekt, se avsnitt 20.6. Se även t.ex. Försäkringskassan, kortanalys 2019:3.

sättningarna för en ändamålsenlig tidig, effektiv rehabilitering för enskilda försäkrade.

Också Försäkringskassan har exempelvis angett att ett moderniserat regelverk för sjukpenning i förebyggande syfte har potential att vara ett mera träffsäkert och likvärdigt förebyggande stöd, inte minst för personer som har behovsanställning eller som är arbetslösa.[4]

Frågor om de diagnoser som blir allt vanligare är också viktiga att försöka lösa. Försäkringskassan har uttalat att man, liksom andra myndigheter och aktörer i samhället, ser att mer behöver göras för att möta, förstå och hantera utmaningen kring den ökade psykiska ohälsan.[5]

Två förmåner med överlappande syften

Både förmånen förebyggande sjukpenning och förmånen rehabiliteringspenning syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. På så sätt liknar förmånerna varandra och kan sägas ha överlappande syften. Enligt nuvarande regelverk kan emellertid endast den förebyggande sjukpenningen användas för att förebygga sjukdom, medan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kräver att arbetsoförmåga redan har uppstått.

Olika typer av rehabilitering genomförs ofta samtidigt

Utredningen har tidigare redogjort för att det finns olika typer av rehabilitering (företrädesvis medicinsk, arbetslivsinriktad och social – se avsnitt 18.1), men också att detta är ett område med oklara gränser och utan klara rättsliga definitioner. Det står också klart att en rehabiliteringsprocess typiskt sett består av olika former av rehabilitering och att försäkrade inte sällan samtidigt är föremål för flera typer av rehabilitering. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag och regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Återgång till arbete kräver ofta såväl arbetslivsinriktad som medicinsk rehabilitering. Detta kan medföra oklarheter i begreppen och även vad gäller den förmån som den enskilde ska ha under tiden med rehabilitering. Ut-

[4] Försäkringskassan, svar på ISF:s rapport 2020:9, 2020/001234.
[5] Försäkringskassan, 2020, dnr 2020/001234.

redningen har också kunnat konstatera att det i dagsläget finns problem med vissa typer av medicinsk behandling och rehabilitering där behandlingsplanen innehåller också andra än rent medicinska inslag. Trots att det är fråga om etablerade behandlingsmetoder innebär dagens regelverk, och Försäkringskassans tillämpning av detsamma, att sådana inslag bryts ut ur behandlingsplanen och att Försäkringskassan inte bedömer att det medför rätt till ersättning. Detta utgör naturligtvis ett problem både för den enskilde och vårdgivaren.

I Försäkringskassans vägledning anges att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är åtgärder som behövs för att den som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärderna kan till exempel vara arbetsträning eller utbildning. Före och parallellt med dessa åtgärder kan medicinska och sociala rehabiliteringsinsatser pågå.[6]

Användandet av förmånerna har minskat och beviljas sent i sjukfallen

Av utredningens analys framgår att särskilt användandet av rehabiliteringsersättningen har minskat kraftigt under senare år. Även den förebyggande sjukpenningen uppvisar en avtagande trend där användandet har minskat under senare år, men inte i samma utsträckning som rehabiliteringspenningen. Förmånerna utgör endast ett par procent av det totala antalet utbetalda förmånsdagar i sjukförsäkringen.[7]

Vidare har kunnat konstateras att rehabiliteringspenning vid arbetslivsinriktad rehabilitering beviljas allt senare i sjukfallen. Rehabiliteringspenning ska även med nuvarande regler kunna användas när syftet är att bl.a. förkorta sjukdomstid genom en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats. Det innebär att det inte heller med nuvarande regler kan ställas upp något krav på att rehabilitering är en förutsättning för att den försäkrade ska kunna komma tillbaka till ordinarie arbete.

Utvecklingen har emellertid gått mot att rehabilitering sätts in i de längsta sjukfallen, i stället för att sättas in som tidig åtgärd för personer som fortfarande har en aktuell kontakt med sin arbetsplats. Detta har också pekats ut som ett problem i SOU 2020:6 där det

[6] Försäkringskassan, vägledning 2013:1, version 6 s. 105.
[7] Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliterings-penning. Motsvarande siffra för rehabiliteringspenning var 2,4 procent.

bl.a. konstateras att insatser tidigt i sjukfallet i vart fall vid besvär i rörelseorganen har störst möjligheter att återfå de försäkrade i arbete.[8] Redan i förarbetena till rehabiliteringsreformen påpekades att aktiva rehabiliteringsinsatser måste sättas in tidigt för att underlätta rehabiliteringen av den som drabbats av sjukdom. En effektiv rehabilitering förutsätter också att de olika åtgärder som sätts in samordnas och inriktas mot samma mål.[9]

Försäkringskassans striktare tillämpning av regelverket om rehabiliteringsersättning har konstaterats vara huvudförklaringen till den minskade användningen (se avsnitt 19.4.5). Utredningen menar att den tillämpning som har utvecklats hos Försäkringskassan med bl.a. sena insatser för klarläggande av rehabiliteringsbehov utgör ett stort problem vid tillämpningen av förmånerna. Trots att det står klart att tidig rehabilitering, särskilt när den försäkrade har en arbetsgivare, är att föredra om åtgärderna ska vara effektiva, och trots att det i lag anges att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas så tidigt som möjligt sker detta inte i praktiken i den faktiska tillämpningen.

Nuvarande former för förmånerna hindrar effektiv rehabilitering

Försäkringskassan har angett att en person vars arbetsförmåga inte redan är nedsatt med minst en fjärdedel inte heller har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Rehabilitering, som syftar till att återställa en förlorad arbetsförmåga, behövs enligt Försäkringskassan i ett sådant fall inte heller.[10] Detta kan sägas vara ett uttryck för gällande rätt, som innebär att arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan användas som förebyggande åtgärd. Denna fråga berörs också särskilt i utredningens direktiv.

Det finns enligt Försäkringskassan inte heller anledning för myndigheten att samordna rehabiliteringsåtgärder i den nyss nämnda situationen. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är enligt Försäkringskassans bedömning inte heller aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan få eller återfå arbetsförmåga utan arbetslivsinriktade åtgärder. Om det endast är medicinsk behandling som behövs för att återställa arbetsförmågan, eller om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt men där den försäkrade anses kunna återgå i

[8] SOU 2020:6, s. 85–86 och 193 med hänvisning till relevanta forskningsöversikter.
[9] Prop. 1990/91:141 s. 32–33.
[10] Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 10.

arbete utan rehabilitering, till exempel genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden, är det till exempel inte motiverat med arbetsträning.

Utredningens bedömning är att nuvarande regelverk och den tolkning som Försäkringskassan har gjort till viss del motverkar en tidig och effektiv rehabilitering. Försäkringskassans passivitet i samordningen av det rehabiliteringsarbete som bör ske tidigt i ett sjukfall behöver hanteras.

Området rehabilitering är svåröverskådligt och det finns inte tillräcklig med kunskap

De idéer och intentioner som i huvudsak ligger bakom dagens rehabiliteringsverksamhet inom socialförsäkringen och regelverket om rehabiliteringsförmåner formades under 1980-talet. Det fanns en stor optimism kring den ekonomiska utvecklingen, efterfrågan på arbetskraft var relativt hög och den långa sjukfrånvaron var inte så omfattande. Sedan reglerna infördes 1992 har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden med en ökad arbetslöshet och ökad långtidssjukfrånvaro. Kraven i arbetslivet har också ökat och framför allt har det blivit gradvis svårare för personer med större eller mindre hälsoproblem att få eller kunna behålla ett arbete. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs i dag således under helt andra förutsättningar än de som gällde under den tid då den övergripande rehabiliteringsstrategin utformades.

Behovet av samordning mellan olika aktörer, tidig rehabilitering där det är relevant och arbetsgivarens huvudansvar har ofta betonats av såväl statliga utredare som lagstiftaren. Några mer genomgripande lagändringar vad gäller rehabiliteringsverksamhetens villkor eller innehåll har dock inte skett.

Trots att rehabiliteringsverksamheten pågått under många år och trots det stora antalet utredningar är kunskaperna om den relativt begränsade. Ansvaret för rehabilitering är mycket otydligt på så sätt att många olika aktörer berörs och är ansvariga för olika delar, men också genom att det är oklart vad som ska ske i olika situationer. Ytterligare ett problem är att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen starkt påverkas av hur stort inflödet av sjukskrivna är, vilka former av ohälsa dessa individer har samt av hur arbetsliv och arbetsmarknad förmår att ta emot dem efter rehabiliteringen.

Det bör slutligen också betonas att en fullständig översyn av rehabiliteringsprocessen i sig och frågan om hur samt i vilken form och utsträckning enskilda försäkrade ska beviljas rehabilitering ligger utanför utredningens uppdrag. Utredningens uppdrag och förslag innefattar en översyn av rehabiliteringsförmånerna och hur dessa fungerar i förhållande till dagens rehabiliteringsformer samt hur förmånerna vid arbetslivsinriktad rehabilitering på ett bättre sätt kan användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver sådan på grund av sjukdom. Utredningens förslag berör således i huvudsak *förmåner* vid rehabilitering och dessa förmåners effekt på rehabiliteringsprocessen. I den utsträckning förmånerna är direkt kopplade till regelverket kring faktisk rehabilitering diskuteras även sådana förslag.

Två flexibla förmåner för preventiv rehabilitering och rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga

Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag om hur nuvarande förmåner kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer. Förmånerna ska också vara enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt ska även säkerställa en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen.

Utredningen har kunnat konstatera att nuvarande regelverk för rehabiliteringsförmånerna uppvisar ett antal brister som leder till oönskade konsekvenser i tillämpningen. Rättspraxis har ytterligare begränsat möjligheten till att beviljas rehabiliteringsförmåner. Vidare har kunnat konstateras att också rehabiliteringsprocessen har brister och att allt färre personer beviljas och rehabiliteringsförmåner samt att sådana åtgärder initieras allt senare i sjukfallen.

De förmåner som i dag finns i socialförsäkringsbalken gällande rehabilitering, rehabiliteringsersättning och förebyggande sjukpenning, kan överlag sägas fungera men uppvisar också brister. ISF har bl.a. gjort bedömningen att reglerna för förebyggande sjukpenning fungerar som det är tänkt för personer med diagnostiserad sjukdom och i etablerade behandlingsprogram, medan de fungerar sämre för personer med de numera allt vanligare besvären med psykisk ohälsa

och diffusa fysiska symtom, det vill säga tillstånd av ohälsa där en läkare inte har ställt någon diagnos.[11]

De avsedda syftena med införandet av ett system med rehabiliteringsförmåner uppfylls således inte fullt ut genom dagens regelverk och tillämpning. Det beror till stor del på att regelverket är omodernt och inte utformat för dagens behandlingsformer och rehabiliteringsåtgärder. Samtidigt gör bristande kännedom om förmånerna och ett för smalt tillämpningsområde att personer sannolikt går miste om rehabiliteringsmöjligheter som kan vara gynnsamma.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det finns behov av en revidering av förmånerna vid förebyggande rehabilitering så att de täcker in ett större område än i dag.

Regelverket på området bör vidare sammantaget vara mer flexibelt och även justeras för att i högre grad kunna stödja en effektiv rehabiliteringsprocess. Enligt utredningens bedömning är en av förutsättningarna för att kunna behålla sjukförsäkringens legitimitet att rehabiliteringens plats i sjukförsäkringen stärks och förtydligas. En försäkrad som har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering ska också få genomgå sådan i stället för att vara sjukskriven med sjukpenning. Ett centralt syfte med förslagen är därmed också att föra in ett större inslag av rehabilitering i rehabiliteringskedjan.

Reglerna vid rehabilitering behöver bidra till att enskilda personer kan delta i den behandling eller rehabilitering de behöver, oavsett vilken typ av ställning personen har på arbetsmarknaden. Personer med låg inkomst är en särskilt utsatt grupp, eftersom det kan bli ekonomiskt betungande eller inte ens möjligt att delta i behandling eller rehabilitering om man inte kan få ersättning för den inkomstförlust som uppstår i samband med genomförande av insatsen. Om personerna på grund av ekonomiska skäl inte deltar i en förebyggande behandling eller rehabilitering kan risken öka att de senare får nedsatt arbetsförmåga och blir sjukskrivna. Enligt utredningens mening har förmånen potential att bli ett viktigt inslag när arbetsgivare agerar för att tillsammans med sina anställda genomföra preventiva insatser för att motverka ohälsa och nedsatt arbetsförmåga.

Mot bakgrund av vad som anförts bedömer utredningen att två flexibla förmåner vid rehabilitering behövs. Utredningen föreslår därför dels att den befintliga rehabiliteringsersättningen vid rehabilitering av personer som har nedsatt arbetsförmåga ska reformeras, se

[11] ISF 2020:6 s. 94–95.

avsnitt 22.1, dels att en ny förmån, preventionsersättning, införs för förebyggande insatser, se avsnitt 22.2. Båda förmånerna föreslås kompletteras med möjligheten till rehabiliterings- respektive preventionsbidrag. Dessa bidrag avser att täcka merkostnader i samband med förebyggande åtgärder respektive rehabilitering.

Varför behövs särskilda rehabiliteringsförmåner?

En relevant fråga är varför det över huvud taget behövs särskilda förmåner för förebyggande åtgärder respektive rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga och varför syftena med dessa ersättningar inte kan uppnås inom ramen för sjukpenningen. I dag deltar exempelvis många försäkrade i medicinsk rehabilitering samtidigt som de får sjukpenning och förmånen rehabiliteringspenning kräver att den försäkrade är sjuk och har nedsatt arbetsförmåga, vilket också krävs för sjukpenning.

En viktig aspekt som belyser skillnaden mellan ersättningarna är att den nya förmånen vid preventiv rehabilitering enligt förslaget inte ska vara kopplad till nedsatt arbetsförmåga, utan till åtgärden i sig och den tid denna tar i anspråk. Inte heller är förebyggande insatser direkt kopplade till att sjukdom har uppkommit, utan ska kunna användas i förebyggande syfte, innan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga har uppstått.

Behandling och rehabilitering kan som bekant genomföras också under sjukskrivning när sjukpenning betalas ut. Denna ersättning är emellertid en dagersättning och ersättningen kan komma att ifrågasättas över tid och i takt med att den försäkrades arbetsförmåga förbättras. När arbetsförmågan inte längre är nedsatt på den nivå som sjukpenning först beviljades kommer ersättningen att minskas, för att till slut upphöra helt om den försäkrade inte längre har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Effekten av en effektiv behandling och rehabilitering under period med sjukpenning kan således bli att sjukpenningen upphör under pågående behandling, innan denna är slutförd. I de flesta fall torde detta inte utgöra något problem eftersom den försäkrade i så fall har blivit arbetsför före den beräknade tidpunkten, men i vissa fall kan det ändå utgöra ett problem att en behandling inte kan slutföras. Att det finns en risk att sjukpenningen minskas eller dras in under pågående behandling kan

också ha negativ påverkan på den försäkrades möjligheter att ta till sig behandlingen.

Den grundläggande tanken med utredningens förslag om rehabiliteringsersättning och preventionsersättning är att det är *deltagandet* i den förebyggande insatsen eller rehabiliteringen som grundar rätten till ersättning. Så länge deltagande fortgår enligt den upprättade rehabiliterings- eller preventionsplanen är ersättningen fredad. Själva deltagandet i en åtgärd kan därför i sig inte tas till intäkt för att arbetsförmågan har förbättrats.

Inte heller ska det psykologiska värdet i att ge ersättningen till den som deltar i rehabilitering en adekvat benämning underskattas. I förarbetena till införandet av rehabiliteringsersättningen angavs att detta borde leda till större insikt, aktivitet och engagemang, såväl för de försäkrade som för de som är ansvariga för rehabiliteringsåtgärderna.[12]

22.1 En reformerad rehabiliteringsersättning

Utredningen föreslår en reformering av rehabiliteringsersättningen. I följande avsnitt presenteras förslaget mer i detalj. Sammanfattningsvis är syftet är att skapa flexiblare möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering för personer som har nedsatt arbetsförmåga genom följande ändringar.

Möjligheten att finansiera utbildning med rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Rehabiliteringspenningen ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust i stället för att vara begränsad till kvartiler, även om det för att förmånen ska kunna betalas ut även fortsättningsvis ska krävas att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel.

I det fall den försäkrade utöver att uppfylla villkoren för att beviljas rehabiliteringspenning även har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning ska han eller hon beviljas rehabiliteringspenning motsvarande hela arbetsförmågenedsättningen, även för den del som uppfyller villkoren för just sjukpenning. Detta medför bl.a. att försäkrade som samtidigt genom-

[12] Prop. 1990/91:141, s. 60.

går arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering endast får rehabiliteringspenning utbetald.

Under den tid försäkrade är beviljade rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan *inte* bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Bedömningen av rätt till ersättning ska göras mot det arbetsmarknadsbegrepp som gällde när rehabiliteringsersättning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden. Detsamma gäller vid prövning av rätt till sjukpenning. Om den försäkrade beviljas sjukpenning efter en avslutad period med rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan återigen bedömas utifrån vid den tidpunkten aktuell dag i rehabiliteringskedjan.

Rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag ska ersättas av rehabiliteringsbidrag. Förutsättningarna för att en försäkrad ska kunna beviljas bidraget är i allt väsentligt desamma.

Regleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs ska kompletteras med krav på att en försäkrads rehabiliteringsbehov ska klarläggas senast dag 60 i sjukperioden.

22.1.1 Steglös ersättning för inkomstförlust

Utredningens förslag: Rehabiliteringspenning ska beviljas steglöst för inkomstförlust motsvarande den tidsåtgång som rehabiliteringsåtgärden tar i anspråk. För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För insatser som överstiger 25 procent ska ersättningen vara steglös, motsvarande tidsåtgången för rehabiliteringsinsatsen.

I det fall en försäkrad utöver deltagandet i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har nedsatt arbetsförmåga och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning ska han eller hon beviljas rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning för denna del. Ersättningen i form av rehabiliteringspenning ska i så fall motsvara den totala omfattningen av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga. Detsamma ska gälla för en försäkrad som får rehabiliteringspenning i särskilda fall. Han eller hon ska få rehabiliteringspenning i särskilda fall i stället för sjukpenning i särskilda fall om nedsättning av arbetsförmågan utöver deltag-

andet i rehabiliteringen uppkommer. För dessa försäkrade ska vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning tillämpas.

En försäkrad ska inte kunna få rehabiliteringspenning tillsammans med någon annan förmån i (som också ersätter inkomstförlust) i en sammantagen högre omfattning än hundra procent.

Skälen för utredningens förslag: En förklaring till det begränsade användandet av rehabiliteringsersättningen en minskad förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som en försäkrad kan beviljas rehabiliteringspenning för. En förklaring till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträckning är att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen, se avsnitt 19.4.2.

En grundläggande tanke med utredningens förslag är komma tillrätta med dessa problem genom att rehabiliteringspenningen i högre utsträckning än i nuläget ska möjliggöra för den försäkrade att på ett flexibelt sätt kunna delta i arbetslivsinriktad rehabilitering och samtidigt kunna få ersättning i de fall inkomstförlust uppkommer.

Utredningen anser att de nuvarande reglerna om rehabiliteringspenning och sjukpenning försvårar ett flexibelt upplägg av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Enligt utredningens mening krävs ett mera flexibelt ersättningssystem som tillåter en successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats i takt med hans eller hennes tillfrisknande. Utredningens bedömning är därför att systemet inte ska vara bundet till fasta nivåer utan att ersättningen i stället kan bestämmas utifrån den inkomstförlust den försäkrade gör för tid då han eller hon genomgår rehabilitering. Därför är förslaget att rehabiliteringspenning bör utges efter en steglös skala. Ett sådant system hindrar naturligtvis inte att ersättningen i ett enskilt fall liksom i dag kan bestämmas efter en 25, 50, 75 eller 100 ersättning För att inkomstförlusten ska kunna kompenseras med rehabiliteringspenning ska rehabiliteringsinsatsen liksom i dag omfatta minst 25 procent. Rehabiliteringspenning ska dessutom liksom i dag beräknas på samma beräkningsunderlag som för sjukpenning.

Genom att rehabiliteringspenning kan beviljas steglöst, kan den försäkrade trappa upp återgången till arbete i en steglös omfattning vartefter personen får förbättrad arbetsförmåga. Det kan t.ex. gälla om den försäkrade först arbetsträner på heltid. Ifall den försäkrade under tiden insatsen pågår återfår arbetsförmåga på 30 procent, kan

han eller hon alltså fortsätta med arbetsträningen på 70 procent och även få utbetalning av 70 procent rehabiliteringsersättning. Utgångspunkten för rätten till rehabiliteringspenning ska alltså vara om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Även arbetslösa försäkrade kan kompenseras för inkomstförlust om de har nedsatt arbetsförmåga och är förhindrade att söka och ta förvärvsarbete p.g.a. att de genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Det ska liksom i dag krävas att den försäkrade har en SGI för att han eller hon ska kunna få rehabiliteringspenning.[13]

Utredningen kan konstatera att en tänkbar nackdel med att rehabiliteringspenningen kan beviljas steglöst är att det kan bli svårare både för den försäkrade och Försäkringskassan att få överblick över ersättningen och mycket ersättning som ska betalas ut. Utredningen bedömer dock att fördelarna med att den försäkrade får ersättning för den faktiska inkomstförlust som han eller hon gör för deltagandet i en rehabiliteringsinsats överväger nackdelarna.

Ersättningen baseras på rehabilitering enligt rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringspenningen ska baseras på den faktiska inkomstförlust den försäkrade gör på grund av att han eller hon är förhindrad skaffa inkomst genom arbete på grund av deltagande i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.

Beräkningen av inkomstförlusten baseras som utgångspunkt på den tid som den försäkrade enligt rehabiliteringsplanen avstår från förvärvsarbete. Vid beräkningen av den sammanlagda tidsåtgång en viss rehabilitering kommer att ta i anspråk ska tiden avrundas nedåt till närmaste hel timme. För att en sådan beräkning ska vara möjlig kommer det att ställas högre krav på innehållet i en rehabiliteringsplan med precisering av när, i vilken omfattning och hur länge rehabiliteringsinsatsen kommer att pågå.

[13] Ersättningsformen rehabiliteringspenning i särskilda fall i 31 a kap. SFB kvarstår dock. Denna typ av ersättning kräver inte att den försäkrade har en SGI.

Steglös ersättning för inkomstförlust i praktiken

En försäkrad har rätt till ersättning i form av rehabiliteringspenning för den inkomstförlust han eller hon gör till följd av att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Denna ersättning ska enligt utredningens förslag vara steglös. Det innebär att ersättningen inte är bunden till kvartiler, som är fallet för exempelvis sjukpenningen eller dagens rehabiliteringspenning, utan att det är den faktiska inkomstförlusten som ersätts.

Vid tidpunkten för prövningen av rätt till rehabiliteringspenning krävs, för rätt till ersättning, att den försäkrades arbetsförmåga bedöms nedsatt med minst 25 procent. Detta är en förutsättning även för att sjukpenning ska kunna beviljas. Bedömningen görs mot det arbetsförmågebegrepp som är aktuellt enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser när den försäkrade ansöker om ersättningen. Det innebär exempelvis att en anställd försäkrad som påbörjar rehabilitering vid dag 89 i sitt sjukfall kommer att få sin arbetsförmåga bedömt mot sitt ordinarie arbete hos arbetsgivaren. För en person som påbörjar rehabiliteringen först efter att dag 180 har passerats ska arbetsförmågan som utgångspunkt jämföras mot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.[14]

Det vanligaste scenariot för en person som påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering är att han eller hon först har varit sjukskriven en tid med sjukpenning. För en anställd försäkrad inleds arbetsgivarens rehabiliteringsansvar när arbetsförmågan blir nedsatt. Senast inom 30 dagar ska arbetsgivaren ha upprättat en plan för återgång i arbete.[15]

I samband med att rehabiliteringspenning beviljas ska även Försäkringskassan ha upprättat en rehabiliteringsplan i samråd med den försäkrade. Denna plan beskriver den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, dess mål och hur och när rehabiliteringen ska genomföras. Det är rehabiliteringsplanen som ligger till grund för exempelvis i vilken omfattning rehabiliteringsinsatsen ska ske och hur upptrappning i arbete planeras.

I tidigare avsnitt har utredningen redogjort för att arbetslivsinriktad rehabilitering ofta sker samtidigt eller i kombination med medicinsk rehabilitering och att detta inte utgör något hinder för att

[14] Här ska dock även beaktas om övervägande skäl talar för att personen kommer att kunna återgå i arbete innan han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar, se 27 kap. 48 § SFB.
[15] 30 kap. 6 § SFB.

rehabiliteringspenning ska kunna utbetalas. Så länge den försäkrade genomförs arbetslivsinriktad rehabilitering till någon del ska endast rehabiliteringspenning betalas ut för den totala inkomstförlust han eller hon gör. Den närmre fördelningen av rehabiliteringsåtgärdernas typ får i ett sådant fall inte betydelse för den utbetalda ersättningen. En försäkrad som exempelvis är sjukskriven med en nedsatt arbetsförmåga på 50 procent kan delta i arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering upp till halvtid och får i så fall rehabiliteringspenning under denna tid. På samma sätt kan en försäkrad som är helt sjukskriven och har bedömts ha helt nedsatt arbetsförmåga, som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och har beviljats rehabiliteringspenning ha en varierande omfattning på rehabiliteringsåtgärderna men ersätts ändå med rehabiliteringspenning för hela arbetsförmågenedsättningen.

Den steglösa ersättningen får betydelse främst i frågan om samordning mellan inkomst från förvärvsarbete och rehabiliteringsersättning. Avsikten med arbetslivsinriktade rehabilitering är att den försäkrade på ett effektivt sätt ska återfå arbetsförmågan och kunna återgå i arbete. En rehabiliteringsplan innehåller typiskt sett en plan för stegvis återgång i arbete. Likaså är medicinska rehabiliteringsplaner i regel upplagda för att arbetstiden ska trappas upp över tid. Den steglösa ersättningen innebär att den försäkrade, till skillnad från vid sjukpenning, kan få ersättning för inkomstförlust för den faktiska tid som han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete. Den som exempelvis har återgått i arbete på 60 procent och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering på 40 procent får ersättning för den del där rehabilitering pågår, tros att arbetsförmågan inte längre är nedsatt med minst 50 procent. Ett minimikrav på för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut är dock att arbetsförmågans nedsättning ska vara minst 25 procent.

Nedan redogörs för två exempel för hur ersättningen blir i fall där den försäkrade har rehabiliteringspenning vid en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats.

Exempel 1

Den försäkrade är anställd och har blivit sjukskriven på 50 procent till följd av utmattningssyndrom. Efter 30 dagars sjukskrivning påbörjas arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning i arbetsgivarens regi med stöd av företagshälsovården. Den försäkrade ansöker om rehabiliteringsersättning för insatsen. Försäkringskassan bedömer arbetsförmåga mot den försäkrades ordinarie arbete och beslutar att förmånen kan beviljas. Den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning för hela arbetsförmågans nedsättning, trots att den första tiden innehåller en större del vila och en mindre del arbetsträning. Enligt rehabiliteringsplanen ska den försäkrade trappa upp arbetstiden med 10 procentenheter varannan vecka och vara åter i heltidsarbete efter tio veckor. Planen håller. Efter två veckor arbetar den försäkrade 60 procent, efter fyra veckor 70 procent, efter sex veckor 80 procent, efter åtta veckor 90 procent och den försäkrade är åter i arbete efter tio veckor. Under tiden med upptrappning får den försäkrade steglös rehabiliteringspenning för den inkomstförlust som uppkommer: vid 60 procents arbete är rehabiliteringspenningen 40 procent, vid 70 procents arbete är rehabiliteringspenningen 30 procent och så vidare.

Exempel 2

En försäkrad har helt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Efter 212 dagars sjukskrivning påbörjas arbetslivsinriktad rehabilitering. Fram till dess har endast medicinsk behandling pågått. Den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning på 100 procent trots att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen endast pågår två timmar i veckan. Sjukpenning betalas alltså inte ut så länge den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår.

Ett bakslag i rehabiliteringen gör att rehabiliteringsinsatsens omfattning måste minskas och rehabiliteringsplanen revideras. Detta påverkar emellertid inte den försäkrade ersättning som utgörs av rehabiliteringspenning för hela nedsättningen av arbetsförmågan. Under kortare oförmåga att genomföra rehabiliteringen, upp till 30 dagar, behåller den försäkrade också rehabiliteringspenningen. Den försäkrade uppnår 20 procents arbetsförmåga och ersätts då till övriga 80 procent av rehabiliteringspenningen. Efter rehabiliterings-

periodens slut blir den försäkrade direkt sjukskriven på heltid. Den enskilde behöver då ansöka om sjukpenning igen eftersom någon arbetslivsinriktad rehabilitering inte längre pågår. Under tid med rehabiliteringspenning har ytterligare 200 dagar i rehabiliteringskedjan passerat och den försäkrades arbetsförmåga bedöms utifrån den aktuella bedömningsgrunden i rehabiliteringskedjan, dvs. arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Samordning med sjukpenning

En problematik som kan uppstå vid tillämpningen av steglös ersättning för inkomstförlust vid arbetslivsinriktad rehabilitering är att en försäkrad parallellt med rehabiliteringsersättning kan ha rätt till andra ersättningar, exempelvis sjukpenning, och att han eller hon i dessa fall kan den försäkrade bli underkompenserad eftersom de andra ersättningssystemen inte har samma steglösa nivåer på ersättningen utan beviljas i kvartiler. Om en försäkrad exempelvis arbetstränar tre timmar om dagen och sedan drabbas av ytterligare sjukdom och parallellt blir sjukskriven för en arbetsförmåga som totalt uppgår till heltid, kan sjukpenning endast betalas på 75 eller 50 procent eftersom den förmånen beviljas i kvartiler. Den försäkrade skulle i en sådan situation alltså kunna bli underkompenserad vad gäller hans eller hennes totala inkomstförlust för nedsatt arbetsförmåga.

Både rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas personer som har nedsatt arbetsförmåga. I de fall en person samtidigt har rätt till rehabiliteringspenning och sjukpenning föreslår utredningen därför att den försäkrade ska beviljas rehabiliteringspenning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga, såväl på den del den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som på den del personen har nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen. Det betyder t.ex. att den försäkrade i nyss nämnda exempel, som deltar i en rehabiliteringsinsats tre timmar om dagen och som parallellt är sjukskriven på en omfattning som totalt motsvarande heltid, således kommer att få 100 procent *rehabiliteringspenning*.[16] Med denna lösning kommer försäkrade som samtidigt genomgår både arbetslivsinriktade och medicinska rehabiliteringsinsatser med

[16] Detta förslag baseras till delar på förslag i Ds 2018:32.

andra ord ha samma sorts ersättning oavsett vilket slags rehabilitering personen genomgår.

Det kan poängteras att rehabiliteringspenning ersätter sjukpenning också om den försäkrade först efter påbörjad rehabiliteringsperiod med rehabiliteringspenning blir sjukskriven, t.ex. om rehabiliteringen pågår på halvtid och den försäkrade därefter blir sjukskriven på övriga 50 procent för en ny sjukdom. Eftersom rehabiliteringen syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan omfattar syftet även en ny sjukskrivning och ersättningsformen blir i ett sådant fall rehabiliteringspenning.

Samordning även mellan rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukpenning i särskilda fall

En försäkrad som saknar eller har låg sjukpenninggrundande inkomst kan under vissa förhållanden ha rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt bestämmelserna i 31 a kap. SFB under tid som han eller hon genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. En sådan försäkrad kan också ha rätt till sjukpenning i särskilda fall vid nedsatt arbetsförmåga enligt bestämmelserna i 28 a kap. SFB.

I avsnittet ovan redogjordes för utredningens förslag om att en försäkrad som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och har rehabiliteringspenning till någon del ska få rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen. Utredningen menar att samma konstruktion ska gälla för en försäkrad som får rehabiliteringspenning i särskilda fall och som utöver deltagande i rehabiliteringen har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning i särskilda fall. Den försäkrade ska då i stället för sjukpenning i särskilda fall beviljas rehabiliteringspenning i särskilda fall för att kompenseras för hela nedsättningen av arbetsförmågan.

Vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning ska tillämpas för de försäkrade som har rehabiliteringspenning

En försäkrad som får rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga utöver deltagande i en rehabiliteringsåtgärd ska i huvudsak omfattas av samma bestämmelser som en för-

säkrad som har sjukpenning. Detta inkluderar även de situationer som uppstår innan ersättning har beviljats, som frågan om sjukanmälan. Avsikten med förslaget är att förenkla tillämpningen och underlätta för en flexibel rehabiliteringsprocess som tillåter en stegvis upptrappning av arbete. Avsikten är att en försäkrad varken ska gynnas eller missgynnas av att söka och beviljas rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga i den aktuella situationen och i princip ska behandlas på samma sätt.

Det sagda innebär att relevanta bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning i 27 kap. och 28 kap. SFB kommer att vara tillämpliga för en försäkrad i denna situation. Vissa bestämmelser i dagens regelverk om rehabiliteringsersättning (31 kap. 10 och 13 §§) hänvisar redan i dag till bestämmelser i 27 och 28 kap. SFB. Dessa bestämmelser gäller generellt för rehabiliteringsersättningen. Därutöver ska alltså ett antal bestämmelser i 27 och 28 kap. vara tillämpliga för en försäkrad som omfattas av reglerna om rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning. Dessa innefattar bestämmelser i 27 kap. om

- sjukresor
- samordning med sjuklön,
- sjukpenning vid kortare sjukdomsfall,
- sjukanmälan,
- krav på läkarintyg efter sjunde dagen,
- karensavdrag,
- allmänt och särskilt högriskskydd,
- utbetalning till arbetsgivare m.m.

I 28 kap. innefattas bestämmelser om

- beräkningsunderlag vid sjuklön,
- arbetstidsberäknad sjukpenning,
- samordning med samtidig lön.

Relationen till andra förmåner

Med hänsyn till att rehabiliteringspenningen föreslås kunna beviljas steglöst kommer försäkrade som parallellt får en ytterligare socialförsäkringsförmån som kompenserar för inkomstförlust kunna få ersättningarna på en sammantagen nivå som inte motsvarar kvartiler. En försäkrad som exempelvis samtidigt får både rehabiliteringspenning och föräldrapenning kan tänkas ha den senare ersättningen i en omfattning om 25 procent och den förra i en omfattning om 30 procent. Den försäkrade arbetar då i en sammantagen omfattning om 45 procent.

En försäkrad kan dock inte få rehabiliteringspenning och en annan förmån som också ersätter inkomstförlust i en högre omfattning än totalt 100 procent ersättning per dag. En försäkrad som t.ex. får rehabiliteringspenning i en omfattning om 30 procent och som sedan ansöker om föräldrapenning på 75 procent får i så fall minskad rehabiliteringspenning till 25 procent. Detta eftersom rehabiliteringspenningen ger ersättning för inkomstförlust. Om den försäkrade får föräldrapenning i en omfattning på 75 procent kan den försäkrade alltså som mest kompenseras för ytterligare 25 procent inkomstförlust vid rehabilitering. Den försäkrade behöver i ett sådant här fall alltså anpassa sitt deltagande i rehabiliteringsåtgärder till kvartiler. Ramen för hur mycket rehabiliteringspenning den försäkrade kan få i dessa slags fall är det kvarvarande del som den försäkrade inte har ersatts för inkomstförlust med en annan förmån för samma dag ersättningen avser och med den högsta omfattning den försäkrade kan få sett till personens SGI. Det kan också konstateras att enligt dagens regelverk hade den försäkrade i nyss nämnda exempel inte kunnat ha 30 procent rehabilitering, utan endast i kvartiler.

22.1.2 Rehabiliteringsersättningens koppling till rehabiliteringskedjan

Utredningens förslag: För tid som den försäkrade genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och är beviljad rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan inte bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan ska bedömas utifrån den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som var tillämplig vid den

tidpunkt då rehabiliteringspenning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden.

För en försäkrad som har rehabiliteringspenning ska även prövning av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom utöver deltagandet i rehabiliteringen och göras enligt den bestämmelse som var tillämplig den tidpunkt då rehabiliteringspenning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden.

Vid prövning av rätt till sjukpenning efter en avslutad period med rehabiliteringspenning ska en försäkrads arbetsförmåga bedömas mot det arbetsmarknadsbegrepp som gäller den vid den tidpunkten aktuella dagen i rehabiliteringskedjan.

Skälen för utredningens förslag: Enligt nuvarande regelverk räknas dagar i rehabiliteringskedjan såväl när den försäkrade får rehabiliteringspenning som när han eller hon får sjukpenning. Båda ersättningarna ingår i sjukperioden enligt 27 kap. 26 § SFB. Utredningen bedömer att dagar i rehabiliteringskedjan även fortsättningsvis ska räknas för rehabilitering som ersätts med rehabiliteringspenning.

Utredningen föreslår dock att någon bedömning av arbetsförmågan *inte* ska göras i relation till de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan under den tid som den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliteringspenning. Under sådan tid ska i stället arbetsförmågan jämföras mot den bedömningsgrund som var aktuell vid det initiala beviljandet av rehabiliteringspenning.

Om den försäkrade ansöker om sjukpenning efter att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen avslutats, kommer arbetsförmågan bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan utifrån vilken dag i sjukperioden den försäkrade befinner sig vid den tidpunkten, även inräknat tiden med rehabiliteringspenning. Vid denna tidpunkt kommer den försäkrade således befinna sig på samma dag i rehabiliteringskedjan som om han eller hon haft sjukpenning under hela sjukperioden, även om den försäkrade under en viss tid haft rehabiliteringspenning.

Som exempel kan nämnas en försäkrad som innan dag 181 i sjukskrivningen påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering. Under tiden med rehabiliteringspenning räknas dagar i rehabiliteringskedjan. När den försäkrade når dag 181 ska arbetsförmågan dock inte prövas mot normalt förekommande arbete om han eller hon fortfarande deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Först om den försäkrade återigen

blir sjukskriven efter att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har avslutats, ska den försäkrade åter få sin arbetsförmåga bedömd mot tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Utredningen anser att denna lösning utgör en väl avvägd balans mellan intresset av att en försäkrad ska kunna rehabiliteras åter till sitt befintliga arbete och kraven på den försäkrade att ställa om till ett (annat) normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Förslaget påverkar inte tillämpningen av nuvarande regler i 27 kap. 19 § SFB om vid vilken tidpunkt sjukpenning ska börja utbetalas på fortsättningsnivå. Så är fallet eftersom även dagar den försäkrade får rehabiliteringspenning fortfarande ska räknas som dagar i rehabiliteringskedjan.

Att den försäkrades arbetsförmåga inte ska bedömas gentemot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan under den tid han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering, för att sedan, när rehabiliteringen är avslutad, åter bedömas mot dessa gränser ökar visserligen till viss del regelverkets komplexitet. Det finns därmed en risk för att det uppstår missförstånd vid handläggningen och för att det blir svårare för inblandade aktörer att förstå regelverket. Utredningen bedömer dock att fördelarna med den föreslagna lösningen överväger, särskilt eftersom den bör minska risken för att rehabiliteringsinsatserna drabbas negativt av bedömningen gentemot tidpunkter i rehabiliteringskedjan.

Ingen bortre tidsgräns för hur länge rehabiliteringspenning kan utbetalas

I förarbetena till nuvarande regelverk anges att rehabiliteringsersättning endast i undantagsfall ska kunna betalas ut i längre tid än tre månader till den som behöver rehabiliteringsåtgärder för att komma tillbaka till sitt befintliga arbete, men som även utan rehabiliteringsinsatser har arbetsförmåga i andra arbeten.[17] I förarbetena uttalas också att rehabiliteringsersättning som syftar till att förkorta sjukfallet eller att häva arbetsförmågans nedsättning inte bör utges efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar, om den försäkrade utan arbetslivsinriktad rehabilitering kan återgå i annat arbete hos arbetsgivaren.[18]

[17] Prop. 1996/97 :28, s. 19.
[18] Prop. 2007/08:136, s. 70.

I Prop. 2020/21:78 anges att kopplingen mellan rehabiliteringspenningen och rehabiliteringskedjans tidsgränser har visat sig vara ett problem för möjligheten till tidiga rehabiliteringsinsatser för enskilda, liksom för möjligheten att fullfölja rehabilitering. Regeringen uttalar bl.a. följande:

> När Försäkringskassan, enligt nuvarande regelverk, redan vid dag 180 drar in sjukpenningen och hänvisar individen att ställa sig som aktivt arbetssökande hos Arbetsförmedlingen, arbetar arbetsgivaren som regel fortfarande med målet att arbetstagaren ska komma åter i ordinarie arbete. Arbetstagaren kan också ha börjat återgå på deltid i arbetet med en tydlig plan att successivt återgå till heltid De gällande reglerna kan därför försvåra eller i vissa fall tillintetgöra det arbete som har påbörjats på arbetsplatsen.[19]

I denna proposition nämner regeringen också att den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som har arbetsförmåga i andra arbeten efter en tid förväntas ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen. Samtidigt betonas vikten att kravet på omställning inte kommer för tidigt i sjukfallet.

Mot denna bakgrund är det enligt utredningens mening inte rimligt att sätta upp en fast tidsgräns på tre månader för en rehabiliteringsinsats som syftar till att en försäkrad ska kunna återgå i sitt ordinarie arbete. Utredningen anser att det inte heller generellt bör sättas upp någon specifik tidsgräns för hur länge rehabiliteringspenning ska kunna beviljas. Det avgörande ska vara huruvida behov av arbetslivsinriktad rehabilitering kvarstår och om det fortfarande finns adekvata åtgärder att vidta. Liksom regeringen anser utredningen att det också bör beaktas att den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som har arbetsförmåga i andra arbeten efter en tid bör förväntas ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen. Samtidigt bör försäkrade som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete också ges reella förutsättningar att rehabiliteras åter till det arbetet.[20]

Det faktum att rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utifrån hans eller hennes individuella förutsättningar och behov, i kombination med att ersättningen är steglös, obegränsad i tid och utan att dagar i rehabiliteringskedjan förbrukas, kan i och för sig minska incitamenten för den försäkrade att lämna

[19] Prop. 2020/21:78, s. 18.
[20] Se också Prop. 2020/21:78, s. 10.

försäkringen, vilket kan leda till inlåsningseffekter. Utredningen anser dock att risken för omfattande sådana effekter är små. När omfattande rehabiliteringsinsatser har genomförts och sannolikheten för att ytterligare rehabiliteringsåtgärder skulle understödja återgång i det ordinarie arbetet har minskat bör inte ytterligare åtgärder kunna genomföras med rehabiliteringsersättning.

Vilken ersättning är tillämplig vid olika typer av rehabilitering?

Liksom tidigare ska rehabiliteringspenning vara aktuellt när den försäkrade genomgår *arbetslivsinriktad* rehabilitering. Vid enbart *medicinsk* rehabilitering, som hälso- och sjukvården ansvarar för, kommer sjukpenning även fortsättningsvis vara den förmån som är aktuell för en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga. Avgränsningen mellan arbetslivsinriktad och medicinsk behandling och rehabilitering är emellertid inte kategorisk. Liksom tidigare ska gälla att deltagande i viss medicinsk behandling, t.ex. sjukgymnastisk, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår inte kommer att innebära något hinder för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas.

Som tidigare nämnts innebär utredningens förslag att en försäkrad som samtidigt har rätt till partiell rehabiliteringspenning och partiell sjukpenning endast kommer att få utbetalning av rehabiliteringspenning. Ersättningen ska i sådana fall motsvara hela den nedsatta arbetsförmågan, alltså även för den del som den försäkrade uppfyller villkoren för rätt till sjukpenning.

Även om den försäkrade får sjukpenning och genomgår medicinsk rehabilitering som pågår dag 181 i rehabiliteringskedjan finns möjligheter att inte bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Genom regler som trädde i kraft den 15 mars 2021 har möjligheterna att skjuta upp denna bedömning utökats. Även om en sammantagen bedömning alltid ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet kan förutsättningarna för att skjuta upp bedömningen normalt sett anses vara uppfyllt t.ex. om den försäkrade medverkar i insatser enligt en plan som kan innehålla bl.a. medicinska åtgärder.[21] I förarbetena framgår också att lagändringen innebär att bedömningarna mot andra arbeten kan

[21] Där målet är återgång i arbete senast dag 365 hos arbetsgivaren, i samma omfattning som före sjukperioden. Prop. 2020/21:78.

skjutas upp även vid psykiatriska diagnoser om det t.ex. pågår medicinsk rehabilitering.

Utredningen har tidigare kunnat konstatera att många rehabiliteringsinsatser har inslag av såväl arbetslivsinriktad som medicinsk rehabilitering. Sådana mer blandade insatser ska även fortsättningsvis kunna ersättas med rehabiliteringspenning inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I sådana fall kommer de försäkrade ha samma ersättningsform, rehabiliteringspenning, oavsett vilken typ av rehabilitering de genomgår, så länge de i vart fall till viss del genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Så är fallet eftersom utredningens förslag innebär att försäkrade som samtidigt uppfyller villkoren för både rehabiliteringspenning och sjukpenning ska få rehabiliteringspenning för hela nedsättningen av arbetsförmågan.

22.1.3 Utökade möjligheter att få rehabiliteringsersättning för utbildning

Utredningens bedömning: Det ska utöver de typer av utbildningar som kan bedrivas inom ramen för dagens rehabiliteringsersättning även vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Den maximala tid som rehabiliteringsersättning kan beviljas för studier ska vara 44 veckor. Utbildningen ska vidare kunna slutföras inom de 44 veckorna för att den försäkrade ska ha rätt till rehabiliteringsersättning.

Skälen för utredningens bedömning: För att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas för utbildning ska utbildningen enligt förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Avgörande för om utbildningen kan betraktas som rehabilitering är om den i den försäkrades fall syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

I utredningens direktiv anges att de begränsningar som finns med högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med

studiemedel och kring vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning i förordningen (1991:1321) i stort sett varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen, trots att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat och att utbildning numera är en sällsynt rehabiliteringsinsats. Det anges vidare att det kan övervägas om de begränsningar som finns fortfarande är motiverade, särskilt med hänsyn till att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas. Andra existerande förmåner vid utbildning behöver här beaktas.

Som redovisats i avsnitt 19.2.1 kan det faktum att studier är en sällsynt rehabiliteringsinsats bl.a. förklaras av Försäkringskassans tolkning att kravet på nedsatt arbetsförmåga för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut innebär att det krävs att utbildningsinsatsen ska leda till högre arbetsförmåga. Eftersom arbetsoförmåga i sjukförsäkringen endast ska bedömas utifrån rent medicinska kriterier krävs det således enligt Försäkringskassan att utbildningen leder till en medicinsk förbättring av arbetsförmågan, vilket utbildningar normalt inte gör. Av lagtexten framgår emellertid att rehabiliteringspenning också kan bli aktuell när den försäkrade genomgår en åtgärd som syftar till att förkorta sjukdomstid eller förhindra försämring av arbetsförmåga. Utbildning kan således bli aktuellt även i sådana fall och det krävs således inte heller att utbildningen de facto kommer att återställa den försäkrades arbetsförmåga.

För en anställd vars arbetsgivare kan erbjuda omplacering till ett annat arbete under förutsättning att den anställde går en utbildning kan rehabilitering i form av utbildning bli aktuell under den period i rehabiliteringskedjan då bedömningen av arbetsförmåga görs i förhållande till arbete hos den befintliga arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan utbildning bli aktuellt om arbetsförmågan är nedsatt i sådana slags arbeten, men ett specialanpassat eller skyddat arbete skulle kunna bli tillgängligt för den försäkrade efter utbildning.[22]

[22] Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 20.

Begränsningar i tid och till vissa typer av studier

I dag kan en försäkrad få rehabiliteringspenning för maximalt 40 studieveckor. Utredningens förslag är att denna gräns utökas till 44 veckor. Förslaget är motiverat av att vissa av de nya former av utbildningar som föreslås kunna ge rätt till rehabiliteringsersättning omfattar 44 veckor. Det innebär dock fortfarande att en försäkrad ska kunna studera maximalt ett år med rehabiliteringspenning. Det kan noteras att detta förslag också lämnas i departementspromemorian ”Omställningsstudiestöd – för flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden” (Ds 2021:18). Emellertid avser förslaget om maximalt 44 studieveckor i denna skrivelse endast heltidsstudier.

Det ska enligt utredningens bedömning liksom i dag vara möjligt att studera både på heltid och deltid med rehabiliteringsersättning, men det totala antalet veckor som den försäkrade kan studera på en utbildning som kan finansieras med studiemedel med förmånen bör vara 44 veckor oavsett studietakt. Längre sådana studier än så kan och bör vanligtvis finansieras genom studiemedelssystemet.

Utredningen anser dock att begränsningen avseende vilken typ av utbildning som ska kunna beviljas som rehabiliteringsåtgärd och således kunna berättiga till rehabiliteringsersättning bör ändras. Med hänsyn till utbildningens syfte (se nedan) och längd samt till om den är studiemedelsberättigande anser utredningen att det är motiverat att fler utbildningar kan omfattas än vad som gäller i dag. Särskilt anser utredningen att yrkeshögskoleutbildningar, som ofta innebär en möjlighet för försäkrade att på ett studieår få ny kompetens, bör vara möjlig att genomföra och finansiera med rehabiliteringsersättning. Det kan också tänkas att annan eftergymnasial utbildning utgör en rimlig rehabiliteringsåtgärd, varför även sådana studier ska kunna bedrivas med rehabiliteringsersättning. Framför allt kan det handla om studier på universitet och högskola, men det kan även röra sig om exempelvis eftergymnasial yrkesutbildning på folkhögskola. Utredningen menar att ett syfte med utbildningen ska vara att den är yrkesinriktad. Det ska därför krävas att utbildningen är av en sådan längd att den kan avslutas inom 44 veckors studier, eller att den försäkrade avslutar en sedan tidigare påbörjad utbildning inom denna tid, för att det ska vara möjligt att beviljas rehabiliteringsersättning under tiden för studierna.

För att nu nämnda utbildningar ska kunna finansieras med rehabiliteringsersättning ska dock krävas att utbildningen syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

De nu nämnda begränsningarna i tid och kring vilken sorts studier som kan bedrivas med förmånen framstår enligt utredningen som väl avvägda med hänsyn till att studierna bör leda till att den försäkrades nya kompetens är efterfrågad på arbetsmarknaden så att han eller hon snabbt kan ta tillvara sin arbetsförmåga i arbete.

Genom att någon åtskillnad inte längre kommer att göras mellan medicinsk rehabilitering och arbetsmarknadsinriktad sådan kommer förmånen kunna finansiera fler utbildningar även ur detta perspektiv. Här kan särskilt lyftas rättsfallet RÅ 1997 not. 102, där den försäkrade enligt tidigare regelverk inte kunde få rehabiliteringsersättning för en utbildning som enligt Högsta förvaltningsdomstolen utgjorde ett led i den försäkrades sociala och medicinska rehabilitering. En sådan typ av utbildning skulle enligt utredningens förslag kunna berättiga till rehabiliteringsersättning. Avgörande för om utbildningen kan bedrivas med förmånen ska vara om utbildningen i det enskilda fallet syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

Det kan konstateras att nedsatt arbetsförmåga även kan innebära nedsättning av förmågan att studera. Utredningen bedömer vidare att de utvidgade möjligheterna att studera med rehabiliteringsersättning inte innebär en beaktansvärd ökad risk för missbruk av förmånen eller beaktansvärda ökade incitament för försäkrade att söka sig till förmånen. För att kunna använda möjligheten att finansiera sina studier med förmånen måste den försäkrade genomgå en sjukskrivningsprocess med läkarundersökningar och visa att man uppfyller kriterierna för förmånen. Det är alltså inte möjligt att utan vidare finansiera sina studier genom rehabiliteringsersättning. Utredningens bedömning är därmed att det inte finns en beaktansvärd risk att förmånen utnyttjas felaktigt av personer som inte har rätt till ersättningen för att finansiera sina studier.

22.1.4 Rehabiliteringsbidrag ersätter särskilt bidrag

Utredningens förslag: Rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag ska ersättas av rehabiliteringsbidrag.

Utredningens bedömning: Samma nödvändiga merkostnader som enligt nuvarande regelverk kan ersättas genom det särskilda bidraget bör kunna ersättas genom rehabiliteringsbidraget. Begränsningar om att kostnader behöver överstiga 300 kronor bör tas bort.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: I direktiven anges att utredningen ska ta ställning till behovet av förändringar av det särskilda bidraget. Bidraget utgör en merkostnadsersättning för kostnader som uppstår till följd av och i samband med arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning.

Utredningen bedömer att merkostnader även fortsättningsvis bör kunna ersättas. Incitamenten för försäkrade att delta i rehabiliteringsåtgärder kan minska om det saknas möjligheter att få kostnaden för exempelvis resor ersatta. En sådan begränsning riskerar i sin tur att den planerade rehabiliteringen inte kan genomföras på ett adekvat sätt, vilket riskerar att den inte blir så effektiv som den annars hade kunnat bli. Möjligheten att få ersättning för merkostnader vid exempelvis behandling fyller därmed en viktig funktion. Visserligen har konstaterats att det nuvarande särskilda bidraget nästan uteslutande används för att ersätta resekostnader till behandlingsställen, men utredningen anser att det inte utgör skäl att begränsa möjligheten till att endast kunna få ersättning för sådana utgifter. Det är viktigt att flera tänkbara utgifter kan ersättas för att öka incitamenten för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Någon begränsning kring vilka kostnader som kan ersättas jämfört med dagens bestämmelser föreslås därmed inte och det nuvarande särskilda bidraget bör alltså enligt utredningens bedömning kvarstå i huvudsak i oförändrad form.

Utredningen föreslår dock att det särskilda bidraget ska byta namn till rehabiliteringsbidrag. Det kan leda till otydligheter om rehabiliteringsersättningens merkostnadsersättning har det generella namnet *särskilt bidrag*, samtidigt som den nya förmånen preventionsersätt-

ningens merkostnadsersättning föreslås få det mer specifika namnet *preventionsbidrag*.

Vissa följdförändringar kring rätten till merkostnadsersättning i form av rehabiliteringsbidrag föreslås också indirekt genom övriga förslag. Utredningen föreslår att begränsningen att ersättning endast betalas ut till den del skäliga kostnader överstiger 300 kronor sammanlagt för studietiden samt att begränsningen att resekostnader för resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen ska överstiga 300 kronor per månad ska tas bort. Resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen ska vidare inte heller behöva ske dagligen för att resorna ska berättiga till ersättningen. Formuleringen *dagligen* kan nämligen tolkas som att resor måste ske alla dagar i veckan, men utredningen anser att det ska vara möjligt att få resekostnaden ersatt även om den försäkrade har en åtgärd som enbart pågår exempelvis tre dagar i veckan. Detta för att minska de ekonomiska hinder som dessa begränsningar kan utgöra för försäkrade att delta i rehabiliteringsåtgärder.

Det är i dagsläget formellt möjligt att ansöka om enbart särskilt bidrag utan att vare sig ansöka om eller beviljas rehabiliteringspenning. Det är emellertid mycket ovanligt att försäkrade gör det. Denna möjlighet föreslås ändå kvarstå, bland annat för att det kan underlätta för försäkrade som saknar SGI. Merkostnadsersättning ska även fortsatt kunna lämnas vid rehabilitering som sker under tid för vilken den försäkrade beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning.

22.1.5 Handläggnings- och beslutsprocessen vid rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs kompletteras med krav på att den försäkrades rehabiliteringsbehov ska vara klarlagt senast dag 60 i sjukperioden, om det inte är uppenbart obehövligt.

Bedöms den försäkrade inte ha behov av rehabilitering vid klarläggandet senast dag 60 ska det fortlöpande under den fortsatta sjukperioden följas upp om ett sådant behov uppstår.

Skälen för utredningens förslag: En förklaring till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträckning att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen, se avsnitt 19.4.2. Genom att lagstifta om en senaste tidpunkt för när Försäkringskassan ska ha klarlagt den försäkrades behov av rehabilitering, bedömer utredningen att dessa problem kommer att minska. Bl.a. skulle en tidsgräns kunna påverka när i sjukfallen Försäkringskassan genomför avstämningsmöten och hur många möten som hålls.

Avstämningsmöten är en av de utredningsmetoder Försäkringskassan använder bl.a. för att utreda och bedöma den försäkrades behov av rehabilitering. Utredningen bedömer att avstämningsmötet är en god utredningsmöjlighet för att tidigt i ett sjukfall kunna identifiera behovet av rehabilitering. Avstämningsmöten sker dock sent i sjukfallen. Exempelvis var det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar innan det första avstämningsmötet genomfördes 397 dagar år 2019. Erfarenheter visar att rehabilitering som påbörjas efter en lång, passiv sjukskrivningstid har små möjligheter att lyckas.

Försäkringskassan har inom ramen för sitt samordningsuppdrag ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl. Detta betyder också att Försäkringskassan kan få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår i ett sjukfall i god tid innan dag 180 i sjukfallet.

Förutsättningarna att uppfylla samordningsansvaret torde också ha förbättrats i och med arbetsgivarens lagstadgade ansvar att upprätta en plan för återgång i arbete. Sedan juli 2018 har arbetsgivare även en lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar och som kan antas fortsätta vara frånvarande på grund av sjukdom i minst 60 dagar. Också enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ett ansvar för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering på arbetsplatsen.

Även regionerna har fått utökade skyldigheter i och med den lag som trädde i kraft den 1 februari 2020 och som anger att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Både arbetsgivare och hälso- och sjukvård har således fått ett tydligt ansvar de senaste åren för att stödja människor i deras återgång till arbete.

Regeringen har uttalat att dessa förutsättningar bör underlätta för Försäkringskassan att uppfylla sitt samordningsansvar.[23]

Lagstiftningen kring rehabiliteringsplaner är i dagsläget i vissa delar detaljerad, bland annat vad gäller bestämmelser om vad en rehabiliteringsplan ska innehålla. I direktiven anges att denna typ av handläggningsregler över tid kan komma att svara sämre mot hur ärenden lämpligen bör handläggas. Utredningen gör emellertid bedömningen att det är viktigt att en tydlig plan finns på plats tidigt i rehabiliteringsärenden. I planen redogörs för hur, när och hur länge åtgärder kommer att genomföras, uppgifter som också kommer att ligga till grund för bestämmandet av ersättning för inkomstförlust. För detta syfte finns det fog för att regelverket till viss del är detaljerat.

Det kan konstateras att Försäkringskassan inom ramen för sitt samordningsuppdrag har ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds så tidigt som möjligt i ärendena. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas).[24] Detta betyder också att Försäkringskassan kan få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår. Utredningen anser att det behövs ett större fokus på tidiga klarläggande utredningar för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och adekvata insatser sättas in i rätt tid. Insatser bör för det mesta sättas in när en tydlig anknytning arbetsplatsen fortfarande finns kvar. Detta är vanligast tidigt i ett sjukfall. Vartefter sjukfrånvaron blir längre blir oftast också anknytningen till arbetsplatsen allt svagare. I vissa fall innebär också en längre sjukfrånvaro att den försäkrade även kan ha blivit uppsagd. Samtidigt är det viktigt att också beakta att viss försiktighet vid överväganden av vilka utredningsinsatser och rehabiliteringsåtgärder som ska sättas in. Som utredningen tidigare har kunnat konstatera kan en del åtgärder få effekten att sjukfallen förlängs i stället för att förkortas. Det finns också en risk att rehabiliteringsinsatser som inte varit behövliga ibland ändå genomförs, vilket alltså också kan medföra förlängda sjukfall.

I dag anges i socialförsäkringsbalken att Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering *snarast* klarläggs och att åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Det

[23] Se prop. 2020/21:78, s. 14–15.
[24] 30 kap. 9 § SFB.

saknas emellertid närmare redogörelser för vad begreppet *snarast* ska anses innebära i fråga om inom vilken tidsram Försäkringskassan ska ha klarlagt den försäkrades rehabiliteringsbehov. Mot bakgrund av vad utredningen kunnat konstatera utifrån den statistik som visar antalet sjukfall där rehabiliteringsplanering sker, antalet avstämningsmöten och när i ett sjukfall rehabilitering typiskt sett påbörjas är utredningens uppfattning att Försäkringskassan i många fall inte uppfyller det i lag angivna kravet på att snarast klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov.

Utredningens bedömning att det behövs en mer strikt styrning, med en fast tidpunkt för när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Utredningens bedömning är att det kommer kunna leda till en mer aktiv handläggning och bidra till att – när så är relevant – behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och genomförs så tidigt som möjligt i sjukfallen.

Det har tidigare varit lagstiftat om tidsgränser för när Försäkringskassan senast ska upprätta rehabiliteringsplaner och kalla till avstämningsmöten.[25] När dessa tidsgränser togs bort motiverades det bl.a. med att sådana slags bestämmelser riskerar att hämma Försäkringskassans metodutveckling.[26] Det faktum att olika diagnoser ger olika långa sjukperioder fördes också fram som skäl för att det inte är lämpligt att formulera exakta tider för när Försäkringskassan senast bör genomföra avstämningsmöten. I argumentationen nämndes också att resursanvändningen inte blir ändamålsenlig om åtgärder vidtas för att uppfylla lagstiftningens bestämmelser även om de inte behövs i det specifika ärendet.

Utredningen instämmer i att det kan vara problematiskt att lagstifta om fasta tidsgränser vad gäller när en specifik utredningsmetod ska användas i ett sjukfall samt exakt när själva rehabiliteringsplanerna ska upprättas. Trots det anser utredningen att det givet de senaste årens utveckling ändå finns behov av mer fast reglering om när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen föreslår därför att den befintliga regleringen om att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska klarläggas, ska kompletteras med en bestämmelse om när denna utredning *senast* ska genomförts. Utredningens förslag är att Försäkringskassan senast dag 60 i sjukfallet ska ha utrett den försäkrades

[25] Prop. 2004/05:21.
[26] Prop. 2006/07:59.

behov av rehabilitering. En sådan utredning ska dock inte behövs enligt nyss nämnda tidsgräns om det är uppenbart obehövligt. Det kan exempelvis vara fallet om det finns en tydlig prognos om att den försäkrade inom kort kommer att kunna återgå i arbete utan att ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. På så sätt menar utredningen att risken minskar att åtgärder vidtas även om de inte behövs i det specifika ärendet.

Införande av denna tidsgräns förväntas kunna bidra till en mer ändamålsenlig samordning och genomförande av rehabilitering av sjukskrivna som har behov av det.

22.2 Preventionsersättning – en ny förmån för förebyggande behandling och rehabilitering

Utredningen föreslår att en ny förmån, preventionsersättning införs. I följande avsnitt presenteras förslaget mer i detalj, men sammanfattningsvis kan följande nämnas:

Preventionsersättningen ska bestå av preventionspenning och preventionsbidrag. Uppdelningen motsvarar vad som i dagsläget gäller för rehabiliteringsersättningen, som består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Preventionspenning ska ge ersättning för den inkomstförlust den försäkrade gör genom att genomgå förebyggande åtgärder med syfte att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Rehabiliteringsåtgärden ska ha ett eller flera av dessa syften och vara nödvändig för att ett sådant syfte ska uppnås. Ersättningen kopplas till den tidsåtgång som insatsen pågår och i den utsträckning den försäkrade därmed är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete. Åtgärden ska beskrivas i en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan.

Preventionsbidrag ska ge ersättning för merkostnader som uppstår för den försäkrade i samband med sådan förebyggande behandling och rehabilitering för vilken preventionspenning kan beviljas.

En avgörande förändring som förslaget medför är att åtgärdernas typ inte är avgörande för om ersättningen kan beviljas, utan sådan ska kunna beviljas för medicinsk behandling eller rehabilitering, förebyggande arbetslivsinriktad åtgärder eller en kombination av båda formerna.

Den nya förmånen ska, precis som dagens förebyggande sjukpenning, kunna beviljas den som genomgår medicinsk behandling i syfte att förebygga sjukdom eller arbetsoförmåga, eller förkorta sjukdomstid eller arbetsförmågenedsättning. Förmånen sjukpenning i förebyggande syfte ersätts därmed genom denna nya förmån som avser att täcka samma situationer som den förebyggande sjukpenningen gör i dag.

Nytt är att preventionsersättning, utöver medicinsk behandling och rehabilitering, även ska kunna beviljas vid förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder. För en försäkrad som är anställd utgör arbetsgivarens arbetsmiljöansvar gränsen för när en sådan åtgärd kan medföra rätt till preventionsersättning. Åtgärder som ryms inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar ska inte kunna medföra rätt till preventionsersättning.

22.2.1 Allmänt om preventionsersättning

Utredningens förslag: Den nya förmånen preventionsersättning ska införas och ersätta förmånen sjukpenning i förebyggande syfte. Preventionsersättningen består av förmånerna preventionspenning och preventionsbidrag.

Preventionspenning ska beviljas en försäkrad som gör inkomstförlust till följd av att han eller hon genomgår en förebyggande medicinsk eller arbetslivsinriktad åtgärd i syfte att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Åtgärden ska vara nödvändig för att minst något av syftena ska kunna uppnås och olika typer av åtgärder kan kombineras. Nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom ska däremot inte vara en förutsättning för att ersättningen ska kunna beviljas.

Under den tid som den försäkrade genomgår sådan insats som ersätts med preventionspenning ska hans eller hennes sjukpenninggrundande inkomst vara skyddad mot sänkning.

Skälen för utredningens förslag: I tidigare avsnitt har redogjorts för de överlappande syftena i dagens rehabiliteringsförmåner. Förslaget innebär att förmånerna förtydligas och utvidgas så att även förebyggande insatser av arbetslivsinriktad natur ska kunna inklu-

deras i förmånen. Syftet med denna nya förmån är att det ska bli enklare för försäkrade att delta i förebyggande åtgärder.

Enligt gällande regelverk finns det skillnader i förutsättningarna för rehabiliteringsförmåner enligt socialförsäkringsbalken beroende på om rehabiliteringen är av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär. Vid medicinsk rehabilitering som i dag ersätts med förebyggande sjukpenning ställs inte något krav på nedsatt arbetsförmåga, medan det vid arbetslivsinriktad rehabilitering krävs att arbetsoförmåga till följd av sjukdom ska vara nedsatt med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken kan således i dagsläget inte beviljas i rent förebyggande syfte. Rehabiliteringsersättning kan dock redan med dagens regelverk ges i förebyggande syfte, för att motverka ytterligare försämring för en försäkrad som redan har nedsatt arbetsförmåga. Den tredje huvudformen, social rehabilitering, kan inte ersättas genom rehabiliteringsförmånerna i socialförsäkringsbalken.

Förslaget utgör i princip ingen förändring mot tidigare reglering för *medicinsk* rehabilitering, som redan i dagsläget kan beviljas förebyggande och ersättas genom förmånen förebyggande sjukpenning. Avsikten med att införa förmånen förebyggande sjukpenning var att förmånen skulle vara ett av flera verktyg för att förhindra frånvaro från arbete på grund av sjukdom.[27] Utredningen kan emellertid konstatera att regelverket kring den förebyggande sjukpenningen är omodernt och behäftat med vissa brister. De behandlingsformer som tillämpas i dag skiljer sig från vad som gällde vid tidpunkten för regelverkets tillkomst. Synsättet på vad som kan anses utgöra en adekvat behandlings- eller rehabiliteringsinsats har också förändrats. Det är exempelvis inte alltid medicinsk personal som utför själva behandlingen, men det kan fortfarande vara en effektiv medicinsk behandling. Ett exempel kan vara den förändrade synen på fysisk aktivitet som ordineras av läkare som behandling. Det finns sammantaget även förutsättningar för att förändra regelverket kring förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering vad gäller vissa frågor (se avsnitt 22.2.2).

Förslaget innebär en förändring i fråga om den *arbetslivsinriktade* rehabiliteringen; denna form av insatser kommer enligt utredningens förslag kunna beviljas i förebyggande syfte och därmed alltså även innan en arbetsförmågenedsättning har uppstått. Gränsdragningen

[27] Prop. 1990/91:141, s. 33–34; SOU 1988:41, s. 313–335.

för vad som utgör arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar blir avgörande för vilka situationer sådan arbetslivsinriktad insatser kan bli aktuell (se avsnitt 22.2.3).

Regelverket ska fungera för kvinnor och män och oavsett vilken kategori på arbetsmarknaden den försäkrade tillhör. Den nya förmånen ska därför kunna beviljas försäkrade som deltar i förebyggande insatser och rehabilitering oavsett anställningsform och även omfatta arbetslösa. Avgörande för ersättningsfrågan är om den aktuella insatsen medför att den försäkrade gör inkomstförlust. En förändring i ersättningsfrågan är att den nya förmånen ska kunna beviljas steglöst, utan krav på att behandlingen eller rehabiliteringen ska uppgå till minst 25 procent, eller 2 timmar, under en enskild dag. Storleken på ersättningen ska liksom för nuvarande rehabiliteringsförmåner vara baserad på den försäkrades SGI.

Förmånen vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering lyfts bort från sjukpenningens område

Utredningens förslag innebär att även inkomstförlust till följd av förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering kommer att ersättas genom preventionspenning. Den nuvarande förmånen sjukpenning i förebyggande syfte ersätts därmed. Denna förmån regleras i 27 kap. 25 § SFB och ligger således tillsammans, i samma kapitel, som regelverket för sjukpenning till följd av nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning i förebyggande syfte ingår i 1990-talets rehabiliteringsreform men har sin placering i kapitlet om sjukpenning i stället för i de kapitel som rör rehabilitering och förmåner vid rehabilitering. Denna typ av sjukpenning utges emellertid under tid med medicinsk behandling eller rehabilitering och det finns inte något krav på vare sig nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom – de två grundläggande kriterier som annars utgör basen för rätt till sjukpenning. Utredningen menar därför att den lämpligaste placeringen i regelverket för denna typ av förmån inte är inom kapitlet för sjukpenning; de fundamentala kriterier som sjukpenningen bygger på gäller inte för denna typ av ersättning, vars benämning därmed kan leda fel i tanke och tillämpning. Det finns i dagsläget också svårigheter i gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukpenning i förebyggande syfte. Utredningen har vidare kunnat konstatera att användningen av förmånen förebyggande sjukpenning emellanåt används som vad som kan liknas vid en

reservförmån när den försäkrade fått avslag på ansökan om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. Detta är emellertid inte avsikten med förmånen.

Genom den nya konstruktion för förmåner vid rehabilitering som utredningen föreslår kommer även medicinsk rehabilitering av förebyggande och återbyggande karaktär således att ingå i den nya förebyggande förmånen. Redan i dag kan förebyggande sjukpenning beviljas vid medicinsk behandling eller rehabilitering i syfte att förebygga en sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller att förebygga eller till och med häva arbetsoförmåga. I denna mening kommer alltså med utredningens förslag även medicinsk behandling som genomförs i förbyggande syfte att per definition anses utgöra rehabilitering.

I sak innebär den föreslagna förändringen inte någon skillnad sett till vilka typer av medicinska behandlings- eller rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till ersättning men kraven på dessa åtgärder kommer att göras mindre strikta. Den tämligen omfattande administrativa process som i dagsläget kringgärdar den förebyggande sjukpenningen kommer också göras enklare.

En definition av begreppen prevention och rehabilitering i detta sammanhang

Som utredningen tidigare har konstaterat finns i dagsläget ingen enhetlig definition av begreppet rehabilitering, och särskilt vad gäller frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering skiljer sig definitionerna åt (se avsnitt 18.1) mellan olika aktörer. Begreppet definieras också på olika sätt i olika sammanhang. I socialförsäkringsbalken är arbetslivsinriktad rehabilitering i dagsläget definierad utifrån sitt syfte. I tidigare betänkanden som berör denna fråga har uttryckts att det vore önskvärt med en gemensam definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.[28]

Med begreppet prevention avses förebyggande insatser som kan aktiveras direkt när en individ börjat uppvisa tecken på eller signalerar att det finns risk för långvarig ohälsa, men innan situationen utvecklats till sjukdom, sjukskrivning och nedsatt arbetsförmåga.[29]

Behovet av en sådan närmre definition blir i detta sammanhang mindre mot bakgrund av utredningens förslag om en samlad förmån

[28] Se bl.a. SOU 2020:6.
[29] Jfr även Riksrevisionen, RiR 2021:19, s. 11.

vid preventiva åtgärder; oavsett om dessa är av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär, eller en blandning av de två, ska det vara möjligt att få ersättning i form av preventionsersättning. I ett sådant fall räcker det att konstatera att den försäkrade deltar i någon form av åtgärd och det behöver inte närmre kategoriseras vilken typ av åtgärd det rör sig om eller fördelningen mellan medicinska och arbetslivsinriktade inslag.

För frågan om rätt till den nya förmånen preventionsersättning ska förebyggande åtgärder definieras utifrån sitt syfte i detta sammanhang: det ska vara fråga om en åtgärd av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär som syftar till att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid, och/eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga. En förebyggande behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd som sätts in i något av de nämnda syftena och som behövs för att syftet ska uppnås ska betraktas som en preventionsåtgärd avseende frågan om preventionsersättning kan bli aktuellt.

Försäkringskassan har i sitt svar på ISF:s rapport 2020:9, som rör förebyggande sjukpenning, angett att det vore eftersträvansvärt med en översyn av begreppen *medicinsk* behandling och rehabilitering.[30] Detta begrepp förekommer i dagens regler om förebyggande sjukpenning. Medicinsk behandling som ges i det syfte som anges i detta kapitel ska alltså anses utgöra en rehabiliteringsåtgärd som kan ge rätt till preventionsersättning. Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering diskuteras vidare i avsnitt 22.2.1.

Inget krav på att sjukdom ska ha uppstått

Enligt utredningens förslag ska uppkommen sjukdom hos den försäkrade inte vara ett kriterium för att preventionsersättning ska kunna beviljas. Detta följer naturligt av förmånens karaktär, eftersom den ska kunna beviljas för åtgärder i förebyggande syfte. Avsikten med en sådan insats kan vara just att förhindra att ohälsa hos en försäkrad förvärras och att sjukdom bryter ut. Syftet med preventionsersättning är att förebygga sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan. Det sker genom att förmånen kan användas för att ersätta en försäkrad för den inkomst som han eller hon förlorar genom att avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabili-

[30] Försäkringskassan, svar på ISF rapport 2020:6, 2020/001234.

tering för att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Exempel på sådana åtgärder är behandling av riskfaktorer för sjukdom såsom stress, ångest och övervikt.

Sjukdomsbegreppet – som diskuterades närmre i avsnitt 5.2.1 – kvarstår emellertid som en viktig del i bedömningen av rätt till förmånen. Syftet med rehabiliteringsinsatsen ska vara att förebygga uppkomst av sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller att förhindra nedsatt arbetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom. Sjukdom ska i detta hänseende inte ha någon annan innebörd än i sjukförsäkringen i övrigt.

Inget krav på nedsatt arbetsförmåga

Det finns enligt utredningens förslag inget krav på att arbetsoförmåga till följd av sjukdom ska ha uppstått för att preventionsersättning ska kunna beviljas. I detta avseende motsvarar preventionsersättningen vad som i dag gäller för den förebyggande sjukpenningen. I stället kopplas förutsättningarna för ersättningen till att en rehabiliteringsåtgärd ska pågå som medför inkomstförlust för den enskilde, samt att denna rehabilitering sker med visst syfte Ett sådant syfte som kan ligga till grund för ersättning är att förebygga uppkomsten av sjukdom, eller att förhindra att arbetsoförmåga uppstår eller förvärras. Ett krav på att arbetsoförmåga ska ha uppstått, som vid dagens rehabiliteringspenning, skulle utesluta att förmånen används i förebyggande syfte vid förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär. Detta är något som utredningens förslag avser att åtgärda.

Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen, eller den arbetslivsinriktade insatsen, ska vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta. Men det är själva insatsen som medför att den försäkrade inte kan arbeta, inte faktumet att arbetsförmågan är nedsatt. Under tid med behandling eller rehabilitering ska den försäkrades arbetsförmåga anses vara nedsatt i den utsträckning insatsen förhindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.

Det är Försäkringskassan som beslutar om rätten till ersättning och därmed också om det är fråga om en åtgärd som utförs med

sådant syfte som kan ge rätt till ersättning. Detta medför inte att Försäkringskassan ska utforma det faktiska innehållet i en åtgärd, bedöma huruvida en viss försäkrad är i behov av en förebyggande åtgärd eller bedöma om en sådan åtgärd kan anses leda till att arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte uppstår. Denna bedömning åligger i stället den enskilde tillsammans med aktörer som hälso- och sjukvården (medicinska åtgärder) eller arbetsgivare, facklig organisation eller Arbetsförmedlingen (arbetslivsinriktad förebyggande åtgärd).

Ersättning vid förebyggande medicinsk vård och behandling för personer som genomgår arbetsmarknadspolitiska program

Som konstaterats i avsnitt 20.4.7 kan personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som genomgår förebyggande medicinsk behandling inte få vare sig aktivitetsstöd eller förebyggande sjukpenning för frånvaro från programmet. Enligt direktivet finns därför skäl att pröva om det går att finna en konstruktion som säkerställer att arbetssökande som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program har möjlighet att delta i förebyggande behandling utan att riskera sin försörjning. I direktivet framgår också att en utgångspunkt i detta avseende ska vara att ansvaret för den enskilde under förebyggande behandling huvudsakligen bör ligga på den som har bäst förutsättningar att hjälpa denna.

Utredningen har övervägt olika lösningsförslag och instämmer i det reformförslag som Försäkringskassans lämnat rörande denna fråga.[31] Det innebär att utredningen föreslår att aktivitetsstöd ska kunna utbetalas även vid sådan kortare frånvaro från programmet som beror på kortare förebyggande behandling. Utredningen anser att denna tidsperiod bör vara samma som gäller för frånvaro vid sjukdom, alltså motsvarande en frånvaro på maximalt 30 dagar i följd.

En person som genomgår en längre och mer omfattande förebyggande behandling kan rimligtvis inte samtidigt tillgodogöra sig insatser i det arbetsmarknadspolitiska programmet. När det gäller längre förebyggande behandlingar som förhindrar deltagande i programmet bör därför detta avbrytas. Om så sker kan personen i stället ansöka om den nya förmånen preventionspenning, om han eller hon har en SGI, eller preventionspenning i särskilda fall om han eller hon

[31] Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 54379-2012, s. 52 f.

uppfyller kriterierna för denna ersättning. I direktiven anges vidare att ett fokus är att ersättningarna ska vara enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera. Genom den föreslagna hanteringen bedöms den administrativa bördan minska, för både den enskilde och för myndigheterna.

22.2.2 Preventionsersättning ska kunna beviljas för medicinsk behandling i förebyggande syfte

Utredningens förslag: Preventionsersättning ska kunna beviljas vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har kunnat konstatera att det nuvarande regelverket kring ersättning för inkomstförlust vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering – dvs. den förebyggande sjukpenningen – är behäftat med detaljerade handläggningsregler och flera oklara, svårtolkade rekvisit som orsakar problem vid tillämpningen. Dessa har framför allt sin grund i förarbetena från införandet av bestämmelsen[32] och Försäkringskassans tolkning av desamma.

I utredningens problemanalys (se avsnitt 20.4.2) kunde konstateras att kravet på att en viss behandling ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet är ett strängt krav för att beviljas förebyggande sjukpenning och att Försäkringskassan tolkar detta som ett krav på evidensbaserad vård. Flera typer av vanliga behandlingsmetoder har svårt att uppfylla kraven på evidensbaserad åtgärd. Det nämns vidare att en signifikant effekt av uppställda krav på evidensbaserad behandling och rehabilitering är att personer med de vanliga besvären psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de bör utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron.

Genom utredningens förslag ersätts den förebyggande sjukpenningen med förmånen preventionspenning. Därutöver ska merkostnader kunna ersättas genom ett preventionsbidrag. De närmre formerna för att preventionspenning ska kunna beviljas vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering kommer enligt utredningens

[32] Prop. 1990/91:141.

förslag att i mycket likna dem som i dagsläget gäller för förebyggande sjukpenning, men med förtydliganden av kraven på den vetenskapliga grunden för rehabiliteringen och förändringar av vissa administrativa kriterier. Det förtydligas också att ansvaret för den medicinska bedömningen av huruvida en viss medicinsk behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd är lämpad i det enskilda fallet ska ligga på vårdgivaren och inte på Försäkringskassan.

Preventionsersättning avser att ersätta inkomstförlust vid förebyggande åtgärder. Sådana åtgärder kan dock sättas in även för en försäkrad som redan har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, då för att förhindra *ytterligare* försämring av arbetsförmågan. Åtgärder avser i ett sådant fall att bevara den arbetsförmåga som återstår eller att förkorta sjukdomstiden. Det kan då röra sig om medicinska rehabiliterande åtgärder och inte bara om habiliterande sådana, och en förbättrad arbetsförmåga kan uppkomma som en indirekt effekt av insatsen. Avsikten med utredningens förslag är inte att göra användningsområdet för förmånen snävare än det område den förebyggande sjukpenningen täcker enligt dagens regelverk. Det kan dock betonas att den huvudsakliga avsikten med preventionsersättningen inte är att vara en förmån vid rehabilitering, utan att vara just förebyggande.

Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering

Den nuvarande förebyggande sjukpenning är en förmån som kan betalas ut till personer som deltar i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Samma begrepp kommer att ligga till grund för preventionsersättningen. Detta rehabiliteringsbegrepp – medicinsk behandling och rehabilitering – finns inte tydligt definierat i lagtext eller förarbeten, men den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska syfta till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden alternativt förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Som villkor för att förebyggande sjukpenning ska lämnas gäller också att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och ingår i en av Försäkringskassan godkänd plan.[33]

Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering berördes i avsnitt 20.4.2. Där kunde konstateras bl.a. att Försäkringskassans och

[33] 27 kap. 6 § SFB, se även Prop. 1990/91:141 s. 84 f.

hälso- och sjukvårdens olika tolkningar av begreppet har lett till problem i tillämpningen. Enligt utredningens förslag ska medicinsk behandling och rehabiliteringsinsatser av medicinsk karaktär kunna ge rätt till den nya förmånen. Med sådana medicinska insatser ska avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller som förebyggande eller rehabiliterande åtgärder. Begreppet är relativt brett och innefattar många typer av insatser och behandlingsvarianter och någon fullständig uppräkning låter sig inte göras. Redan i dagsläget kan åtgärderna utgöras av bl.a. missbruksvård, sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder också utförda av andra aktörer än läkare. Sådana åtgärder utgör endast exempel. Det är inte möjligt att lista alla nu förekommande och framtida åtgärder som kan anses uppfylla kraven.

Den medicinska rehabiliteringen ska i detta sammanhang definieras från sitt syfte: att förebygga sjukdom och hjälpa patienter att återhämta sig från skador eller sjukdomar av olika slag. ISF:s registerstudie och Riksrevisionens granskning (se avsnitt 20.3 och 20.4) visar att det är vanligt att en person har haft sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innan personen får en period med förebyggande sjukpenning. Resultatet betyder att en person ofta får förebyggande sjukpenning i syfte att förkorta sjukdomstiden och nedsättningen av arbetsförmågan. Det innebär att förmånens potential att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ofta inte används på det sätt det är tänkt, och att förmånen alltså inte ger så bra resultat som den har potential för.

Utredningen har också kunnat konstatera att förmånen inte är särskilt känd och att även denna omständighet kan utgöra en förklaring till att potentialen inte uppfylls. Utredningen menar att användandet av förmånen i förebyggande syfte bör utökas och förutsättningarna för detta underlättas.

Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska liksom tidigare vara ordinerad av läkare. Liksom vad som tidigare har angetts kring förutsättningarna för förebyggande sjukpenning bör det inte vara fråga om en enstaka behandling eller behandlingstillfälle. Detta följer av att det ska vara fråga om en rehabilitering som beskrivs i en preventionsplan och som har ett tydligt syfte.

Utredningen menar i övrigt att vad som kan ingå i en sådan åtgärd lämpligen bör definieras av hälso- och sjukvården. Det finns således

inte skäl att i och för sig underkänna t.ex. hemuppgifter, dvs. en del av behandling eller rehabilitering som den enskilde utför på egen hand i hemmet, som del i en behandlingsplan.[34] Det kan i sammanhanget konstateras att det inte heller i dagens regelverk finns något hinder mot att delar av behandlingen genomförs som egenträning i hemmet; jfr Kammarrätten i Göteborgs uttalande i mål nr 10018-18. Den försäkrade skulle i avgörandet delta i ett rehabiliteringsprogram för att bättre lära sig hantera stress och oro i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdom samt för att förebygga besvär med knäledsartros. I programmet ingick bl.a. fysisk och mental träning, avslappningsövningar samt föreläsningar. Vissa av uppgifterna i behandlingsplanen skulle genomföras på egen hand i hemmet. Kammarrätten konstaterade att en individuell bedömning bör göras och att det inte kan finnas ett principiellt hinder mot att godkänna en behandlingsplan som innebär att den försäkrade ska utföra rehabilitering utan kontakt med vårdinrättning eller vårdpersonal. Mot denna bakgrund finns det inte heller generella hinder mot att annan fysisk träning ordineras som del av en rehabilitering, också om sådan träning inte utförs under överseende av vårdpersonal. Det bör för tydlighetens skull betonas att ersättningen inte ska kunna beviljas för vanlig friskvård eller egenvård som den försäkrade utför och själv ansöker om, utan det ska krävas även för denna typ av träning att den ingår som en del av en etablerad behandling som är ordinerad av läkare.

En medicinsk behandling eller rehabilitering kan innehålla olika inslag. Är inslagen en del av en etablerad behandling eller rehabilitering ordinerad av Hälso- och sjukvården så ska de betraktas som medicinska. Det ska dock enbart vara fråga om sådana inslag som utgör del av en etablerad behandling. Behandling i form av KBT mot psykisk ohälsa är exempelvis vanlig och behandlingen innefattar typiskt sett även individuella inslag utförda i hemmet.[35] Enligt utredningens uppfattning bör sådana inslag som utgör en del av etablerad behandling anses utgöra sådan medicinsk behandling som kan ge rätt till preventionspenning. Exempel på sådana element är de sociala eller pedagogiska inslag som ingår i många etablerade medicinska behandlingsformer. Det krävs således inte heller att den medicinska behandlingen utförs av närvarande vårdpersonal.

[34] Sådana inslag har också godkänts i praxis, se t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5104-11.
[35] Se ISF 2020:6.

Mot denna bakgrund finns det även skäl att kommentera rättsfallet RÅ 2009 ref. 37. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade där att en vistelse utomlands som hade ordinerats av läkare, med gynnsamma förhållanden för en viss sjukdom och i syfte och med utsikter att förhindra sjukskrivning, inte kunde räknas som medicinsk behandling i lagens mening. Enligt de förslag som utredningen lägger kommer inte begreppet medicinsk behandling och rehabilitering att innefatta ett krav på *aktiv* behandling av vårdpersonal på plats. Med denna nya definition finns således inte heller något hinder mot denna typ av rehabilitering, förutsatt att åtgärden är lämpad, ordinerad av läkare och uppfyller ett eller flera av syftena i bestämmelsen om den nya ersättningen.

Den tekniska och medicinska utvecklingen går framåt och medför bland annat att det inte alltid krävs att patienter vårdas inom någon sjukvårdsinrättning. Sådana mer detaljerade handläggningsregler som förekommer i dagens regler om förebyggande sjukpenning är enligt utredningens bedömning mindre lämpliga för en försäkring som ska vara flexibel och hållbar över tid.

Behandlingen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt hälso- och sjukvårdens regelverk – men det krävs inte evidens

I problemanalysen om den förebyggande sjukpenningen har utredningen kunnat konstatera att det i dagsläget råder oklarheter kring vilka krav som ska ställas på en medicinsk behandling eller rehabilitering och den behandlingsplan som enligt rådande regelverk ska upprättas vid medicinsk behandling eller rehabilitering som ligger till grund för förebyggande sjukpenning. I förarbetena anges att det ska vara fråga om en förhöjd risk för sjukdom av den art som kan leda till nedsättning av arbetsförmågan, samt att denna riskbedömning ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den behandling som sätts in av läkare ska vara lämpad att minska denna sjukdomsrisk.[36]

Försäkringskassan har i sin vägledning angett att detta innebär att det ska finnas *evidens* för att en viss behandling ska ha effekt för att förebygga sjukdom. Utredningen kan konstatera att begreppet evidens inte förekommer i vare sig lagtext eller i förarbetena till regelverket om förebyggande sjukpenning. Vidare kan konstateras att det

[36] Prop. 1990/91:141, s. 85.

i förarbetena faktiskt inte heller sägs att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet – det är *riskbedömningen* av sjukdomen som ska ha denna grund.

Utredningen har kunnat konstatera att tillämpningen av detta begrepp varierar. I ISF:s rapport 2020:6 beskrivs hur uppställda krav på evidens medför att etablerade behandlingsmetoder underkänns helt eller delvis av Försäkringskassans handläggare. I andra fall i kontakter med utredningen har Försäkringskassan uppgett att kravet på evidens görs genom en kontroll med den behandlande läkare som har upprättat behandlingsplanen.

Försäkringskassan har som svar på ISF:s rapport angett bl.a. att man kommer att se över hur begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet används inom den egna verksamheten. Om översynen leder till en förändrad tolkning kommer Försäkringskassan genom befintliga samverkanskanaler att informera och föra dialog med hälso- och sjukvården och berörda myndigheter om den förändringen.[37]

Utredningen menar mot denna bakgrund, i likhet med vad bl.a. ISF har anfört, att det givetvis är viktigt att den behandling som personen ska få bygger på bästa möjliga kunskap. En rehabiliteringsåtgärd som ska kunna ge rätt till ersättning kan inte bestå i vilka åtgärder som helst, och t.ex. åtgärder som bevisligen inte har någon effekt ska naturligtvis vara uteslutna från spektrumet av möjliga åtgärder. Här kan exempelvis nämnas homeopati eller andra behandlingsåtgärder av alternativ natur. Att en vårdåtgärd inte medför säkerhetsrisker innebär inte att åtgärden är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Här finns också en koppling till begreppet medicinsk behandling och rehabilitering och innebörden av detta.

Det bör, för att rätt till preventionsersättning ska föreligga för en viss insats, krävas att den medicinska rehabiliteringen är ordinerad av läkare och utgör en etablerad och allmänt accepterad behandlingsform som också är lämpad att minska sjukdomsrisken. Denna rent medicinska bedömning bör åligga vårdgivaren.

Utredningen kan i sammanhanget konstatera att begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet förekommer i flera olika lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvårdens utgångspunkt vid medicinsk behandling och rehabilitering är genom patientlagen (2014:821) kopplad till vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt

[37] Försäkringskassan, 2020/001234, s. 4.

lagens 1 kap. 9 § ska patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av 7 kap. 1 § följer att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) följer samma sak, dvs. att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även t.ex. bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) 5 kap. 3 § kan nämnas, där det anges att innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett exempel på kunskapsstöd det försäkringsmedicinska beslutsstödet som Socialstyrelsens har utvecklat.

Det bör framhållas att uttrycket vetenskap och beprövad erfarenhet inte är noga avgränsat och detta kan i sig medföra oklarheter beträffande vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonalen får vidta.[38] Begreppet är inte definierat i lag och senare års analyser och debatt visar att det finns utrymme för många olika tolkningar. När en behandlingsmetod är ny kan den bygga på vetenskapligt underlag, t.ex. från prekliniska studier och mindre kliniska prövningar, men bredare beprövad erfarenhet saknas. Allteftersom metoden kommer att användas i klinisk praxis ökar erfarenheterna av hur metoden bäst används, vilka effekterna är i dagligt bruk och vilka mindre vanliga biverkningar som kan uppträda. Många metoder har svag vetenskaplig grund, men det finns omfattande beprövad erfarenhet och det finns en rimlig förklaring till att metoden skulle vara till nytta. Detta förekommer inom alla medicinska områden men är särskilt vanligt inom omvårdnad och rehabilitering. Andra metoder kan ha införts på teoretisk eller icke-klinisk vetenskaplig grund, och först senare

[38] Se t.ex. SOU 2019:28, s. 117.

har kliniska studier bekräftat att de är effektiva (eller funnit dem ineffektiva).[39]

Det sagda innebär att de medicinska behandlings- och rehabiliteringsmetoder som hälso- och sjukvården har förordat som rehabiliteringsåtgärd i ett visst fall redan genom det regelverk som omfattar denna verksamhet har krav på sig. Det är därför inte nödvändigt att i regelverket om preventionsersättning ytterligare reglera vilka preventiva åtgärder som kan bli aktuella eller att särskilt höga krav ska ställas på dessa insatser. Det är i normalfallet således tillräckligt att Försäkringskassan säkerställer att den aktuella behandlingen eller rehabiliteringen har förordats av hälso- och sjukvården och är ordinerad av läkare. Utredningen vill samtidigt betona att ett krav på att en viss medicinsk rehabiliteringsåtgärd ska vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet inte betyder att detta kan jämställas med att behandlingen ska vara evidensbaserad, dvs. att den typiskt ska ha vetenskapligt stöd visat genom studier och värderat utifrån en etablerat system såsom det internationella GRADE-systemet.[40] Det bör därför klargöras att rehabiliteringen inte behöver vara evidensbaserad och det ska inte krävas evidens för att en viss rehabiliteringsform ska kunna tillämpas och ge rätt till den nya ersättningen. Utredningen kan konstatera att det i dagsläget förefaller finnas stor samsyn kring detta synsätt[41] och att det vidare alltså redan i dagens regelverk saknas stöd för att ställa upp krav på evidens.

Avgörande för vilken typ av medicinsk rehabiliteringsinsats som sätts in måste enligt utredningens mening vara vårdgivarens medicinska bedömning i det enskilda fallet. Den föreslagna behandlingsplanen, i de delar som avser den medicinska behandlingen, ska vara ordinerad av läkare och avsedd att förebygga sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan. En nyare medicinsk behandlings- eller rehabiliteringsmetod ska inte kunna avfärdas redan på grunden att det inte finns tillräckligt med vetenskapliga studier för att evidens har kunnat fastslås. För vissa sjukdomar och behandlingar torde det

[39] Se vidare SOU 2019:15, s. 363 f.
[40] Detta system används bl.a. av WHO (16), SBU (5) och Socialstyrelsen. Systemet innebär att tillförlitligheten till de sammanvägda resultaten från de vetenskapliga studierna graderas från mycket låg, över låg och måttlig till hög. Värderingen av tillförlitlighet enligt GRADE görs på ett strukturerat sätt och den sakliga grunden för värderingen redovisas tydligt så att det är möjligt för andra att granska och göra sin egen bedömning.
[41] Utredningen har bl.a. haft kontakter med läkare och försäkringsmedicinskt expertis, med praktiserande läkare inom rehabilitering, med SKR samt försäkringsmedicinska rådgivare inom Försäkringskassan med likartade uppfattningar som resultat.

vidare vara svårt eller inte möjligt att uppnå evidens i begreppets vetenskapliga mening. Det får i stället i det enskilda fallet avgöras av den behandlande instansen inom hälso- och sjukvården om en viss medicinsk behandlingsmetod kan utgöra en rimlig rehabiliteringsåtgärd som kan bedömas ha den önskvärda effekten, dvs. att förebygga en sjukdom eller motverka försämring. Det är i detta sammanhang som också vikten av en tidig bedömning och upprättande av en preventionsplan är av stor vikt för att Försäkringskassan sedan ska kunna bedöma rätten till ersättning.

I sammanhanget kan också konstateras att några särskilda krav på vetenskapligt stöd eller evidens för att en viss *arbetslivsinriktad* rehabiliteringsåtgärd ska anses vara effektiv inte heller i nuvarande regelverk ställs upp för att en sådan åtgärd ska kunna tillämpas i rehabiliteringssyfte och ge rätt till rehabiliteringsersättning. I stället görs en bedömning av om åtgärden kan anses lämplig och om syftet i lagtexten är uppfyllt. Utredningen menar att det saknas skäl att – i den specifika frågan om bestämmande av rätt till ersättning enligt socialförsäkringsbalken – ställa upp högre krav på medicinska preventionsåtgärder än på arbetslivsinriktade. Sådana skilda krav kan inte bara medföra att en viss behandling kan bli svår att genomföra utan också skiftande bedömningar av olika insatser inom en och samma rehabiliteringsåtgärd. Ett av syftena med utredningens förslag är en harmonisering av åtgärder och de krav som kan ställas på sådana.

Den medicinska bedömningen av om en medicinsk åtgärd är lämpad ska göras av hälso- och sjukvården

En fråga som blir aktuell rörande medicinsk behandling och rehabilitering är vem som ska vara ansvarig för att bedöma om en viss insats de facto är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan övervägas om det är Försäkringskassan och dess handläggare som ska ha ansvaret för att bedöma om den medicinska behandlingsplan som hälso- och sjukvården har upprättat och agerar efter är rimlig utifrån sjukdomsbilden och förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Reglerna för den rådande förmånen förebyggande sjukpenning är utformade på ett sätt som enligt ISF gör att tjänsteper-

soner hos Försäkringskassan i dagsläget upplever att myndigheten tvingas att arbeta i hälso- och sjukvårdens kompetensområde.[42]

Bedömningen av vilken medicinsk behandling som är lämplig att tillämpa i det enskilda fallet, och om en sådan behandling utgör en etablerad åtgärd förenlig med hälso- och sjukvårdens grundsatser om behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, är i grunden en medicinsk bedömning. Det är enligt utredningens uppfattning inte lämpligt att handläggare på Försäkringskassan gör sådana rent medicinska bedömningar, inte heller med beaktande av möjligheten till stöd i form av medicinsk sakkunskap genom försäkringsmedicinska rådgivare (FMR). Detta är i stället ett ansvar som bör ligga på hälso- och sjukvården med stöd av rekommendationer och kunskapssammanställningar från Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). I detta delar utredningen således ISF:s bedömning.[43]

Försäkringskassan avgör om den medicinska insatsen är adekvat beskriven och kan ligga till grund för ersättning

Hälso- och sjukvården gör den medicinska bedömningen av om en insats är lämpad och grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt är det enligt utredningens uppfattning nödvändigt med en kontrollfunktion som säkerställer att den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringsåtgärden är adekvat beskriven så att det går att säga att den uppfyller kravet för att ligga till grund för ersättning. Detta utgör en försäkringsjuridisk bedömning. Om det finns anledning att ifrågasätta om det är fråga om en seriös vårdgivare eller liknande fyller Försäkringskassan också en viktig kontrollfunktion. I detta ska emellertid inte ingå en medicinsk överprövning av hälso- och sjukvårdens bedömning av lämplig medicinsk behandlingsinsats i det enskilda fallet. Försäkringskassan ska därmed inte heller göra någon bedömning av om behandlingen är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet; en bedömning om att så är fallet följer av den lagstiftning som berör hälso- och sjukvården.

Det finns sammantaget ett behov av en tydlig ansvarsfördelning i frågan, där hälso- och sjukvården och den behandlande läkaren står för den medicinska bedömningen av huruvida en viss behandling-

[42] ISF 2020:6, s. 96.
[43] ISF rapport 2020:6, s. 81; jfr även Börjesson och Enqvist (2021).

eller rehabiliteringsinsats är lämplig i det enskilda fallet samt grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet, och gör en behandlingsplan, medan Försäkringskassan står för upprättande av en preventionsplan och bedömningen av om och i hur stor omfattning rehabiliteringen kan medföra ersättning genom den nya förmånen. I Försäkringskassans kontrollfunktion ingår däremot inte att bedöma huruvida den föreslagna behandlingsåtgärder är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet; detta är ett krav som vårdgivaren bedömer och ska uppfylla.

Formen för behandlingen avgör för vilken tid ersättning kan beviljas

Preventionsersättning kan enligt utredningens förslag beviljas vid rehabilitering som följer en preventionsplan. Ersättning betalas i sådant fall för hela rehabiliteringen och ersätter den inkomstförlust den försäkrade gör till följd av att deltagande i rehabiliteringen hindrar att den försäkrade skaffar inkomst genom arbete. Förutsättningarna är vidare att insatsen behöver göras under arbetstid och att den försäkrade alltså därmed gör en inkomstförlust.

Enligt vad som angetts ovan kommer medicinsk behandling och rehabilitering som ger rätt till förmånen att bestå av etablerade metoder som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär också att det inte kommer att finnas några begränsningar i regelverket som säger att exempelvis egenvård i hemmet utan överseende av sjukvårdspersonal inte kan ingå i en behandlingsplan och medföra att en försäkrad beviljas ersättning (se vidare om begreppet medicinsk behandling och rehabilitering ovan).

Detta innebär också att delar av behandlingen inte heller kommer att kunna lyftas ut och underkännas på grunden att de inte utgör medicinsk behandling i strikt mening. Detta problem har funnits vid tillämpningen av den förebyggande sjukpenningen (se avsnitt 20.4). I stället är det behandlingen i sin helhet som ska bedömas. Slutligen kan konstateras att det inte heller finns hinder mot att en medicinsk behandling innehåller även delar med arbetslivsinriktade eller utbildande inslag eftersom preventionsersättning enligt utredningens förslag kan betalas ut oavsett form på rehabiliteringen (se avsnitt 2.2.1); detta utgör tvärtom en av avsikterna med att inte göra skillnad mellan rehabiliteringsformer.

22.2.3 Preventionsersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktade insatser i förebyggande syfte

Utredningens förslag: En försäkrad som genomgår förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär ska kunna beviljas preventionspenning för den inkomstförlust som uppkommer till följd av att han eller hon måste avstå från förvärvsarbete.

Gränsdragningen för vilka åtgärder av arbetslivsinriktad natur som kan ge rätt till preventionsersättning avgörs av arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar enligt arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller annan författning. Åtgärder som faller innanför arbetsmiljöansvaret ska inte kunna ersättas med preventionsersättning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Utredningens bedömning: Utbildning bör kunna utgöra en arbetslivsinriktad åtgärd även i förebyggande syfte. Utbildning som åtgärd bör inte begränsas till de fall där åtgärder kan medföra högre arbetsförmåga, utan även möjligheten till nödvändig omställning bör beaktas.

De typer av utbildningar som ska kunna ge rätt till preventionsersättning bör vara samma som gäller i fråga om rehabiliteringsersättning. Motsvarande utökning som föreslås för rehabiliteringsersättning vid utbildning bör också gälla för preventionsersättning. Det innebär att det även bör vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar i de fall studierna innebär ett slutförande av studierna. Preventionspenning bör kunna beviljas för studier under maximalt 44 veckor.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Ett av syftena med den nya förmånen preventionsersättning är att den ska innefatta ett bredare spektrum av åtgärder i förebyggande syfte. I dagsläget kan endast medicinsk behandling i förebyggande syfte ersättas, då genom förebyggande sjukpenning. Befintligt regelverk tillåter däremot inte att arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte sker med ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Förmånen rehabi-

literingspenning, som avser att ersätta inkomstförlust vid arbetslivsinriktad rehabilitering, utges endast om arbetsförmågan är nedsatt med minst 25 procent. Förmånen kan i dag således inte användas för t.ex. nödvändig omställning förrän den försäkrade har blivit sjuk och arbetsoförmögen på minst 25 procent. Rehabiliteringspenning kan ges i förebyggande syfte, men då endast när arbetsförmågenedsättning redan har uppstått, och i syfte att motverka *ytterligare försämring*.[44]

Arbetslivsinriktad rehabilitering ska enligt definitionen i socialförsäkringsbalken syfta till att den som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv (29 kap. 2 § SFB). Arbetslivsinriktad rehabilitering kan dels handla om insatser för att individen ska kunna fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare eller i sin egen verksamhet, dels om att ge individen förutsättning att försörja sig genom annat arbete. I det senare fallet sker detta ofta genom samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Allmänna bestämmelser om rehabilitering finns i 30 kap. 2–11 §§ SFB.

De krav som ställs på arbetsgivaren vad gäller rehabilitering, utgår i stort från de regler som styr Försäkringskassans verksamhet (socialförsäkringsbalken). Arbetsgivaren är bland annat skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om arbetstagarens arbetssituation. De kraven utgår alltså inte från arbetsmiljölagen.

Utredningen är av uppfattningen att det finns goda skäl för att också rehabiliterande åtgärder av arbetslivsinriktad natur ska kunna sättas in i förebyggande syfte i de fall de bedöms nödvändiga, och inte bara först när sjukdom har lett till nedsatt arbetsförmåga. Den försäkrade ska inte behöva vänta på att sjukdomsförloppet utvecklats till en nedsättning av arbetsförmågan innan adekvata åtgärder sätts in. Detta medför att preventionsersättning ska kunna utges även i samband med vissa förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. Sådana åtgärder bör också kunna underlättas genom en rehabiliteringsförmån som ersätter inkomstförlust för den som genomgår en sådan åtgärd. Det framstår inte som en optimal ordning att man först måste invänta att ett sjukdomstillstånd har uppstått och att den försäkrade ska ha fått nedsatt arbetsförmåga för att adekvata rehabiliteringsinsatser ska kunna sättas in och ersättning kunna beviljas. Genom möjligheten till ersättning för förebyggande åtgärder finns incitament för att agera tidigare i de fall där ute-

[44] 31 kap. 3 § SFB och Försäkringskassan, vägledning 2015:1.

blivna åtgärder kommer att medföra att den försäkrade blir arbetsoförmögen och en tidigare kontakt med relevanta aktörer kommer att kunna tas.

Ett sådant syfte kan utläsas redan i förarbetena som låg till grund för rehabiliteringsreformen. Där anges att rehabiliteringsersättning förutom när en försäkrad påbörjar rehabilitering som avlösning på sjukpenning också ska kunna ges förebyggande, i samband med rehabiliteringsåtgärder som sätts in för att den enskilde ska kunna få eller behålla ett arbete. Arbetsförmågan är då nedsatt i den utsträckning den försäkrade genom deltagande i rehabiliteringen måste avhålla sig från arbete.[45]

Möjligheten till förebyggande arbetslivsinriktad rehabilitering ligger nära arbetsgivarens långtgående arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar, där bl.a. nödvändiga arbetsanpassningar ingår. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar aktualiseras emellertid först när den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga.[46] Avsikten med förmånen är att komplettera de verktyg och det ansvar arbetsgivaren har men inte att inkräkta på området för arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar. Denna gränsdragning diskuteras vidare i nästa avsnitt.

Ett annat syfte med förslaget är att medicinska och arbetslivsinriktade insatser ska kunna kombineras och att inkomstförlust till följd av sådana insatser ska kunna ersättas med samma förmån. Utredningen menar att det även fortsättningsvis är medicinska insatser som sannolikt kommer att utgöra den huvudsakliga delen av förebyggande åtgärder. Oavsett om den försäkrade genomgår olika typer av medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering – eller en kombination av de båda – ska insatsen enligt utredningens förslag kunna ersättas med den nya förmånen. Enligt utredningens uppfattning är en sådan lösning mer ändamålsenlig sett till hur dagens rehabiliteringsformer ser ut. Enligt utredningens förslag ska förebyggande åtgärder således kunna berättiga till ersättning utan att Försäkringskassan, som i dagsläget, behöver dela upp de åtgärder som ingår i en plan för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

Genom att tidigt uppmärksamma risker och behov av insatser i stället för att behöva invänta att det har gått så långt som att ohälsa har gått över till sjukdom, eller arbetsoförmåga har uppstått till följd

[45] Prop. 1990/91:141, s. 60–61.
[46] Se 29 kap. 2 och 6 §§ SFB, prop 1990/91:140, 3 kap. 2 a och 3 §§ AML, 7 § LAS samt Broman m.fl. s. 70 f. och Iseskog, s. 33 f.

av sjukdom, är avsikten att sjukskrivningar och senfärdiga rehabiliteringsutredningar kommer att kunna undvikas i större utsträckning. Samtidigt kan nödvändiga omställningar både identifieras och underlättas i ett tidigt skede.

Enligt utredningens förslag ska fler typer av preventiva åtgärder kunna rymmas inom förmånens tillämpningsområde. Med förslaget blir det lättare att sätta in förebyggande åtgärder som motverkar att sjukdom och arbetsförmåga ens uppstår. I de fall rehabilitering bedöms relevant ska det ske tidigt, oftast tidigare än vad som är fallet i dagsläget och ofta i anslutning till arbetsplatsen, i processen när rehabilitering enligt rådande forskningsläge är som effektivast. Se vidare avsnitt 21.1.2.

En framgångsrik åtgärd bör kunna leda till att en anställd kan kvarstå i sitt nuvarande arbete eller, där det förstnämnda inte är möjligt, kunna bli kvar på sin befintliga arbetsplats. Är inte detta möjligt bör en omställning kunna ske tidigt som gör det möjligt för den enskilde att exempelvis byta arbete och där fortsätta kunna försörja sig själv. En sådan insats bör ske tidigt, och i bästa fall uppmärksammas riskfaktorer så tidigt att förebyggande insatser kan sättas in och sjukdom och sjukskrivning undvikas helt. Enligt utredningens uppfattning är det därför viktigt att det finns en sådan möjlighet, där ersättning för inkomstförlust för förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder kan beviljas.

Det är viktigt att ett sådant behov av åtgärder identifieras tidigt. Denna uppgift kommer inte heller att i första hand kunna åläggas Försäkringskassan. I ett pågående sjukfall ska Försäkringskassan identifiera och klarlägga behov av rehabilitering, men i det fall ersättningen ska ges förebyggande har Försäkringskassan sällan möjlighet att inledningsvis identifiera behovet. En stor del av detta ansvar kommer i stället att behöva ligga på den försäkrade själv, men även andra aktörer som den försäkrades arbetsgivare och de expertresurser som arbetsgivaren är skyldig att tillhanda enligt arbetsmiljölagen[47], vårdgivare och exempelvis lokal facklig organisation bör kunna bidra till att ett behov av insatser identifieras. Liknande problematik finns i dagsläget för den förebyggande sjukpenningen, som utredningen menar sannolikt är underanvänd, och där informationsbehovet är stort för såväl enskilda som vårdgivare.

[47] 12 § AFS 2001:1.

Enligt utredningens bedömning framstår det relevant att också andra typer av åtgärder än medicinska ska kunna sättas in i förebyggande syfte, förutsatt att dessa kan bedömas medföra att den enskilde därigenom kan undgå att drabbas av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, och att man därigenom kan undvika en sjukskrivningsprocess där rehabiliteringsarbetet för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete sannolikt dessutom tar längre tid och mer resurser i anspråk jämfört med om insatsen kan göras redan innan arbetsoförmåga uppstår. Vad gäller den medicinska rehabiliteringen framhålls den förebyggande sjukpenningens principiella fördelar av flera aktörer och resultaten av sådana förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering är ofta goda. Det finns vidare en uppfattning bland dessa aktörer att förmånen borde kunna användas mer för att förebygga ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro och att ersättningen således fyller ett viktigt syfte. Behandling i samband med förebyggande sjukpenning verkar också vara effektivt i förebyggande syfte, för att förhindra att ohälsa utvecklas till sjukdom och arbetsoförmåga.[48]

Det vetenskapliga kunskapsläget för arbetslivsinriktad rehabilitering visar att flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid olika typer av besvär (se avsnitt 21.1.2). Även om forskningsläget är relativt gott för delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan utredningen konstatera att det återstår mycket att göra i forskningsväg när det kommer till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen; vilka insatser som fungerar, vilken effekt de ger och vid vilken tidpunkt de bör sättas in.[49] Frågan är aktuell också vad gäller Försäkringskassans statistik på vilka åtgärder som genomförs inom ramen för rehabiliteringsersättningen och resultat i de enskilda fallet. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan ska få ett uppdrag att sammanställa sådan statistik (se avsnitt 22.3.3).

[48] Se vidare ISF 2020:6.
[49] En rekommendation om uppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap har lämnats i SOU 2020:24.

Vem bedömer om en viss arbetslivsinriktad åtgärd kommer att uppfylla syftet med preventionsersättning?

Ovan har angetts att ett behov av en förebyggande arbetslivsinriktad insats först måste identifieras. När ett sådant behov har identifierats krävs också en bedömning av vilken åtgärd som kan vara lämplig i det enskilda fallet för att uppfylla något av syftena för att ersättning ska kunna beviljas – dvs. att åtgärden ska vara effektiv för att motverka uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid eller förhindra nedsättning av arbetsförmåga.

Preventionsersättningen skiljer sig inte från exempelvis förutsättningarna för att den försäkrade ska kunna beviljas rehabiliteringsersättning under arbetslivsinriktad rehabilitering där en sådan liknande bedömning måste göra, se vidare avsnitt 22.1. Det innebär att det är Försäkringskassan som fattar beslut om ersättning och om underlaget för ersättning adekvat beskriver en lämpad åtgärd. I sådant fall bör ersättning kunna beviljas. Det är alltså inte Försäkringskassan som planerar eller genomför de preventiva insatserna men det är Försäkringskassan som ska bedöma om underlaget och de beskriva insatserna är tillräckliga för att syftet med insatsen ska vara uppfyllt och ersättning kunna beviljas.

I arbetsgivarens skyldigheter enligt 30 kap. 6 a § SFB ingår att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, men vilka dessa är preciseras inte närmare. I förarbetena betonas det hur viktigt det är att arbetsgivaren så snart som möjligt genomför de åtgärder som kan behövas på arbetsplatsen.[50] Vad som ska anses utgöra en effektiv och lämpad åtgärd i det enskilda fallet kan enligt utredningens uppfattning inte definieras i förväg. Bedömningen är inte lika enkel som vid medicinsk rehabilitering, där hälso- och sjukvården utgör en naturlig expertbedömare som Försäkringskassan kan förlita sig på. Som konstaterats ovan finns stöd för att arbetsplatsnära åtgärder är effektiva för återgång i arbete. Det är arbetsgivaren som är skyldig att genomföra åtgärder för en effektiv återgång i arbete. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom

[50] Prop. 2006/07:59, s. 22.

arbetsmiljö och rehabilitering.[51] En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för en effektiv preventiv åtgärd. Det kan finnas flera fördelar med att företagshälsovården används som stöd till såväl den enskilde som arbetsgivaren i frågor om förebyggande insatser eller stöd för återgång.[52] För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll.

Det är sammantaget de aktörer som har insikt i arbetsplatsen och den enskildes situation som behöver göra bedömningen av vilken insats som är lämpad i det enskilda fallet. Arbetsgivaren, med stöd av erforderliga expertresurser såsom företagshälsovård, bör ha stora möjligheter att göra denna bedömning för anställda. Det är sedan Försäkringskassan som bedömer om åtgärderna är adekvat beskrivna och kan ligga till grund för ersättning.

När arbetsgivaren och/eller Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade tar fram planer för att underlätta återgång i arbete kan planerna innehålla olika typer av åtgärder, exempelvis av typen medicinsk rehabilitering som fysioterapi, arbetsterapi eller samtalsterapi tillsammans med mer arbetsplatsanknutna åtgärder som arbetsträning eller omskolande utbildning. Enligt utredningens förslag avses sådana åtgärder kunna berättiga till preventionsersättning också i förebyggande syfte, utan att de olika åtgärderna behöver särskiljas på ett detaljerat sätt och hamna inom olika ersättningsslag. Avsikten med förslaget är således att den nya förmånen ska kunna ges för inkomstförlust till följd av ett brett spektrum av förebyggande åtgärder, enskild eller i kombination med varandra.

Det finns ingen uttömmande uppräkning av vilka åtgärder som kan utgöra sådana förbyggande åtgärder av arbetslivsinriktad natur. Som utgångspunkt är det fråga om samma sorts åtgärder som vid arbetslivsinriktad rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga (se dock gränsdragningen mot arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar nedan). Sakens natur innebär dock att vissa åtgärder som mer syftar till nödvändig omställning sannolikt kommer att vara vanligare i förebyggande syfte. Det kan exempelvis röra sig om arbetsträning hos annan arbetsgivare, utbildning eller omskolning samt tekniska arbetshjälpmedel, anpassning av arbete eller arbetsorganisation. Det går därför inte heller att generellt uttala när sådana åtgärder

[51] 12 § AFS 2001:1.
[52] Jfr SOU 2020:24, s. 255.

ska sättas in förebyggande och vilken typ av åtgärder det rör sig om och bedömningen får ske från fall till fall.

Ett typfall skulle kunna vara omskolning genom utbildning i förebyggande syfte. I ett fall där det bedöms vara nödvändigt med omställning för att undvika sjukdom och arbetsoförmåga kan den försäkrade enligt utredningens förslag beviljas preventionsersättning för utbildning. Exempelvis kan en försäkrad som har arbetat under många år i ett slitsamt yrke inom vården riskera att drabbas av förslitningsskador om han eller hon fortsätter i yrket. I dagsläget krävs att det går så långt att arbetsförmågan blir nedsatt med minst en fjärdedel innan den försäkrade kan få rehabiliteringsersättning för en utbildning som syftar till omställning; det krävs således att man inväntar att skadan uppstår innan inkomstförlusten för rehabiliteringsinsatsen kan ersättas från socialförsäkringsbalken. Med förslaget skulle denna försäkrade i stället kunna genomgå förebyggande rehabilitering i form av utbildning för att exempelvis utbilda sig till ett en administrativ tjänst med mindre fysiskt betungande arbetsuppgifter hos sin befintliga eller annan arbetsgivare.

Det är viktigt att sambandet mellan risken att få nedsatt arbetsförmåga och det nuvarande arbetet är klarlagt för att det ska vara motiverat att den enskilde ska få möjlighet att omskola sig och ha preventionsersättning under tiden. Risken och behovet av nödvändig omställning ska också vara klarlagda i det enskilda fallet, dvs. det ska inte enbart vara fråga om en generell risk utan bedömningen ska ske utifrån den enskildes individuella förutsättningar.

Avgränsningar mot arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar

Preventionsersättning ska enligt utredningens förslag kunna beviljas för förebyggande rehabiliteringsinsatser av arbetslivsinriktad karaktär. En viktig gränsdragning vid sådana insatser är att det ska vara fråga om sådana som inte ryms inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar. Däremot ska förmånen kunna beviljas för förebyggande åtgärder som ligger utanför ansvaret att anpassa arbetet enligt arbetsmiljölagen, men där arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ännu inte har aktualiserats eftersom den anställde ännu inte har fått nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och rehabiliteringsansvar har tidigare diskuterats, se avsnitt 18.3.2. Av socialförsäkringsbalken, arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter framgår att en arbetsgivare har ett långtgående ansvar för arbetsanpassning. Arbetsgivaren ska arbeta förebyggande med det systematiska arbetsmiljöarbetet och vid behov arbetsanpassa enskilda arbetstagares arbetsmiljö, detta för att undvika olyckor, ohälsa och sjukskrivningar. Arbetsanpassning är en del av arbetsgivares arbetslivsinriktade rehabiliteringsansvar.

Därutöver inträder arbetsgivarens rehabiliteringsansvar när en arbetstagare får nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller skada. Arbetsgivaren behöver så långt det är skäligt med hjälp av stöd- och anpassningar rehabilitera arbetstagaren för att denne ska återfå sin arbetsförmåga. Rehabilitering är, som tidigare konstaterats, ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, arbetslivsinriktad och social art. Arbetsgivarens ansvar avser endast den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vidare avser rehabiliteringsansvaret endast åtgärder som syftar till att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Gällande regelverk innebär att rehabiliteringsersättning kan utges för sådana åtgärder som arbetsgivaren ansvarar för inom ramen för sitt rehabiliteringsansvar.

Sedan juli 2018 har arbetsgivare även en lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar och som kan antas fortsätta vara frånvarande på grund av sjukdom i minst 60 dagar. Planen är främst ett stöd för rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och ska underlätta en tidig återgång i arbete.

Det saknas ett samband mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och rehabiliteringskedjan och det saknas också uttalanden om hur systemen är tänka att korrespondera. Införandet av rehabiliteringskedjan medförde inte någon reducering av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Detta ansvar enligt socialförsäkringsbalken och arbetsmiljölagen har inte i någon del förändrats.

Utredningens förslag innebär att preventionsersättning ska kunna beviljas också för åtgärder som sätts in i förebyggande syfte, innan ohälsa har lett till sjukdom. En målsättning med förslagen är också att rehabiliteringsbehov genom detta ska kunna utredas tidigare än i dag och att rehabilitering också ska kunna ske tidigare.

Arbetsgivarens ansvar förändras inte med utredningens förslag om införande av preventionsersättning. Förändringar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och regleringen kring detta ligger utanför utredningens uppdrag.

Gränsen för arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och förebyggande rehabiliteringsansvar avgör tillämpningsområdet för förmånen

Arbetsgivaren kan sammantaget sägas ha ett omfattande ansvar för den enskilde arbetstagarens rehabilitering, såväl i förebyggande syfte enligt framför allt arbetsmiljölagen och dess relevanta föreskrifter som enligt socialförsäkringsbalken i de fall där arbetsoförmåga har uppstått.

I de ursprungliga förarbetena för rehabiliteringsreformen[53] angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning. Vidare framhölls att det var viktigt att en gräns drogs mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt socialförsäkringsbalken (dåvarande AFL) och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som regleras i bl.a. arbetsmiljölagen och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Utredningen menar att denna gräns måste vara avgörande även för vilken typ av arbetslivsinriktade åtgärder som kan sättas in förebyggande och ersättas med förmånen preventionsersättning. Avsikten med förslaget är inte att ersätta eller inkräkta på arbetsgivarens arbetsmiljöansvar, utan att underlätta för sådana åtgärder som normalt ligger inom rehabiliteringsansvaret och göra det möjligt för sådana insatser att sättas in även som förebyggande åtgärd.

Att denna gräns är viktig och måste vara avgörande för tillämpningen har också lyfts av flera aktörer i utredningens referensgrupp.[54] Sådana åtgärder som ska anses ingå i arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar kan inte ersättas med den nya förmånen. Detta ansvar är kopplat till den försäkrades anställning. Åtgärder i form av arbetsanpassning eller annat som ligger inom ramen för anställningen

[53] Prop. 1990/91:141 s. 88.
[54] Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.

kommer således även fortsättningsvis att utgöra en del av arbetsmiljöansvaret. Utredningen kan konstatera att det skulle medföra risker om den nya förmånen skulle komma att täcka sådana områden som i dag omfattas av arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Exempelvis finns en risk att arbetsgivare skulle se beviljande av preventionspenning för insatser i förebyggande syfte som en förutsättning för att vidta förebyggande åtgärder. I dagsläget kan anställda också få förebyggande insatser med bibehållen full lön. Om arbetsgivare i stället hänvisar anställda till preventionspenning innebär detta i praktiken en ökad självrisk för de anställda. I det fall att ersättning sedan nekas kan arbetsgivare eventuellt avstå från att ta sitt rehabiliteringsansvar.

Detta innebär också att sådana insatser som kan ersättas med preventionsersättning inte kommer att sättas in så länge åtgärder enligt arbetsgivarens arbetsmiljöansvar pågår, såsom anpassningar av det ordinarie arbetet i syfte att den försäkrade ska kunna kvarstå i arbete. Om sådana åtgärder pågår finns således inte heller förutsättningar för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas, och något behov bör inte heller föreligga i detta läge. Som en del av Försäkringskassans bedömning av om rätt till ersättning föreligger behöver myndigheten därför kontrollera om åtgärder pågår eller har genomförts och vad dessa har bestått i.

Anpassning av arbete och arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsmiljölagen

Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen huvudansvaret för arbetsmiljön och ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering ska ingå som en naturlig del av arbetsgivarens arbetsmiljöarbete.

I 3 kap. 2 a § tredje stycket och 3 kap. 3 § andra stycket AML återfinns regler om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De handlar om den organiserade arbetsanpassningen- och rehabiliteringsverksamheten respektive arbetsgivarens skyldighet att genom anpassning av arbetsförhållandena eller vidtagande av annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Dessa regler har kvarstått oförändrade sedan de trädde i kraft den 1 juli 1991. Viktiga är också reglerna om det systematiska arbetsmiljöarbetet i 3 kap. 2 och 2 a §§ AML. Det systematiska arbetsmiljöarbetets betydelse i detta sammanhang ligger i att arbetsgivaren ska

inrätta en särskild effektiv organisation med uppgift att förhindra uppkomsten av sjukdom och olycksfall på arbetsstället.

Eftersom AML är en ramlag som förutsätter kompletterande detaljerade och praktiska anvisningar har tillsynsmyndigheten till uppgift att utfärda sådana föreskrifter. Sedan år 2001 är Arbetsmiljöverket tillsynsmyndighet.[55] De grundläggande reglerna om hur arbetsmiljöarbetet ska göras finns i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1. I AFS 2015:4 finns krav rörande organisatorisk arbetsmiljö. I dessa föreskrifter anges bl.a. att arbetsgivare ska vidta åtgärder i syfte att förebygga ohälsosam arbetsbelastning, som exempelvis kan ha sin grund i att det råder oklarheter i fråga om arbetstagarens arbetsuppgifter, prioriteringar i arbetet, resultatkrav i arbetet och stöd/hjälp i arbetet.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2020:5, som började gälla den 1 juni 2021 och har ersatt AFS 1994:1, berör ansvaret för arbetsanpassning. Föreskrifterna avser arbetsgivares organisation av arbetsanpassning och tillvägagångssätt, för att vid behov anpassa arbetsmiljön för enskilda arbetstagare. Med arbetsanpassning avses enligt föreskriften en individuell åtgärd i den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön som syftar till att en arbetstagare, med nedsatt förmåga att utföra sitt vanliga arbete, kan fortsätta arbeta, eller återgå i arbetet. Den används som en förebyggande åtgärd för att undvika ohälsa och sjukfrånvaro, samt vid återgång i arbete efter sjukfrånvaro. Arbetsanpassning kan vara tidsbegränsad eller varaktig. Arbetsanpassning kan genomföras på många olika sätt. Det kan till exempel innebära särskild arbetsutrustning, anpassade arbetsuppgifter, anpassade arbetstider, eller förändrad arbetsfördelning.[56] Anpassningen ska avse den enskilde och anställningen. Inom ramen för arbetsanpassning enligt AML kan exempelvis inte krävas av arbetsgivaren att en *annan* arbetstagare omplaceras.[57]

Det kan särskilt noteras att frågan om rehabilitering har tagits bort från den uppdaterade föreskriften AFS 2020:5. Enligt Arbetsmiljöverket utgår de krav som ställs på arbetsgivaren vad gäller rehabilitering i stort från de regler som styr Försäkringskassans verksamhet, dvs. socialförsäkringsbalken. Arbetsgivaren är bland annat

[55] Broman, Ericson och Öhrn, Rehabiliteringsansvaret – En arbetsrättslig handbok, s. 25–26.
[56] AFS 2020:5 3 och 6 §§.
[57] Iseskog, s. 41.

skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om arbetstagarens arbetssituation. De kraven utgår alltså inte från arbetsmiljölagen.[58]

Frågan om var gränserna går för vad som kan krävas av arbetsgivaren i arbetsanpassningshänseende är inte helt enkel att besvara. En utgångspunkt kan vara att arbetsgivaren är skyldig att undersöka vilka möjligheter till arbetsanpassning som föreligger i syfte att förebygga ohälsa eller för att en arbetstagare som har nedsatt arbetsförmåga ska kunna klara arbetet trots denna nedsättning.

I sammanhanget bör nämnas att arbetsgivaren även har möjlighet att ansöka om och beviljas det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstöd som regleras i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete. Av detta regelverk framgår att arbetsgivaren redan med dagens regelverk har möjlighet att få ekonomiskt stöd för åtgärder på arbetsplatsen i form av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.

Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Sådana insatser består av att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses inte medicinsk eller annan behandling.[59] I Försäkringskassans föreskrift FKFS 2018:3 framgår vilka kompetenskrav som gäller för anordnare av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.[60] På Försäkringskassans hemsida finns en lista över godkända anordnare som arbetsgivare kan ta kontakt med.

Syftet med bidraget är att förebygga sjukfall respektive att vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivare att vidta tidiga och anpassade åtgärder.[61] Enligt vad som framgår av förordningen och villkoren för detta stöd för arbetsgivaren kan stödet utges också vid förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär. Med utredningens förslag om preventionsersättning till enskilda försäkrade under tid med sådana åtgärder harmoniseras dessa regelverk. Utredningen bedömer alltså att

[58] Information hämtad på Arbetsmiljöverkets hemsida 2021-04-28.
[59] 1 § förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[60] Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2018:3 om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[61] 2 § förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

användningsområdet för det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet är tillräckligt brett för att täcka in också de situationer som preventionsersättningen avser att täcka och att dessa ersättningar därmed kan betalas ut samtidigt och för samma insats.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte enligt utredningens förslag

Ovan har redogjorts för arbetsgivarens långtgående arbetsmiljöansvar och att detta ansvar utgör gränsen för tillämpningsområdet för den nya förmånen. Samtidigt har kunnat konstateras att arbetsgivarens omfattande *rehabiliteringsansvar* aktualiseras först när den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga och behöver rehabilitering för att kunna återfå densamma.

Framställningen av anpassningsskyldighet enligt arbetsmiljölagen ovan har avsett åtgärder som rör hur arbetet och arbetsförhållandena kan och ska anpassas. Dessa åtgärder kan i princip grundas på arbetsmiljölagen och dess föreskrifter. Ett antal åtgärder rör emellertid sådant som ligger bortom anpassning av det ordinarie arbetet. Det handlar exempelvis om behandlingsåtgärder, socialt stödjande insatser, arbetsträning och kompetensutveckling. Krav på att arbetsgivaren ska vidta sådana övriga åtgärder kan inte grundas enbart på arbetsmiljölagen. Härvid går gränsen för det s.k. arbetsmiljörelaterade rehabiliteringsansvaret.[62] Uppfattningen vinner stöd också i föreskrifterna i AFS 2020:5 som klargör att rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken inte är del av det förebyggande ansvar för arbetsanpassning som arbetsgivaren har.

Typiska åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär, såsom arbetsträning eller utbildning, ingår däremot i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt socialförsäkringsbalken, som blir aktuellt när den anställde har nedsatt arbetsförmåga och behöver rehabiliteras tillbaka till arbete. Men dessa ingår alltså inte i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och kan i dagsläget inte heller genomföras som *förebyggande* åtgärd där den försäkrade samtidigt kan få ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Det är däremot sådana åtgärder som avses ingå i tillämpningsområdet för den nya förmån som utredningen föreslår.

[62] Iseskog, s. 48.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är begränsat till att arbetstagaren ska kunna återfå arbetsförmåga för arbete hos arbetsgivaren. För att utbildning ska falla inom arbetsgivarens ansvar krävs att utbildningen såsom rehabiliteringsåtgärd syftar till återgång hos arbetsgivaren och inte har som mål att arbete ska kunna utföras hos annan arbetsgivare[63]. Några sådana begränsningar finns emellertid inte i frågan om möjligheten till *rehabiliteringsersättning* enligt socialförsäkringsbalken, där utbildning kan syfta även till arbetsförmåga hos annan arbetsgivare.

Det sagda innebär att det återstår ett gränsområde som faller utanför arbetsgivarens ansvar; det rör de fall där den försäkrade ännu inte har fått nedsatt arbetsförmåga men skulle vara behjälpt av förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär för att inte behöva drabbas av sådan arbetsoförmåga och bli sjukskriven, samtidigt som anpassning av arbetet enligt arbetsmiljölagen inte täcker de nödvändiga åtgärderna.

En viktig fråga blir därmed var gränsen går för arbetsanpassning respektive arbetslivsinriktad rehabilitering. För att en rehabiliteringsåtgärd som omfattas av preventionsersättning ska vara vid handen krävs att det är fråga om en åtgärd som inte ligger inom anpassning av arbetet, men som skulle aktualisera rehabiliteringsansvaret om den anställde hade fått nedsatt arbetsförmåga. Det är inte givet var denna gräns går. Som tidigare har konstaterats är begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inte helt tydligt. Rehabiliteringsutredningen har angett att enligt arbetsmiljölagen är arbetslivsinriktad rehabilitering det som inte är arbetsanpassning av arbetssituationen.[64] I Prop. 1990/91:140 s. 46 anges beträffande skillnaderna mellan arbetsanpassning och rehabilitering bl.a. att begreppen arbetsmiljöanpassning och rehabilitering kompletterar varandra. Rehabiliteringsbegreppet avser yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser. Åtgärder som kan aktualiseras är utbildning, arbetsträning, yrkesvägledning m.m. Arbetsanpassningen innebär ändringar i arbetsmiljön. Det kan vara fråga om både tekniska hjälpmedel, ändringar i den fysiska arbetsmiljön och ändringar av arbetsorganisation, arbetsfördelning och arbetstider m.m. Ovanstående uttalanden ger inte något säkert svar på frågan om innebörden av arbetslivsinriktad rehabilitering och hur denna ställer

[63] Broman et al, s. 150, detta framgår av AD 1993 nr 42.
[64] SOU 2006:107, s. 159.

sig i relation till arbetsanpassning. Betydelsen av begreppet är densamma i AML som i SFB.[65]

Utredningens förslag avser att i dessa fall utöka möjligheterna till rehabiliteringsersättning där arbetsanpassning enligt arbetsmiljölagen inte är tillräckligt. Detta innebär inte att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar utvidgas på samma sätt; detta ansvar är även fortsättningsvis begränsat till att rehabilitera den arbetstagare som behöver insatser för att återfå arbetsförmåga. Däremot innebär förslaget en utökad möjlighet för den enskilde och arbetsgivaren att se till att en sådan insats genomförs redan i förebyggande syfte.

I typfallet torde den situation som ska täckas av den nya förmån som utredningen föreslår handla om behov av olika former av omställning. Utbildning utgör exempel på arbetslivsinriktade åtgärder som typiskt sett inte faller inom anpassning av arbetet enligt arbetsmiljölagen, men som kan utgöra nödvändiga åtgärder för att förhindra att den enskildes arbetsförmåga blir nedsatt genom sjukdom. Enligt utredningens bedömning bör även omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren kunna utgöra ett exempel på sådan åtgärd som faller utanför förebyggande arbetsanpassning (men naturligtvis en åtgärd som ingår i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar).[66] En tillfällig förflyttning kan bli aktuell i samband med arbetet med anpassning av arbetet och kan ses som en sådan åtgärd och medför ingen justering av anställningen. Innan en omplacering kan bli aktuell ska arbetsgivaren ha uttömt andra möjligheter till åtgärder för att arbetstagaren ska kunna vara kvar i sin ordinarie tjänst. Också andra aktiva åtgärder som inte faller inom ramen för anpassning av arbetet kan tänkas utgöra adekvata åtgärder med detta syfte, såsom arbetsträning i arbete hos annan arbetsgivare.

Var denna gräns ska dras är inte helt självklart och får avgöras i det enskilda fallet. Avgörande ska vara bedömningen att åtgärden är nödvändig för att uppfylla ett eller flera av syftena med förmånen: att förebygga uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga.

Utredningen menar att denna situation sannolikt inte heller kommer att vara särskilt vanlig. Anpassning av den försäkrades arbete i

[65] Broman, Ericson och Öhrn, s. 126.
[66] Se t.ex. Prop. 1990/91:141 s. 42 där omplacering anges som exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering.

enlighet med arbetsmiljöansvaret kommer i de flesta fall vara tillräckligt. Behovet av medicinsk behandling i förebyggande syfte kommer vidare fortfarande att utgöra majoriteten av de fall där behandling eller rehabilitering i förebyggande syfte sätts in. Det kan däremot enligt utredningens uppfattning vara av värde att också en förebyggande insats av arbetslivsinriktad karaktär i vissa fall genomförs för att motverka att den försäkrade blir sjuk eller får nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsgivarens rehabiliterings- och arbetsmiljöansvar kvarstår men förutsättningarna och verktygen för tidigare insatser blir fler

Förslaget om införande av förmånen preventionspenning vid förebyggande insatser innebär sammantaget inte att arbetsgivarens ansvar för rehabilitering eller arbetsanpassning kommer att minska eller förändras på annat sätt. Möjligheterna till tidigare åtgärder för den enskilde arbetstagaren där ersättning för inkomstförlust kan ersättas enligt socialförsäkringsbalken bör dock kunna öka även från arbetsgivarens perspektiv. Den viktigaste förändringen i denna del torde vara att det blir möjligt att sätta in arbetslivsinriktade åtgärder i förebyggande syfte, inklusive en möjlighet till utbildning som omställning i de fall där detta bedöms vara en nödvändig åtgärd för att den försäkrade inte ska drabbas av sjukdom och arbetsoförmåga i sitt nuvarande arbete.

Tillämpningen av preventionsersättningen kommer att innefatta en del svåra gränsdragningsbedömningar gentemot framför allt arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och i vilka situationer det kan bli aktuellt med förebyggande insatser som kan ge rätt till preventionsersättning. Utredningen föreslår därför att det noga följs hur effekterna blir i praktiken och om den avsedda effekten uppnås. Här kommer arbetsmarknadens parter att spela en viktig roll eftersom det är dessa som till stor del i praktiken hanterar det förebyggande och rehabiliterande arbetet för anställda.

Förutsättningar för preventionsersättning vid utbildning

Utbildning kan redan i dag utgöra en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Enligt utredningens förslag ska utbildning även kunna beviljas som åtgärd i förebyggande syfte. Utredningen föreslår att utbildning som åtgärd inte begränsas till de fall där åtgärder kan medföra högre arbetsförmåga, utan även möjligheten till nödvändig omställning ska beaktas. Med preventionsersättning ska det vara möjligt att studera och genomgå de typer av utbildningar som i dagsläget är möjliga under tid med rehabiliteringsersättning. Därutöver ska det vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Det framgår av rehabiliteringsformens förarbeten[67] i vilka framhålls att såväl utredning som omskolning utgör rehabiliteringsåtgärder. Det framgår däremot inte av förarbetena vad som avses med utbildning eller omskolning. Utbildning får anses vara ett vidare begrepp som omfattar även omskolning. Sålunda kan utbildning innebära såväl någon form av vidareutbildning inom arbetstagarens befintliga yrke som omskolning till ett för arbetstagaren helt nytt yrke som finns hos arbetsgivaren.[68]

Utbildning kan ske både på den egna arbetsplatsen och utanför denna. För att utbildning ska kunna ske utanför arbetsgivarens verksamhet förutsätts att arbetsgivaren beviljar arbetstagaren nödvändig ledighet för den aktuella utbildningen. För att utbildning ska falla inom arbetsgivarens ansvar krävs dock att utbildningen såsom rehabiliteringsåtgärd syftar till återgång hos arbetsgivaren och inte har som mål att förkovra sig för arbete hos någon annan arbetsgivare.[69]

Utbildning som rehabiliteringsinsats ska enligt förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Avgörande för om utbildningen kan betraktas som rehabilitering är om den i den försäkrades fall syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

[67] Prop. 1990/91:140, s. 46 och Prop. 1990/91:141, s. 42 och 88.
[68] Broman, Ericson och Öhrn, s. 150.
[69] Se rättsfallet AD 1993 nr 42.

Studier är en form av arbetslivsinriktad rehabilitering för vilken rehabiliteringsersättning kan beviljas. Med hänsyn till att utredningen föreslår att den nya förmånen preventionsersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering anser utredningen att det även ska vara möjligt att få studier som bedrivs i förebyggande syfte finansierade genom preventionsersättning. I utredningens direktiv anges att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat. Det anges vidare att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas. Detta omnämns visserligen avseende rehabiliteringsersättningen, men utredningen anser att det är viktiga perspektiv även avseende förebyggande insatser. Utredningen har därför hämtat inspiration från regelverket avseende studier som rehabiliteringsåtgärd vid utformandet av förslaget att studier ska kunna bedrivas i förebyggande syfte. Av den nuvarande lagtexten avseende rehabiliteringsersättningen framgår exempelvis att rehabiliteringspenning också kan bli aktuell när den försäkrade genomgår en åtgärd som syftar till att förkorta sjukdomstid eller förhindra försämring av arbetsförmåga.

Förslaget i Ds 2021:18 om omställningsstudiestöd[70] är liksom utredningens förslag om möjligheten till preventionsersättning för utbildning en form av nytt, parallellt offentligt studiestödssystem. Syftet med omställningsstudiestödet är att bidra till att skapa flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden.[71]

Till skillnad från omställningsstudiestödet fokuserar preventionsersättning vid utbildning primärt på att förebygga ohälsa och nedsatt arbetsförmåga. Utredningen ser därför att båda dessa ersättningsformer är relevanta och kan fylla olika behov vad gäller omställning i form av utbildning.

Begränsningar i tid och till vissa typer av studier

Det ska vara möjligt att studera både på heltid och deltid med preventionsersättning, men det totala antalet veckor som den försäkrade kan studera på en utbildning som kan finansieras med studiemedel med förmånen bör vara maximalt 44 veckor oavsett studietakt,

[70] Ds 2021:18.
[71] Förslaget om omställningsstöd utgör en delkomponent av en helhet som innefattar flera olika förslag.

en begränsning som enligt utredningen framstår som väl avvägd.[72] Förslaget om ersättning i maximalt 44 veckor är motiverat av att vissa av de utbildningar som föreslås kunna ge rätt till preventionsersättning omfattar 44 veckor. Det kan också noteras att detta förslag också lämnas i departementspromemorian Omställningsstudiestöd – för flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden (Ds 2021:18). Emellertid avser förslaget i denna Ds om maximalt 44 studieveckor endast heltidsstudier.

När det gäller längre studier än 44 veckor anser utredningen att de vanligtvis kan, och bör finansieras genom studiemedelssystemet.

Utredningen anser att begränsningen avseende vilken typ av utbildning som ska kunna beviljas som förebyggande åtgärd och således kunna berättiga till den nya förebyggande förmånen bör motsvara förutsättningarna för utbildning med rehabiliteringsersättning. Det innebär förändringar jämfört med vad som i dag gäller för rehabiliteringsersättning (se avsnitt 26.2.3 om förslag i denna del). Med hänsyn till utbildningens syfte (se nedan) och längd samt till om den är studiemedelsberättigande anser utredningen att det är motiverat att flera sorters utbildningar ska kunna omfattas än vad som gäller i dag för rehabiliteringsersättningen. Utredningen anser att särskilt yrkeshögskoleutbildningar, som ofta innebär en möjlighet för försäkrade att på ett studieår få ny kompetens bör vara möjlig att genomföra och finansiera med preventionsersättning. Det kan också tänkas att annan eftergymnasial utbildning innebär en rimlig förebyggande åtgärd, varför även sådana studier ska kunna bedrivas med ersättning i form preventionsersättning. Det kan i dessa fall röra sig om till exempel eftergymnasial yrkesutbildning på folkhögskola men även utbildning på universitet eller högskola. Förutsättningen för att sådan eftergymnasial utbildning ska kunna anses som preventionsåtgärd för vilken preventionsersättning kan beviljas är emellertid att utbildningen ska kunna slutföras inom den tidsgräns på ett års studier som föreslås. Det innebär att det inte ska vara möjligt att endast påbörja eller fortsätta en längre universitetsutbildning alternativt läsa enstaka kurser inom ramen för preventionsåtgärden. Detta ligger i linje med avsikten att utbildning som preventionsåtgärd ska leda till att den försäkrade kan ta ett annat arbete där sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan inte riskeras.

[72] Samma längd föreslås för utbildning som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning.

För att nu nämnda utbildningar ska kunna finansieras med preventionsersättning ska vidare krävas att de genomförs i omställningssyfte, och därmed utgöra en nödvändig förebyggande åtgärd. I kravet på att det ska röra sig om en nödvändig förebyggande åtgärd ligger att studier är en sistahandsåtgärd. Först när andra tänkbara anpassningar av arbetet och förebyggande insatser inte bedöms vara aktuella och den försäkrade inte bedöms kunna fortsätta i ordinarie arbete kan preventionsersättning beviljas för studier.

Utredningen anser att det är rimligt att det krävs att studierna kan antas leda till att den försäkrade får ett arbete för att de ska kunna bedrivas som omställningsåtgärd. Det ska dock inte krävas att det finns en tjänst hos den försäkrades arbetsgivare som kräver den aktuella utbildningen för att det ska vara möjligt att finansiera utbildningen med preventionsersättning.

De nu nämnda begränsningarna i tid och kring vilken sorts studier som kan bedrivas med förmånen framstår som väl avvägda med hänsyn till att studierna bör leda till att den försäkrades nya kompetens är efterfrågad på arbetsmarknaden så att han eller hon snabbt kan ta tillvara sin arbetsförmåga i arbete.

Studier som förebyggande rehabiliteringsåtgärd

Som framgår ovan är en del av utredningens förslag avseende preventionsersättningen att för beviljande av sådan ska inte krävas en nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. För att det ska vara möjligt att finansiera studier med preventionsersättning ska därmed inte krävas att studierna måste kunna leda till en förbättring av den försäkrades arbetsförmåga.

Utredningen föreslår att utbildning som arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats i förebyggande syfte ska kunna medföra rätt till preventionsersättning. Om det bedöms vara nödvändigt med omställning genom utbildning för att förebygga sjukdom, återfå arbetsförmågan, förkorta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan kan den försäkrade enligt utredningens förslag beviljas ersättning för utbildningen. Exempelvis kan en försäkrad som har arbetat under många år i ett slitsamt yrke inom vården riskera att drabbas av förslitningsskador i knä eller axel om han eller hon fortsätter i yrket. I dagsläget krävs att det går så långt att arbetsförmågan

blir nedsatt med minst en fjärdedel av sjukdom innan den försäkrade kan få rehabiliteringsersättning för en omställande utbildning; det krävs således att man inväntar att skadan uppstår. Med utredningens förslag skulle denna försäkrade i stället kunna genomgå förebyggande rehabilitering i form av utbildning för att exempelvis utbilda sig till en administrativ tjänst med mindre fysiskt betungande arbetsuppgifter hos samma eller annan arbetsgivare.

Värt att uppmärksamma är att nästan alla försäkrade har möjlighet att finansiera studier för omskolning genom det offentliga studiemedelssystemet. I sammanhanget är det viktigt att beakta syftena med sjukförsäkringen. Försäkringen ska inte erbjuda lösningar på problem som den inte är avsedd att hantera. Sjukförsäkringsförmåner betalas vidare som utgångspunkt ut vid nedsatt arbetsförmåga. Det kan därför ifrågasättas om preventionsersättning ska betalas ut under tid den försäkrade studerar, om han eller hon inte har fått en nedsatt arbetsförmåga. Även om studierna är nödvändiga ur ett omställningsperspektiv är det tänkbart att de bör finansieras genom arbetsmarknads- eller utbildningsåtgärder, även om det för individen kan finnas ett intresse av att frågan hanteras genom sjukförsäkringen.

För att det ska vara möjligt att finansiera studierna genom preventionsersättning, alltså när den försäkrade inte har någon nedsatt arbetsförmåga, ska mot denna bakgrund krävas att studierna görs i *omställningssyfte*. Det ska således handla om en situation där omställning är nödvändig och den försäkrade, om han eller hon fortsätter i sitt nuvarande arbete, kommer drabbas av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Det ska således finnas ett krav på att den försäkrades arbetssituation måste ändras för att arbetsoförmåga inte ska uppstå. Andra alternativa insatser som skulle kunna medföra att den försäkrade kan bibehålla arbetsförmågan i ordinarie arbete ska också bedömas vara utsiktslösa. Utbildning som rehabiliteringsinsats ska, för att kunna medföra rätt till den nya förmånen, alltså vara en *nödvändig förebyggande åtgärd*.

Försäkrade som inte befinner sig i en sådan situation, men som av någon annan anledning vill studera, kan finansiera sina studier med studiemedel. Det kan i och för sig även försäkrade som befinner sig i en sådan situation, men att den försäkrade under sådana omständigheter tvingas till studielån anser utredningen kunna leda till att personer avstår från att omskola sig även om det är den mest rimliga lösningen för att hantera de problem den försäkrade har i att fort-

sätta sin anställning i det aktuella arbetet. Det kan vidare anses oskäligt att under sådana omständigheter kunna anses tvingas in i en studieskuld. Stöd ska alltså inte slentrianmässigt beviljas för utbildning. Samma antagningskrav ska vidare gälla för dem som studerar med preventionspenning som andra som söker sig till en viss utbildning.

Utredningen bedömer vidare att möjligheten att studera med den nya ersättningen inte innebär en beaktansvärd ökad risk för missbruk av förmånen eller beaktansvärda ökade incitament för försäkrade att söka sig till förmånen. För att kunna använda möjligheten att finansiera sina studier med preventionsersättning behöver individen kunna visa att detta är en nödvändig åtgärd i omställningssyfte. Det är alltså inte möjligt att utan vidare finansiera sina studier genom preventionsersättning. Utredningens bedömning är därmed att det inte finns en beaktansvärd risk att förmånen utnyttjas felaktigt av personer som inte har rätt till ersättningen för att finansiera sina studier.

Försäkringskassan har i dagsläget kompetens att identifiera ärenden som har behov av rehabiliteringsinsatser, men kan behöva inspel från andra aktörer för att se om insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga. Det är därmed naturligt att myndigheten inhämtar den försäkrades, hans eller hennes arbetsgivares och fackliga organisations samt hälso- och sjukvårdens perspektiv och bedömning i frågan. För arbetslösa försäkrade utgör även Arbetsförmedlingen en sådan aktör. Det är alltså med dessa underlag som den försäkrade ska kunna visa att han eller hon har rätt till förmånen. Om Försäkringskassan från dessa aktörer får underlag till stöd för att andra åtgärder inte är aktuella och att utbildning är nödvändigt ska preventionsersättning för utbildningsinsatsen beviljas. Precis som för andra åtgärder är det Försäkringskassan som beslutar om rätt till ersättning och ansvarar för bedömningen om utbildning i omställningssyfte är adekvat beskriven som nödvändig åtgärd och kan medföra rätt till ersättning.

För en anställd försäkrad bör typsituationen handla om att utbildning behövs för att den försäkrade ska få en annan tjänst hos sin nuvarande arbetsgivare. Men om arbetsgivaren inte kan erbjuda något annat arbete, och omställning likväl är nödvändigt, ska det vara möjligt att bevilja den nya förmånen för utbildning även till arbete tjänst hos en annan arbetsgivare. Det är också viktigt att betona att preven-

tionsersättning inte bara kan beviljas den som har en anställning. Även den som är arbetslös kan i teorin beviljas ersättningen för erforderlig utbildning som uppfyller något av syftena för ersättningen. Det är emellertid svårt att föreställa sig en situation där detta kan bli aktuellt eftersom den arbetslöse inte har ett arbete som kan vara skadligt för hälsan. För en arbetslös som riskerar sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga bör det i stället vara andra åtgärder, såsom medicinsk behandling, som i första hand blir aktuellt som förebyggande åtgärd.

22.2.4 Steglös ersättning för inkomstförlust

Utredningens förslag: Ersättning i form av preventionspenning ska beviljas en försäkrad som gör inkomstförlust till följd av att delta i förebyggande åtgärd som är planerad och dokumenterad i en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan.

Preventionspenning ska beviljas steglöst för inkomstförlust motsvarande den tidsåtgång som åtgärden tar i anspråk. Ersättning ska utges för hela timmar.

Ersättningen ska beräknas på samma beräkningsunderlag som för sjukpenning.

Skälen för utredningens förslag: Av problemanalysen framgår bl.a. att den förebyggande sjukpenningens begränsning till faktisk tid och till minst två timmar om dagen utesluter många försäkrade från ersättningen och kan medföra att enskilda måste avstå från nödvändig behandling, se vidare avsnitt 20.4.4.

Enligt utredningens förslag ska preventionspenning utgöra en förmån som en försäkrad kan få om han eller hon gör inkomstförlust genom att delta i en rehabiliteringsåtgärd som har något av de syften som framgår i avsnitt 22.2. Förmånen avser förebyggande åtgärder och kompletteras med möjligheten till preventionsbidrag för merkostnader.

En grundläggande tanke med förslaget om preventionsersättning är att det är en ersättningsform som i högre utsträckning än tidigare ska möjliggöra för den försäkrade att delta i förebyggande rehabilitering och samtidigt kunna få ersättning från socialförsäkringsbalken i de fall inkomstförlust uppkommer. Enligt nuvarande regel-

verk och rättspraxis kan t.ex. ersättning i form av förebyggande sjukpenning lämnas endast för den faktiska tid som själva behandlingen eller rehabiliteringen tar samt för vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen (se HFD 2019 ref. 42).

Utredningen menar att nuvarande konstruktion utgör hinder för möjligheten att på ett optimalt sätt använda förmånen för att förebygga eller förkorta sjukdom och att detta utgör ett problem i den praktiska tillämpningen. Detta har också förts fram av bl.a. ISF (se avsnitt 20.5). Framför allt kravet på att behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå under minst två timmar (25 procent av heltid) under en viss dag gör att många behandlingsformer utesluts, eller att hälso- och sjukvården i vissa fall justerar den faktiska tidsåtgången för att den ska stämma med kraven i regelverket. Som tidigare nämnts kan avståndet till vårdinrättningen också innebära ojämlikhet i tillämpningen av den nuvarande förmånen, där den som har längre restid kan ha rätt till ersättning medan en försäkrad med kortare restid inte kommer upp i den tid som krävs för ersättning en enskild dag och därför nekas förebyggande sjukpenning. Det finns enligt utredningens uppfattning därför skäl att överväga en annan lösning för ersättning vid rehabilitering som inte är kopplad till att rehabiliteringsåtgärd ska uppgå till en viss minsta tidsåtgång under en viss dag.

Utredningen är medveten om att ersättningsfrågan i många fall i praktiken inte utgör något större problem. Den arbetstagare som behöver insatser i form av förebyggande åtgärder eller arbetslivsinriktad rehabilitering behöver i många fall inte göra någon inkomstförlust utan får hos många arbetsgivare sedvanlig lön också under denna tid. Rätten till att delta i sådan behandling under arbetstid regleras ofta i kollektivavtal. Men för att preventionsersättning ska kunna beviljas krävs att den försäkrade gör inkomstförlust genom att genomgå en rehabiliteringsåtgärd och därmed inte har möjlighet att skaffa inkomst genom arbete.

Steglös ersättning baserad på inkomstförlust

Avsikten med den nya ersättningen är att den ska fungera bättre än dagens förmåner och vara mer träffsäker genom att ersättningen inte ska vara begränsad till att ersättas med kvartiler eller för insatser som

omfattar minst 25 procent av heltid under en dag. I stället ska ersättningen enligt utredningens förslag kunna beviljas steglöst.

Sjukförsäkringen vilar på inkomstbortfallsprincipen. Utgångspunkten för bestämmande av rätt till preventionspenning är således om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Förmånen omfattar dock även arbetslösa, varför dessa personer kan kompenseras för inkomstförlust då de är förhindrade att söka och ta förvärvsarbete till följd av att de genomgår rehabilitering.

Enligt utredningens förslag ska ersättningen för inkomstförlust i stället kunna lämnas steglöst, baserat på den faktiska inkomstförlusten den försäkrade har gjort under de dagar han eller hon har genomgått förebyggande behandling eller rehabilitering. Det innebär att även inkomstförlust till följd av mindre omfattande insatser än 25 procent av en dag föreslås kunna ge rätt till ersättning.

En grundläggande tanke med den nya förmånen är att den ska möjliggöra för den försäkrade att delta i förebyggande insatser. Det finns därför skäl för att den enskilde ska ersättas även för tid som inte omfattar endast den faktiska rehabiliteringsinsatsen, utan också annan nödvändig tidsåtgång som orsakats av insatsen. I beräkningen av den tid som ersätts ska därför även ingå inkomstförlust som uppstått t.ex. för tid som avser vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen. Detsamma gäller om den försäkrade till följd av behandlingen av medicinska skäl behöver avstå arbete före och/eller efter att insatsen har genomförts. Det kan t.ex. handla om försäkrade som efter en dialysbehandling behöver återhämtning innan han eller hon kan börja arbeta igen. Tillstöter ytterligare, oväntade komplikationer av en medicinsk behandling kan den försäkrade i stället ansöka om sedvanlig ersättning vid nedsatt arbetsförmåga, såsom sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga eller sjuklön för en anställd.

För att en försäkrad ska kunna få preventionspenning krävs att det finns en fastställd SGI för den försäkrade. Detta utgör ingen skillnad mot vad som gäller med den nuvarande rehabiliteringspenningen. Ersättningen beräknad på samma sätt som sjukpenning.

Ersättningen baseras på inkomstförlust för åtgärder

En avgörande skillnad mot nuvarande rehabiliteringsförmåner är att preventionsersättning ska vara steglös och baseras på den tid som den planerade behandlingen eller rehabiliteringen faktiskt tar i anspråk, och under vilken den försäkrade gör inkomstförlust till följd av att han eller hon är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete under denna period. Den steglösa beräkningen innebär vidare att det inte kommer att krävas att rehabiliteringsinsatsen måste uppgå till en viss mängd timmar och i steg om kvartiler under en viss dag, som är fallet med dagens rehabiliteringsförmåner. Det är i stället den faktiska inkomstförlust under den tid som rehabiliteringen tar i anspråk som ersätts genom förmånen. Preventionsersättningen är dock fortfarande en dagersättning, vilket innebär att en försäkrad måste göra inkomstförlust en viss dag för att ersättning ska kunna beviljas för den aktuella dagen. Vid beräkningen av den tidsåtgång en viss rehabilitering tar i anspråk en viss dag ska tiden avrundas nedåt till hela timmar. För att en sådan beräkning ska vara möjlig kommer det att behöva ställas högre krav på innehållet i en preventionsplan med precisering av när, i vilken omfattning och hur länge rehabiliteringsinsatsen kommer att pågå.

Förändringen innebär som exempel att en förebyggande medicinsk behandlingsåtgärd bestående av KBT en timme om dagen tre dagar i veckan under åtta veckors tid kommer att kunna ersättas genom den nya förmånen. Detta hade inte varit möjligt med gällande regelverk eftersom insatsen understiger 2 timmar per dag. I det omnämnda fallet kommer ersättningen enligt utredningens förslag motsvara den inkomstförlust den försäkrade sammantaget gör under den planerade rehabiliteringsperioden, dvs. totalt 24 timmar.

Den ersättning som en försäkrad kan få vid behandling eller rehabilitering beror sammantaget på den inkomstförlust som han eller hon gör till följd av inte kunna skaffa inkomst genom förvärvsarbete. Beräkningen av inkomstförlusten utgår från den tid som den försäkrade enligt rehabiliteringsplanen måste avstå från förvärvsarbete och avrundas nedåt till hela timmar.

Preventionsåtgärder på eller utanför arbetstid

Ett problem som utredningen har kunnat notera i sin analys är att Försäkringskassan i ärenden om förebyggande sjukpenning emellanåt gör bedömningen att förebyggande behandling lika gärna kan utföras efter arbetstid som under arbetstid. Denna bedömning sker först i samband med att beslut om rätt till förebyggande sjukpenning fattas. Det innebär att en behandlingsplan för medicinsk behandling eller rehabilitering kan ha godkänts, men att den försäkrade ändå nekas ersättning vid beslutstillfället med motiveringen att behandlingen skulle ha kunnat utföras utanför arbetstid.

Ett krav på inkomstförlust för uteblivet förvärvsarbete innebär också att insatsen ska utföras på arbetstid för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det är den faktiska förläggningen av insatsen som är avgörande. Mycket av den egenvård som utgör väsentliga delar av många moderna rehabiliteringsinsatser kan rimligen förläggas utanför arbetstid. Sådan tid kommer då inte heller kunna ersättas med den nya förmånen. Det finns å andra sidan ofta goda skäl för att utföra rehabiliteringen dagtid. Utöver hänsyn till vårdgivarens tider kan det finnas anledning att den försäkrade utför behandlingsinsatserna i lugn och ro, vilket för vissa försäkrade kan vara svårt att uppnå på kvällstid. Avgörande för frågan bör enligt utredningens mening vara när vårdgivaren har möjlighet att erbjudan behandlingen eller rehabiliteringen och när vårdgivaren bedömer att det är lämpligt att den utförs. Det är också viktigt att denna bedömning görs utifrån den faktiska rehabiliteringen; det ska inte vara en teoretisk bedömning av huruvida rehabiliteringen hade kunnat utföras utanför arbetstid. Det är därför av vikt att det redan av preventionsplanen tydligt framgår när och hur insatsen är tänkt att utföras. Yttre omständigheter, t.ex. sjukdom eller vård av sjukt barn, kan naturligtvis medföra att planen behöver revideras.

Preventionspenning parallellt med sjukpenning

I vissa fall kan den försäkrade få preventionspenning parallellt med sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. En sådan situation kan till exempel uppstå om den försäkrade är partiellt sjukskriven med sjukpenning på denna del och samtidigt arbetar partiellt. Om Försäkringskassan exempelvis remitterar den försäkrade till en försäkrings-

medicinsk utredning och han eller hon behöver avstå helt från arbete under utredningstiden kan preventionspenning betalas ut för resterande del.[73] Detsamma gäller om en deltidssjukskriven försäkrad behöver avstå från arbete i ytterligare omfattning för att delta i en förebyggande behandling eller rehabilitering i syfte att exempelvis motverka ytterligare försämrad arbetsförmåga. Motsvarande gäller i dag om den försäkrade har både sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga och sjukpenning i förebyggande syfte.

I fall där den försäkrade är partiellt sjukskriven med sjukpenning och på en mindre del genomgår en förebyggande rehabiliteringsåtgärd med preventionspenning uppstår inget glapp för inkomst; den försäkrade arbetar till den del han eller hon inte är sjukskriven eller genomgår åtgärder. Om den försäkrade redan är beviljad hel sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga kan han eller hon däremot inte få någon preventionspenning i samband med utredning, behandling eller rehabilitering, detta eftersom det inte uppstår någon inkomstförlust till följd av att den försäkrade inte kan utföra förvärvsarbete i denna situation.

SGI-skydd under tid med preventionsersättning

Under tid som den försäkrade får preventionsersättning till följd av deltagande i förebyggande åtgärd ska hans eller hennes SGI vara skyddad. Detta motsvarar vad som gäller för dagens förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.[74]

22.2.5 Preventionspenningens koppling till rehabiliteringskedjan

Utredningens förslag: En sjukperiod enligt rehabiliteringskedjan ska inte anses ha påbörjats under period då endast preventionsersättning utbetalas. Under tid som den försäkrade genomgår en förebyggande åtgärd som ersätts med preventionspenning ska således inte dagar i rehabiliteringskedjan räknas.

[73] Denna typ av utredning räknas även i dagsläget som medicinsk rehabilitering och kan ge rätt till förebyggande sjukpenning, enligt ett rättsligt ställningstagande av Försäkringskassan, FKRS 2008:04, se Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 12, s. 43.
[74] 26 kap. 17 § SFB.

Skälen för utredningens förslag: Rehabiliteringskedjan innehåller inte, namnet till trots, konkreta inslag av rehabilitering, se avsnitt 18.2. Det rör sig i stället om ett regelverk med fasta tidsgränser som avgör mot vilket arbetsmarknadsbegrepp en sjukskriven försäkrads arbetsförmåga ska jämföras.

Den förebyggande sjukpenningens koppling till rehabiliteringskedjan framgår av lagtexten i 27 kap. 26 § SFB. Enligt andra punkten i bestämmelsen utgör tid då den försäkrade har förebyggande sjukpenning en sjukperiod.

Utredningen har vidare redogjort för rehabiliteringspenningens koppling till rehabiliteringskedjan och att kravet för att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas i dagsläget i dagsläget är att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel enligt den bedömningsgrund som är aktuell enligt rehabiliteringskedjans gränser (se avsnitt 19.1).

Som framgår av redogörelsen för utredningens förslag utgör nedsatt arbetsförmåga inte ett kriterium för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det finns därmed inte heller någon naturlig koppling till den s.k. rehabiliteringskedjan, som i huvudsak bestämmer vilket arbetsmarknadsbegrepp den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot vid olika tidpunkten i en sjukperiod. Under tid som preventionsersättning betalas ut ska den försäkrade därför inte heller få sin arbetsförmåga bedömd enligt rehabiliteringskedjan.

Ingen sjukperiod påbörjas under tid med preventionspenning

Enligt gällande regelverk inleds en sjukperiod när den försäkrade har en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan, har rätt till förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall.[75] Sjukperioden för en försäkrad som har förebyggande sjukpenning avbryts redan vid en enskild dag då den försäkrade inte längre får ersättningen.[76]

Sjukperioden är således kopplad till krav på antingen sjukdom och nedsatt arbetsförmåga eller till ersättning som i sin tur kräver sådan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

[75] 27 kap. 26 § SFB.
[76] Jfr Prop. 1991/92:40 s. 64 och Försäkringskassan, vägledning 2015:1, version 14, s. 49.

Utredningen har emellertid ovan redogjort för att kriterierna för rätt till preventionsersättning inte kräver att den försäkrade har sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga; tvärtom är förmånen avsedd för åtgärder som ska förhindra att sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga över huvud taget uppkommer. Vidare har ovan redogjorts för att den förebyggande förmånen ska lyftas bort från sjukpenningens område och att förmånen inte uppställer sjukpenningens grundläggande krav på sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Det framstår därför inte heller som ändamålsenligt att tid med förebyggande åtgärder, som inte innebär att sjukdom har uppstått, ändå ska medföra att en sjukperiod ska anses påbörjad.

Enligt utredningens förslag ska därför tid under vilken den försäkrade genomgår en förebyggande insats som endast ersätts med preventionsersättning inte anses utgöra en sjukperiod. Detta hindrar emellertid inte att en sjukperiod ändå pågår i det fall den försäkrade samtidigt har exempelvis partiell sjukpenning.

Enligt utredningens förslag kommer därmed inte heller dagar i rehabiliteringskedjan att räknas under tid med en sådan åtgärd. En försäkrad som blir sjukskriven och får nedsatt arbetsförmåga efter att en sådan förebyggande insats har avslutats kommer således att inleda en ny sjukperiod och befinna sig på dag 1 i rehabiliteringskedjan.

Ingen bortre tidsgräns för hur länge preventionsersättning kan utbetalas

Preventionsersättning ska kunna betalas ut så länge det är fråga om en behandling eller insats som uppfyller syftet för ersättningen och sker enligt en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan. I detta avseende motsvarar ersättningen vad som gäller i dag för den förebyggande sjukpenningen.

22.2.6 Preventionspenning i särskilda fall

Utredningens förslag: Den nya ersättningsformen *preventionspenning i särskilda fall* ska införas.

En försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning

kunnat betalas ut, eller en försäkrad som har haft aktivitetsersättning och vars rätt till aktivitetsersättning upphör på grund av att han eller hon fyller 30 år, ska kunna beviljas preventionspenning i särskilda fall. Preventionspenning i särskilda fall ska vara möjlig att få från och med dagen efter den då rätten till sådan tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning upphör.

För rätt till preventionspenning i särskilda fall ska det, liksom för preventionspenning, krävas att den försäkrade genomgår en förebyggande medicinsk eller arbetslivsinriktad åtgärd i syfte att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Åtgärden ska vara nödvändig för att minst något av syftena ska kunna uppnås och olika typer av åtgärder kan kombineras.

För rätt till preventionspenning i särskilda fall ska också krävas att den försäkrade på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i socialförsäkringsbalken inte skulle ha rätt till preventionspenning för hel dag motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag.

Preventionspenning i särskilda fall ska lämnas med högst 160 kronor per dag. För en försäkrad som har partiell sjukersättning ska beloppet justerat proportionerligt i enlighet med förmånsnivån på sjukersättningen.

Rätten till preventionspenning i särskilda fall ska upphöra när det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor.

Skälen för utredningens förslag: Ersättningsformerna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall kom till samtidigt och avser att skydda samma grupp försäkrade från att bli utan ersättning vid sjukdom och rehabilitering efter att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffats. Sjukpenning i särskilda fall kan enligt nuvarande regelverk beviljas även för medicinsk behandling och rehabilitering i förebyggande syfte och motsvarar således den förebyggande sjukpenningen.

Enligt utredningens förslag ska den förebyggande sjukpenningen ersättas med den nya förmånen preventionsersättning. En konsekvens av förslaget är att den grupp försäkrade som i dag omfattas av

reglerna om sjukpenning i särskilda fall skulle gå miste om möjligheten att få ersättning för den typ av åtgärder som i dagsläget täcks av den förebyggande sjukpenningen. Utredningen anser mot denna bakgrund att det ska införas en ny förmån – preventionspenning i särskilda fall –utöver den ordinarie preventionspenningen. Denna ersättning avser att tillgodose behovet av ersättning för denna grupp försäkrade och motsvarar till sin uppbyggnad enligt förslaget hur ersättningstyperna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall är konstruerade.

Utredningens förslag innebär inte någon utökning eller minskning av denna målgrupp. Samma kriterier ska därför gälla för att en försäkrad ska omfattas av reglerna som för sjukpenning eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Det innebär även att om den försäkrade en gång har förlorat rätten till preventionspenning i särskilda fall så går den inte att få tillbaka vid ett senare tillfälle.[77]

Vilka ingår i personkretsen?

För att ingå i personkretsen som omfattas av rätten till rehabiliteringspenning i särskilda fall måste den försäkrade dels ha haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning som upphör för att personen fyller 30 år, dels ha låg eller ingen SGI. Dessa villkor motsvarar vad som gäller för personkretsen för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Personkretsen omfattar därmed två grupper av försäkrade:

- De som fått tidsbegränsad sjukersättning under maximal tid enligt de övergångsregler som infördes i samband med att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades.
- De som har fått aktivitetsersättning till och med månaden innan de fyllt 30 år och därmed inte kan få ersättning längre.

För att tillhöra personkretsen krävs därutöver att den försäkrade skulle få låg eller ingen preventionspenning till följd av reglerna om SGI. Kravet är uppfyllt om den försäkrade inte skulle ha rätt till preventionspenning motsvarande vad som för preventionspenning medför en ersättning om minst 160 kronor per hel kalenderdag, dvs.

[77] Jfr Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10, s. 90.

den inkomstförlust en person som behöver avstå från förvärvsarbete en hel kalenderdag skulle få. Kravet på en preventionspenning som på fortsättningsnivå är lägre än 160 kronor per kalenderdag uppfylls om den försäkrades SGI är lägre än 80 300 kronor.[78] Rätten till preventionspenning i särskilda fall upphör när den försäkrade har en SGI eller skulle kunna få en SGI som uppgår till minst 80 300 kronor.

I den grupp försäkrade som har fått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelserna i 4 kap. 31 § lagen om införande av socialförsäkringsbalken kan finnas försäkrade som vid utgången av en period med tidsbegränsad sjukersättning inte har någon sjukpenninggrundande inkomst att återfå och försäkrade som då har en sjukpenninggrundande inkomst att återfå, men där denna inte leder till att den försäkrade skulle ha rätt till hel preventionspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag. Så är fallet när det för den försäkrade kan fastställas en sjukpenninggrundande inkomst som understiger 80 300 kronor.

När inträder rätten till preventionspenning i särskilda fall?

En försäkrad kan få rätt till preventionspenning i särskilda fall från och med dagen efter den dag då

- rätten till tidsbegränsad sjukersättning upphörde, eller
- rätten till aktivitetsersättning upphörde på grund av att han eller hon fyller 30 år.

Ersättningsnivåer för preventionspenning i särskilda fall

Till skillnad från sjukpenning i särskilda fall ska rehabiliteringspenning i särskilda fall inte betalas ut på fyra förmånsnivåer med fasta ersättningsbelopp. Det beror på att preventionspenningen till sin karaktär ska vara steglös. I stället baseras beloppet på den del av en kalenderdag som åtgärden pågår. För en åtgärd som pågår en hel kalenderdag betalas ersättning med 160 kronor och för en mindre del av en dag betalas ersättning med ett belopp som motsvarar den

[78] Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10, s. 75.

del av 160 kronor som utgör den del av en dag som åtgärden har förhindrat den försäkrade från förvärvsarbete.

Rehabiliteringspenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka. Detta kan bli aktuellt exempelvis om den försäkrade genomgår behandling mot missbruk under en längre sammanhängande period på exempelvis behandlingshem.

22.2.7 Preventionsbidrag

Utredningens förslag: Den försäkrade ska ha rätt till ersättning för sådana nödvändiga merkostnader som uppkommer till följd av insatser som berättigar till preventionspenning. Sådana merkostnader ska ersättas genom den nya förmånen *preventionsbidrag*.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna meddela närmare föreskrifter om sådant bidrag.

Utredningens bedömning: Motsvarande merkostnader som i dag kan ersättas genom rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag bör ersättas genom preventionsbidrag, med tillägget att även motsvarande merkostnader för förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering bör ersättas.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Med utredningens förslag om den nya förmånen preventionspenning kommer det att uppkomma situationer där det uppstår merkostnader för en försäkrad när han eller hon deltar i förebyggande åtgärder av medicinsk och/eller arbetslivsinriktad karaktär. Exempel på sådana merkostnader är kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare. Utredningen bedömer att merkostnader bör kunna ersättas vid förebyggande insatser. Som konstaterats avseende rehabiliteringsersättningen kan inlåsningseffekter uppstå om möjligheterna för försäkrade att delta i insatser begränsas för att det exempelvis inte finns möjlighet att få kostnaden för resor ersatta, se vidare avsnitt 19.7. En sådan begränsning riskerar i sin tur att insatsen inte kan genomföras på ett adekvat sätt, eller inte alls, vilket riskerar att den inte blir så effektiv som den annars hade kunnat bli. Möjligheten att få ersättning för merkostnader vid behandling

för exempelvis nödvändiga resor fyller därmed en viktig funktion. Visserligen har konstaterats att det nuvarande särskilda bidraget som finns för rehabiliteringsåtgärder nästan uteslutande används för att ersätta resekostnader, men utredningen anser att det inte utgör skäl att begränsa möjligheten att få ersättning endast för sådana utgifter. Det är viktigt att många tänkbara utgifter kan ersättas för att inlåsningseffekter i det enskilda fallet ska kunna motverkas.

Utredningen föreslår därför att en merkostnadsersättning införs för kostnader som uppstår till följd av och i samband med insatser som kan berättiga till preventionspenning. Med hänsyn till de systematiska likheterna med rehabiliteringsersättningens uppbyggnad har övervägts att även låta denna merkostnadsersättning heta *särskilt bidrag*. Att ha samma namn för två olika sorters ersättningar kan dock leda till otydligheter. Dessutom föreslår utredningen att särskilt bidrag inom rehabiliteringsersättningen ska byta namn.

Utredningen föreslår därmed att merkostnadsersättningen för preventionsersättningen ska ha namnet preventionsbidrag. Preventionsersättning i form av preventionspenning gäller därmed för inkomstförluster på grund av deltagande i förebyggande insatser och preventionsersättning i form av preventionsbidrag ska ge ersättning för de merkostnader som kan uppstå på grund av deltagande i sådana insatser.

För att den försäkrade ska kunna få ersättning för merkostnader ska det röra sig om merkostnader för deltagande i sådana insatser som ger rätt till preventionsersättning. Något krav på att deltagandet ska uppgå till en viss omfattning, exempelvis en fjärdedel av den försäkrades arbetsutbud, finns inte.

Det ska vara möjligt att få ersättning för merkostnader utan att ansöka om eller beviljas preventionspenning. Utredningen bedömer att en sådan möjlighet kan fylla en funktion bland annat för försäkrade som inte har någon SGI.

22.2.8 Handläggnings- och beslutsprocessen vid preventionsersättning

Utredningens förslag: Försäkringskassan ska upprätta en preventionsplan om en försäkrad ska genomgå sådana förebyggande åtgärder som kan ge rätt till preventionspenning. En sådan plan ska till sitt innehåll motsvara en rehabiliteringsplan.

Vid prövning av rätt till preventionsersättning ska endast ett beslut fattas: Kravet på en särskild medicinsk behandlingsplan och ett särskilt beslut om att godkänna planen vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering avskaffas.

Skälen för utredningens förslag: I avsnitt 20.4.5 redogörs för att förebyggande sjukpenning är administrativt krävande för både enskilda försäkrade och läkare, bland annat på grund av kraven om två ansökningar med separata beslut. Utredningens förslag innebär några förändringar av hur handläggningsprocessen kommer att se ut för bland andra Försäkringskassan.

Enligt utredningens förslag ska en ansökan om ersättning göras av den enskilde när det finns en plan för förebyggande insatser. Ansökan kan göras antingen inför en planerad rehabilitering eller när delar av eller hela behandlingen eller rehabiliteringen är genomförd. I ansökan ska redovisas vilken tid den försäkrade behöver avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering. Försäkringskassan ska sedan bedöma om alla villkor är uppfyllda och om ersättning därmed kan betalas ut.

Försäkringskassan ska göra bedömningen av om förutsättningarna för preventionsersättning är uppfyllda

En viktig fråga är att avgöra i vilka fall som det är aktuellt med förebyggande rehabiliteringsinsatser och i vilka fall sådan rehabilitering ska anses medföra rätt till preventionspenning och/eller preventionsbidrag.

Precis som vid andra förmåner inom sjukförsäkringen i socialförsäkringsbalken är det Försäkringskassan som ska ansvara för att besluta om rätt till ersättning och därmed om förutsättningarna för preventionsersättning är uppfyllda. Denna bedömning bör emeller-

tid vara begränsad till den försäkringsjuridiska bedömningen av om kriterierna i försäkringen är uppfyllda. Det innebär exempelvis att Försäkringskassans handläggare inte ska göra en medicinsk bedömning i frågan om en viss medicinsk behandling är lämpad för att minska risken att en person blir sjuk, eller avgöra om det finns vetenskaplig evidens för potentialen att en viss rehabiliteringsåtgärd kan anses vara framgångsrik.

En utgångspunkt vid denna bedömning ska vara om något av de syften som anges som kriterier för ersättningen är uppfyllda. Om den enskilde ska genomgå en rehabiliteringsåtgärd med syftet att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller motverka nedsättning av arbetsförmåga bör ersättning typiskt sett kunna utges. Det är eftersträvansvärt att de åtgärder som de försäkrade genomgår också är effektiva. En förutsättning är att insatsen framstår som rimlig och utgör en åtgärd som på ett övergripande plan kan bedömas vara effektiv. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.[79]

Avsikten är inte att Försäkringskassan ska göra någon ingående bedömning av innehållet i en rehabiliteringsåtgärd eller en förhandsbedömning av om den enskilda rehabiliteringsåtgärden är adekvat eller inte, dvs. i t.ex. att förhindra att sjukdom uppkommer eller att en försäkrad drabbas av arbetsoförmåga. En sådan bedömning kan också vara mycket svår att göra på förhand. Denna bedömning måste i stället huvudsakligen åligga utföraren av åtgärden att göra, dvs. hälso- och sjukvården i fråga om medicinsk behandling och rehabilitering och arbetsgivaren med exempelvis stöd av företagshälsovård eller facklig organisation, eller Arbetsförmedlingen, i fråga om arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet med en arbetslivsinriktad åtgärd såsom arbetsträning kan också vara att kartlägga om arbetsförmåga fortsatt finns i det ordinarie arbetet. Innan sådan arbetsträning har påbörjats kan det vara svårt att uttala sig om dess effekter.

För att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga krävs således inte att det är sannolikt att insatserna kan leda till att den försäkrade kan behålla arbetsförmåga. Det kan konstateras att något stöd för att en sådan prognosbedömning ska göras av Försäkringskassan innan rehabiliteringsersättning kan beviljas inte heller finns i dagens regelverk. I stället är det syftet med rehabiliteringsåtgärden som är avgörande för om rehabiliter-

[79] 30 kap. 6 a § SFB.

ingsersättning kan beviljas.[80] Avsikten med utredningens förslag är inte att göra bedömningen striktare än i dag.

Det sagda innebär emellertid inte att t.ex. vilken medicinsk insats som helst ska kunna berättiga till ersättning; Försäkringskassan måste i det enskilda fallet i första hand bedöma dels huruvida rehabiliteringsbehov föreligger, dels om den föreslagna åtgärden framstår som en adekvat åtgärd som uppfyller ett eller flera syften med ersättningen.

Försäkringskassan ska upprätta en preventionsplan vid förebyggande åtgärder

En av Försäkringskassan upprättad rehabiliteringsplan är i dag ett krav vid rehabiliteringsåtgärder som kan medföra rätt till rehabiliteringsersättning. Enligt utredningens förslag ska preventionsersättning kunna utges vid såväl medicinsk som arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte. Enligt utredningens förslag ska även i dessa situationer en plan upprättas i form av en preventionsplan.

Förslaget innebär att Försäkringskassan i dessa fall i ett tidigare skede än i dag behöver upprätta en plan i de fall sådan förebyggande rehabilitering blir aktuell och kan medföra rätt till preventionsersättning. En sådan plan kan enligt förslaget alltså behöva upprättas också när den försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga. Till skillnad från i dag innebär förslaget att en sådan plan ska upprättas oavsett insatsernas karaktär – dvs. också när rehabiliteringsinsatserna helt eller delvis är av medicinsk art. Det kan poängteras att det inte är något krav att förmånen ska beviljas för att en plan ska upprättas, utan det räcker med att det är fråga om en åtgärd som *kan* medföra rätt till ersättning.

Preventionsplanen fyller flera viktiga syften. Den är dels ett instrument för Försäkringskassans bevakning av ett erforderliga preventionsåtgärder genomförs i det enskilda fallet, dels ett underlag för Försäkringskassan inför beslut om rätt till ersättning. Det är i denna plan som den planerade rehabiliteringen beskrivs; vilka typer av åtgärder som ska genomföras och en tidplan för när dessa ska genomföras. I fråga om medicinsk behandling och rehabilitering behöver

[80] 31 kap 3 § SFB. Den försäkrade ska delta i arbetslivsinriktad rehabilitering som *avser* att
1. förkorta sjukdomstiden, eller
2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

rehabiliteringsplanen också ange när det planerade behandlingen ska äga rum. Om den försäkrade inte behöver avstå från arbete, t.ex. om behandlingen ska utföras på ledig tid, kan preventionspenning inte betalas ut för denna tid.

Enligt utredningens förslag kommer också preventionsersättning att vara direkt kopplad till preventionsplanens beskrivning av åtgärdernas omfattning, varaktighet och tidsåtgång. Det är den period som beskrivs i preventionsplanen som kommer att ligga till grund för bestämmandet av ersättningen.

En preventionsplan ska, liksom en rehabiliteringsplan, innehålla

- de åtgärder som ska komma i fråga,
- uppgift om vem som ansvarar för åtgärderna,
- en tidsplan för åtgärderna,
- övriga uppgifter som behövs för att genomföra åtgärderna.

Försäkringskassan ska fortlöpande se till att preventionsplanen följs upp och vid behov revideras.

Förebyggande åtgärder ska planeras i samråd med den enskilde och utgå från dennes förutsättningar och behov. Den försäkrade är å sin sida skyldig att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering och att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. I det fall rehabiliteringen innefattar nödvändiga förberedelser och om den försäkrade av medicinska skäl behöver avstå arbete före och/eller efter åtgärden ska detta framgå i rehabiliteringsplanen.

En administrativt enklare process vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering – endast ett beslut om ersättning och inget krav på särskild medicinsk behandlingsplan

Enligt dagens regelverk om förebyggande sjukpenning måste en medicinsk behandlingsplan ges in till Försäkringskassan innan rätten till ersättning kan prövas. Behandlingsplanen prövas sedan i ett separat beslut. Försäkringskassans beslut om godkännande av behandlingsplan utgör inte ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrades rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning. Det innebär att det är först

när en person får ett beslut om rätt till själva förmånen förebyggande sjukpenning eller inte som personen säkert vet om han eller hon har rätt till ersättning.

ISF har uttryckt att tvåstegsförfarandet med beslut om godkännande av en behandlingsplan innan påbörjad behandling, och separat beslut om ersättning efter genomförd behandling, kan orsaka en osäkerhet för den enskilde. Det framgår av rättspraxis (HFD 2020 not. 14) att godkännandet av behandlingsplanen utgör ett förvaltningsbeslut samt att detta beslut inte är överklagbart. En konsekvens av det kan enligt ISF bli att personen avstår från att genomgå förebyggande behandling eller rehabilitering.[81]

Försäkringskassan har anfört att myndigheten inte ser att det med nuvarande regelverk är möjligt eller lämpligt att frångå tvåstegsförfarandet. Med gällande regelverk kan Försäkringskassan inte ge den enskilde beslut om både behandlingsplan och ersättning innan han eller hon faktiskt har avstått från arbete eller arbetssökande. Myndigheten menar att det skulle bli än större osäkerhet för den enskilde om Försäkringskassan tog ställning till både behandlingsplan och ersättning först efter genomförd behandling eller rehabilitering. Dagens tvåstegsförfarande gör att den enskilde tidigt får besked om huruvida behandlingen kommer att kunna leda till ersättning i ett senare skede, vilket bidrar till en förutsebarhet för den enskilde.

Utredningen delar inte ISF:s betänkligheter kring att försäkrade i någon större utsträckning skulle avstå från behandling inför risken att Försäkringskassan skulle ändra sitt beslut om godkänd behandlingsplan under vägen. Denna risk framstår som liten och beslutet om behandlingsplan utgör, som Försäkringskassans anger, ett gynnande förvaltningsbeslut som inte kan ändras till den enskildes nackdel utan vidare. Däremot kvarstår problemet med krav på en detaljerad behandlingsplan som innebär ett för vården administrativt betungande system som också leder till viss osäkerhet för den enskilde. Ett särskilt problem är att ett beslut om godkänd behandlingsplan också kan leda till förvirring hos den enskilde när ersättningen sedan nekas i processens andra beslut, t.ex. mot bakgrund av att den enskilde saknar SGI eller att han eller hon inte har deltagit fullt ut i behandlingen. Utredningen har också fått veta att sjukpenning i förebyggande syfte avslås i en del fall där Försäkringskassan i efterhand har bedömt att behandlingen har *kunnat* utföras utanför arbetstid, detta

[81] ISF 2020:6.

alltså trots att behandlingsplanen i sig har godkänts i det första beslutet.

Utredningen förslag är avsedda att komma till rätta med dessa problem. Det handlar om att förenkla de administrativa kraven på vården och förenkla beslutsförfarandet och göra bedömningen tydligare för den enskilde och vårdgivaren. Det är enligt utredningens mening inte en givande lösning att ett tvåstegsförfarande behålls, men där det första beslutet inte skulle vara överklagbart.

Kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om godkännande av denna behandlingsplan tas bort

Enligt gällande regelverk ska en särskild behandlingsplan lämnas in till Försäkringskassan vid förebyggande medicinsk rehabilitering. Denna plan får anses innefatta relativt detaljerade krav med ett stort antal frågor som läkaren måste besvara.

Det finns enligt utredningens bedömning inte behov av att en sådan särskild plan upprättas. Kravet har visat sig leda till omfattande administrativa hinder för den enskilde men framför allt för hälso- och sjukvården. Försäkringskassans förändrade tillämpning har vidare gjort att en sådan behandlingsplan prövas och godkänns i ett separat beslut från beslutet om rätt till ersättning. Handläggningsordningen följer inte uttryckligen av lagstiftningen och har tagits fram av Försäkringskassan, som tidigare har genomfört processen med ett beslut. Genom senare rättspraxis har fastslagits att beslutet om behandlingsplan inte är överklagbart.

Enligt utredningens förslag ska det tvåstegsförfarande som tillämpas i dagsläget, med kravet på en separat plan som godkänns i ett separat beslut, inte kvarstå. Planeringen av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska i stället innefattas i den preventionsplan som Försäkringskassan ska upprätta i samråd med att den försäkrade bedöms ha ett rehabiliteringsbehov som kan medföra rätt till ersättning. På så sätt samordnas villkoren för olika typer av rehabilitering.

Den enskilde ansöker om ersättningen hos Försäkringskassan. I de fall grunden för rehabiliteringen är medicinsk kommer vårdgivaren att skriva ett intyg om behandlingen, med den nödvändiga information som krävs för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om det är fråga om en behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd

med det syfte som krävs för att preventionsersättning ska kunna beviljas. Försäkringskassan tar sedan ställning till rätten till ersättning i ett beslut.

Förslaget innebär att vårdgivaren även fortsättningsvis att ansvara för att planera och dokumentera den medicinska behandling eller rehabilitering som ska genomföras. Försäkringskassan är också, precis som tidigare, beroende av att få information från vården om den medicinska rehabiliteringen för att kunna besluta om ersättning. De administrativa kraven på vården bedöms dock minska i och med avskaffandet av en särskild behandlingsplan med formkrav, som också måste godkännas i ett särskilt beslut.

Utredningen kan konstatera att förslaget inte är helt befriat från risker. Genom att föra över ansvaret för planeringen av rehabiliteringen till Försäkringskassan och den rehabiliteringsplan som ska upprättas i alla ärenden som rör rehabilitering underlättas hälso- och sjukvårdens roll och de formella kraven på en medicinsk behandlingsplan minskas. Samtidigt ställer detta högre krav på att den samordnade planeringen fungerar och att den enskilde kan få ett tydligt besked från Försäkringskassan om sin förebyggande rehabilitering och huruvida denna kan ligga till grund för ersättning genom den nya förmånen. Utredningen bedömer att detta sammantaget bör medföra en något enklare administrativ process och ett mer förutsebart tillvägagångssätt, men kan samtidigt konstatera att det ställer högre krav på att Försäkringskassan i god tid kan ta ställning till den planerade medicinska rehabiliteringen och om denna kan anses utgöra sådan rehabilitering som kan medföra rätt till preventionspenning. Med detta kommer Försäkringskassans administrativa börda också att öka något.

22.2.9 Försäkringsskyddet

Utredningens förslag: Preventionspenning ska vara en arbetsbaserad förmån och preventionsbidrag samt preventionspenning i särskilda fall ska vara bosättningsbaserade förmåner, på motsvarande sätt som i dag gäller för rehabiliteringsersättningen.

Skälen för utredningens förslag: Den som arbetar i Sverige är försäkrad för bland annat rehabiliteringspenning och den som är bosatt

i Sverige är försäkrad för bland annat rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Utredningen anser att preventionsersättningen och preventionsbidraget ska behandlas på samma sätt som rehabiliteringsersättningen i frågor om försäkringsskydd.

22.2.10 Samordning med andra förmåner och andra författningar samt övriga frågor med anledning av de nya förmånerna

Utredningens förslag och bedömning: Preventionsersättning och preventionspenning i särskilda fall ska hanteras på samma sätt som rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall vid övriga tillkommande frågor, såsom statlig ålderspensionsavgift, socialavgifter, samordning med andra förmåner samt förhållandet till andra rättsfrågor såsom utmätning och beskattning.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Preventionsersättningen och preventionspenning i särskilda fall bedöms ha stora likheter med rehabiliteringsersättningen och rehabiliteringspenningen i särskilda fall. Utredningen anser därför att de nya förmånerna bör hanteras på samma sätt som rehabiliteringsersättningen vad gäller exempelvis frågor om hur länge den försäkrade som längst kan lämnas till den försäkrade, rätten till penningförmånen i särskilda fall, ersättningsnivåer, beräkning, förmånstid, behållande och upphörande av rätten till penningförmån i särskilda fall, reglering av vissa frågor i en särskild förordning, statlig ålderspensionsavgift, socialavgifter, bemyndigande till Försäkringskassan om verkställighet m.m.

Utredningen bedömer vidare att samma grundsyn gäller vid frågor om samordning med andra förmåner. Utredningen anser således att preventionsersättningen ska behandlas på samma sätt som övriga närliggande socialförsäkringsförmåner vid exempelvis samordningen med föräldrapenning, sjukpenning, ersättning till familjehemsföräldrar, studiestöd, arbetsgivarinträde eller bedömningen av en försäkrads rätt till ersättning vid arbetslöshet, studiemedel, smittbärarpenning, närståendepenning, aktivitetsstöd, utvecklingsersättning, etableringsersättning, boendetillägg m.m.

Av samma skäl bedömer utredningen att de nya förmånerna ska behandlas på samma sätt som rehabiliteringsersättning vid frågeställningar utifrån andra rättsområden, såsom hur förmånerna ska behandlas vid utmätning och hur de ska beskattas.

22.3 Övrigt om preventionsersättning och rehabiliteringsersättning

22.3.1 Kontroll och uppföljning

I direktivet till utredningen konstateras att det är viktigt att den rehabilitering som bedrivs fullgörs enligt de intentioner och planer som ledde till beslutet att bevilja ersättning. Det framgår också att det finns det skäl att överväga hur kontrollen och uppföljningen av rehabilitering bör utformas.

Som nämnts i avsnitt 19.4.7 har utredningen inte identifierat några större risker vad gäller bristande kontrollmöjligheter av rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Företrädare för Försäkringskassan har i kontakter med utredningen heller inte uppgett att de ser några direkta problem eller brister vad gäller möjligheten till uppföljning och kontroll av rehabiliteringsförmånerna.

Samtidigt är det naturligtvis viktigt att det sker uppföljning av närvaro t.ex. vid arbetsträning och andra rehabiliteringsinsatser. Detta torde i första hand kunna ombesörjas med en mer strukturerad användning av Försäkringskassans befintliga uppföljning av närvaroförsäkran vid rehabilitering. I dag används en fastställd blankett för närvaroförsäkran.

Eftersom Försäkringskassan behöver tillräckliga uppgifter om det faktiska deltagandet för att kunna ta ställning till rätten till ersättning blir det även naturligt att myndigheten i detta syfte följer upp den försäkrades närvaro och frånvaro. Detta framgår redan av förarbetena till det nuvarande regelverket. För att Försäkringskassan ska kunna uppfylla sin skyldighet inom samordningsansvaret krävs att myndigheten kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena ”för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten och att ingenting görs”.[82] Dessutom bör det vara givet att Försäkringskassan i egenskap av samordnare av rehabiliteringsinsatser genom personlig kon-

[82] Prop. 1990/91:141, s. 91.

takt följer den försäkrade i rehabiliteringsprocessen för att kontinuerligt kunna ta ställning till bl.a. eventuella behov av revidering av rehabiliteringsplanen.

Kontroll sker således i första hand genom att den enskilde lämnar närvaroförsäkran. Den enskilde försäkrade har också ett ansvar att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning och en skyldighet att skyndsamt informera om ändrade förhållanden som kan påverka rätten till ersättning. Även anordnaren av rehabiliteringsinsatsen bör emellertid ha ett visst ansvar genom en skyldighet att anmäla till Försäkringskassan i de fall den enskilde har uteblivit från de åtgärder som återfinns i rehabiliteringsplanen.

22.3.2 Intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa

Enligt direktiven ska utredningen överväga om förmåner vid rehabilitering för intermittent anställda, egna företagare och arbetslösa behöver förtydligas eller moderniseras.

Den nuvarande lagstiftningen anger vilket ansvar olika parter har för rehabilitering. Ett stort ansvar vilar på arbetsgivaren. De nuvarande reglerna är således utformade med utgångspunkten att det finns ett anställningsförhållande, men de omfattar även arbetslösa, intermittent anställda och egenföretagare.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar vid sjukskrivningar gäller alla anställda, oavsett anställningsform, och omfattar således även tidsbegränsat anställda. Av rättspraxis framgår att en arbetsgivare är skyldig att göra vad som är skäligt och den bedömningen torde kunna påverkas av exempelvis hur länge och i vilken omfattning som den anställda har arbetat. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar för tidsbegränsat anställda sträcker sig dessutom inte längre än till anställningstidens slut. Sannolikt har detta störst påverkan på personer som har korta visstidsanställningar samt behovsanställda. I dessa fall blir arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i praktiken mycket begränsat eftersom anställningarna har kort varaktighet. Därigenom begränsas även den försäkrades möjlighet att rehabiliteras till ett arbete på samma arbetsplats. Samma sak gäller personer som har korta visstidsanställningar hos olika arbetsgivare. Det kan också uppstå oklar-

heter vid bedömningen om en försäkrad som är behovsanställd vid ett givet tillfälle ska betraktas som arbetslös eller anställd.

För egenföretagare kan det uppstå vissa svårigheter med en rehabiliteringsprocess där de själva både har ett behov av rehabilitering i sin roll som arbetstagare och ett ansvar för detsamma i sin roll som arbetsgivare. T.ex. har dessa försäkrade oftast inte samma möjligheter som en anställd att kunna bli omplacerade eller få andra arbetsuppgifter på sin arbetsplats.

Såväl vissa kategorier av egenföretagare som vissa personer med tidsbegränsade anställningar kan också ha svårt att uppfylla villkoren för att få en SGI fastställd. De kan således uppfylla villkoren för rätt till rehabiliteringspenning, men ändå inte få någon ersättning för inkomstförlust.

Även arbetslösa försäkrade ska kunna få preventionsersättning och rehabiliteringsersättning. Dessa personer har även i dag rätt till förmåner vid rehabilitering. HFD uttalade t.ex. i rättsfallet HFD 2019 ref. 41 att även arbetslösa kan ha rätt till förebyggande sjukpenning.

De särskilda svårigheter som utredningen har identifierat kring rehabilitering för just intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa har främst koppling till andra faktorer och regelverk än själva utformningen av det nuvarande regelverket kring rehabiliteringsersättning och förebyggande sjukpenning. Utredningen bedömer dock att förslag om reformering av nyss nämnda system, såsom villkoren för att få en SGI fastställd och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar t.ex. för personer som är behovsanställda, inte ingår i utredningens uppdrag. Med de reformer som utredningen föreslår, med införande av preventionsersättning samt justeringar av rehabiliteringsersättningen, bedömer utredningen dock att stödet vid rehabilitering även kommer dessa grupper tillgodo. Exempelvis kan även egenföretagare som har en fastställd SGI få ersättning för inkomstförlust vid *förebyggande* arbetslivsinriktade insatser i form av preventionspenning. Den nya ersättningen preventionspenning kommer också att omfatta exempelvis arbetslösa försäkrade som behöver genomgå förebyggande medicinsk behandling.

22.3.3 Uppdrag att sammanställa statistik om rehabiliteringsinsatser

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att sammanställa statistik över vilka insatser som ersätts med preventions- och rehabiliteringsersättning.

Skälen för utredningens bedömning: I dag samlar Försäkringskassan inte in någon fullständig statistik över vilka rehabiliteringsinsatser som ersätts med förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Avsaknaden av sådan statistik försvårar bl.a. för Försäkringskassan att kunna följa upp om syftet med rehabiliteringen som genomförs uppnås. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka insatser som är framgångsrika. Det gäller både på individuell nivå och på systemnivå. Som tidigare nämnts behövs också mer studier av effekter av olika former av rehabiliteringsinsatser.

Mot bakgrund av nyss nämnda omständigheter anser utredningen regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla statistik över vilka rehabiliteringsinsatser försäkrade deltar i enligt socialförsäkringsbalken. Regeringen bör även finansiera ytterligare forskning kring effekterna av olika rehabiliteringsinsatser. Genom utveckling av denna statistik kan den bl.a. användas för denna slags forskning.

22.3.4 Förslag till ändringar i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Utredningens bedömning: Ordet *handikapp* i olika former och sammansättningar bör i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning tas bort.

Skälen för utredningens bedömning: I nuvarande 4 och 10 §§ i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning förekommer begreppet *handikappad* i olika former och sammansättningar. Utredningen konstaterar att begreppet av många anses föråldrat och därmed olämpligt. Utredningen bedömer därmed att nämnda paragrafer bör justeras för att få en modernare lydelse, se författningsförslagen.

23 Förmåner vid rehabilitering – konsekvenser av utredningens förslag

Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna av utredningens förslag belysas ur en rad olika perspektiv. Det handlar om ekonomiska konsekvenser för staten, myndigheter, kommuner, regioner, organisationer, företag och enskilda. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheteten, sysselsättningen, offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenser för små och stora företag samt för den personliga integriteten redovisas. I denna del redovisas konsekvenserna av förslagen om att reformera dagens rehabiliteringsförsäkring och att införa en ny förmån i form av preventionsersättning.

Utredningen bedömer att förslagen i detta avsnitt framför allt påverkar den enskildes möjligheter till att få preventiva och rehabiliterande åtgärder, statens försäkringsutgifter, handläggande myndigheters administrativa kostnader samt kostnader för vårdens administration och behandlingsinsatser. Förslaget bedöms ha mindre effekter för sysselsättningen och jämställdheten mellan kvinnor och män. Nedan beskriver utredningen vilken bedömning som görs kring konsekvenserna ur dessa perspektiv. Ur övriga perspektiv som utredningen enligt kommittéförordningen har att beakta bedöms inga direkta konsekvenser av förslagen uppstå.

Ett generellt problem vid konsekvensanalyser av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror på att människor beteenden under nya förutsättningar ofta är svåra att förutsäga. Vad gäller preventions- och rehabiliteringsåtgärder kan utredningen konstatera att

det saknas ett adekvat underlag kring vilka rehabiliteringsåtgärder de som i dag får rehabiliteringspenning eller förebyggande sjukpenning faktiskt får ta del av. Det gör en från början svår uppskattning än svårare. De beräkningar som genomförs i denna del ska därför mer ses som en ungefärlig bedömning av utfallet under vissa antaganden än som en säker prognos om själva utfallet. Beräkningarna bör därför tolkas med försiktighet.

Till grund för de antaganden som gjorts ligger i så stor utsträckning som möjligt historiska uppgifter kring användningen av förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning. Utifrån historiken har utredningen strävat efter att göra så realistiska antaganden som möjligt och på så sätt ge exempel på storleksordning på effekterna av utredningens förslag. Utredningens beräkningar ska därför inte tolkas som en prognos över hur det faktiska utfallet blir, utan som ett rimligt resultat givet de förutsättningar som ligger till grund för beräkningen. De administrativa effekterna för myndigheter, företag och organisationer har i möjligaste utsträckning stämts av med berörda parter.

23.1 Konsekvenser av en reformerad rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag innebär en reformering av dagens rehabiliteringsersättning. Rehabiliteringsersättningen ska bestå av rehabiliteringspenning och rehabiliteringsbidrag. För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad liksom i dag har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust och kunna beviljas för en nedsättning av arbetsförmågan även om den avviker från dagens kvartiler. I de fall rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas parallellt, för samma dag, ska den försäkrade få utbetalning av rehabiliteringspenning för hela arbetsoförmågan, alltså även för den del av arbetsoförmågan som motsvarar rätt till sjukpenning. Det innebär att för en försäkrad som samtidigt genomgår arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering betalas all ersättning för nedsatt arbetsförmåga ut som rehabiliteringspenning.

Under de dagar som den försäkrade får rehabiliteringspenning fortsätter dagar att räknas i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan

prövas dock under hela tiden som rehabiliteringen pågår mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som den enskilde befann sig vid när rehabiliteringen påbörjades. När rehabiliteringen avslutas eller avbryts och om den försäkrade då ansöker om sjukpenning, bedöms arbetsförmågan mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som denne då befinner sig vid.

En viktig del av utredningens förslag är att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas tidigare i sjukfallen. Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs föreslås därför kompletteras med krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet. Klarläggande inom denna tidsgräns behöver inte göras om det är uppenbart obehövligt.

Utredningen föreslår vidare att möjligheten till utbildning inom rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Förändringarna föreslås för att skapa flexiblare möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering för personer som har nedsatt arbetsförmåga. Det blir även lättare att kombinera medicinska och arbetslivsinriktade insatser inom ramen för rehabiliteringsersättningen. Syftet med de förslag som utredningen lägger i detta betänkande är att förbättra rehabiliteringsprocessen så att sjukskrivningarna blir färre och kortare. Med ett tydligare fokus på tidigare insatser och krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet, gör utredningen bedömningen att fler kan beviljas rehabiliteringsersättning än i dag. Utökade möjligheter till utbildning som en del av rehabiliteringen bedömer utredningen också medföra att fler kan beviljas rehabiliteringsersättning.

Personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning har i dag rätt till de rehabiliteringsåtgärder som ryms inom ramen för dagens rehabiliteringsersättning. För dessa personer betalas emellertid ingen rehabiliteringspenning utan de behåller sin sjuk- eller aktivitetsersättning under den tid som behandlingen tar i anspråk. För partiellt ersatta kan rehabilitering ges på heltid. Ersättning kan då betalas ut genom sjuk- eller aktivitetsersättningen, rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Utredningens förslag påverkar inte detta och därmed bedöms inga effekter för gruppen som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning uppstå i detta avseende.

23.1.1 Effekter för försäkringen

I problemanalysen av rehabiliteringsersättningen kunde utredningen konstatera att det i dag är relativt få personer som beviljas rehabiliteringsersättning. Både antalet och andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning har minskat över tid. Även tidpunkten för när rehabiliteringen sätts in har med tiden kommit att ske allt senare i sjukfallen. Utredningen pekar på ett antal möjliga förklaringar till denna utveckling. Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering. Förändringar i den utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs kan därför vara en förklaring till det minskade antal människor som får rehabiliteringsersättning. Andra tänkbara förklaringar utgörs av svåra avgränsningar i regelverket mellan olika aktörer eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma.

Med ett tydligare fokus på en tidig utredning av rehabiliteringsbehovet är utredningens bedömning att fler kan beviljas rehabiliteringspenning än i dag. Utredningen föreslår också ökade möjligheter till utbildning inom ramen för förmånen. Enligt utredningens bedömning torde det leda till att fler kan beviljas utbildning inom ramen för rehabiliteringsersättning även om det sannolikt inte är den första rehabiliteringsinsatsen som vidtas. I den utsträckning de som beviljas utbildningsinsatser är personer som inte tidigare tog del av andra former av rehabiliteringsinsatser kommer utredningens förslag att öka antalet personer med rehabiliteringsersättning. Det mest sannolika är dock att utbildning för de flesta beviljas först efter att andra rehabiliteringsinsatser prövats och inte varit verkningsfulla och således till personer som redan i dag har eller har haft perioder med rehabiliteringspenning. Det är således inte självklart att de vidgade möjligheterna till att beviljas studier inom ramen för rehabiliteringspenningen leder till att fler personer får rehabiliteringspenning. Däremot är det möjligt att tiden med förmånen ökar.

Utredningen föreslår även att rätten till rehabiliteringsbidrag ska vidgas jämfört med vad som gäller i dagsläget för särskilt bidrag.[1] Det lägsta belopp som i dag kan betalas ut är 300 kronor. Utredningen föreslår att denna begräsning tas bort. Det torde leda till att fler kan beviljas bidraget och en viss ökning av utgifterna.

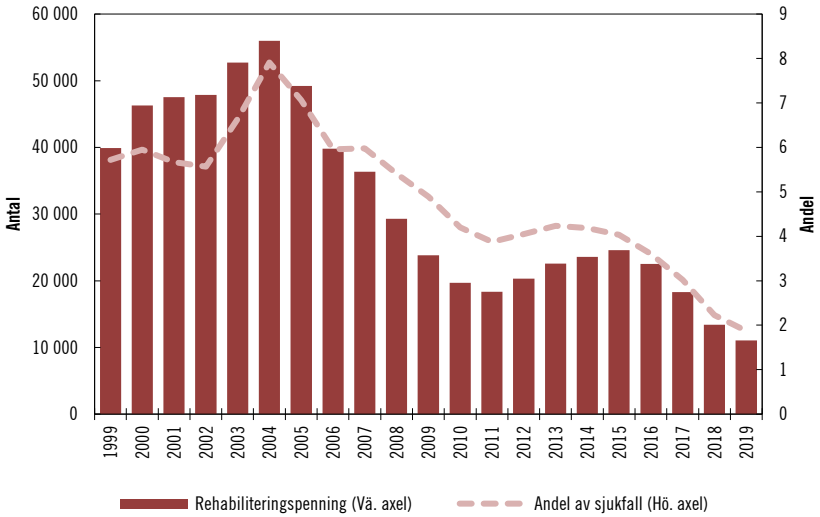
[1] Rehabiliteringsbidrag är det som dag heter särskilt bidrag.

Effekter för rehabiliteringsersättningen

En utgångspunkt för en bedömning av hur många fler som kan beviljas rehabiliteringsersättning med utredningens förslag är den andel av det totala antal personer med sjukpenning som i dag får rehabiliteringspenning och hur denna andel förhåller sig till historiska nivåer. Som utredningen redovisade i avsnitt 23.2 har andelen av alla sjukfall där rehabiliteringspenning betalas ut minskat över tid. I början av 2000-talet betalades rehabiliteringspenning i omkring 6 procent av alla sjukfall. Sedan dess har andelen minskat och 2020 var motsvarande andel ca 1,4 procent. Ett genomsnitt under perioden landar på omkring 4 procent och det är ungefär den nivå som gällde under åren 2014–2015. Utredningen bedömer att ett ökat fokus på tidigare rehabiliteringsåtgärder i pågående sjukfall skulle kunna innebära att andelen av samtliga sjukfall där rehabiliteringsåtgärder sätts in på sikt uppgår till omkring 4 procent. Med utgångspunkt i det genomsnittliga antal personer som under de senaste fem åren haft sjukpenning skulle det innebära att antalet personer som under ett år deltar i rehabiliteringsåtgärder ökar med ca 15 000 personer.[2] Därmed skulle det totalt sett vara knappt 25 000 personer som får rehabiliteringsåtgärder under ett år, vilket är ungefär lika många som 2015. Denna bedömning är högst osäker. Utredningen redovisar därför två ytterligare två alternativ. Ett där hälften så många, 7 500 ytterligare personer skulle beviljas rehabiliteringspenning och ett där dubbelt så många, 30 000 ytterligare personer skulle beviljas rehabiliteringspenning. Det ger ett relativ brett intervall för en kostnadsuppskattning men speglar också det stora mått av osäkerhet som ligger bakom dessa bedömningar.

[2] År 2020 undantas. Här finns en tydlig effekt av covid-19-pandemin som inneburit en kraftig ökning av antalet personer som haft sjukpenning under 2020. Genomsnittet beräknas därför på åren 2015–2019.

Figur 23.1 Antal personer med rehabiliteringspenning och andel personer med rehabiliteringspenning i förhållande till det totala antalet personer som får sjuk- och rehabiliteringspenning



Källa: Försäkringskassan.

Antal dagar med rehabiliteringspenning

Med ett ökat antal personer som beviljas rehabiliteringsåtgärder ökar också utbetalningen av rehabiliteringsersättning. Ett av utredningens syften är att rehabiliteringsinsatser ska kunna sättas in tidigare i sjukfallen. Det innebär att sjukdomsbilden i den nya gruppen i genomsnitt inte är lika komplex som hos de som får rehabiliteringspenning i dag. Därmed torde också rehabiliteringsinsatserna i genomsnitt kunna bli kortare än i dag. Ett rimligt antagande är därför att det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning i den tillkommande gruppen är färre än för de som beviljats rehabiliteringspenning i dag.

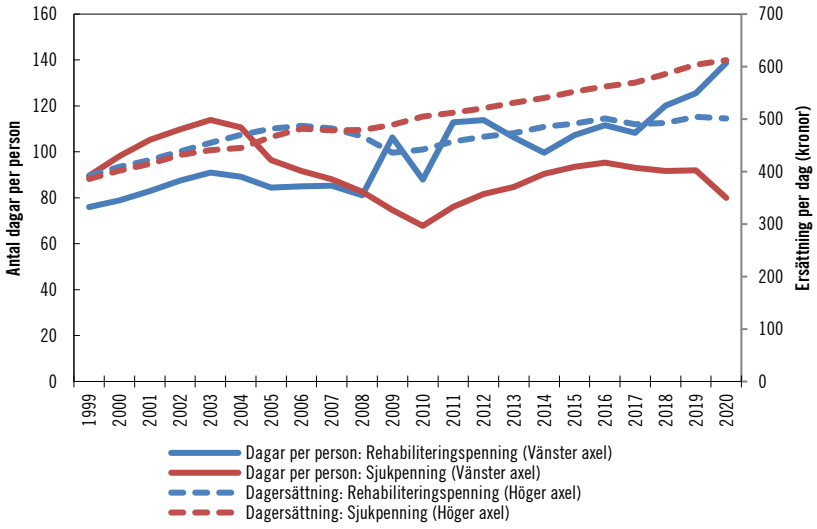
Under de senaste åren har det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning ökat samtidigt som antalet personer som fått rehabiliteringspenning har minskat. Sett över tid är sambandet mellan antalet personer som fått rehabiliteringspenning och det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning inte helt entydigt. Under åren 1999–2008 låg det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning på omkring 80 dagar per person. Detta sam-

tidigt som antalet personer med rehabiliteringspenning först ökade under perioden 1999–2004 och sedan minskade under perioden 2004–2008. Under åren 2008–2016 varierade det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning kring ett genomsnitt på ca 106 dagar per person. Under de senaste åren, 2018–2020, har detta genomsnitt ökat kraftigt från ca 108 dagar 2016 till ca 138 dagar 2020. Genomsnittet för de tre sista åren, 2018–2020, är ca 128 dagar. Lite förenklat kan man utifrån den historiska utvecklingen konstatera att antalet dagar per person med rehabiliteringspenning har legat på tre olika nivåer. Omkring 86 dagar under åren 1999–2008, 106 dagar under åren 2009–2017 och 128 dagar under åren 2018–2020.

Dagersättning vid rehabiliteringspenning

Den genomsnittliga dagersättningen har ökat över tid. Det är en naturlig utveckling mot bakgrund att inkomstutvecklingen i samhället varit positiv under perioden. Under de senaste åren har den genomsnittliga dagpenningen legat relativt stabilt kring 500 kronor per dag. Utredningen tar denna nivå som utgångspunkt i de vidare beräkningarna men redovisar också ett alternativ med en något högre dagersättning. Förklaringen till att ersättningen skulle kunna vara högre kan vara att om rehabiliteringsinsatser sätts in tidigare i sjukfallet så är det färre i den tillkommande gruppen än de som har ersättning i dag som får ersättning efter dag 365, då ersättningsnivån i sjuk- och rehabiliteringspenningen sjunker från 80 till 75 procent. Det skulle i så fall innebära en lite högre dagpenning i den tillkommande gruppen med rehabiliteringspenning än hos de som har ersättningen i dag. Utredningen räknar därför med ett alternativ där dagpenningen är ca 5 procent högre för den tillkommande gruppen än för de som har rehabiliteringspenning i dag.

Figur 23.2 Genomsnittligt antal dagar per person med sjuk- och rehabiliteringspenning samt genomsnittlig dagpenning



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Kostnader av ett ökat antal försäkrade med rehabiliteringspenning

Utifrån de ovan diskuterade antagandena uppskattar utredningen att kostnaderna av att fler beviljas rehabiliteringspenning uppgår till mellan 300 miljoner kronor och 2 miljarder kronor. Av tabell 23.2 framgår hur kostnaderna utvecklas när antagandena förändras. Det breda kostnadsintervallet är ett uttryck för den stora osäkerhet som framför allt volymförändringarna innehåller. Av tabellen framgår att med det antal nya personer som utredningen bedömer mest troligt, ca 15 000 personer, skulle kostnaden för att fler får rehabiliteringspenning ligga på ca 0,7–1 miljard kronor, beroende på vilka antaganden om dagpenning och ersatta dagar som görs. Om antalet nya ersättningstagare skulle bli hälften så stort, 7 500 personer, uppskattar utredningen kostnaden till ca 300–500 miljoner kronor. Om 30 000 fler än i dag skulle beviljas rehabiliteringspenning uppskattar utredningen kostnaden till ca 1,3–2,0 miljarder kronor. I ett statiskt perspektiv innebär en överflyttning av personer från sjukpenning till rehabiliteringspenning att sjukpenningen kommer att minska i motsvarande grad som rehabiliteringspenningen ökar. Vad som händer i ett mer långsiktigt dynamiskt perspektiv råder ingen tydlig konsen-

sus kring i forskningen. I följande avsnitt redovisas en översiktlig beskrivning av de slutsatser kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter som finns i dagens forskningslitteratur. I avsnittet *Effekter för sjukpenningen* redovisas därefter olika alternativa utvecklingar för hur kostnaden för sjukpenning kan komma att utvecklas vid ökade rehabiliteringsinsatser.

Tabell 23.1 Ökade kostnader för rehabiliteringspenning

Kronor och miljoner kronor

Nya ersättningstagare	Dagar med ersättning (Antal)	Dagpenning (Kronor)	Kostnad (Mnkr)
7 500	86	501	323
	86	526	339
	106	501	398
	106	526	418
	128	501	481
	128	526	505
15 000	86	501	646
	86	526	679
	106	501	797
	106	526	836
	128	501	962
	128	526	1 010
30 000	86	501	1 293
	86	526	1 357
	106	501	1 593
	106	526	1 673
	128	501	1 924
	128	526	2 020

Källa: Egna beräkningar.

Kunskapsläge om arbetslivsinriktad rehabilitering

Forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering är begränsad i slutsatserna om vilken typ av insatser som är effektiva för att få sjukskrivna att återgå i arbete. Utredningen har i avsnitten 21.1.2 och 21.1.3 diskuterat de empiriska erfarenheterna som finns av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter. Resultaten från dessa studier är inte entydiga. Ett av problemen är att begreppet arbetslivsinriktad

rehabilitering inte är entydigt definierat, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.[3] Den kanske mest aktuella sammanställningen av kunskapsläget inom den arbetslivsinriktade rehabilitering effekter finns i SOU 2020:06.[4] I litteraturöversikten dras slutsatsen att när det gäller besvär i rörelseorganen har insatser som tillhandhålls av flerprofessionella team bättre effekt än enstaka insatser för återgång i arbete. Vidare konstateras att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Studierna som behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt.[5] Andra studier har funnit stöd för att tidiga insatser av KBT kan ha positiva effekter vid psykiska besvär. En utvärdering av KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin visar positiva effekter för dem som ännu inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades, men inga signifikanta effekter för dem som redan blivit sjukskrivna.[6] Den sammanvägda slutsatsen är att förebyggande och tidiga insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering som har en nära koppling till arbetsplatsen, är mer effektiv när det gäller att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Det gäller oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller på grund av psykisk ohälsa.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen. Det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, men andra sannolikt egentligen skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller få ett längre sjukfall om rehabiliteringsinsatser ges tidigt i sjukfallet.[7] Granskningar från ISF tyder också på att kartläggningar/utredningar av rehabiliteringsbehov i de flesta fall även medför att rehabilitering

[3] SOU 2020:6. Problembilden beskrivs även i SOU 2015:21.
[4] SOU 2020:06, litteraturöversikt av Agneta Blomberg & Gunnel Hensing, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin. Göteborgs universitet. I kartläggningen ingick 13 litteraturöversikter om besvär i rörelseorganen och 6 om psykiska besvär. Dessutom inkluderades två andra typer av översikter.
[5] Antalet översikter var färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingick i översikterna), varför man får man vara mer försiktig när man drar slutsatser av dessa.
[6] Hägglund, , Johansson, och Laun(2014), "Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro", IFAU Rapport 2014:12. Hägglund, , Johansson och Laun (2020), "The Impact of CBT on Sick Leave and Health", Evaluation Review, forthcoming.
[7] Hägglund et al, IFAU Rapport 2014:12.

genomförs, oavsett om den försäkrade har reella behov av insatser eller ej. Utredningens uppfattning är här att det är angeläget med ett tidigt och aktivt förhållningssätt när det gäller att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser. Däremot ska inte rehabiliteringsinsatser sättas in i de fall där de inte bedöms vara effektiva. Med dagens kunskapsläge om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan det på förhand vara svårt att veta vilka åtgärder som är effektiva i det enskilda fallet. Det är därför angeläget att utveckla kunskapen och metoder som möjliggör en bedömning av vilka personer som har behov och nytta av tidiga eller tidigare insatser, så att rätt personer får rätt stöd vid rätt tidpunkt. Detta inte minst för att Försäkringskassan ska kunna leva upp till lagens intention om att rehabiliteringsåtgärder ska påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt och att anställda försäkrade som är sjukskrivna ska kunna få sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen.

Effekter för sjukpenningen

Syftet med utredningens förslag är att rehabiliteringsprocessen ska effektiviseras och att insatser ska förkorta sjukskrivningstiden. Det förutsätter att insatser ges till rätt individ vid rätt tid. I dag sätts rehabiliteringsåtgärder in mycket sent i sjukfallen. Omkring 85 procent av de rehabiliteringsinsatser som startade 2018 sattes in efter dag 365 i sjukfallet. Knappt 5 procent av rehabiliteringsåtgärderna startade innan dag 180. Omkring 96 procent av alla sjukfall 2018 genomlöpte utan att någon rehabiliteringsinsats vidtogs.[8] När man väntar så pass länge med rehabiliteringsåtgärder är det ofta komplexa rehabiliteringsinsatser som krävs för att den sjukskrivne ska kunna återvända till arbetslivet. Tiden som rehabiliteringen tar blir därför ofta lång. Det är emellertid inte självklart att en tidigare rehabilitering hade varit möjligt i just de fall som i dag fått rehabiliteringsinsatser. Det är dock utredningens mening att med en så stor andel som 96 procent som inte får del av någon arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats, finns personer där rehabiliteringsinsatser skulle kunna ha satts in i ett tidigare skede. I många av dessa fall är sannolikt sjukdomsbilden inte lika komplex som hos de som får rehabiliterings-

[8] Uppgifterna hämtade från SOU 2020:6.

åtgärder i dag, vilket skulle tala för att de åtgärder som sätts in blir kortare insatser än hos de som får rehabiliteringsåtgärder i dag.

Med det begränsade kunskapsläge som i dag finns kring effektiviteten i arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, kommer det vara svårt att avgöra när i ett sjukfall en viss individ är betjänt av rehabiliteringsåtgärder. Det gör att det finns en risk att åtgärder sätts in vid fel tillfälle. Därmed är det inte säkert att tiden med sjukpenning förkortas i alla sjukfall. Utredningens bedömning är emellertid att det i genomsnitt borde bli mer rätt än fel och att det på ett aggregerat plan bidrar till att den sammanlagda tiden i sjuk- och rehabiliteringspenning förkortas. Om fler erbjuds rehabiliteringsåtgärder borde också med tiden mer kunskap kring vilka åtgärder som är effektiva kunna samlas in. Med de osäkerheter kring vilka effekter arbetslivsinriktad rehabilitering har finns det emellertid skäl för att i en kostnadsberäkning även ta höjd för att en positiv effekt inte är självklar. Utredningen redovisar därför vid sidan av sitt grundantagande om ett positivt utfall även alternativa beräkningar som även visar utfallet under andra antaganden.

En utgångspunkt för en sådan bedömning är hur antalet nettodagar per person med sjukpenning har utvecklats över tid. Av figur 23.2 framgår att antalet ersatta nettodagar per person steg relativt kraftigt i sjukpenningen under åren 2010–2015. Under dessa år ökade antalet ersatta nettodagar per person från ca 65 till 95 dagar. Under åren 2015–2019 har antalet nettodagar minskat svagt till ca 90 dagar per person. En kraftig minskning syns 2020. Minskningen är med största sannolikhet en effekt av Coronapandemin, då antalet korta sjukfall ökat kraftigt under året, vilket minskat det genomsnittliga antalet dagar för de som haft sjukpenning. För att kunna göra en strukturell bedömning av hur utredningens förslag kan påverka den utbetalda sjukpenningen förbises denna minskning och vi utgår i stället från det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar per person under åren 2015–2019, vilket är ca 93 dagar. Med denna nivå som utgångspunkt redovisar utredningen i tabell 23.1 vad en ökning respektive minskning med fem dagar skulle innebära för kostnadsförändringar för sjukpenningen. I beräkningarna antas att antalet bruttopersoner som får sjukpenning är detsamma som i dag och att utredningens förslag enbart påverkar antalet dagar med ersättning. Det ger en minskning av antalet helårsekvivalenter i sjukpenningen. Utredningen antar vidare i dessa beräkningar att den genomsnittliga

ersättningen per dag i sjukpenningen ligger på 612 kronor, se figur 23.2.

Beräkningarna under dessa antaganden visar att en besparing i sjukpenning kan göras med 1,9 miljarder kronor om det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning minskar med fem dagar. En minskning med två dagar skulle ge en besparing i sjukpenningen med ca 700 miljoner kronor. Beräkningarna ger ett linjärt utfall. Det innebär att om antalet dagar med sjukpenning skulle öka i stället för att minska, vilket skulle kunna hända om det skapas inlåsningseffekter i rehabiliteringspenningen på grund av utredningens förslag, så innebär en ökning med två dagar att utgifterna för sjukpenningen ökar med 700 miljoner kronor och en ökning med fem dagar att utgifterna ökar med 1,9 miljarder kronor. Oavsett om man tror på en ökning eller minskning av utgifterna vid en förändrad rehabiliteringsprocess med den utformning som utredningen förslår, visar beräkningarna att relativt små förändringar av varje persons tid med ersättning, sammantaget ger stora effekter. Utfallet är naturligtvis känsligt för vilka antaganden som görs. Exemplet visar dock att givet nivåerna på antalet dagar med sjuk- respektive rehabiliteringspenning som inträffat historiskt, skulle man kunna uppnå betydande besparingar i sjukförsäkringen med en effektivare rehabiliteringsprocess.

Tabell 23.2 Effekter på sjukpenning av ökad rehabilitering

Antal dagar per person	Kostnad sjukpenning (Mdkr)	Differens mot i dag (Mdkr)
88	32,8	-1,9
89	33,2	-1,5
90	33,5	-1,1
91	33,9	-0,7
92	34,3	-0,4
93 (Dagens nivå)	34,7	0,0
94	35,0	0,4
95	35,4	0,7
96	35,8	1,1
97	36,1	1,5
98	36,5	1,9

Källa: Egna beräkningar.

Anm. Dagens nivå är beräknad utifrån att antalet dagar per person är 93 dagar. Det skiljer sig från den verkliga nivån 2020 som steg kraftig p.g.a. korta sjukfall ökat kraftigt under 2020 som en följd av Coronapandemin. Utredningen använder därför 93 dagar som bedöms vara en långsiktigt rimligare nivå.

23.1.2 Effekter för den enskilde

För personer som i dag är sjukskrivna bedömer utredningen att en tidig bedömning av den enskildes rehabiliteringsbehov leder till att fler personer får rehabiliteringsåtgärder. Med rätt insatser vid rätt tid gör utredningen bedömningen att sannolikheten ökar för att den enskilde snabbare kan återgå i arbete. När försörjningen kommer från förvärvsarbete i stället för socialförsäkringen stärks den enskildes ekonomiska situation. Under tiden med ersättning påverkas emellertid inte den enskildes ekonomiska situation av om rehabiliteringsinsatser sätts in eller inte eftersom ersättningen är lika stor i rehabiliteringspenningen som i sjukpenningen. Med utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen kommer detta förhållande inte förändras, eftersom ersättningen vid rehabilitering även fortsättningsvis kommer vara lika stor som sjukpenningen.

23.1.3 Effekter för sysselsättning

Rehabiliteringsåtgärder som förkortar sjukskrivningstiden påverkar inte i sig sysselsättningen i statistisk mening, eftersom sjukskrivna ingår i den sysselsatta populationen. Däremot innebär kortare sjukskrivningstider att antalet arbetade timmar i ekonomin kan öka. Kan man genom förebyggande insatser dessutom förhindra att människor får nedsatt arbetsförmåga och blir sjukskrivna innebär det ytterligare en ökning av antalet arbetade timmar. Detta resonemang förutsätter dock att de arbetstimmar som i dag faller bort genom sjukskrivning och förbyggande insatser inte ersätts genom överanställningar. I en konkurrensutsatt verksamhet kan det tänkas att det förekommer överanställningar för att kunna upprätthålla utlovade produktionsnivåer även när en del av personalen är sjukskriven. En effektivisering av sjukskrivningsprocessen kan i ett sådant läge innebära en minskad sysselsättning och att personal kan behöva säga upp. Utredningen bedömer dock denna effekt som liten och effekterna på sysselsättningen som små.

23.1.4 Effekter för arbetsgivare

Tidiga rehabiliteringsinsatser kan enligt utredningens bedömning bidra till att sjukskrivningstiden kan kortas. Med ett snabbare återinträde i arbetslivet minskar tiden som arbetsgivare behöver avvara viktig kompetens. Att fler personer genomgår olika rehabiliteringsåtgärder innan de återvänder till arbetslivet menar utredningen även minskar risken för en snar återkomst till sjukförsäkringen. Mer rehabilitering gör individen bättre rustad och mer observant på tidiga signaler om en begynnande ohälsa. Med genomförd rehabilitering tidigare i sjukfallet kan det även ge verktyg till både individen och arbetsgivaren för hur verksamheten kan anpassas så att individens arbetsförmåga kan tas tillvara på bästa sätt. Utredningen gör därför bedömningen att mer rehabiliteringsåtgärder på sikt leder till att en större del av människors arbetsförmåga kan tas tillvara. Det är positivt för arbetsgivare, individen och samhället i stort. Det minskar behovet av sjukskrivningar och minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön och rekrytering.

Förslagen i sig har inte någon annan innebörd för små företag än för större företag och organisationer. Mindre företag bedöms dock generellt sett vara känsligare för sjukfrånvaro än större företag. I mindre företag är ofta organisationen mer slimmad, varje enskild medarbetare har i någon mening en viktigare funktion i den samlade produktionsprocessen och han eller hon blir därmed generellt sett svårare att ersätta. Det innebär att sjukfrånvaro ofta slår hårdare mot mindre företag än hos större. Den positiva effekten av en minskad sjukfrånvaro bedöms därför vara något större i mindre företag än i större företag och organisationer.

Det är svårt att uppskatta hur stor effekt på sjukfrånvaron fler och tidigare rehabiliteringsåtgärder kan få. I det korta perspektivet kan sjukfrånvaro både öka och minska arbetsgivarens kostnader. För arbetsgivaren innebär sjukfrånvaro att en viss del av individens lön inte behöver betalas ut. Andelen som behöver betalas ut är större under sjukfallets första 14 dagar än senare i sjukfallet. Under hela sjukperioden kvarstår dock personalomkostnader t.ex. för lokaler, dator, mobiltelefon och annan utrustning. Arbetsgivaren har också ett rehabiliteringsansvar som kan innebära kostnader även om bidrag för vissa av dessa delar kan betalas ut genom t.ex. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Under en begränsad period kan det för vissa

arbetsgivare vara möjligt att omdisponera sina resurser så att sjukfrånvaro inte har tydligt negativa effekter. I de fall där ersättningsrekryteringar behöver göras uppstår emellertid kostnader både för rekrytering och för de lönekostnader som ersättaren får. I dessa fall är det rimligt att tänka sig att arbetsgivarens kostnad för sjukfrånvaro innebär ökade utgifter. För vilka arbetsgivare som utgifterna ökar eller minskar till följd av sjukfrånvaron är svårt att ha någon generell uppfattning om. Företagets eller organisationens specifika förutsättningar avgör detta. Utredningen nöjer sig därmed att konstatera att sjukfrånvaro i det korta perspektivet både kan innebära minskade och ökade utgifter för företag och organisationer. I ett längre perspektiv bedömer dock utredningen att en minskad sjukfrånvaro även minskar arbetsgivarnas utgifter. För att långsiktigt kunna upprätthålla produktion och lönsamhet krävs att sjukfrånvarande medarbetare ersätts med annan personal. Då uppstår rekryteringskostnader, personalomkostnader och löner för ytterligare anställda samtidigt som arbetsgivaren fortfarande bär kostnader för den sjukskrivne.

23.1.5 Effekter för jämställdhet

Utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen syftar till att fler ska få rehabilitering tidigare i sjukfallen. Förslagen i sig förändrar inte kvinnors möjligheter att söka ersättning på annat sätt än mäns. Konsekvensen av utredningens förslag bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten. I dag är emellertid 70 procent av de som beviljas rehabiliteringspenning kvinnor. Vad som skulle kunna påverka fördelningen mellan kvinnor och män är om fördelning mellan kvinnor och män med sjukpenningen är annorlunda bland de kortare sjukfallen än bland de längre. Utredningen kan konstatera att det bland de pågående sjukfallen finns en lite ökning av andelen kvinnor ju längre sjukfallen pågår. Skillnaden är emellertid liten. Det innebär att om rehabilitering sker tidigare i sjukfallen än i dag påverkar det fördelningen mellan kvinnor och män i relativt liten omfattning. I den utsträckning effekten är mätbar skulle det i så fall innebär att andelen män som beviljas rehabiliteringsersättning skulle öka.

23.1.6 Effekter för myndigheter

Försäkringskassan

Utredningens förslag kan förväntas leda till att fler personer beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Med ett tydligare krav på att rehabiliteringsbehovet ska kartläggas tidigt i sjukfallet kommer det innebära en ökad administration för Försäkringskassan för att upprätta rehabiliteringsplaner, följa upp dessa planer och vid behov revidera dem. Det kan också komma att innebära fler och tätare kontakter med arbetsgivare för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att enbart ett ersättningsslag ska betalas ut vid partiell rehabilitering minskar enligt utredningen till viss del den sammantagna administrationen i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen.

Utredningens förslag kan i det korta perspektivet innebära att tiden med ersättning i en del fall förlängs. Syftet med att rehabiliteringskedjans bedömningskriterier pausas under tiden med rehabiliteringsersättning är att ge tillräckligt med tid för att påbörjade rehabiliteringsåtgärder ska kunna slutföras. Utredningens bedömning är att med fler personer som erbjuds rehabiliteringsåtgärder och att dessa åtgärder ges tillräcklig tid att verka kan sannolikheten för att personer återvänder till sjukförsäkringen minska. Det kan således på kort sikt innebära längre sjukfall men i ett längre perspektiv kan det minska sjukfrånvaron. Det skulle då både innebära lägre kostnader i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen och minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan då färre ärenden behöver hanteras på sikt.

Arbetsförmedlingen

Med fler personer som beviljas rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser kan det även komma att påverka Arbetsförmedlingen och antalet personer som blir föremål för det förstärka samarbetet. Det innebär även att antalet personer som blir föremål för en gemensam kartläggning kommer att öka. Den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen innebär att alla aktiviteter som erbjuds arbetssökande ska utföras av fristående aktörer på leverantörsmarknaden. Detta gäller redan i dag i hög grad för dem som deltar i det förstärkta samarbetet och det kommer sannolikt att

gälla även för de ytterligare personer som kan tänkas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för det förstärkta samarbetet. En konsekvens av detta blir att mer resurser inom Arbetsförmedlingen måste avsättas för upphandling av fristående aktörer utifrån den aktuella målgruppens behov. Utredningens bedömning är att detta kommer öka de administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen. Utredningen har dock inte haft möjlighet att närmare bedöma kostnader för detta.

23.1.7 Effekter för hälso- och sjukvården

Utredningens förslag om en reformerad rehabiliteringsersättning har fokus på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Effekterna på hälso- och sjukvården bedöms därför ur detta perspektiv som små.

23.2 Konsekvenser av preventionsersättningen

Utredningen föreslår att dagens förmån förebyggande sjukpenning ersätts med preventionsersättning som dels består av preventionspenning, dels av preventionsbidrag.

Preventionspenning ska kunna beviljas för medicinsk eller arbetslivsinriktad behandling eller insats vars syfte är att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra försämring av arbetsförmåga. Ersättningen beviljas bara när de planerade behandlingarna hindrar den enskilde från att utföra förvärvsarbete och är kopplat till den inkomstförlust som åtgärden medför. Ersättningen baseras på den sjukpenninggrundande inkomsten och ska kunna lämnas steglöst i relation till den förlorade arbetsinkomsten. Dagar med preventionspenning ska inte ingå i sjukperioder och således inte heller i rehabiliteringskedjan.

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar avgör gränsen för när en förebyggande åtgärd kan medföra rätt till preventionsersättning. Åtgärder som faller inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar ska inte kunna medföra rätt till preventionsersättning. Preventionsbidrag ska ersätta de eventuella merkostnader den enskilde har i samband med förebyggande behandling.

Det är Försäkringskassan som bedömer om förutsättningarna för att bevilja preventionsersättning är uppfyllda. För den som beviljas

preventionspenning ska Försäkringskassan upprätta en preventionsplan. Vid prövning av rätt till preventionsersättning ska, till skillnad från vad som gäller i dag kring förebyggande sjukpenning, endast ett beslut fattas. Nuvarande krav på en särskild medicinsk behandlingsplan och ett särskilt beslut om att godkänna planen vid förebyggande medicinsk behandling/insatser tas alltså bort.

Utredningens förslag ger ett ökat fokus på förebyggande insatser. Syftet är att färre ska få nedsatt arbetsförmåga, vilket minskar de försäkrades behov av sjukpenning. Utredningens bedömning av effekterna av dessa förslag är att fler kommer kunna beviljas förebyggande insatser genom att fler medicinska insatser blir ersättningsberättigade samt att vissa arbetslivsinriktade insatser inkluderas i försäkringen. Möjligheten till en steglös ersättning gör också att fler kan beviljas ersättning. Insatsen ska inte längre behöva uppgå till minst två timmar per dag för att ersättning ska kunna beviljas utan det är i stället den förlorade arbetsinkomsten som ska vara avgörande för huruvida ersättningen kan betalas ut.

Nedan beskriver utredningen de mer detaljerade effekterna av dessa förslag.

23.2.1 Effekter för försäkringen

Den förebyggande sjukpenningen används i dag i mycket liten omfattning. Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade ansöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Utredningen har identifierat ett antal olika förklaringar till att förebyggande sjukpenning används i så liten utsträckning. Det handlar dels om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit, dels om att medicinsk behandling inte genomförs i någon större utsträckning i förebyggande syfte och att förmånen inte är tillräckligt känd vare sig i vården eller hos den enskilde.

Mot bakgrund av denna analys bedömer utredningen att antalet personer som kan beviljas den nya förmånen preventionsersättning i jämförelse med de som i dagsläget beviljas förebyggande sjukpenning kommer att öka, men åtminstone inledningsvis kommer effekten vara förhållandevis liten.

Utredningens förslag om att kravet för att beviljas förebyggande ersättning sänks från att i dag kräva evidensbaserade behandlingsmetoder till vetenskapligt och beprövade behandlingsmetoder gör att fler kan beviljas ersättning än i dag. Även formen för hur ersättningen ska beräknas torde påverka antalet personer som ersätts för förebyggande behandlingar. Med dagens krav på att en behandling ska ta minst två timmar inklusive restid, är många kortare behandlingar inte ersättningsberättigade. Utredningens förslag fokuserar mer på det faktiska inkomstbortfall som den enskilde har under hela den period som behandlingsplanen sträcker sig över. Det gör att fler behandlingar och fler personer kan beviljas ersättning för förebyggande behandlingar än i dag.

Det finns emellertid redan i dagens system, svårigheter med att bedöma när förebyggande behandlingar ska sättas in och hur dessa insatser kan förväntas påverka den enskildes eventuella framtida sjukskrivning. Det är sannolikt också en av flera förklaringar till att förebyggande behandlingar inte används i så stor uträckning i dag. Med utredningens förslag kvarstår denna problematik och gör att utredningen bedömer att antalet förbyggande behandlingar som ger rätt till preventionsersättning inte kommer öka dramatiskt. Även gränsdragningsproblem i förhållande till vad som är arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och vad som ska täckas av försäkringen kan bidra till att ökningen blir begränsad. I praktiken blir det fråga om bedömningar i det enskilda fallet som inte alltid är så enkla.

De förebyggande behandlingarna bygger dock på att den enskilde tillsammans med arbetsgivaren och/eller vården tar initiativ till att ansöka om preventionsersättning hos Försäkringskassan. Med den generellt sett låga medvetandegraden kring vilka möjligheter till ersättning som finns för förebyggande åtgärder i dag bedömer utredningen att det kommer ta tid innan dessa möjligheter blir mer kända. Även om Försäkringskassan informerar såväl arbetsgivare, vården och allmänheten om den nya förmånens möjligheter bedömer utredningen att det är en längre process innan preventionspenning används i en mer betydande omfattning än dagens förebyggande sjukpenning.

Under 2020 var det omkring 10 000 personer som beviljades förebyggande sjukpenning. Det är en nivå som varit förhållandevis stabil sedan 2008. Åren dessförinnan, 1999–2006, beviljades betydligt färre förebyggande sjukpenning, ca 6 000 personer. Med detta nivåskifte,

från 6 000 till 10 000 personer, som utgångspunkt för vad som historiskt sett varit möjligt att förändra på en relativt kort tid, skulle en rimlig bedömning av vad utredningens förslag skulle kunna innebära i fråga om volymförändringar vara omkring 5 000 ytterligare personer med preventionspenning, jämfört med dagens antal personer med förebyggande sjukpenning. Det skulle innebära en ökning av försäkringskostnaderna med ca 90 miljoner kronor i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning, givet att den genomsnittliga ersättningen är den samma. Att den genomsnittliga ersättningen skulle vara densamma är ett antagande som kan diskuteras. Att preventionsersättning ska kunna beviljas på en lägre nivå än vad som är fallet i dagens förebyggande sjukpenning skulle kunna innebära att den genomsnittliga ersättningen i preventionsersättningen är lägre. Det skulle i så fall innebära en något lägre kostnad.

Med antagandet om fler personer som kan beviljas preventionspenning för förebyggande åtgärder av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär gör utredningen bedömningen att även inflödet till sjukpenningen påverkas. Ett viktigt syfte med preventionspenning är att insatser kan sättas in redan innan arbetsförmågan blivit nedsatt och ett sjukfall inträffat. Det innebär att sannolikheten för att ett sjukfall och nedsatt arbetsförmåga inträffar minskar med förebyggande insatser. I de fall ett sjukfall ändå uppstår kan de bli kortare eftersom förebyggande behandling redan påbörjats innan arbetsförmågan blivit nedsatt. Därmed är startsträckan till rehabilitering för nedsatt arbetsförmåga kortare, vilket gör att de som trots förebyggande insatser fått nedsatt arbetsförmåga redan tidigt i sjukfallet torde kunna få och effektivt ta till sig rehabiliterande åtgärder. I hur många fall dagens förebyggande sjukpenning innebär att sjukskrivning undviks eller förkortas har utredningen inga uppgifter om. Utredningen har inte heller uppgifter om sjukskrivningens omfattning eller den enskildes underliggande inkomst i dessa fall. Utredningen kan därför inte göra någon mer omfattande bedömning av hur detta påverkar utgifterna i sjukförsäkringen, annat än att konstatera att utgifterna sannolikt minskar.

23.2.2 Effekter för den enskilde

Utredningens bedömning är att möjligheten till förebyggande rehabiliteringsinsatser även av arbetslivsinriktad karaktär har en positiv effekt på individens möjligheter att vara kvar i arbetslivet utan att få nedsatt arbetsförmåga och behöva bli sjukskriven. För den enskilde innebär det en bättre ekonomisk situation om inkomsten kommer från lön i stället för sjukpenning. Kan förebyggande insatser leda till att sjukskrivning undviks innebär det också att individens inkomst i ett längre perspektiv blir högre med utredningens förslag än med dagens gällande regler. I samma riktning verkar utredningens förslag om en mer generös tillämpning av möjligheten till ersättning för förlorad arbetsinkomst i samband med förebyggande insatser. Fler åtgärder kan ersättas och därmed minskar den enskildes inkomstförlust för att delta i förebyggande insatser.

Utredningens förslag om att insatser kan beviljas om de bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet vidgar sannolikt antalet möjliga insatser som kan ersättas jämför med nuvarande regelverk. De kan enligt utredningens resonemang ovan ha en positiv effekt på antalet personer som blir sjukskrivna. För den enskilde betyder detta att denne kan vara kvar i arbete och undvika sjukskrivning eller förkorta sjukskrivningstiden, vilket har en positiv effekt på den enskildes inkomst. Dock är det så att ersättningen för själva insatsen följer de befintliga principer som gäller vid sjukpenning. Det innebär att det under de insatser som den enskilde genomgår uppstå en inkomstförlust som inte ersätts fullt ut.

Även de ökade möjligheterna till omskolning genom studier i förebyggande syfte kan ha en positiv effekt på den enskildes inkomst. Vid behov av omskolning och studier för att kunna få en ny anställning kan preventionsersättning beviljas i stället för att personer t.ex. behöver sägas upp och övergå till insatser från Arbetsförmedlingen och således till de ersättningsnivåer som gäller i aktivitetsstöd, som ofta är lägre än i sjukpenningen. Även vid behov av studier för att kunna få en ny anställning ger utredningens förslag ett skydd för den enskilde mot allt för stor inkomstförlust. I stället för att behöva söka studiemedel kan den försäkrade beviljas preventionsersättning under som mest 44 studieveckor.

23.2.3 Effekter för sysselsättning

Med fler som beviljas förebyggande insatser gör utredningen bedömningen att fler försäkrade kan undvika att drabbas av nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning, eller att förebyggande insatser i vart fall kan bidra till att förkorta sjukskrivningstiden. Det har en positiv betydelse för den enskildes möjligheter att fortsätta arbeta eller att snabbare återgå i arbete. Även om det initialt innebär att den enskilde arbetar mindre menar utredningen att den långsiktiga effekten är positiv för sysselsättning och arbetade timmar i samhället. Med de små volymer, sett till samhällsekonomin som helhet, som utredningen menar kan bli föremål för dessa åtgärder har det sannolikt en knappt mätbar effekt på sysselsättningen i samhället.

23.2.4 Effekter för arbetsgivare

Om fler anställda får förebyggande insatser bedömer utredningen att det även kan ha positiva effekter på arbetsgivarens eget förebyggande arbetsmiljöarbete. Utredningens förslag om preventionsersättning syftar på intet sätt till att ta över något av det ansvar som arbetsgivare har i dag för arbetsanpassning, rehabilitering eller övrigt systematiskt arbetsmiljöarbete. Gränsdragningen mellan det som är arbetsgivarens ansvar och det som ska täckas av försäkringen kommer dock i praktiken inte alltid vara glasklar. Ett bifall eller avslag på en ansökan om preventionspenning kan därmed bidra till nya sätt att tänka kring förebyggande åtgärder i den egna organisationen. Även om insatsen inte kan ersättas med preventionsersättning kan den vara motiverad utifrån ett företagsekonomiskt perspektiv. Det faktum att det med utredningens förslag ska gå att få preventionsersättning även för arbetslivsinriktade åtgärder i förebyggande syfte kan således stimulera till en diskussion och tydliggörande om av vad som är arbetsgivarens ansvar och vad som faller utanför detta. Det kan ge nya tankar och idéer på vad som kan göras i den egna verksamheten för att förebygga ohälsa. I förlängningen bedöms det kunna ha en positiv effekt på sjukfrånvaron, vilket minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön, ökar möjligheten att behålla befintlig personal på arbetsplatsen och minskar kostnader för rekrytering.

Vad gäller kostnader för rekrytering finns emellertid en motverkande effekt. Om arbetstagare ska kunna utföra arbetslivsinriktad

rehabilitering i förebyggande syfte som t.ex. arbetsträning förutsätter det att det kan göras utan produktionsansvar. Det kan innebära att det uppstår ett behov av att anställa ersättare. Det leder till ökade kostnader för arbetsgivaren och till att fler får sysselsättning. Arbetsträningen kan ställa krav på att arbetsgivaren tillhandahåller handledare för den som arbetstränar, vilket kan innebära en ökad kostnad och produktionsbortfall hos arbetsgivaren.

Arbetsgivaren har en viktig roll i den enskildes arbetslivsinriktade rehabilitering och kommer även att vara en viktig del av den ansökningsprocess som den enskilde genomgår vid en ansökan om preventionsersättning för förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. Även om det är den enskilde som ansöker om preventionsersättning kommer denne behöva underlag och stöd från sin arbetsgivare för att styrka de risker som finns kring en framtida nedsättning av arbetsförmågan om arbetet i nuvarande anställning fortsätter utan åtgärd. Det kan innebära ökade administrativa kostnader för arbetsgivarna som behöver utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering eller omställningsåtgärder. Det kan innebära att mer tid behöver läggas på att skriva intyg eller delta i utredningsmöten tillsammans med den enskilde, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Med fler personer som deltar i arbetslivsinriktade insatser i preventivt syfte kan också behovet av ersättningsanställningar öka för myndigheter, företag och organisationer. Det ökar arbetsgivarnas rekryteringskostnader.

23.2.5 Effekter för jämställdhet

Utredningens förslag om preventionsersättning påverkar inte kvinnors möjligheter att söka ersättning för förebyggande insatser på annat sätt än mäns. Konsekvensen av utredningens förslag bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten. Däremot finns det i dag en tydlig skillnad mellan hur många kvinnor och män som söker och beviljas förebyggande sjukpenning. Andelen kvinnor som beviljas förbyggande sjukpenning är knappt 70 procent, vilket är ungefär lika stor andel som beviljas sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Personer som beviljas förebyggande sjukpenning har ofta haft sjukpenning tidigare, vilket förklarar att fördelningen mellan kvinnor och män i de båda ersättningssystemen följer samma struk-

tur. Med utredningens förslag ges ökade möjligheter till ersättning för förebyggande åtgärder av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär. Vad gäller förändringarna inom den medicinska delen finner utredningen inga tydliga skäl till att den skillnad mellan kvinnor och män som finns i dagens system skulle förändras till följd av förslagen. För de förebyggande arbetslivsinriktade åtgärderna är utfallet mellan kvinnor och män svårt att bedöma. Åtgärderna som kan bli aktuella är emellertid desamma som beviljas inom ramen för dagens rehabiliteringspenning. Rehabiliteringspenningen har samma fördelning mellan kvinnor och män som sjukpenning och förebyggande sjukpenning. Utredningen drar utifrån detta slutsatsen att det mest rimliga är att fördelningen mellan kvinnor och män i den nya preventionsersättningen följder det mönster som finns i dagens förebyggande sjukpenning.

23.2.6 Effekter för myndigheter

Försäkringskassan

Syftet med utredningens förslag är att fler ska kunna beviljas förebyggande insatser av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär. Utredningens bedömning är dock att antalet personer med preventionsersättning åtminstone inte inledningsvis kommer öka särskilt mycket i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning. Det kommer dock innebära att Försäkringskassan behöver handlägga fler ärenden än i dag. Ansvaret för att upprätta en plan vid medicinska förebyggande åtgärder förflyttas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den preventionsplan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär att Försäkringskassan behöver ha fler kontakter med hälso- och sjukvården jämfört med i dag, för att skaffa de uppgifter som behövs för upprättandet av preventionsplanen.

Ett viktigt syfte med att fler ska beviljas förbyggande behandlingar är att det på sikt ska innebära att färre behöver vara sjukskrivna. Det innebär i så fall minskade administrativa kostnader för att handlägga sjukpenningärenden. Utredningens samlade bedömning är dock att förslaget kommer innebära ökade kostnader för Försäkringskassans administration.

Arbetsförmedlingen

Den nya förmånen ska kunna beviljas försäkrade som deltar i förebyggande insatser och rehabilitering oavsett anställningsform och även omfatta arbetslösa. I en arbetsgivares roll ingår att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering hos de anställda. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering. En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för en effektiv preventiv åtgärd. För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll. Det innebär att i de fall arbetslösa är i behov av preventiva åtgärder för att minska sannolikheten för kommande sjukskrivningar kommer Arbetsförmedlingen vara en part i den process som leder fram till att Försäkringskassan kan bevilja preventionsersättning.

Försäkringskassan har i dagsläget kompetens att identifiera ärenden som har behov av rehabiliteringsinsatser, men kan behöva inspel från andra aktörer för att se om insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga. Det är därmed naturligt att myndigheten begär in den försäkrades, hans eller hennes arbetsgivares och fackliga organisations samt hälso- och sjukvårdens perspektiv och bedömning i frågan. För arbetslösa försäkrade utgör även Arbetsförmedlingen en sådan aktör. Det är alltså med dessa underlag som den försäkrade ska kunna visa att han eller hon har rätt till förmånen. Det innebär att Arbetsförmedlingens administration kring arbetslösa som är i behov av förebyggande rehabiliterande åtgärder som kan medföra att Försäkringskassan beviljar preventionsersättning kommer att öka. Som beskrivits i tidigare avsnitt bedömer dock utredningen att denna ökning åtminstone inledningsvis inte kommer vara så stor. Utredningen kan inte närmare siffersätta vad den ökade administrationen kommer att innebära för Arbetsförmedlingen men bedömer mot bakgrund av att de ökade volymerna bedöms som små att även kostnaderna för den ökade administrationen blir relativt begränsad.

23.2.7 Effekter för hälso- och sjukvården

En viktig utgångspunkt för utredningens arbete har varit att minska administrationen för vården i samband med ansökningar om förebyggande rehabiliteringsåtgärder. Förslaget om att kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om denna behandlingsplan slopas minskar enligt utredningens mening administrationen för vården i samband med förebyggande behandlingar som kan ge rätt till preventionsersättning. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den plan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär således inte att de administrativa uppgifterna för vården helt försvinner. De torde dock enligt utredningens mening minska i omfattning i förhållande till i dag.

Syftet med förslaget är dock vidare att fler personer än i dag ska beviljas förebyggande behandlingar. Genom att vidga vad som kan ingå i en förebyggande behandling som kan ge rätt till ersättning, från dagens krav på evidens till krav på behandlingsmetoder som inom sjukvården anses grundade i vetenskap och beprövad erfarenhet, borde fler personer och behandlingar kunna rymmas inom ramen för den nya preventionsersättningen jämfört med dagens förebyggande sjukpenning. För vårdens del kan det innebära en viss ökning av personer som söker förebyggande behandlingar, vilket innebär ökade kostnader. I samma riktning verkar även utredningens förslag om att det är den faktiska inkomstförlusten som ska ersättas. Om ersättningsmöjligheterna ökar menar utredningen att det sammantaget kan innebära att fler söker sig till vården för förebyggande behandlingar och efterfrågan på förebyggande behandlingar kan därmed förväntas öka. Det innebär också att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar.

24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

24.1 Ikraftträdande

24.1.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Förslagen som avser rätten till sjukersättning, sjukersättning för äldre försäkrade och aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och börja tillämpas den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Med den 1 december 2022 som ikraftträdandetidpunkt bedöms berörda aktörer ha tillräckligt med tid för nödvändiga förberedelser inför att lagändringarna träder i kraft. Genom att reglerna ska börja tillämpas den 1 januari 2023 kan Försäkringskassan fatta beslut innan den tidpunkt som beslutet gäller infaller.

24.1.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Utredningens förslag: Förslagen som avser arbete under tid med sjukersättning för försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom steglös avräkning beräknas på kalenderår behöver ändringen att använda inkomstbasbelopp vid beräkning av bl.a. fribeloppen för steglös avräkning börja tillämpas vid ett årsskifte, med andra ord fr.o.m. den 1 januari. Genom förslaget att reglerna ska träda i kraft den 1 december 2022 kan försäkrade ansöka om steglös avräkning före det aktuella kalenderår då reglerna ska börja tillämpas. Därmed kan Försäkringskassan också fatta beslut innan den tidpunkt som beslutet gäller infaller.

Ändringarna kräver anpassning av Försäkringskassans it-system för att kunna handläggas på ett ändamålsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för denna it-utveckling.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

24.1.3 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008

Utredningens förslag: Reglerna om flexibelt vilande sjukersättning vid arbete och vilande ersättning vid studier ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Reglerna om ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka innan han eller hon börjar arbeta eller studera med vilande ersättning, behöver tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna ska börja tillämpas. Om en försäkrad exempelvis vill börja arbeta med vilande ersättning fr.o.m. samma dag som reglerna ska börja tillämpas kan han eller hon alltså ansöka i förväg, innan han eller hon ska börja arbeta.

De föreslagna ändringarna kräver bl.a. en mer omfattande it-utveckling på Försäkringskassan för att kunna handläggas på ett ända-

målsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för dessa förberedelser.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

Reglerna om åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning bedöms vara lämpliga att införa samtidigt som övriga föreslagna ändringar. Därför föreslås det regelverket träda i kraft den 1 januari 2023.

24.1.4 Under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Reglerna om steglöst vilande aktivitetsersättning vid arbete och vilande ersättning vid studier samt prövotid vid studier ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Reglerna om ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Reglerna om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka innan han eller hon börjar arbeta eller studera med vilande ersättning eller med prövotid, behöver tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Om en försäkrad t.ex. vill börja arbeta med vilande ersättning fr.o.m. samma dag som reglerna ska börja tillämpas, kan han eller hon alltså ansöka i förväg, innan han eller hon börjar arbeta.

De föreslagna ändringarna kräver bl.a. en mer omfattande it-utveckling inom Försäkringskassan för att kunna handläggas på ett ändamålsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för dessa förberedelser.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

Reglerna om åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning bedöms vara lämpliga att införa samtidigt som övriga

föreslagna ändringar. Därför föreslås det regelverket träda i kraft den 1 januari 2023.

Arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Bl.a. kommer detta program kunna ersätta det årliga regeringsuppdraget om förstärkt samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för denna målgrupp. Därmed är det lämpligt att denna övergång sker vid ett årsskifte.

24.1.5 Rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: Reglerna om rehabiliteringsersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka om rehabiliteringsersättning, bör tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Tack vare detta kan en försäkrad ansöka om ersättning i förväg, för en planerad rehabiliteringsåtgärd.

Lagändringarna bedöms kräva viss uppdatering av handläggningsprocesser för handläggning på Försäkringskassan m.m. samt anpassning av myndighetens it-system. För att ge tillräckligt med tid för dessa förberedelser föreslås reglerna börja tillämpas fr.o.m. den 1 januari 2023.

24.1.6 Preventionsersättning

Utredningens förslag: Reglerna om preventionsersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och börja tillämpas den 1 januari 2023.

Reglerna om beskattning av preventionsersättning, utmätning av förmånen, socialavgifter och övriga bestämmelser om förmånen som regleras i andra författningar än socialförsäkringsbalken ska träda i kraft den 1 januari 2023. Beskattningsreglerna ska tillämpas första gången för det beskattningsår som börjar efter den

31 december 2022. Ändringar avseende avgiftsfria socialavgifter tillämpas på ersättning som utges efter den 31 december 2022.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka om preventionsersättning, bör tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Tack vare detta kan en försäkrad ansöka om ersättning i förväg, för en planerad preventiv åtgärd.

Dessa lagändringar avser förslag om att införa en ny ersättningsform i socialförsäkringsbalken. Regeländringarna bedöms därför kräva mer omfattande uppdatering av Försäkringskassans handläggningsprocesser, blanketter och mallar m.m. samt viss anpassning av myndighetens it-system. Det bedöms även påverka andra aktörer vad gäller behov av förberedelser inför lagändringarna.

För att ge tillräckligt med tid för dessa förberedelser föreslås reglerna börja tillämpas fr.o.m. den 1 januari 2023.

Eftersom reglerna om preventionsersättning ska börja tillämpas den 1 januari 2023 bör reglerna om beskattning och utmätning av förmånen, samordning med andra förmåner, socialavgifter m.m. också träda i kraft den 1 januari 2023 och börja tillämpas i samband med att reglerna om preventionsersättning börjar tillämpas.

24.2 Övergångsbestämmelser

24.2.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Ärenden som inletts hos Försäkringskassan före den 1 januari 2023 men som inte avgjorts innan reglerna ska börja tillämpas, ska handläggas enligt de nya bestämmelserna. Äldre bestämmelser ska dock tillämpas för tid som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att utredningen föreslår lättnader i regelverket avseende beslut om rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning bedöms att ärenden som inletts hos Försäkringskassan före ikraftträdandet av de nya reglerna men

som inte har avgjorts ska handläggas enligt de nya bestämmelserna för tid fr.o.m. när de nya reglerna ska börja tillämpas.

För att ansökningar om rätt till ersättning inte ska behandlas olika beroende på faktorer såsom handläggningstider m.m. anser utredningen även att äldre bestämmelser ska tillämpas för tid avseende tid innan ikraftträdandet. Det innebär exempelvis att om en försäkrad i oktober 2022 lämnar in en ansökan om sjukersättning fr.o.m. juli 2022 och får beslut den 1 januari 2023 eller senare, ska prövningen av rätt till ersättning göras enligt äldre bestämmelser för perioden juli–december 2022 och enligt det nya regelverket för tid fr.o.m. den 1 januari 2023. Om Försäkringskassan fattar beslut i ärendet före december 2022 kommer ärendet att bedömas utifrån nuvarande regler. Fattar Försäkringskassan beslut den 1 december 2022 eller senare bedöms tiden från och med den 1 januari 2023 enligt de nya reglerna.

24.2.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Utredningens förslag: Äldre bestämmelser gäller för tid för ersättning som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att reglerna avseende steglös avräkning tillämpas för arbete som utförs per hela kalenderår samt att utredningen föreslår att de nya reglerna ska börja tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023 bedömer utredningen att de nuvarande reglerna ska gälla för tid före den 1 januari 2023.

24.2.3 Under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Om den försäkrade vid ikraftträdandet redan har beslut om rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som även avser tid fr.o.m. den 1 januari 2023, ska Försäkringskassan snarast, i samråd med Arbetsförmedlingen utreda om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Denna utredning

behöver inte göras om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet.

Skälen för utredningens förslag: När det gäller klarläggande av rehabiliteringsbehov enligt 33 kap. 20 a §, ska det i de fall det vid ikraftträdandet redan finns beslut om rätt till aktivitetsersättning snarast utredas om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Detta gäller ärenden där de försäkrade har beslut om rätt till ersättning som även gäller fr.o.m. den 1 januari 2023.

Utredningen ser inte skäl till att försäkrade som redan beviljats aktivitetsersättning inte ska få en bedömning av om de kan delta i det nya programmet. Med hänsyn till det stora antalet ärenden som ska bedömas anser dock utredningen inte att någon fast tidsram för när ett klarläggande avseende dessa försäkrade ska regleras, annat än att så ska ske snarast möjligt. Möjligheten att avstå från ett klarläggande finns även avseende dessa försäkrade.

24.2.4 Preventionsersättning

Utredningens förslag: För försäkrade som senast vid utgången av december 2022 har fått ett beslut om godkänd behandlingsplan för insatser som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning ska äldre bestämmelser om förebyggande sjukpenning fortfarande tillämpas.

Skälen för utredningens förslag: Övergångsperioden mellan det gamla och nya regelverket bör vara så kort som möjligt för att minimera tiden med två parallella system. Att behöva ha två delvis olika regelverk att förhålla sig till för ersättning för insatser som syftar till att förebygga nedsatt arbetsförmåga kan bl.a. innebära ett administrativt merarbete och därmed ökade kostnader för Försäkringskassan och andra inblandade aktörer, såsom arbetsgivare och hälso- och sjukvården. Av rättssäkerhetsskäl bör det nya regelverket inte ges någon retroaktiv effekt. Försäkrade som innan tidpunkten för när de nya reglerna ska börja tillämpas har fått ett beslut om godkänd behandlingsplan för medicinska insatser som kan ge rätt till före-

byggande sjukpenning ska bedömas enligt nuvarande regelverk. Bestämmelserna om sjukpenning i förebyggande syfte bör därför fortsätta att gälla för enskilda som har en pågående ersättningsperiod vid tidpunkten för när preventionsersättning ska börja tillämpas. När den pågående ersättningsperioden är avslutad omfattas den försäkrade vid en eventuell ny period med förebyggande insatser av de nya reglerna som föreslås börja tillämpas den 1 januari 2023. På så sätt begränsas övergångsperioden mellan det gamla och nya regelverket samtidigt som rättssäkerheten, särskilt förutsebarheten, för den enskilde upprätthålls på ett nöjaktigt sätt.

24.2.5 Rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: De nya bestämmelserna ska även tillämpas på sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet.

Äldre bestämmelser gäller i fråga om sjukpenning och rehabiliteringsersättning som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att utredningen föreslår mer generösa regler avseende rätten till rehabiliteringsersättning bedöms att ärenden som inletts hos Försäkringskassan och där en ersättningsperiod har påbörjats före ikraftträdandet av de nya reglerna ska handläggas enligt de nya bestämmelserna. Alternativet är en ordning som innebär att ärenden ska handläggas enligt de regler som gällde vid tidpunkten för ansökan respektive att sedan tidigare fattade beslut om pågående ersättningsperioder ska bedömas enligt tidigare regler. Alternativet skulle således innebära att olika regler skulle gälla för olika försäkrade, beroende på när perioden med rehabiliteringsersättning påbörjades, i stället för på vilka regler som är i kraft vid tiden för prövningen. En sådan lösning bedöms riskera att uppfattas som godtycklig eller orättvis. Att behöva ha två delvis olika regelverk att förhålla sig till vid bedömningar av rätten till ersättning kan vidare innebära ett administrativt merarbete och därmed ökade kostnader för Försäkringskassan. Vidare skulle en försäkrad ändå kunna få sina rehabiliteringsinsatser prövade enligt de nya reglerna genom att återkalla sin ansökan eller avbryta sin pågående period med rehabiliteringspenning enligt nuvarande regler och lämna in en ny ansökan fr.o.m. tidpunkten för när de nya reglerna trätt i kraft.

25 Konsekvenser

Enligt kommittéförordningen ska utredningen redovisa konsekvenserna av de förslag som presenteras i detta betänkande. Det handlar om påverkan på kostnader eller intäkter för staten, kommuner, regioner, företag eller andra organisationer. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheteten och det brottsförebyggande arbetet ska detta också beskrivas. Utredningen ska dessutom beskriva konsekvenserna för sysselsättning, offentlig service i olika delar av landet, små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga i förhållande till större företags samt jämställdheten mellan kvinnor och män. Om utredningens förslag bedöms påverka möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska även konsekvenserna ur dessa avseenden belysas. Även kostnadsmässiga och andra konsekvenser av förslag till nya eller ändrade regler ska anges[1]

I kapitel 5–9 beskrivs utredningens förslag gällande rätten till sjukersättning. I kapitel 10–13 redovisas utredningens förslag gällande rätten till aktivitetsersättning. Förslag rörande möjligheten till arbete, studier och uppdrag under tid med dessa ersättningar beskrivs i kapitel 14–17 och förslag rörande förmåner vid förebyggande insatser och rehabilitering redovisas i kapitel 18–23. Konsekvenserna av respektive förslag eller grupp av förslag beskrivs i direkt anslutning till de kapitel där förslagen presenteras. I det här kapitlet finns en *sammanfattande sammanställning* av samtliga förslag som utredningen presenterar i detta betänkande. För mer detaljerade beskrivningar av konsekvenserna hänvisas till redovisningarna i kapitel 9, 13, 17 och 23.

Ett generellt problem vid konsekvensbeskrivningar av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror till stor del på att

[1] 14–15 a §§ Kommittéförordningen (1998:1474).

det är svårt att förutsäga människors beteenden under nya förutsättningar. Därmed blir det t.ex. svårt att beräkna hur många nya ansökningar om sjuk- och aktivitetsersättningen, hur många som kan tänkas använda de möjligheteter till arbete, studier och uppdrag eller använda de nya möjligheter till förebyggande åtgärder eller rehabiliteringsförmåner som utredningen föreslår. Det är också svårt att uppskatta när i tiden kostnader uppstår, dvs. om förslagen redan vid införandet kommer innebära stora förändringar i ansökningsvolymer eller om detta är en ökning som kommer ske mer succesivt. Mot bakgrund av detta vill utredningen betona att de beräkningar som redovisas är gjorda utifrån de *antaganden* som beskrivs i respektive avsnitt. Ändras antagandena påverkar det också utfallet av beräkningen. Konsekvensberäkningarna ska därför mer ses som en indikation av storleksordningen på de ekonomiska konsekvenserna, givet de gjorda antagandena, än som en mer säker prognos över de faktiska utfallet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisationer har i möjligaste mån stämts av med berörda myndigheter men är av naturliga skäl även beroende av de volymantaganden som görs. Ändrade volymer får det således även konsekvenser för myndigheternas administrativa kostnader.

25.1.1 Rätten till sjukersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändringar som utredningen föreslår gällande rätten till sjukersättning. Inledningsvis ges en kort presentation av utredningens förslag. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 9.

Förslagen

Utredningen föreslår en förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot när han eller hon ansöker om sjukersättning. Den försäkrades arbetsförmåga ska enligt förslaget bedömas mot ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller ett för den försäkrade tillgängligt arbete (hädanefter normalt förekommande arbete). Det innebär att den försäkrade enligt utredningens förslag ska bedömas mot samma

arbetsmarknadsbegrepp som föreslås av regeringen i prop. 2020/21:171 för prövning av rätt till sjukpenning.[2]

För personer med mindre än fem år kvar tills sjukersättning inte längre kan lämnas ska dock enbart arbetsförmågan i de arbeten där den försäkrade har erfarenhet av eller annat tillgängligt arbete beaktas.

Vidare förslår utredningen en förändring av varaktighetsbegreppet. Utredningens förslag innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig tid i stället för som i dag stadigvarande nedsatt. Vid bedömningen av huruvida arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid ska inte beaktas tid bortom den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas. Förslaget syftar till att tydliggöra hur lagstiftningen ska tolkas och har inte för avsikt att förändra de principer som redan i dag gäller vid bedömning av varaktigheten för nedsättningen av arbetsförmågan.

Liksom gäller i dag ska det inte finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. För försäkrade som aldrig haft någon arbetsförmåga görs ett förtydligande att även åtgärder som kan antas medföra att en försäkrad får arbetsförmåga ska beaktas. Vid denna bedömning ska endast sådana rehabiliteringsåtgärder där den försäkrade bedöms få eller återfå arbetsförmåga före den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan utbetalas beaktas.

Förslaget innehållet också ett förtydligande kring vilken nivå på arbetsförmågan som den försäkrade kan förväntas återfå för att ansökan om sjukersättning ska kunna avslås på denna grund. Bestämmelsen justeras från att den försäkrade ska bedömas kunna återfå *någon* arbetsförmåga till att avse den arbetsförmågenivå som ansökan avser. Avseende beviskravet för bedömning av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter, som kan ge eller återge den försäkrade arbetsförmåga, är det för att sjukersättning ska kunna beviljas tillräckligt att det kan antas att det inte finns sådana rehabiliteringsmöjligheter.

Utredningen föreslår också en kodifiering av beviskravet för rätt till sjukersättning. Rätt till sjukersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att kriterierna för att den försäkrade ska kunna beviljas sjukersättning är uppfyllda.

Utredningens bedömning är att det framförallt är förändringen av arbetsmarknadsbegreppet som kommer innebära att fler kan be-

[2] Efter dag 180 för anställda.

viljas sjukersättning än i dag. Övriga förslag bedöms ha en mindre påverkan men bidrar alla till att göra rätten till sjukersättning mer generös. De utgör alla rekvisit som reglerar rätten till sjukersättningen. Respektive rekvisit utgör en del av en helhet som tillsammans innebär att rätten till sjukersättning blir mer generös med utredningens förslag än med dagens regler.

Konsekvenser

De samlade effekterna av utredningens förslag avseende rätten till sjukersättning redovisas i tabell 25.1. Utredningen har i kapitel 9 redovisas ett antal olika utvecklingsscenarier kring hur volymerna av antalet nybeviljande sjukersättningsärenden kan komma att se ut. Utredningen gör bedömningen att förslagen, beroende på hur nybeviljandet utvecklas, under det första året totalt sett kommer innebära att ca 2 300–16 000 fler personer kan beviljas sjukersättning. Under dessa förutsättningar gör utredningen bedömningen att utgifterna för sjukersättning ökar med 0,1–1,0 miljarder kronor i förhållande till dagens nivå under införandeåret. Året därefter ökar antalet personer som kan beviljas sjukersättning till 3 200–17 600 personer. Kostnaderna för sjukersättningen stiger då till 0,3–2,2 miljarder kronor.

För den enskilde individen innebär beviljandet av sjukersättning att inkomstnivån i genomsnitt stärks. Den disponibla inkomsten ökar totalt sett med 10–90 miljoner kronor under det första året efter införandet och 30–220 miljoner kronor under det andra året. På individnivå finns det dock personer som får både ett bättre och sämre ekonomiskt utfall med de nya reglerna. Huruvida inkomsterna ökar eller minskar beror på vilken ersättning den enskilde hade innan den beviljas sjukersättning. För personer med låga inkomster innebär ett beviljande av sjukersättning i de flesta fall att inkomsterna stärks medan det för personer med höga inkomster ofta innebär en försvagad ekonomisk situation.

För staten innebär förslagen att de samlade utgifterna ökar. Staten påverkas dels genom ökade utgifter för sjukersättning, dels genom minskade utgifter i de ersättningssystem där individen tidigare fick sin ersättning ifrån. Det innebär att utgifterna för sjukpenning och arbetslöshetsersättning minskar. Beviljandet av sjukersättning innebär också att individen kan söka bostadstillägg vilket ökar utgifter

inom detta försäkringsområde. En ansökan om sjukersättning är vanligtvis också ett tillfälle då en prövning av arbetsskada sker. Därmed kan fler komma att beviljas arbetsskadelivränta. Utredningens bedömning är att statens utgifter ökar med 30–250 miljoner kronor i förhållande till dagens nivå. Året därefter förväntas utgifterna stiga till 70–540 miljoner kronor i förhållande till dagens nivå.[3]

De som beviljats sjukersättning befinner sig ofta i sjukersättningssystemet under en lång tid. För de allra flesta är det fram tills de inte längre kan uppbära sjukersättning[4] och i stället tar ut ålderspension. Det innebär emellertid inte att systemet är helt statiskt. Några individer avlider under tiden de har sjukersättning och en mindre grupp lämnar även sjukersättningen av andra skäl, t.ex. att det fått eller återfått arbetsförmåga och inte längre uppfyller villkoren för rätt till ersättning. Samtidigt beviljas hela tiden nya personer sjukersättning och omfattningen av sjukersättningen kan förändras över tid för de som redan har ersättning. Partiell ersättning kan exempelvis utökas och övergå till hel sjukersättning. Hur det årliga antalet personer som har sjukersättning utvecklas från ett år till ett annat beror därför både på hur många som initialt befinner sig i systemet och hur de fördelas över olika åldersgrupper, hur många som lämnar systemet, hur många som kommer in i systemet (nybeviljanden) och hur behovet av ersättning förändras för de som redan har sjukersättning.

Erfarenheter från tidigare perioder då reglerna för rätten till sjukersättning/förtidspension varit mer generösa indikerar att ökningen av antalet ersättningstagare kan vara relativt omfattande. Under 1970– och 1980-talen reformerades det dåvarande förtidspensionssystemet i ett antal steg i en mer generös riktning. Särskilda regler för äldre arbetstagare mellan 63 och 67 år introducerades. Det innebar att äldre inte behövde omskola sig eller flytta när de av hälsoskäl inte kunde utföra sitt ordinarie arbete, att lägre medicinska krav ställdes vid bedömning av arbetsförmåga och att funktionsnedsättningar till följd av normalt åldrande också kunde ligga till grund för beviljande av förtidspension. Samtidigt infördes också möjligheten att bevilja förtidspension av arbetsmarknadsskäl i kombination med hälsoskäl. Detta innebar att långtidsarbetslösa med nedsatt funk-

[3] I dessa utgifter ingår inte ökade utgifter för arbetsskadelivränta då utredningen saknar underlag för en sådan beräkning.
[4] I dag månaden då den försäkrade fyller 65 år.

tionsförmåga kunde beviljas förtidspension efter att ha varit arbetslösa i ett till två år. När pensionsåldern sänktes till 65 år 1976 ändrades åldersgränserna för när dessa regler kunde användas till 60–64 år. Utöver dessa förändringar genomfördes även reformer som gjorde ersättningen vid förtidspension mer generös.

Konsekvenserna av dessa förändringar blev en kraftig ökning av antalet förtidspensionärer. Under perioden 1970–1990 ökade andelen förtidspensionärer i befolkningen både bland kvinnor och män. Tydligast är trenden för åldersgruppen 60–64 år. I forskningsutvärderingar har betydelsen av de förändrade reglerna uppskattats till att andelen förtidspensionärer i befolkningen ökat med 10–13 procentenheter i åldersgruppen 60–64 år.[5]

I utredningens förslag finns både likheter och olikheter med de regler som infördes under 1970- och 1980-talen. En likhet är att utredningens förslag gör det enklare att beviljas sjukersättning, speciellt för äldre men även för yngre. Inriktning mot de äldre fanns också i de reformer som lättade upp reglerna i förtidspensionssystemet under åren 1970–1990. Dessa förändringar tog dock mer sikte på rent arbetsmarknadsmässiga aspekter än vad utredningens förslag gör. I aktuellt förslag är det arbetsförmågans nedsättning och varaktighet som sätts i fokus medan regelverket i förtidspensionen också vägde in individens möjligheter att kunna få arbete. Det innebär att utredningens förslag för den äldre arbetskraften är mer strikt än tidigare regler i förtidspensionen som också avsåg äldre personer. Vidare innehåller inte utredningens förslag någon förändring av ersättningens storlek, vilket var fallet under den period som förtidspensionssystemet gjordes generösare. Därmed bedömer utredningen att de regler för äldres rätt till sjukersättning som nu föreslås sannolikt inte får lika kraftiga effekter på inflödet till sjukersättningen som under perioden fr.o.m. 1970 fram till millennieskiftet.

Regelverkens utformning har dock en viktig betydelse för hur antalet ersättningstagare kan komma att utvecklas. Mot bakgrund av den forskning som gjorts kring regelverkens betydelse för samhällsekonomins funktionssätt kan utredningen konstatera att generösare regler har negativa effekter på arbetsutbud, sysselsättning och ekonomisk tillväxt. I den uppskattning som utredningen gjort av de långsiktiga effekterna av utredningens förslag beräknas sysselsätt-

[5] Johansson, Laun, Palme och Olofsdotter Stensöta (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

ningen årligen bli ca 6 000 personer lägre än om utredningens förslag inte genomförs, transfereringsutgifterna ca 2,8 miljarder högre per år och den disponibla inkomsten ca 500 miljoner högre per år.

Kommunernas ekonomi kan förväntas påverkas genom minskade utgifter för ekonomiskt bistånd. En del av dem som kan komma att beviljas sjukersättning med utredningens förslag har i dag ersättning från kommunerna via ekonomiskt bistånd. Utredningen beräknar att dessa utgifter kan komma att minska med 10–40 miljoner kronor under införandeåret och med ca 10–50 miljoner kronor under året därefter.

Tabell 25.1 Sammanfattning av utredningens förslag rörande rätten till sjukersättning

Miljoner kronor

Effekter för	År 1	År 2	Lång sikt
Sjukersättning			
Yngre	90–630	190–1330	
Äldre	60–410	120–880	
Totalt (Yngre och äldre)	140–1040	310–2 210	2 850 per år
Disponibel inkomst			
Yngre	10–70	20–140	
Äldre	3–20	10–60	
Totalt (Yngre och äldre)	10–90	30–220	0,5 per år
Staten totalt			
Yngre	20–150	40–310	
Äldre	10–100	30–220	
Totalt (Yngre och äldre)	30–250	70–530	+0,8 % av BNP
Effekter på sysselsättning			-6 000 pers./år
Kommuner	-(10–40)	-(10–50)	
Administration			
Försäkringskassan	29–80	9–60	
Arbetsförmedlingen	0,2–2	0,2–2	
Hälso- och sjukvården	1–8	1–8	
Totalt (Administration)	30–90	10–70	

Källa: Egna beräkningar.

Med fler personer som beviljas sjukersättning behöver också fler ärenden handläggas av Försäkringskassan. Utredningen bedömer att den ärendetyp som framförallt kommer öka är utbytesärenden, dvs. ärenden där Försäkringskassan själv initierar ett utbyte från sjuk-

penning till sjukersättning. Det innebär i sin tur färre ansökningar om sjukpenning i pågående sjukfall. Därmed minskar Försäkringskassans handläggningskostnader för sjukpenning samtidigt som den ökar för sjukersättning. Utredningen uppskattar att detta totalt sett leder till ökade utgifter för handläggningen med 9–60 miljoner, beroende på hur många nya personer som ansöker om och beviljas sjukersättning.

Utöver kostnader för handläggningen av de nya ärendena kan det också konstateras att de nya reglerna kommer innebära ett antal initiala kostnader för Försäkringskassan. Det omfattar kostnader för att uppdatera styrande och stödjande dokument såsom blanketter, brevmallar samt interna och externa informations- och utbildningsinsatser. Utredningen bedömer även att det finns ett behov för Försäkringskassan att se över och uppdatera statistiksystemen i samband med de nya reglerna. I övrigt bedömer utredningen att it-system behöver ses över och anpassas till det nya regelverket. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 20 miljoner kronor.

En del av de försäkrade som beviljas sjukersättning har tidigare varit arbetslösa. Utredningen bedömer därför att Arbetsförmedlingens utgifter för administration av arbetslösa minskar. Utredningen uppskattar denna effekt till ca 0,2–2 miljoner kronor beroende på hur stort flödet blir från arbetslöshetsförsäkringen och arbetsmarknadspolitiska åtgärder till sjukersättningen.

Med fler som ansöker om sjukersättning kommer även belastningen på hälso- och sjukvårdens avseende läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd att öka. Den ökade belastningen i form av intyg för sjukersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas under pågående sjukperiod med sjukpenning. Utredningen uppskattar dock att detta sammantaget leder till ökade utgifter för hälso- och sjukvården med 1–8 miljoner kronor.

25.1.2 Rätten till aktivitetsersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändring som utredningen föreslår för rätten till aktivitetsersättning. Inledningsvis ges en kort presentation av utredningens förslag. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 13.

Förslagen

Utredningens förslag angående rätten till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga följer till största delen de förslag till förändringar som beskrivs i avsnittet om rätten till sjukersättning. Det innebär att utredningen föreslår ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp för rätten till aktivitetsersättning, så att den försäkrades arbetsförmåga prövas mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Varaktighetskravet i aktivitetsersättningen ska enligt utredningens bedömning även fortsättningsvis vara att nedsättningen av arbetsförmågan ska antas bestå under minst ett år. Utredningen vill dock framhålla att det befintliga kravet ”kan antas” ska anses utgöra ett beviskrav. Vidare föreslås att rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är sannolikt att kriterierna för sådan ersättning är uppfyllda. Det föreslagna beviskravet *sannolikt* utgör enligt utredningens bedömning endast en kodifiering av det beviskrav som redan gäller som normalkrav för förvaltningsprocessen i stort och för ansökningsärenden om aktivitetsersättning.

Konsekvenser

I dag sker inflödet till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga till 30 procent från personer som tidigare haft aktivitetsersättning vid förlängd skolgång, omkring 5 procent från sjukpenning och resterande 65 procent kommer från annan ersättning. Annan ersättning kan t.ex. vara aktivitetsstöd från olika arbetsmarknadspolitiska insatser och/eller ekonomiskt bistånd från kommunen. Till stor del består gruppen av personer med medfödda funktionsnedsättningar där föräldrarna tidigare haft vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag. Med de förändringar av regelverket som utredningen föreslår gör utredningen bedömningen att inflödet till aktivitetsersättningen kommer öka från samtliga dessa grupper.

Utredningens bedömning är att det totala inflödet till aktivitetsersättningen till följd av utredningens förslag ökar med ca 3 000 personer per år. Omkring två tredjedelar (ca 2 000 personer) bedöms komma från gruppen ”annan ersättning” där det största inflödet kommer från personer med ett medfött funktionshinder. Omkring

500 personer kommer från personer med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång och ca 500 personer kommer från sjukpenningen.

Det ökade inflödet av personer till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga beräknas öka kostnaderna för aktivitetsersättningen med ca 170 miljoner kronor under införandeåret. Under det första året antas inflödet ske med en jämn fördelning över årets alla månader. Effekten under införandeåret blir därför lägre än under de kommande åren. Åren efter införandet kan utgifterna för aktivitetsersättning därför förväntas öka till ca 500 miljoner kronor.

Ett ökat antal personer som beviljas aktivitetsersättning ökar statens utgifter inom detta anslag. Samtidigt minskar utgifterna för sjukpenning och arbetsmarknadspolitiska stöd, när personer byter dessa ersättningar mot aktivitetsersättning. Med fler som beviljas aktivitetsersättning blir det också fler som kan beviljas bostadstillägg. Utredningen uppskattar att de samlade utgifterna för staten totalt sett, när alla dessa förändringar beaktats, ökar med 130 miljoner kronor under det första året och 390 miljoner kronor under de följande åren.

De personer som med utredningens förslag bedöms kunna beviljas aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga är personer som i dag har sjukpenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning eller helt saknar egen inkomst och försörjs genom anhöriga eller kommunernas socialtjänst. För de allra flesta innebär en beviljad aktivitetsersättning att individens ekonomi stärks. Totalt sett bedömer utredningen att den disponibla inkomsten för de som beviljas aktivitetsmätning ökar med 120 miljoner kronor under det första året och 360 miljoner kronor under de följande åren.

Med fler som beviljas aktivitetsersättning minskar också behovet av ekonomiskt bistånd från kommunen. Totalt sett innebär det minskade utgifter med omkring 10 miljoner kronor under införandeåret och ca 30 miljoner kronor under åren därefter.

Tabell 25.2 Sammanfattning av utredningens förslag rörande rätten till aktivitetsersättning

Miljoner kronor

Effekter för	År 1	År 2
Försäkringen		
Aktivitetsersättning	170	500
Disponibel inkomst	120	360
Staten totalt	130	390
Kommuner	-10	-30
Administration		
Försäkringskassan	20+40=60	40
Arbetsförmedlingen	+	+
Hälso- och sjukvården	4,6	4,6
Totalt (Administration)	65	45

Källa: Egna beräkningar.

Utredningen bedömer också att med fler som beviljas aktivitetsersättning kommer administrationen för berörda myndigheter att öka. För Försäkringskassans del innebär det att fler ärenden ska handläggas och utredas om rätten till ersättning men det blir även fler ärenden som ska hanteras vid ansökningar om ny period med aktivitetsersättning (”förlängningsansökan”). Även om förlängningsansökningarna ofta inte innebär en lika omfattande process som den första prövningen av rätt till ersättning innebär det emellertid att Försäkringskassans administrationskostnad påverkas mer än vid enbart ett tillfälle. Dessutom ska det ske en förutsättningslös prövning av rätt till ersättning vid varje prövningstillfälle.

Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning ökar också kostnaderna för att administrera det som ska ske under tid med ersättningen. Fler kommer t.ex. behöva samordning av insatser vilket i sin tur medför ökade förvaltningskostnader. Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning kan även fler bli aktuella för vilande ersättning och prövotid för studier, se kapitel 17. Det kan också innebära en ökad administration för aktiviteter enligt SFB under tid med ersättning och att fler har rätt till särskild ersättning för dessa aktiviteter. Utredningen uppskattar de samlade utgifterna för den ökade administration till ca 40 miljoner kronor.

Utöver detta bedöms myndigheten även få ökade utvecklingskostnader, främst för utbildningsinsatser och förändringar i itsystemen. De sistnämnda är dock kostnader av engångskaraktär som när väl investeringen gjorts inte återkommer. En uppskattning är ett dessa kostnader uppgår till ca 20 miljoner kronor.

Även Arbetsförmedlingen berörs till viss del av att fler personer, som i dag finns i arbetsmarknadspolitiska program, kan beviljas aktivitetsersättning. Det innebär att tiden i program minskar och insatser som ska administreras under kortare perioder än i dag. Inflödet från dessa program till aktivitetsersättning bedöms dock vara relativt litet och den minskade administrationen blir därmed också relativ begränsad. Arbetsförmedlingen berörs dock desto mer av det arbetsmarknadspolitiska ramprogram som utredningen föreslår. Vid beslut om rätt till aktivitetsersättning ska ingå beslut att försäkrade, som har behov av det, har rätt till relevanta insatser från Arbetsförmedlingen i syfte att få eller återfå arbetsförmåga under tiden den försäkrade får ersättning. En närmare beskrivning av de administrativa konsekvenserna av detta förslag redovisas i kapitel 17.

Liksom vid bedömning av rätten till sjukersättning kommer ett ökat antal ansökningar om aktivitetsersättning innebära att hälso- och sjukvården behöver bistå den försäkrade med läkarutlåtanden och intyg. Det skulle därmed innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården med ca 4,6 miljoner kronor. Ett fåtal av dem som beviljas aktivitetsersättning har tidigare haft sjukpenning. De allra flesta har emellertid aldrig arbetat och saknar SGI. Utredningen räknar därmed inte med att det på samma sätt som inom sjukersättningen kan göras en besparing på sjukintyg i pågående sjukfall till följd av att fler beviljas aktivitetsersättning. Den besparing som eventuellt kan göras är i så fall liten och utredningen saknar närmare underlag för att kunna kostnadsberäkna en sådan besparing.

25.1.3 Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förslag som utredningen föreslår för att förbättra och underlätta för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning att förvärvsarbeta, ta uppdrag, studera, arbeta ideellt eller delta i samhällslivet på andra sätt.

För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 17.

Förslagen

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna och risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetald sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan utvecklar ett beräkningsstöd för personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Beräkningsstödet ska underlätta för den enskilde att få en bättre överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning genom att, givet de inkomster som den försäkrade uppger, beräkna hur skatter, bostadstillägg och bostadsbidrag samt sjukersättningen påverkas.

För samma målgrupp föreslår utredningen att fribeloppet för hur mycket som får tjänas innan ersättningen börjar trappas av ska följa den allmänna inkomstutvecklingen i stället för den allmänna prisutvecklingen. Fribeloppet har visat sig vara viktigt för vilket arbetsutbud den försäkrade är beredd att erbjuda. Höga marginaleffekter och risken att bli återbetalningsskyldig bidrar sannolikt till detta beteende. För att den enskilde individen ska kunna fortsätta att erbjuda samma mängd arbete krävs att fribeloppen utvecklas i takt med den allmänna inkomstutvecklingen. Annars kommer den försäkrade vid ökade löner erbjuda en mindre mängd arbete för att fortsatt kunna arbeta utan att inkomsterna överstiger det aktuella fribeloppet.

Vidare föreslår utredningen ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad prövotid för studier. Utredningen bedömer att dessa regler går hand i hand, där många inledningsvis prövar studier för att sedan övergå i vilande ersättning för studier.

Utredningen föreslår också ökade möjligheter att delta i ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. samtidigt som sjuk- eller aktivitetsersättning betalas ut.

För personer med aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga föreslås att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för personer som är i behov av insatser från Arbetsförmed-

lingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tid med ersättning. Förslaget förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete.

Utredningen föreslår också att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt SFB som de försäkrade deltar i.

Avslutningsvis föreslår utredningen att Försäkringskassan ges i uppdrag samt tilldelas resurser för riktade informationsinsatser avseende de nya reglerna. Utredningen ser detta som en viktig del för att de föreslagna regeländringarna ska få så stort genomslag som möjligt och på bästa sätt bidra att de används av de aktuella målgrupperna.

Konsekvenser

Beräkningsstöd vid steglös avräkning

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna *och* risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetald sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Med ett beräkningsstöd där den försäkrade enkelt kan överblicka de ungefärliga ekonomiska konsekvenserna av att arbeta bedömer utredningen att fler ska våga att arbeta. Förslaget har ingen konsekvens för kostnaderna för steglös avräkning i sig men bedöms medföra en utveckling av Försäkringskassans it-stöd. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 5 miljoner kronor.

Höjda fribelopp vid steglös avräkning

Höjda fribelopp för den som arbetar med steglös avräkning innebär att det blir mer lönsamt att arbeta än i dag. Utredningen har kunnat konstatera att fribeloppet över tid har urholkats. Nivån för fribeloppet indexeras med prisutvecklingen medan inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det innebär att en person som i dag arbetar med steglös avräkning i genomsnitt kan arbeta i

mindre omfattning innan inkomsterna når upp till fribeloppet än vad som var fallet när systemet infördes januari 2009.

Utredningen har också kunnat konstatera att fribeloppet i hög grad styr arbetsutbudet hos de som väljer att arbeta med steglös avräkning. Även om arbetsutbudet för många av de som arbetat enligt detta regelverk har ökat över tid överstiger arbetsinsatsen sällan den som ger en inkomst över fribeloppet. Det innebär att sjukersättningen inte reduceras för många av de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen gör bedömningen att det främst är de som redan arbetar med steglös avräkning som kommer att öka sin arbetsinsats till följd av de nya reglerna. Många som arbetar i dag har inkomster som understiger fribeloppet. Utredningens bedömning är att det kommer vara så även med utredningens förslag om höjt fribelopp. Därmed blir effekten på den utbetalda sjukersättningen väldigt liten. På marginalen är det rimligt att anta en viss, om än liten, ökning av arbetsutbudet som påverkar försäkringskostnaderna. Med ytterligare 1 000 personer som arbetar med steglös avräkning kan det komma att minska utbetalningen av sjukersättning med ca 15 miljoner kronor. I de fall bostadstillägg och arbetsskadelivränta betalas ut kommer även dessa ersättningsslag påverkas.

Utredningens bedömning är att om relativt få personer berörs av förslaget torde det ha relativt begränsade konsekvenser för Försäkringskassans administration avseende sjukersättning, bostadstillägg och arbetsskadelivräntor. Utredningen uppskattar att administrationskostnaderna ökar med ca 200 000 kronor till följd av förslaget.

Mer flexibel vilande ersättning vid arbete

Införandet av en mer flexibel vilande ersättning vid arbete förväntas ha effekter på den utbetalda sjuk- och aktivitetsersättningen, den enskildes vilja och möjligheter att delta i arbetslivet och på Försäkringskassans administration.

I dag är det omkring 2 000 personer som arbetar med vilande sjukersättning och lika många som arbetar med vilande aktivitetsersättning. Utredningen bedömer att antalet personer som arbetar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning kan komma att fördubblas med utredningens förslag. Det innebär omkring 2 000 fler personer med vilande sjukersättning och lika många med vilande aktivitets-

ersättning. Med fler som arbetar med vilande ersättning minskar utbetalningarna av både sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen beräknar besparingen i sjukersättningen till 90 miljoner kronor och besparingen i aktivitetsersättningen till 60 miljoner kronor.

Med fler personer som använder möjligheten till vilande sjukersättning ökar också Försäkringskassans administration. Ny ersättning ska beräknas för fler ärenden än i dag och fler ärenden ska följas under period med vilande ersättning för att veta vad individen tänker göra efter att vilandeperioden upphör, det innebär således inte bara administration kopplat till själva beslutet och utbetalningen under vilandeperioden. Därtill behöver blanketter och beslutsmallar ändras. Utredningen uppskattar sammantaget att de administrativa utgifterna för handläggning av vilande ersättning i sjuk- och aktivitetsersättningarna ökar med 4,2 miljoner kronor.

I dag hanteras mycket av handläggningen av den vilande ersättningen manuellt. För att möjliggöra handläggningen av en mer flexibel vilande ersättning krävs därför att ett nytt it-stöd utvecklas. Utredningen uppskattar kostnaden för detta till 20 miljoner kronor.

Ändring av regelverket för vilande ersättning vid studier

Utredningen föreslår ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad prövotid för studier. Utredningen gör bedömningen att förslagen har effekter för den enskildes vilja och möjligheter att studera, försäkringens utgifter och på Försäkringskassans administration.

Mot bakgrund av att det i dag är så pass få som använder möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att studera och att förslaget i praktiken inte berör alla med sjukersättning, gör utredningen bedömningen att förslaget åtminstone inledningsvis inte kommer innebära någon större ökning av antalet som studerar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. En ökning av antalet personer som väljer att studera vare sig det handlar om helt eller delvis vilande ersättning innebär minskade försäkringskostnader i sjuk- och aktivitetsersättningen. Om 500 personer som i dag har sjukersättning skulle börja studera och gå från hel till halv sjukersättning skulle det innebära en besparing på ca 27,5 miljoner kronor i sjukersättningen. I aktivitetsersättningen är det fler som studerar än i sjukersättningen.

Om det blir enklare att ha vilande ersättning för studier kan det också antas att fler av dem som har aktivitetsersättning vill pröva att studera. I dag är det omkring 500 personer per år som har prövotid för studier och ca 1 700 personer som har vilande aktivitetsersättning för studier. Sammantaget innebär det att ca 2 200 personer antingen har prövotid för studier eller bedriver studier med vilande aktivitetsersättning. En fördubbling av detta antal, dvs. en ökning med 2 000 personer skulle givet att studier bedrivs på halvtid, innebära en besparing för aktivitetsersättningen med 80 miljoner kronor.

Med fler som väljer att studera bedömer utredningen att administrationskostnaderna för Försäkringskassan kommer att öka. En revidering av Försäkringskassans styrande och stödjande dokument så som information på webbplatsen, vägledning och processbeskrivning, ansökningsblanketter och brevmallar samt en omarbetning av de utbildningar som Försäkringskassan genomför behöver göras. Därtill kommer de kostnader för utveckling av it-stödet som regeländringarna medför. Försäkringskassan beräknade denna kostnad vid ett införande 2016 till ca 1,2 miljoner kronor. Utredningens bedömning är att denna nivå är en rimlig utgångspunkt även vid ett införande 2023, dock med en justering av den prisökningen som skett under dessa år. Utredningen bedömer därför att de sammantagna administrativa kostnader uppgår till ca 2 miljoner kronor.

Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete etc. med bibehållen rätt till ersättning

Förslaget om ökade möjligheter att delta i ideellt arbete etc. med bibehållen rätt till ersättning kan förväntas ha en positiv effekt på antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som deltar i samhällslivet genom uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet m.m. Eftersom detta kan göras utan att vare sig rätten till ersättning eller storleken på den utbetalda ersättningen påverkas har det inga konsekvenser för utgifterna inom vare sig sjuk- eller aktivitetsersättningen. Däremot har det administrativa konsekvenser för Försäkringskassan. Förslaget innebär t.ex. ett förtydligande av vilka sysslor som kan utföras utan att de behöver anmälas till Försäkringskassan och till hur stor del dessa kan utföras. Det leder enligt utredningens mening till att färre fall än i dag behöver anmälas till Försäkringskassan och därmed behöver Försäkringskassan också bedöma färre sådana ären-

den. Det får vidare administrativa effekter, såsom revideringar av styrande och stödjande dokument samt utbildningar. Det kan också, åtminstone inledningsvis, innebära en ökning av antalet frågor från de försäkrade till handläggare, vilket ökar handläggningskostnaderna. Det kan också för personer som får aktivitetsersättning och ansöker om en ny period eller om en övergång till sjukersättning leda till utökat informationsinhämtande och mer tidskrävande utredningar för Försäkringskassan i samband med nya beslut. Sammantaget bedömer dock utredningen att förslaget innebär minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan. Utredningen saknar dock underlag för att mer exakt kunna kostnadsberäkna storleken på denna minskning.

Ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram inrättas

Utredningen föreslår att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för unga försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser från Arbetsförmedlingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning och försörja sig genom eget arbete. På sikt kan detta komma att minska försäkringskostnaderna eftersom den totala tiden en försäkrad har behov av aktivitetsersättning förväntas minska.

Förslaget kan förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. I dag är det dock få av de försäkrade som uppbär aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under 2020 var det drygt 1 000 personer med aktivitetsersättning som fick rehabiliteringsinsatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Utredningen gör antagandet att antal deltagare i ramprogrammet inledningsvis kommer att fördubblas jämfört med hur många personer med aktivitetsersättning som i dag får insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Det innebär cirka 2 200 personer per år som förväntas delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivi-

tetsersättning. Jämfört med de ungefärliga kostnaderna 2020 för deltagare med aktivitetsersättning i det förstärkta samarbetet innebär det en kostnadsökning med ca 23 miljoner kronor.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska tillsammans klarlägga om försäkrade som uppbär aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan delta i ramprogrammet. Försäkringskassan ska initiera denna utredning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen dock inte ske. Myndigheternas gemensamma administration av denna kartläggning bedömer utredningen tillsamman kostar ca 3–8 miljoner kronor per år för de båda myndigheterna. För Försäkringskassan tillkommer kostnader för samordning av insatser. Utredningen bedömer att dessa kostnader uppgår till ca 8,8 miljoner kronor per år.

Förbättrad statistik om aktiviteter enligt SFB

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt SFB som de försäkrade deltar i. Vidare anser utredningen att uppföljningar bör genomföras om vilka av dessa slags aktiviteter som har störst positiv effekt på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter enligt SFB som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på gruppnivå.

Försäkringskassan bör därför utveckla ett statistiksystem och registrera vilka åtgärder som ges till respektive individ. Det innebär utöver kostnader för ändringar i dagens it-system även ökad handläggstid och en högre handläggningskostnad. Utan kunskap om vilka åtgärder som ges till enskilda individer inom ramen för de aktiviteter och rehabiliteringsinsatser som de enskilde erbjuds är det svårt att utvärdera vilka av åtgärderna som har en positiv effekt på möjligheten att närma sig arbetsmarknaden. Utredningen förslår att 1 miljon kronor anslås för att Försäkringskassan ska kunna utveckla ett statistiksystem som gör det möjlig att redovisa vilka aktiviteter som ges till personer under tid med aktivitetsersättning.

Informationsinsatser om arbete och studier m.m.

Nya och/eller ändrade regler innebär alltid, åtminstone inledningsvis, en osäkerhet kring hur regelverket ska tolkas. Som tidigare nämnts bidrar information om regler och hur en reform är avsedd att fungera till vilket genomslag reglerna och reformen får.

För att de föreslagna regeländringarna vad gäller möjligheterna till arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med ersättning ska få så stort genomslag som möjligt anser utredningen att regeringen bör ge Försäkringskassan ett uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade. Informationsinsatser kan göras på många olika sätt, exempelvis genom personliga brev, information på Försäkringskassans hemsida m.m. Utredningen föreslår att regeringen anslår medel för informationsinsatser till de berörda målgrupperna motsvarande 2 miljoner kronor.

Tabell 25.3 Sammanfattning av utredningens förslag rörande arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning

Miljoner kronor

	Försäkringen	Administration
Beräkningsstöd steglös avräkning		5
Höjda fribelopp steglös avräkning	-15	0,2
Mer flexibel vilande ersättning	-90-60=-150	24
Vilande ersättning vid studier	-27,5-80=-107,5	2
Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete		-
Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram	23	8+8=16
Förbättrad statistik	1	
Informationsinsatser om arbete och studier m.m.	2	
Totalt	-246,5	47,2

Källa: Egna beräkningar.

25.1.4 Förmåner vid rehabilitering

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändringar som utredningen föreslår för att förbättra och utvidga möjligheterna till förebyggande rehabiliteringsåtgärder samt till arbetslivsinriktad rehabilitering vid arbetsoförmåga. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 23.

Förslagen

Reformering av rehabiliteringsersättning

Utredningens förslår en reformering av dagens rehabiliteringsersättning. Förmånen består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad liksom i dag har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust och kunna beviljas för en nedsättning av arbetsförmågan även om den avviker från dagens kvartiler. I de fall rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas parallellt ska den försäkrade få utbetalning av rehabiliteringspenning för hela arbetsoförmågan, alltså även för den del av arbetsoförmågan som motsvarar rätt till sjukpenning.

Under de dagar som den försäkrade får rehabiliteringspenning fortsätter dagar att räknas i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan prövas dock under hela tiden som rehabiliteringen pågår mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som den enskilde befann sig vid när rehabiliteringen påbörjades. När rehabiliteringen avslutas eller avbryts och om den försäkrade då beviljas sjukpenning, bedöms arbetsförmågan mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som denne då befinner sig vid.

En viktig del av utredningens förslag är att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas tidigare i sjukfallen. Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs föreslås därför kompletteras med krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet. Klarläggande inom denna tidsgräns behöver inte göras om det är uppenbart obehövligt.

Utredningen föreslår vidare att möjligheten till utbildning inom rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Införande av preventionsersättning

Utredningen föreslår att dagens förmån förebyggande sjukpenning ersätts med den nya förmånen preventionsersättning. Förmånen ska bestå av preventionspenning och preventionsbidrag.

Preventionspenning ska kunna beviljas för medicinsk eller arbetslivsinriktad behandling/insats vars syfte är att förebygga sjukdom,

förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra försämring av arbetsförmåga. Ersättningen beviljas när de planerade behandlingarna hindrar den enskilde från att utföra förvärvsarbete och är kopplat till den inkomstförlust som åtgärden medför. Ersättningen baseras på den sjukpenninggrundande inkomsten och ska kunna utgå steglöst i relation till den förlorade arbetsinkomsten. Dagar med preventionspenning ska inte ingå i sjukperioder och således inte heller i rehabiliteringskedjan. Preventionsbidrag ska ersätta de eventuella merkostnader den enskilde har i samband med förebyggande behandling.

Det är Försäkringskassan som ska bedöma om förutsättningarna för att bevilja preventionsersättning är uppfyllda. För den som beviljas preventionspenning ska Försäkringskassan upprätta en preventionsplan.

Konsekvenser

Reformering av rehabiliteringsersättning

Utredningen har i detta betänkande kunnat konstatera att det i dag är relativt få personer som beviljas rehabiliteringsersättning. Både antalet och andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning har minskat över tid. Även tidpunkten för när rehabiliteringen sätts in har med tiden kommit att ske allt senare i sjukfallen. Utredningen pekar på ett antal möjliga förklaringar till denna utveckling. Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering. Förändringar i den utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs kan därför vara en förklaring till det minskade antal människor som får rehabiliteringsersättning. Andra tänkbara förklaringsmodeller utgörs av svåra avgränsningar i regelverket mellan olika aktörer eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma. Med ett tydligare fokus på en tidig utredning av rehabiliteringsbehovet är utredningens bedömning att fler kan beviljas rehabiliteringspenning än i dag.

Med utgångspunkt i hur andelen av samtliga sjukfall där arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder satts in utvecklats under de senaste fem åren gör utredningen bedömningen att antalet personer som under ett år deltar i rehabiliteringsåtgärder skulle kunna öka med ca 15 000 personer. Under dessa förutsättningar bedömer utred-

ningen att utgifterna för rehabiliteringspenning skulle öka med 0,7–1,0 miljarder kronor. I ett statiskt perspektiv innebär en överflyttning av personer från sjukpenning till rehabiliteringspenning att sjukpenningen kommer minska i motsvarande grad som rehabiliteringspenningen ökar.

Vad som händer i ett mer långsiktigt dynamiskt perspektiv råder i forskningen ingen tydlig konsensus kring. Forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering är begränsad i slutsatserna om vilken typ av insatser som är effektiva för att få sjukskrivna att återgå i arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Förebyggande och tidiga insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering som har en nära koppling till arbetsplatsen är mer effektiva för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Det gäller oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen. Här finns det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, men andra sannolikt skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller att sjukfallet förlängs om rehabiliteringsinsatser ges tidigt i sjukfallet.

Utredningen beskriver därför konsekvensen för sjukpenningen både vid ett ökat antal sjukdagar och vid ett minskat antal sjukdagar. Om det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning minskar med fem dagar kan en minskning av utgifterna för sjukpenning göras med ca 1,9 miljarder kronor. En minskning med en dag skulle innebära minskade utgifter för sjukpenning med ca 400 miljoner kronor. På motsvarande sätt skulle utgifterna öka med 1,9 miljarder kronor om antalet dagar med sjukpenning förlängs med 5 dagar och med 400 miljoner kronor om antalet dagar ökar med en dag.

För personer som i dag är sjukskrivna bedömer utredningen att en tidig bedömning av den enskildes rehabiliteringsbehov leder till att fler personer får rehabiliteringsåtgärder. Med tidigare rehabiliteringsinsatser ökar sannolikheten för att den enskilde snabbare kan återgå i arbete. När försörjningen kommer från förvärvsarbete i stället för från socialförsäkringen stärks den enskildes ekonomiska situa-

tion. Under tid med ersättning påverkas emellertid inte den enskildes ekonomiska situation av om rehabiliteringsinsatser sätts in eller inte. Ersättningen är i dag lika stor i rehabiliteringspenningen som i sjukpenningen. Med utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen kommer detta förhållande inte förändras, eftersom ersättningen även fortsättningsvis kommer vara lika stor som sjukpenningen.

Tabell 25.4 Sammanfattning av utredningens förslag rörande förmåner vid rehabilitering

Preventionsersättning	
Preventionspenning	90
Försäkringskassan	+
Arbetsförmedlingen	+
Hälso- och sjukvården	-
Arbetsgivare	-
Individen	+
Rehabiliteringsersättning	
Rehabiliteringspenning	700–1 000
Sjukpenning (antagen minskning av sjukpenning på lång sikt)	-(400–1 900)
Individen	+
Försäkringskassan	+
Arbetsförmedlingen	+
Arbetsgivare	-

Källa: Egna beräkningar.

Utredningens förslag kan förväntas leda till att fler personer beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Med ett tydligare krav på att rehabiliteringsbehovet ska kartläggas tidigt i sjukfallet kommer det innebära en ökad administration för Försäkringskassan för att upprätta rehabiliteringsplaner, följa upp dessa planer och vid behov revidera dem. Det kan också komma att innebära fler och tätare kontakter med arbetsgivare för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att enbart ett ersättningsslag ska betalas ut vid partiell rehabilitering minskar enligt utredningen till viss del den sammantagna administrationen i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen.

Med fler personer som beviljas rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser kan det även komma att påverka Arbetsförmedlingen och antalet personer som blir föremål för det förstärka samarbetet. Det innebär även att antalet personer som blir föremål för en gemensam kartläggning kommer att öka. Den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen innebär att alla aktiviteter som erbjuds arbetssökande ska utföras av fristående aktörer på leverantörsmarknaden. Detta gäller redan i dag i hög grad för dem som deltar i det förstärkta samarbetet och det kommer sannolikt att gälla även för de ytterligare personer som kan tänkas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för det förstärkta samarbetet. En konsekvens av detta blir att mer resurser inom Arbetsförmedlingen måste avsättas för upphandling av fristående aktörer utifrån den aktuella målgruppens behov. Utredningens bedömning är att detta kommer öka de administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen. Utredningen har dock inget närmare underlag för att kunna beräkna kostnader för detta.

För arbetsgivare gör utredningen bedömningen att tidiga rehabiliteringsinsatser kan bidra till att sjukskrivningstiden kan kortas. Med ett snabbare återinträde i arbetslivet minskar tiden som arbetsgivare behöver avvara viktig kompetens. Att fler personer genomgår olika rehabiliteringsåtgärder innan de återvänder till arbetslivet menar utredningen även minskar risken för en snar återkomst till sjukförsäkringen. Mer rehabilitering gör individen bättre rustad och mer observant på tidiga signaler om en begynnande ohälsa. Med genomförd rehabilitering tidigare i sjukfallet kan det även ge verktyg till både individen och arbetsgivaren för hur verksamheten kan anpassas så att individens arbetsförmåga kan tas tillvara på bästa sätt. Utredningen gör därför bedömningen att mer av rehabiliteringsåtgärder på sikt leder till att en större del av människors arbetsförmåga kan tas tillvara. Det är positivt både för arbetsgivare, individen och samhället i stort. Det minskar behovet av sjukskrivningar och minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön och rekrytering.

Införande av preventionsersättning

Förmånen förebyggande sjukpenning används i dag i mycket liten omfattning. Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade ansöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen i dag utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Utredningen har identifierat ett antal olika förklaringar till att förebyggande sjukpenning används i så liten utsträckning. Det handlar dels om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit, dels om att medicinsk behandling inte genomförs i någon större utsträckning i förebyggande syfte och att förmånen inte är tillräckligt känd vare sig i vården eller hos den enskilde. Mot bakgrund av denna analys bedömer utredningen att antalet personer som kan beviljas den nya förmånen preventionsersättning i jämförelse med de som i dagsläget beviljas förebyggande sjukpenning kommer att öka. Effekten kan åtminstone inledningsvis förväntas vara förhållandevis liten.

Utredningens förslag om att kravet för att beviljas ersättning för förebyggande behandling sänks från att i dag kräva evidensbaserade behandlingsmetoder till vetenskapligt och beprövade behandlingsmetoder gör att fler kan beviljas ersättning än i dag. Även formen för hur ersättningen ska beräknas torde påverka antalet personer som ersätts för förebyggande behandlingar. Med dagens krav på att en behandling ska ta minst två timmar inklusive restid, blir många kortare behandlingar inte ersättningsberättigade. Utredningens förslag fokuserar mer på det faktiska inkomstbortfallet som den enskilde har under hela den period som behandlingsplanen sträcker sig över. Det gör att fler behandlingar och fler personer kan beviljas ersättning för förebyggande behandlingar än i dag.

Det finns emellertid redan i dagens system, svårigheter med att bedöma när förebyggande behandlingar ska sättas in och hur dessa insatser kan förväntas påverka den enskildes eventuella framtida sjukskrivning. Det är sannolikt också en av flera förklaringarna till att förbyggande behandlingar inte används i så stor uträckning i dag. Med utredningens förslag kvarstår denna problematik och gör att utredningen bedömer att antalet förbyggande behandlingar som ger rätt till preventionsersättning inte kommer öka dramatiskt. Även gränsdragningsproblem i förhållande till vad som är arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och vad som ska täckas av för-

säkringen kan bidra till att ökningen blir begränsad. I praktiken blir det fråga om bedömningar i det enskilda fallet som inte alltid är enkla.

De förebyggande behandlingarna bygger dock på att den enskilde tillsammans med arbetsgivaren och eller vården tar initiativ till att ansöka om preventionsersättning hos Försäkringskassan. Med den generellt sett låga medvetandegraden kring vilka möjligheter till ersättning som finns för förebyggande åtgärder i dag bedömer utredningen att det kommer ta tid innan dessa möjligheter blir mer kända. Även om Försäkringskassan informerar arbetsgivare, vården och allmänheten om den nya förmånens möjligheter bedömer utredningen att det är en längre process innan preventionspenning används i en mer betydande omfattning än dagens förebyggande sjukpenning.

I dag beviljas omkring 10 000 personer förebyggande sjukpenning årligen. Utredningens bedömning är att omkring 5 000 ytterligare personer kan beviljas preventionspenning om utredningen förslag genomförs. Det skulle innebära en ökning av försäkringskostnaderna med ca 90 miljoner kronor i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning, givet att den genomsnittliga ersättningen är den samma.

Utredningens bedömning är att möjligheten till förebyggande insatser även av arbetslivsinriktad karaktär har en positiv effekt på individens möjligheter att vara kvar i arbetslivet. För den enskilde innebär det en bättre ekonomisk situation om inkomsten kommer från lön i stället för sjukpenning. Kan förebyggande insatser leda till att sjukskrivning undviks innebär det sannolikt att individens inkomst även i ett längre perspektiv blir högre med utredningens förslag än med dagens gällande regler.

Med fler personer som beviljas preventionsersättning ökar Försäkringskassans kostnader för handläggning av dessa ärenden. Ansvaret för att upprätta en plan vid medicinska förebyggande åtgärder förflyttas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den planpreventionsplan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär att Försäkringskassan behöver ha fler kontakter med hälso- och sjukvården jämfört med i dag, för att inhämta de uppgifter som behövs för upprättandet av preventionsplanen.

Även Arbetsförmedlingens administration kan komma att öka. Arbetsförmedlingen får den roll som arbetsgivare har för anställda när det gäller att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv reha-

bilitering. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering. En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för effektiva preventiva åtgärder. För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll. Arbetsförmedlingen blir också den aktör som bäst kan identifiera behov av förebyggande insatser för de arbetslösa. Försäkringskassan kan därför behöva inhämta uppgifter från Arbetsförmedlingen om huruvida olika insatser bedöms relevanta för den arbetslöse. Det gäller t.ex. om behovet av insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga.

Ett ökat antal personer som ansöker om preventionsersättning kommer också innebära att hälso- och sjukvårdens kostnader för olika behandlingar ökar. Dock gör utredningen bedömningen att om förslaget om att kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om denna behandlingsplan slopas minskar administrationen för vården i samband med förebyggande behandlingar som kan ge rätt till preventionsersättning. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den preventionsplan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär således inte att de administrativa uppgifterna för vården helt försvinner. De torde dock enligt utredningens mening minska i omfattning i förhållande till i dag.

26 Författningskommentar

26.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

5 kap.

9 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner den som är bosatt i Sverige är försäkrad.

Genom ändringen framgår av paragrafens sjunde punkt att den som är bosatt i Sverige är försäkrad för rehabiliteringsbidrag, preventionsbidrag och preventionspenning i särskilda fall. Ändringen är en följd dels av att det särskilda bidraget inom rehabiliteringsersättningen ersatts av rehabiliteringsbidraget, dels av att preventionsbidrag och preventionspenning i särskilda fall införts och ska utgöra bosättningsbaserade förmåner på samma sätt som rehabiliteringsbidraget respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.4 och 22.2.9.

14 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår under vilka förutsättningar förmåner får lämnas vid utlandsvistelser.

Genom ändringen framgår av paragrafen att preventionspenning i särskilda fall får för tid då en försäkrad vistas utomlands lämnas endast om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet. Samma villkor ska således gälla denna förmån som för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.9 och 22.2.10.

6 kap.

6 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner den som arbetar i Sverige är försäkrad.

Genom ändringen framgår av paragrafens fjärde punkt att den som arbetar i Sverige är försäkrad för rehabiliteringsersättning och preventionsersättning. Ändringen är en följd av att preventionsersättningen införts som en ny arbetsbaserad förmån.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.9.

23 kap.

2 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilka förmåner som är förmåner vid sjukdom eller arbetsskada enligt socialförsäkringsbalkens avdelning C.

Ändringen är redaktionell och är en följd av att preventionsersättning införts som ny förmån. Således anges genom ändringen även preventionsersättningen i uppräkningen av de förmåner vid sjukdom eller arbetsskada som finns i socialförsäkringsbalkens avdelning C.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges översiktligt vad bestämmelserna i kapitlet berör.

Andra stycket har ändrats redaktionellt till följd av att preventionsersättning införts som ny förmån. Således anges genom ändringen även preventionsersättningen i uppräkningen av förmåner och deras respektive kapitel.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

24 kap.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner enligt socialförsäkringsbalken som en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund.

Genom ändringen anges att en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund för beräkning av bland annat preventionspenning enligt 31 b kap. Ändringen är en följd av att preventionsersättning införts som ny förmån och att en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund för beräkning av preventionspenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1 och 22.2.4

26 kap.

17 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till någon av de i bestämmelsen uppräknade socialförsäkringsförmånerna.

Ändringen består i att den nya förmånen preventionsersättning läggs till i punktlistan i bestämmelsens *första stycke*. Genom bestämmelsens första och andra stycke framgår således att SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till preventionsersättning och att om det inte finns skäl som talar emot det gäller sådant skydd också under tid då den försäkrade har ansökt om sådan ersättning och väntar på ett slutligt beslut i ärendet.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

21 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att under tid som livränta betalas ut ska sjukpenning beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

Ändringen i *första stycket* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § avskaffas. Därmed hänvisar lagtexten i bestämmelsen inte längre till den avskaffade paragrafen utan endast till 29 kap. 2 §. Av förslaget till ändring i 29 kap. 2 § framgår vidare en beskrivning av förebyggande insatser. Således räcker det att lagtexten i 26 kap. 21 § hänvisar till 29 kap. 2 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

27 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges vad bestämmelserna i kapitlet handlar om.

Ändringen är en följdändring av att 55 c § införs, och består alltså av att även denna bestämmelse omnämns.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2.

15 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att det som anges i 10 § även gäller för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får förebyggande eller rehabiliterande behandling och som under denna tid får livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas och att ersättning vid förebyggande insatser i stället regleras i det nya 31 b kap. Hänvisningen till den upphävda paragrafen ersätts därmed av en hänvisning till 31 b kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

26 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilken tid som ska anses som sjukperiod.

Ändringen i *första stycket* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas. Tid då en försäkrad har rätt till

sjukpenning enligt denna bestämmelse kan därmed inte längre räknas med i den försäkrades sjukperiod.

Tid då en försäkrad har rätt till preventionsersättning ska inte räknas med i sjukperioden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1 och 22.2.5.

28 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen berör när sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån lämnas utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas och består i att hänvisningen till bestämmelsen för denna förmån tas bort. Eftersom det tidigare första stycket handlade om försäkrade som har rätt till sådan förmån omarbetas bestämmelsen så att det som tidigare framgick av andra stycket ska framgå av första stycket.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

55 c §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att under tid för vilken den försäkrade får rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering ska bedömningen av arbetsförmågan enligt 46–49 §§ alltid bedömas utifrån den bestämmelse som var tillämplig då rehabiliteringen påbörjades.

Bestämmelsen anger alltså vilken tidpunkt i rehabiliteringskedjan och således vilket arbetsförmågebegrepp den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot under tid för vilken den försäkrade får rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Genom bestämmelsen gäller att under hela den tid som den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan bedömas utifrån den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som motsvarar tidpunkten då rehabiliteringen påbörjades. Med detta avses att om den försäkrade under den tid han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliter-

ingspenning passerar någon av tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, exempelvis dag 90 eller dag 180, ska den försäkrades arbetsförmåga inte bedömas enligt det nya arbetsmarknadsbegreppet redan när denna tidpunkt passeras. I stället ska arbetsförmågan fortsatt bedömas mot det arbetsmarknadsbegrepp som gällde när rehabiliteringen påbörjades. Den försäkrade ska bedömas gentemot det nya, mer vidgade arbetsmarknadsbegreppet först när den pågående arbetslivsinriktade rehabiliteringen är slutförd. En försäkrad som påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering dag 85 i rehabiliteringskedjan ska alltså få sin arbetsförmåga bedömd mot sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne tills rehabiliteringen är avslutad enligt 27 kap. 46 socialförsäkringsbalken. Om rehabiliteringen pågår i tio dagar innebär detta att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne dag 85–94 i rehabiliteringskedjan. Ifall den försäkrade ansöker om förmån för tid efter rehabiliteringen ska arbetsförmågan alltså först från och med dag 95 i sjukfallet bedömas jämfört med möjligheter till omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren enligt 27 kap. 47 § socialförsäkringsbalken.

Av den nya bestämmelsen 31 kap. 3 a § socialförsäkringsbalken följer vidare att när en försäkrad samtidigt har rätt till rehabiliteringspenning både för partiellt deltagande i rehabilitering och för nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet ska han eller hon få rehabiliteringspenning i en omfattning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga, både på den del den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och på den del personen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom utöver deltagandet.

Bestämmelsen i 55 c § är avsedd att även vara tillämplig vid den indirekta bedömning av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga på grund av sjukdom som alltså behöver göras vid en bedömning av rätten till rehabiliteringspenning enligt 31 kap. 3 a §. Som ett exempel kan nämnas en försäkrad som arbetar halvtid och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering halvtid. Den försäkrade får rehabiliteringspenning i en omfattning om halv förmån och hans eller hennes arbetsförmåga ska bedömas gentemot det vanliga arbetet eftersom rehabiliteringen påbörjades innan dag 90 i rehabiliteringskedjan. Om den försäkrade drabbas av en sjukdom dag 95 i rehabiliteringskedjan och således även ansöker om halv sjukpenning ska hans eller hennes

arbetsförmåga även avseende rätten till sjukpenning bedömas enligt samma tidpunkt och arbetsmarknadsbegrepp i rehabiliteringskedjan som bedömningen avseende den redan pågående rehabiliteringspenningen, alltså enligt dag 90 i rehabiliteringskedjan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1 och 22.1.2.

28 kap.

11 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § avskaffas och består i att undantaget för denna förmån och således hänvisningen till denna bestämmelse tas bort. Förmånen sjukpenning i förebyggande syfte saknade tak för ersättningen och något sådant tak finns inte heller för förmånen preventionsersättning som ersätter den förebyggande sjukpenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

29 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges övergripande information kring vad kapitlen i underavdelningen behandlar.

Ändringen består i att det införs en hänvisning till de nya kapitlen 31 b och 31 c om preventionsersättning respektive preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

2 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad insatser i underavdelningen ska syfta till.

Ändringen består i att det läggs till ett *andra stycke* i bestämmelsen, i vilket det anges att preventionsinsatser ska syfta till att en försäkrad ska behålla sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges övergripande information om under vilken tid rehabiliteringsersättning kan lämnas.

Ändringen består i att ett *andra stycke* i bestämmelsen tillkommer, i vilket det anges att under den tid som preventionsinsatser pågår kan preventionsersättning lämnas enligt bestämmelserna i 31 b och 31 c kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

30 kap.

9 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering klarläggs och att myndigheten ska se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade vidtas.

Ändringen består i att det införs en tidsgräns för när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Dessutom ändras det tidigare första styckets två strecksatser genom att de bryts ut i två separata stycken.

I bestämmelsens *första stycke* anges genom ändringen att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast, och senast dag 60 i sjukperioden, klarläggs. Detta innebär att senast dag 60 i sjukperioden ska det vara utrett om den försäkrade behöver rehabiliteringsinsatser eller inte.

Sådana insatser behöver dock inte vara påbörjade inom denna tid. Rehabiliteringsplanen som sådan behöver inte heller vara upprättad inom 60 dagar utan att det räcker att behovet har klarlagts inom denna tid.

Det anges vidare i nämnda stycke att ett klarläggande inom denna tidsgräns inte behöver göras om det är uppenbart obehövligt. Att inleda en sådan utredning inom denna tid kan vara uppenbart obehövligt om det exempelvis finns en tydlig prognos om att den försäkrade inom kort kommer att kunna återgå i arbete utan att ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är också uppenbart obehövligt när sjukdomsfallet till sin karaktär innebär att rehabilitering är i det närmaste utesluten.

Av bestämmelsens *andra stycke* framgår att om den försäkrade bedöms inte ha behov av rehabilitering vid klarläggandet ska det fortlöpande under den fortsatta sjukperioden följas upp om ett sådant behov uppstår. Med skrivningen avses att Försäkringskassan ska följa utvecklingen av den försäkrades sjukfall och eventuella rehabiliteringsbehov.

I *tredje stycket* anges att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade även ska se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Detta stycke innebär ingen ändring i sak.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.5.

31 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad bestämmelserna i 31 kap. handlar om.

Förändringen består i att det särskilda bidraget i stället benämns som rehabiliteringsbidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.4.

2 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges i vilka former som rehabiliteringsersättning lämnas.

Paragrafen justeras på flera sätt. Genom förändringen tydliggörs i båda punkterna redan gällande krav att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga för att kunna beviljas rehabiliteringsersättning.

Av den andra ändringen i punkten 1 framgår vidare att rehabiliteringspenning inte bara lämnas till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering utan även till den som utöver sådant deltagande har nedsatt arbetsförmåga enligt 3 a §. Ändringen är en följdändring av införandet av denna paragraf.

Den andra ändringen i punkten 2 består i att det särskilda bidraget byter namn till rehabiliteringsbidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1 och 22.1.4.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad som krävs för att en försäkrad ska kunna beviljas rehabiliteringsersättning.

I det nya *andra stycket* anges uttryckligen att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas enligt rehabiliteringskedjan i 27 kap, vilket är en kodifiering av vad som redan gäller. För rätt till rehabiliteringsersättning krävs att den försäkrades arbetsförmåga bedöms nedsatt med minst en fjärdedel och av 27 kap. 46–55 c §§ framgår gentemot vilket arbetsmarknadsbegrepp arbetsförmågan ska bedömas vid olika tidpunkter i rehabiliteringskedjan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2.

3 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen anges att en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och har rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning enligt 3 § har rätt till sådan ersättning

även under tid då hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt på det sätt som anges i 27 kap. 2–4 och 46–55 §§.

Tillsammans med bestämmelsen i 2 § innebär skrivningen att en försäkrad som till någon del får rehabiliteringspenning ska få rehabiliteringspenning även vid sådana förhållanden som normalt berättigar till sjukpenning. Bestämmelsen innebär att en försäkrad som utöver medverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning, ska få rehabiliteringspenning i en omfattning som svarar mot hela nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Om den som medverkar i arbetslivsinriktad rehabilitering, utöver att rehabiliteringen förhindrar förvärvsarbete med minst en fjärdedel, har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska rehabiliteringspenning lämnas utifrån den enskildes sammanlagda arbetsförmågenedsättning. När en försäkrad samtidigt uppfyller de materiella kraven för rätt till både rehabiliteringspenning och sjukpenning ska den försäkrade alltså beviljas rehabiliteringspenning i en omfattning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga.

Detta betyder exempelvis att en försäkrad som deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats två timmar om dagen under samma period som han eller hon har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i en omfattning om tre fjärdedelar ska få hela sin arbetsförmågenedsättning kompenserad genom hel rehabiliteringspenning.

Samma princip gäller också om den försäkrade får nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom först efter det att en period med rehabiliteringspenning har påbörjats, exempelvis om rehabiliteringen pågår på halvtid och den försäkrade därefter får ytterligare nedsatt arbetsförmåga på grund av en ny sjukdom i en omfattning om övriga 50 procent. Under sådana omständigheter ska den försäkrade beviljas hel rehabiliteringspenning.

Genom paragrafens sista mening tydliggörs att den försäkrade endast ska beviljas rehabiliteringspenning under nämnda omständigheter. Det ska alltså inte vara möjligt för en försäkrad att bli kompenserad genom både sjukpenning och rehabiliteringspenning för samma period.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår i vilken omfattning den försäkrade har rätt till rehabiliteringspenning.

Ändringen i *första stycket* innebär att det förtydligas en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning för att ersätta den inkomstförlust han eller hon gör på grund av att han eller hon är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete till följd av deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utgångspunkten för rätten till rehabiliteringspenning är alltså om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Arbetslösa kompenseras för inkomstförlust om de har nedsatt arbetsförmåga och är förhindrade att söka och ta förvärvsarbete p.g.a. att de genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering.

Beräkningen av inkomstförlusten ska baseras på omfattningen av den arbetstid som leder till inkomstförlusten. Den tid som den försäkrade behöver avstå från att arbeta, avrundat nedåt till hela timmar, ska ersättas genom rehabiliteringspenning i motsvarande antal timmar. Bedömningen av hur mycket tid den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete ska göras utifrån innehållet i rehabiliteringsplanen. I denna ska anges när, i vilken omfattning per dag och hur länge rehabiliteringsinsatsen planeras pågå.

Rehabiliteringspenningen är således inte bunden till fjärdedelar, utan bestäms i stället steglöst utifrån den arbetstidsförlust som den försäkrade gör en given period för att han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och därmed har nedsatt arbetsförmåga. Systemet hindrar inte att ersättningen i ett enskilt fall ändå kan bestämmas efter en skala baserad på fjärdedelar, men tillåter även till exempel en mer flexibel, successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats vartefter personen får förbättrad arbetsförmåga.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

12 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår hur rehabiliteringspenningen ska samordnas med vissa andra socialförsäkringsförmåner.

Ändringen i *första stycket* är en följdändring av införandet av 3 a §. Enligt denna paragraf ska den försäkrade endast få ersättning i form av rehabiliteringspenning för tid då han eller hon har rätt till både rehabiliteringspenning och sjukpenning samtidigt. Det kommer därmed inte vara möjligt för en försäkrad att för samma tid få både rehabiliteringspenning och sjukpenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

14 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges information om för vilka kostnader rehabiliteringsbidraget lämnas samt om en upplysningsbestämmelse för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter avseende detta bidrag.

Förändringen består i att det särskilda bidraget i stället benämns som rehabiliteringsbidrag. Det införs också en hänvisning till 3 § för att det tydligare ska framgå vilken rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringsbidrag. Utöver hänvisningen till 3 § anges även att rehabiliteringsbidrag kan beviljas en försäkrad som har sjukersättning eller aktivitetsersättning och genomgår rehabilitering. Tillägget görs eftersom denna grupp försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga bedömd enligt 27 kap. och därmed inte ingår gruppen som avses i 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2 och 22.1.4.

15 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen anges vilka paragrafer om sjukpenning i 27 och 28 kap. SFB som är tillämpliga för försäkrade som omfattas av bestämmelsen om rätt till rehabiliteringspenning enligt 3 a §.

Enligt 3 a § kan en försäkrad som har rehabiliteringsersättning få ersättning i form av rehabiliteringspenning även för nedsatt arbetsförmåga utöver den tid som han eller hon genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. I ett sådant fall ska den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning och inte sjukpenning. När den situation som anges i 3 a § är aktuell ska vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning tillämpas för den försäkrade som omfattas av

bestämmelsen. Den försäkrade ska inte försättas i vare sig ett bättre eller sämre läge än vad som hade varit fallet om han eller hon i stället för rehabiliteringspenning hade varit aktuell för sjukpenning. De bestämmelser som är aktuella är de i 27 kap. om sjukresor (5 §), samordning med sjuklön (9 §), sjukpenning vid kortare sjukdomsfall (10–16 §§), sjukanmälan (17–18 §§), krav på läkarintyg efter sjunde dagen (25 §), karensavdrag (27 och 27 a §§), allmänt högriskskydd (39 och 39 a §§), särskilt högriskskydd (40–44 §§), utbetalning till arbetsgivare m.m. (59–61 §§). Därutöver ska vissa bestämmelser i 28 kap. tillämpas. Det är fråga om beräkningsunderlag (8 §), arbetstidsberäknad sjukpenning (12–18 §§), samordning med samtidig lön (19–21 §§)

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

31 a kap.

4 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår under vilka omständigheter en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Ändringen består i att en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall under sådana förhållanden som anges i 31 kap. 3 a §, utöver den situation som anges i 31 kap. 3 §. Det innebär att en försäkrad som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och är beviljad rehabiliteringspenning i särskilda fall till någon del kommer att få rehabiliteringspenning i särskilda fall i stället för sjukpenning i särskilda fall i en situation där den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen och uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning i särskilda fall. Detta motsvarar vad som gäller för huvudformen av rehabiliteringspenning i 31 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

7 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår med vilket belopp rehabiliteringspenning i särskilda fall högst kan lämnas.

Ändringen är en följd av att rehabiliteringspenning enligt 31 kap. 8 § föreslås kunna lämnas steglöst avrundat till hela timmar.

Att rehabiliteringspenning i särskilda fall kan lämnas med högst 160 kronor per dag vid hel förmån är oförändrat, likaså de tidigare i lagtexten angivna högsta beloppen vid respektive förmånsnivå. Ändringen består i att förmånen inte längre är låst till dessa nivåer. Vid partiell förmån ska alltså det högsta ersättningsbeloppet beräknas på så sätt att nivån på vilken förmån beviljats ska sättas i proportion till 160 kronor. På samma sätt som tidigare kommer alltså exempelvis ersättningsbeloppet vid en fjärdedels nivå vara högst 40 kronor per dag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

31 b kap.

1 §

Kapitel 31 b är nytt.

Kapitlet behandlar den nya förmånen preventionsersättning. Kapitlets uppbyggnad är modellerat utifrån kapitel 31 om rehabiliteringsersättning, men med vissa avvikelser.

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen redogör för innehållet i kapitlet och i vilka bestämmelser de olika delarna av preventionsersättningen regleras.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

2 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för de former preventionsersättning kan lämnas. Liksom för rehabiliteringsersättningen enligt 31 kap. är preventionsersättningen uppdelad i två former: preventionspenning och preventionsbidrag. De närmare förutsättningarna för att sådan ersättning ska kunna lämnas framgår av 3 §.

Preventionspenningen avser att ersätta inkomstförlust för en försäkrad som deltar i insatser i förebyggande syfte. Dessa insatser kan vara av såväl medicinsk som arbetslivsinriktad karaktär.

Preventionsbidraget är modellerat utifrån det rehabiliteringsbidrag (tidigare särskilda bidrag) som kan lämnas till en försäkrad för merkostnader i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 31 kap. 14 §. Preventionsbidrag kan lämnas till en försäkrad som har kostnader i samband med sådana förebyggande åtgärder som anges i 3 §. I den nya 5 § anges att Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

3 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för de situationer då en försäkrad har rätt till preventionsersättning. Det ska vara fråga om en åtgärd av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär, eller en kombination av de båda, som genomförs i förebyggande syfte. Med sådant syfte avses att åtgärden ska förebygga uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid och/eller förhindra nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Eftersom det ska vara fråga om en förebyggande åtgärd ska preventionsersättning användas i de fall då den försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga. Har arbetsoförmåga redan uppstått kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Detta innebär inte att nedsatt arbetsförmåga utgör ett hinder för att få preventionsersättning parallellt med sjukpenning eller rehabiliteringspenning; en försäkrad kan exempelvis ha partiellt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom men vara i behov av en förebyggande åtgärd på den del där arbetsförmågan inte är nedsatt. Ersättningsformen är emellertid inte avsedd att användas vid rehabiliterande åtgärder där syftet med åtgärden uteslutande är att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga. En effekt av en förebyggande åtgärd, exempelvis en viss medicinsk behandling, kan dock bli att också arbetsförmågan generellt förbättras.

En medicinsk behandling eller rehabilitering i förebyggande syfte ska vara ordinerad av läkare. Det är således inte möjligt för en enskild försäkrad att utan sådan ordination påbörja en behandling som kan ge rätt till ersättning. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda till nedsättning av arbets-

förmågan. Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska av vårdgivaren bedömas vara lämplig och, enligt de riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdens verksamhet, vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivarens medicinska bedömning ska, om den är adekvat beskriven och inget framkommit som gett anledning att ifrågasätta bedömningen, godtas.

En arbetslivsinriktad åtgärd som kan ge rätt till preventionsersättning förutsätter den försäkrades aktiva medverkan. Åtgärden ska vara nödvändig för att ett eller flera av syftena i paragrafen ska kunna uppnås. Åtgärderna kan vara av skiftande slag och ha ett mångfacetterat innehåll. Avgörande för om rätt till ersättning föreligger är om den försäkrade riskerar sjukdom eller att få nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och om den aktuella behandlingen eller förebyggande insatsen i hans eller hennes fall kan förväntas förebygga sjukdomen, förkorta sjukdomstid eller förhindra arbetsoförmåga. Det ska således föreligga en risk för att sjukdom eller arbetsoförmåga uppkommer om den aktuella insatsen inte genomförs och de ordinerade åtgärderna ska förväntas minska denna risk.

Av *andra stycket* framgår att de arbetslivsinriktade åtgärder inte får avse sådana förebyggande åtgärder som arbetsgivaren har skyldighet att vidta enligt arbetsmiljölagen (1977:1170), Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller annan författning. Avsikten med preventionsersättning är inte att en försäkrade ska kunna få sådan ersättning i stället för lön för deltagande i åtgärder som ligger inom arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Sådana förebyggande åtgärder ska därför typiskt sett också vara prövade och uttömda innan åtgärder som kan medföra rätt till preventionsersättning kan bli aktuella.

Av *tredje stycket* framgår att en preventionsplan ska upprättas av Försäkringskassan i de fall en försäkrad är i behov av någon av de åtgärder som anges i första stycket. Med åtgärder avses medicinsk behandling och rehabilitering samt förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. En sådan plan ska till sitt syfte och innehåll motsvara vad som är angivet för rehabiliteringsplan i 30 kap. 12–14 §§. Det innebär att planen i den utsträckning det är möjligt ska upprättas i samråd med den försäkrade.

En preventionsplan ska ange

1. de förebyggande åtgärder som ska komma i fråga,
2. vem som har ansvaret för åtgärderna,
3. en tidsplan för åtgärderna, och

4. de uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen.

Försäkringskassan ska fortlöpande se till att en preventionsplan följs och att det vid behov görs ändringar i den.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1, 22.2.3 och 22.2.8.

4 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen motsvarar 31 kap. 4 § som reglerar när rehabiliteringsersättning som längst kan lämnas. Samma begränsning ska gälla för preventionsersättning, och ska alltså som längst kunna lämnas till och med månaden före den när den försäkrade fyller 65 år.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

5 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen, som till sitt innehåll motsvarar 31 kap. 6 § om rehabiliteringsersättning, anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

6 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen berör situationen att en familjehemsförälder får ersättning för vården av barn som omfattas av uppdraget för tid när preventionspenning kommer i fråga.

En regel med motsvarande innehåll finns i fråga om sjukpenning, se 27 kap. 8 §, och för rehabiliteringsersättning, se 31 kap. 7 §. Samma begränsning ska gälla för rätten till preventionspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

7 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar förutsättningarna för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det krävs att en försäkrad behöver avstå från förvärvsarbete under viss dag och därigenom också gör inkomstförlust. För en arbetslös försäkrad krävs att han eller hon till följd av åtgärden behöver avstå från att söka eller ta arbete och därmed gör inkomstförlust till följd av exempelvis utebliven arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd. Orsaken till att den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete ska vara någon av de åtgärder som anges i 3 §. Ersättning lämnas för den tid som åtgärder tar i anspråk och hindrar den försäkrade från förvärvsarbete. I detta ingår också tid när den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför eller åtgärder efter en behandling är förhindrad att förvärvsarbeta liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle. För rätt till rehabiliteringspenning enligt denna paragraf krävs inte att den försäkrade ska ha behövt avstå från förvärvsarbete åtminstone två timmar under en dag och därmed gått miste om minst en fjärdedel av sin dagsinkomst. Preventionspenningen skiljer sig på så sätt från vad som gällt för sjukpenning i förebyggande syfte eller rehabiliteringspenning. Tidsåtgången för vilket ersättning kan beviljas ska däremot avrundas nedåt till hela timmar.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.4.

8 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges genom hänvisning till flera paragrafer i 27 kap. och 28 kap. hur preventionspenningen ska beräknas. Ersättningens storlek är densamma som för sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.4.

9 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar de fall där en försäkrad får inkomst i egenskap av familjehemsförälder och att ersättning i sådant fall ska beräk-

nas på en SGI som inte omfattar den ersättningen. Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för rehabiliteringsersättningen och som regleras i 31 kap. 11 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

10 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen avser samordning med andra förmåner från socialförsäkringen.

Av *första stycket* framgår att den ersättning i form av preventionspenning som en försäkrad får ska minskas med det belopp den försäkrade får för samma tid i form av bl.a. föräldrapenningförmån, sjukpenning, arbetsskadeersättning eller studiestöd.

Av *andra stycket* framgår att det som föreskrivs i första stycket även gäller för motsvarande förmån som lämnas till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för samordning för rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

11 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för rehabiliteringspenningen och som regleras i 31 kap. 13 §. Reglerna om arbetsgivarinträde och inträde av staten i vissa gäller också för sjukpenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

12 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen motsvarar 31 kap. 14 § som rör det föreslagna rehabiliteringsbidraget. I paragrafen anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

31 c kap.

1 §

Kapitel 31 c är nytt.

Kapitlet behandlar den nya förmånen preventionspenning i särskilda fall. Kapitlets uppbyggnad är modellerat utifrån kapitel 31 a om rehabiliteringspenning i särskilda fall, men med vissa avvikelser.

Paragrafen är ny.

I paragrafen finns en innehållsförteckning över vilka bestämmelser som återfinns i de olika paragraferna i det nya kapitlet.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6 och 22.2.10.

2 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att bestämmelserna i 31 b kap. gäller även i fråga om preventionspenning i särskilda fall, om inte något annat följer av bestämmelserna i det nya 31 c kap. Det innebär att de bestämmelser som finns om preventionspenning i 31 b kap. även gäller med avseende på preventionspenning i särskilda fall, om inte något annat anges i bestämmelserna i 31 c kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

3 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen beskrivs vilka försäkrade som ska ha rätt till preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

4 §

Paragrafen är ny.

I paragrafens första stycke anges förutsättningarna för rätten till preventionspenning i särskilda fall. För att kraven ska vara uppfyllda krävs att en försäkrad på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i socialförsäkringsbalken inte skulle ha rätt till

hel preventionspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag. Skälet till att begreppet ”kalenderdag” används är att bedömningen av om en försäkrad uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall ska göras i förhållande till veckans alla dagar. Vidare framgår att för att över huvud taget kunna omfattas av rätten till förmånen, krävs också att den försäkrade genomgår sådan åtgärd i som framgår av bestämmelserna i 31 b kap. 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

5 §

Paragrafen är ny.

Rätten till förmånen inträder från och med dagen efter den då rätten till aktivitetsersättning för en försäkrad som har fyllt 30 år, eller tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelserna i 4 kap. 31 § lagen om införande av socialförsäkringsbalken, har upphört. Det innebär att en försäkrad som var beviljad tidsbegränsad sjukersättning under den period detta var möjligt har rätt till preventionspenning i särskilda fall om inte rätten har förlorats enligt 13 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

6 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges de belopp som preventionspenning i särskilda fall högst kan lämnas med per dag. Beloppets storlek är avhängigt av om den försäkrade samtidigt har rätt till preventionspenning baserat på en sjukpenninggrundande inkomst enligt 31 b kap. Om så är fallet ska preventionspenningen i särskilda fall minskas med det belopp som lämnas med utgångspunkt i den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst. Beloppets storlek är också avhängigt om den försäkrade får sjukersättning till någon del. Se vidare författningskommentaren till 31 a kap. 8 och 9 §§.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

7 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att preventionspenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka. Ersättningen ska således kunna utbetalas för varje dag som den försäkrade genomgår en sådan åtgärd som anges i 31 b kap. 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

8 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen finns beräkningsregler för preventionspenning i särskilda fall. Om inte annat följer av 9 §, gäller enligt punkten 1 att för en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas, uppgår preventionspenning i särskilda fall för hel dag till 160 kronor. vid hel förmån, 120 kronor vid tre fjärdedels förmån, 80 kronor vid halv förmån och 40 kronor vid en fjärdedels förmån. För en försäkrad som har en preventionspenning som grundar sig på en sjukpenninggrundande inkomst enligt 31 b kap. (i lagtexten ”annan försäkrad än den som avses i 1,”) ska enligt punkten 2 rehabiliteringspenning i särskilda fall per dag motsvara differensen mellan 160, 120, 80 respektive 40 kronor och den rehabiliteringspenning som lämnas per dag enligt 31 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

9 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen innehåller bestämmelser om hur beräkning av preventionspenning i särskilda fall ska göras när sjukersättning lämnas till den försäkrade. Av *första stycket* framgår med vilken nivå hel preventionspenning i särskilda fall högst kan uppgå till per hel dag när en försäkrad får partiell sjukersättning.

I *andra stycket* finns bestämmelser om det högsta belopp som kan lämnas i form av partiell preventionspenning i särskilda fall till en försäkrad som under del av dag genomgår en åtgärd som kan ge rätt till preventionspenning i särskilda fall samtidigt som han eller hon

får sjukersättning. När preventionspenning i särskilda fall ska lämnas i ett sådant fall, lämnas ersättningen med ett belopp som motsvarar den del av en hel dag, motsvarande åtta timmar, som de aktuella åtgärden har pågått och förhindrat den försäkrade från förvärvsarbete. Av 31 b kap. 7 § framgår att denna tid ska avrundas nedåt till hel timme. Detta medför att preventionspenning i sådant fall betalas ut med ett belopp som motsvarar ett antal åttondelar av 160, 120, 80 respektive 40 kronor, beroende på åtgärdens tidsåtgång, och där varje timme motsvarar en åttondel. Beloppets storlek är alltså beroende av den förmånsnivå med vilken rehabiliteringspenning i särskilda fall ska lämnas.

Av *tredje stycket* framgår hur beräkningen av preventionspenning i särskilda fall ska göras när det till den försäkrade också ska lämnas preventionspenning enligt 31 b kap. socialförsäkringsbalken. I ett sådant fall ska det belopp på preventionspenning i särskilda fall som räknats fram enligt första eller andra styckena i paragrafen, minskas med den preventionspenning som den försäkrade ska få enligt 31 b kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

10 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen innehåller bestämmelser om hur preventionspenning i särskilda fall ska beräknas när den försäkrade för samma tid får livränta enligt bestämmelserna i 41 eller 43 kap. socialförsäkringsbalken.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

11 §

Paragrafen är ny.

I 31 b kap. 8 §, som rör beräkning av preventionspenning som baseras på en sjukpenninggrundade inkomst, hänvisas till 27 kap. 21–24 §§, som handlar om förmånstiden för sjukpenning på normalnivån (80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten) och fortsättningsnivån (75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten). Av dessa bestämmelser framgår i vilka situationer som sjukpenning kan betalas ut. På grund av hänvisningen från 31 b kap. 8 § till dessa bestämmelser tillämpas dessa även för preventionspenning. Preven-

tionspenning i särskilda fall ska dock inte lämnas på normal- eller fortsättningsnivån, utan för denna form av preventionspenning gäller särskilda belopp enligt de föreslagna beräkningsbestämmelserna i 31 c kap. 8 och 9 §§. Preventionspenning i särskilda fall ska emellertid jämställas med sjukpenning på normalnivån respektive fortsättningsnivån när det gäller förmånstiden för denna förmån.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

12 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafens *första stycke* framgår i vilka situationer som en försäkrad ska kunna behålla rätten till preventionspenning i särskilda fall, när denna förmån inte lämnas till honom eller henne. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de villkor som gäller för att den försäkrade ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande.

Enligt *andra stycket* behåller en försäkrad rätten till preventionspenning i särskilda fall endast om denna rätt inte upphör på grund av att det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

13 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att rätten till preventionspenning i särskilda fall upphör när det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundade inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor. Bestämmelserna innebär att när en försäkrad börjar förvärvsarbeta och den sjukpenninggrundande inkomsten har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas till minst 80 300 kronor, upphör rätten till preventionspenning i särskilda fall. Även om en försäkrad därefter skulle minska sin arbetstid och det för honom eller henne då skulle kunna fastställas en lägre sjukpenninggrundande inkomst,

kan han eller hon inte återfå rätten till preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

14 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att de bestämmelser som gäller om arbetsgivarinträde m.m. för preventionspenning enligt 31 b kap. 11 §, inte ska gälla för preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

33 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen finns en innehållsförteckning över vilka bestämmelser som återfinns i de olika paragraferna i kapitlet.

I hänvisningarna till bestämmelsernas olika ämnesområden finns nu även en hänvisning till bestämmelsen om arbetsmarknadspolitiskt ramprogram för unga med aktivitetsersättning i 20 a §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4.

5 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen avser de gemensamma villkor som gäller för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Bestämmelsens *andra stycke* är nytt och innehåller ett kodifierat beviskrav för kravet på den försäkrades nedsatta arbetsförmåga, nämligen att *sannolika skäl* ska tala för att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Sannolika skäl har samma innebörd som att det är *sannolikt* att arbetsförmågan är nedsatt.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.5 och 12.3.

6 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen innehåller de kriterier för arbetsförmågenedsättningens varaktighet som måste vara uppfyllda för att sjukersättning ska kunna beviljas.

I *första stycket första meningen* redogörs för varaktighetskriteriet. Kravet på att arbetsförmågan ska vara nedsatt för viss tid och kravet på att rehabiliteringsåtgärder inte ska bedömas kunna leda till återfående av arbetsförmågan har separerats, från att tidigare varit beskrivna i samma mening. Det tydliggörs därmed att det är fråga om två olika steg i bedömningen.

Begreppet *stadigvarande* ersätts med att arbetsförmågan ska vara nedsatt under *överskådlig tid*. Det nya begreppet utgör ett förtydligande av nuvarande varaktighetskriterium och vad överskådligheten i begreppet ska anses innebära. I tidigare förarbeten har begreppet ”stadigvarande” definierats som ”all överskådlig framtid”.[1] Arbetsförmågans nedsättning ska bedömas vara långvarig och nedsättningen ska bedömas bestå under överskådlig framtid. Bedömningen av om det är sannolikt att arbetsförmågan kan anses vara nedsatt under överskådlig tid ska som utgångspunkt baseras på hälso- och sjukvårdens bedömning av sjukdomstillståndet och vilken prognos som kan göras i det individuella fallet. Med överskådlig tid ska förstås så långt som en försäkringsmedicinsk prognos av den nedsatta arbetsförmågan kan göras, samtidigt som perioden fortfarande ska vara överblickbar. Kopplingen till den nuvarande, i tillämpning och rättspraxis etablerade, beskrivningen från förarbetena att arbetsförmågan ska vara nedsatt under all överskådlig framtid är avsiktlig. Liksom tidigare begrepp innebär inte överskådlig tid livslångt eller till pensionsåldern (se HFD 2011 ref. 63).

I *andra meningen* har ett tillägg gjorts. I nuvarande formulering av bestämmelsen anges att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade *återfår* någon arbetsförmåga. Det är emellertid inte säkert att den försäkrade tidigare har haft någon arbetsförmåga utan kan ha saknat sådan under hela sitt liv. Vid bedömningen av om rehabiliteringsåtgärder kan medföra arbetsförmåga hos den försäkrade ska utöver återfående av sådan arbetsförmåga även beaktas om den försäkrad kan få arbetsförmåga genom sådana åtgärder.

[1] Prop. 2007/08:136 s. 103.

I samma mening anges vidare att det ska kunna antas att möjligheterna att få eller återfå arbetsförmågan genom rehabiliteringsåtgärder inte kommer att leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan i ett sådant arbete som anges i 10 §. Detta krav är utöver att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig tid. Med rehabiliteringsåtgärder avses i huvudsak medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Skrivningen att sådana åtgärder ska *kunna antas* inte leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan är ny. Genom uttrycket klargörs att uppställda beviskravet i denna fråga innebär en bevislättnad för den enskilde.

Förändringen i samma mening att den försäkrade ska kunna antas få eller återfå ”arbetsförmågan”, i stället för som tidigare ”någon arbetsförmåga”, utgör ett förtydligande av att den försäkrade ska kunna antas återfå arbetsförmåga motsvarande det arbetsutbud han eller hon hade före den tidpunkt som ansökan avser för att sjukersättning ska kunna nekas på denna grund. Normalt innebär detta arbetsförmåga motsvarande mer än tre fjärdedelar, men om en försäkrad sedan tidigare exempelvis är beviljad partiell sjukersättning avses återstående arbetsutbud. Om en försäkrad endast kan antas återfå delar av arbetsförmågan efter rehabilitering är det dock möjligt att bevilja partiell sjukersättning.

Med hänvisningen till 10 § avses att det ska krävas att den försäkrade får arbetsförmåga eller återfår arbetsförmågan i ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden för att ansökan ska kunna avslås med hänsyn till att det finns återstående rehabiliteringsåtgärder. Det räcker således inte att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig i ett skyddat arbete eller en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade. Detta sammanfaller med hur den försäkrades nuvarande arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättningen och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas. Såväl arbetsförmågebedömningen som rehabiliteringsbedömningen ska alltså göras enligt samma arbetsmarknadsbegrepp.

I *andra stycket*, som är nytt, anges att det vid bedömningen av varaktighetskriteriet är uppfyllt ska bortses från om den försäkrade kan få eller återfå arbetsförmåga vid en tidpunkt som infaller först efter det att han eller hon uppnått den ålder då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 §. Det innebär att hela den period som utgör

överskådlig tid inte alltid ska beaktas för en försäkrad som närmar sig denna tidpunkt. Rehabiliteringsåtgärder som genomförs eller bedöms få effekt först efter denna tidpunkt ska således inte heller beaktas vid bedömningen. Det ska alltså inte vara möjligt att avslå en ansökan om sjukersättning med motiveringen att den försäkrades arbetsförmåga bedöms kunna återfås vid en tidpunkt som infaller först efter det att den försäkrade uppnått den ålder då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 §.

Utredningens överväganden behandlas i avsnitt 8.2, 8.3 och 8.5.

6 a §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar de villkor som gäller för att en försäkrad ska omfattas av reglerna för äldre försäkrade.

Den försäkrade ska för det första ha uppnått åldern då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas enligt 16 §. Härvid ska hel månad räknas. Om den försäkrade exempelvis fyller 65 år den 15 juni 2030 har han eller hon enligt 16 § som längst rätt till sjukersättning till och med maj 2030. Eftersom beräkningen ska göras utifrån hela månader ska den försäkrade i detta fall anses omfattas av bestämmelsen i denna paragraf från och med den 1 maj 2025.

Den försäkrade ska för det andra ha *erfarenhet* av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Med arbeten den försäkrade har erfarenhet av avses i normalfallet samtliga arbeten den försäkrade har haft genom anställning eller egen verksamhet under en tidsperiod om 15 år före den månad för vilken den försäkrade ansöker om sjukersättning. Det innebär att exempelvis erfarenheter från oavlönad praktik inte ska beaktas eftersom sådan praktik i socialförsäkringsbalkens mening inte utgör arbete. Vid utbytesärenden ska 15 år före den månad då Försäkringskassan påbörjade utredningen om utbyte av sjukpenning till sjukersättning beaktas.

Om den försäkrade inte har erfarenhet av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden under denna period, exempelvis om han eller hon har varit långtidsarbetslös eller endast haft skyddade arbeten, ska han eller hon inte omfattas av reglerna för äldre försäkrade. I dessa fall ska i stället huvudregeln i 6 §, att arbetsför-

mågan ska jämföras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, tillämpas utan att bedömningen begränsas till normalt förekommande arbeten den försäkrade har erfarenhet av.

För en försäkrad som når upp till nämnda krav ska det dock enligt lagtexten i denna paragraf vid bedömningen enligt 6 § första stycket andra meningen endast beaktas sådana åtgärder som leder till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmågan i ett sådant på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Med skrivningen avses att den försäkrade ska få sina rehabiliteringsmöjligheter prövade endast gentemot sådana normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden som han eller hon har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Prövningen av vilka möjligheter som finns för att den försäkrades arbetsförmåga ska kunna förbättras genom rehabilitering sammanfaller alltså med hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättning och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas enligt 10 och 10 a §§. Det räcker således inte att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig i ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, om den försäkrade inte har erfarenhet av ett sådant förvärvsarbete. På samma sätt som för övriga försäkrade räcker det inte heller att arbetsförmågan kan förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig exempelvis i ett skyddat arbete eller genom en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade.

För att ett arbete ska bedömas vara tillgängligt för den försäkrade krävs att han eller hon redan har ett sådant arbete, eller att det finns ett konkret erbjudande om arbete. Om situationen uppstår att en försäkrad som har en anställning genomgår rehabiliteringsåtgärder i enlighet med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, med målsättningen att han eller hon ska kunna återgå till samma arbetsgivare, men till ett arbete som den försäkrade inte har erfarenhet av, ska det arbetet anses vara tillgängligt för den försäkrade och ingå i den bedömning av arbetsförmågan som ska göras vid prövningen av rätt till sjukersättning. I dessa fall, med pågående rehabiliteringsåtgärder, kan ersättning

endast beviljas om åtgärder inte kan antas leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan före den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.4.

10 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen reglerar vilket arbetsmarknadsbegrepp som gäller vid prövning av arbetsförmågans nedsättning för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning.

Genom ändringen överensstämmer arbetsmarknadsbegreppet med vad som gäller för prövning av rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan (för anställda). Den föreslagna lydelsen motsvarar den i proposition 2020/21:171 föreslagna nya lydelsen av 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken. Enligt förslagen kommer samma arbetsmarknadsbegrepp således att gälla för prövningen av den försäkrades arbetsförmåga, oavsett om det avser rätt till sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Det förhållandet att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot normalt förekommande arbete i en angiven yrkesgrupp innebär ingen ändring av vad som avses med förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Den praxis som har utvecklats kring det tidigare begreppet avseende rätten till sjukpenning gäller således fortfarande, vilket även innebär att rättspraxis som avser tolkningen av sjukpenningens begrepp även kan ge ledning vid prövningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Liksom vid bedömning av rätt till sjukpenning ska även beaktas sådant lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Detta innebär, liksom för bedömningen av rätt till sjukpenning, att en försäkrad som har ett lämpligt arbete ska få sin arbetsförmåga prövad mot detta arbete, även om det aktuella arbetet inte är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vid bedömningen av om ett arbete är tillgängligt för den försäkrade ska beaktas dels omständigheten att den försäkrade redan har ett arbete, dels om det finns ett konkret erbjudande om ett lämpligt arbete. En situation där arbete ska anses finnas tillgängligt kan uppstå exempelvis om en försäkrad är inskriven

hos Arbetsförmedlingen och har erbjudits en skyddad anställning på Samhall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.1 och 12.1.

10 a §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen avser äldre försäkrade och det arbetsmarknadsbegrepp som gäller för dessa försäkrade vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt.

Med uttrycket *en försäkrad som avses i 6 a §* menas försäkrade som både uppnått den ålder som anges i paragrafen och har *erfarenhet* av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Se vidare kommentaren till 6 a § för en närmare beskrivning av dessa begrepp.

För försäkrade som på så sätt avses i 6 a § ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 10 § första stycket 1 endast göras mot sådana på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av. Till skillnad från övriga försäkrade ska de som omfattas av regeln alltså få sin arbetsförmåga bedömd endast i förhållande till arbeten som de har erfarenhet av vid prövning av arbetsförmågan enligt det generella arbetsmarknadsbegreppet i 10 § första stycket 1.

Eftersom hänvisningen i denna paragraf endast görs till 10 § första stycket 1 innebär en tillämpning av 10 a § inte någon inskränkning i bedömningen som ska göras enligt 10 § första stycket 2. Även försäkrade som omfattas av 10 a § ska därmed även få sin arbetsförmåga bedömd gentemot andra arbeten ifall de är lämpliga och tillgängliga för honom eller henne vid tidpunkten för prövningen av rätten till sjukersättning. Finns ett sådant tillgängligt arbete ska den försäkrades arbetsförmåga alltså jämföras även mot detta, även om han eller hon inte sedan tidigare har erfarenhet av det aktuella arbetet. För denna bedömning hänvisas till kommentaren till 10 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.4.

11 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges hur bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga ska göras.

Ändringen består i att en hänvisning till den nya 10 a § har införts.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 7.4.

12 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att den försäkrades arbetsförmåga ska anses nedsatt under tid med behandling eller rehabilitering.

Genom utredningens förslag om preventionsersättning avskaffas sjukpenning i förebyggande syfte och hänvisningen till 27 kap. 6 § tas därmed bort. En hänvisning till sådan behandling och rehabilitering som kan ge rätt till preventionsersättning enligt 31 b kap. 3 § har däremot lagts till.

Paragrafen ändras även som en följd av att 20 a § införs. Genom denna följdändring framgår av paragrafen att under tid som den försäkrade genomgår insats som avses i 20 a § ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i den utsträckning som insatsen hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta. Ändringen innebär att den försäkrades arbetsförmåga ska anses nedsatt under tid som den försäkrade deltar i insatser inom ramen för det föreslagna arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4 och 22.2.1.

20 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för förutsättningarna för att en försäkrad som har beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga ska kunna delta i det nya arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning som föreslås införas.

I *första stycket* anges Försäkringskassans skyldigheter att i samråd med Arbetsförmedlingen klarlägga den försäkrades möjligheter att delta i ramprogrammet. Utredningen av möjligheterna för den för-

säkrade att tillgodogöra sig programmet ska ske snarast och senast efter 60 dagar från att beslutet har fattats. Bedömningen ska göras på sedvanligt sätt när det gäller klarläggande av om det finns rehabiliteringsbehov för personer som får aktivitetsersättning.

Av *andra stycket* framgår att i de fall den försäkrade inte bedöms kunna delta i programmet vid tidpunkten för klarläggandet enligt första stycket, ska det under ersättningsperioden fortlöpande utredas om den försäkrade kan delta programmet.

I *tredje stycket* anges att klarläggande om möjligheterna för deltagande i programmet inte behöver göras om det är uppenbart obehövligt.

I *fjärde stycket* anges att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela ytterligare föreskrifter om ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4.

36 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilka bestämmelser som finns i 36 kap. socialförsäkringsbalken.

Ändringen är en följdändring av att det införs en ny bestämmelse, 24 a §, i kapitlet. Genom ändringen införs även en beskrivning av vad denna bestämmelse handlar om.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.4.1.

9 a §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen regleras möjligheten för försäkrade med aktivitetsersättning att behålla ersättningen under en prövotid för studier.

Ändringarna i *andra* och *tredje styckena* innebär att prövotiden förlängs från sex till tolv kalendermånader.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.2.

12 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges hur stor del av sjukersättningen eller aktivitetsersättningen som får förklaras vilande vid förvärvsarbete respektive studier och hur det ska bedömas på vilken nivå ersättningen ska förklaras vilande.

Av det ändrade *första stycket* framgår att en försäkrads sjukersättning eller aktivitetsersättning vid förvärvsarbete kan vilandeförklaras till olika delar. Liksom tidigare kan ersättningen förklaras helt vilande eller till en sådan del som anges i 33 kap 9 §, dvs. i kvartiler. Nytt i stycket är att även mindre delar av ersättningen kan förklaras vilande vid kortare arbetsinsatser. Den minsta del av ersättningen som kan förklaras vilande är en etthundrasextioåttondel (1/168) vilket motsvarar en timmes förvärvsarbete under en viss månad. Vilandeförklaring kan utöver detta ske i hela timmar. När det bedöms hur stor del av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra. Vid denna bedömning ska Försäkringskassan utgå från vad den försäkrade angett i sin ansökan.

Andra stycket är nytt och av detta framgår att vilandeförklaring vid studier får avse hel sjukersättning eller aktivitetsersättning eller en sådan andel av ersättningen som anges i 33 kap. 9 §. Förändringen består i att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande partiellt även vid studier. Med skrivningen i styckets andra mening om att när det bedöms hur stor andel av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av de studier som den försäkrade avser att bedriva avses att frågan om vilken omfattning ersättningen ska vara vilande ska bestämmas utifrån vilken studietakt den försäkrade formellt studerar eller takten hos de studier som den försäkrade är antagen till. Studietakten bör beräknas genom att antalet studiepoäng som den försäkrade läser delas med antalet veckor som studierna planeras omfatta. Skulle det röra sig om studier som inte beräknas genom studiepoäng behöver bedömningen utgå från vilken insats studierna är avsedda att kräva från den studerande. Är den försäkrade inskriven på kurser och beviljad studiemedel för heltidsstudier ska hela ersättningen förklaras vilande, studerar den försäkrade på kurser i en omfattning om halvtid ska ersättningen förklaras vilande i motsvarande omfattning.

Om en försäkrad studerar i en studietakt som inte motsvarar de fjärdedelar som anges i 33 kap. 9 § socialförsäkringsbalken ska motsvarande tillämpning som i dag gäller för vilande ersättning för arbete gälla. Om en försäkrad exempelvis studerar i en studietakt om 33 procent ska halva ersättningen förklaras vilande i en omfattning om 50 procent. Om en försäkrad studerar i en omfattning om 90 procent ska ersättningen förklaras helt vilande och om den försäkrade studerar i en omfattning om 10 procent ska försäkringen förklaras vilande med en fjärdedel.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1, 16.2.2, 16.3.1 och 16.3.2.

12 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen framgår att en försäkrad som fått sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande för viss kalendermånad efter en ansökan om vilandeförklaring för förvärvsarbete får sådan ersättning utbetalt med ett preliminärt belopp som kommer att regleras slutligt i efterhand när det står klart hur många timmar den försäkrade faktiskt har förvärvsarbetat den aktuella månaden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 b §

Paragrafen är ny.

En sjukersättning eller aktivitetsersättning som förklarats vilande för förvärvsarbete och där ersättning har lämnats med ett preliminärt belopp enligt 12 a § ska slutligt bestämmas i efterhand. Detta ska ske så snart som möjligt. För en försäkrad med en tillsvidareanställning på viss procent och vilande ersättning för varje månad bör det vara enkelt att löpande slutligt bestämma ersättningen för varje månad och de preliminära utbetalningarna bör inte påverkas. För en försäkrad som anmäler tillfälligt arbete och ansöker om vilandeförklaring kan det vara svårt att slutligt reglera ersättningen innevarande månad. Därför ska ersättningen slutligt bestämmas i samband med efterföljande månads utbetalning eller, om detta inte är möjligt, vid utbetalning så snart som möjligt därefter.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 c §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar hur reduceringstid ska beräknas vid beslut om slutlig sjuk- eller aktivitetsersättning för en viss kalendermånad då ersättningen har förklarats vilande för förvärvsarbete. Reduceringstid är ett begrepp som avser med hur stor del den försäkrades ersättning ska reduceras, och som utgår från den tid som den försäkrade har förvärvsarbetat en viss månad. För varje timme som den försäkrade har förvärvsarbetat under en kalendermånad ska hans eller hennes ersättning reduceras med 1/168. Det är tiden som anges i ansökan om vilandeförklaring som ska utgöra underlaget för hur många timmar som reduceringstiden ska bestå av. Det innebär att en försäkrad som arbetat som minst 168 timmar en månad, motsvarande 8 timmars arbete varje arbetsdag och utifrån en schablon om 21 arbetsdagar per månad, får sin ersättning helt reducerad för den aktuella kalendermånaden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 d §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen regleras att återbetalning ska ske av preliminär ersättning som har betalats ut med för högt belopp. Detta inträffar typiskt sett då en försäkrad har förvärvsarbetat under en viss kalendermånad och i samband med detta begärt att viss del av dennes sjukersättning eller aktivitetsersättning ska förklaras vilande, varför den slutligt bestämda ersättningen för en viss månad enligt 12 b § har bestämts till ett lägre belopp än det som har betalats ut i preliminär ersättning. Enligt denna bestämmelse ska Försäkringskassan vid sådana förhållanden kräva tillbaka skillnaden. I de fall där den preliminära ersättningen av någon anledning i stället har blivit för låg i relation till den slutligt bestämda anges i bestämmelsen att skillnaden ska betalas ut.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

15 b §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen berör förlängning av aktivitetsersättning och behandlar situationen att tiden för aktivitetsersättningen löper ut samtidigt som det återstår tid för vilandeförklaringen enligt ett beslut som har fattats med stöd av 15 § andra stycket. Om den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid denna tidpunkt ska Försäkringskassan fatta beslut om att förlänga perioden med aktivitetsersättning med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen.

Av ordalydelsen i *första stycket* framgår att för att perioden med aktivitetsersättning ska förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen krävs att den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar. Syftet är att försäkrade med pågående arbete och studier ska omfattas av möjligheten att få ersättningen förlängd. Försäkrade som använt möjligheten att ha ersättningen vilande för mer tillfälliga arbetsinsatser, när det inte finns någon faktisk eller planerad kontinuitet i arbetet, kan inte sägas fortfarande förvärvsarbeta vid utgången av den period som beslutet om ersättning omfattar. Under sådana omständigheter ska alltså inte perioden med aktivitetsersättning förlängas enligt denna bestämmelse.

Andra stycket är nytt och innebär att vid studier ska aktivitetsersättningen inte längre alltid förlängas i sin helhet. Denna förändring är en följd av att det ska vara möjligt att ha ersättningen partiellt vilande vid studier. Vid studier ska således förlängningen av aktivitetsersättningen endast göras i den omfattning som motsvarar omfattningen av de studier som pågår vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättningen omfattar.

Även *tredje stycket* är nytt. I detta regleras vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärvsarbete. Till denna del är förändringen av paragrafen en följd av att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande för arbete i en annan omfattning än hel aktivitetsersättning eller en sådan andel av ersättningen som anges i 33 kap. 9 §. Eftersom ersättning dock endast kan beviljas med hel förmån eller en sådan andel av ersättningen som avses i 33 kap. 9 § framgår av bestämmelsen att vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, ska perioden med aktivitetsersättning endast i den om-

fattning som motsvarar den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete enligt de nivåer som anges i bestämmelsen. Således ska i ett sådant fall hel ersättning lämnas när hela arbetsförmågan används för förvärvsarbete, tre fjärdedels ersättning ska lämnas när mindre än hela men minst tre fjärdedelar av arbetsförmågan används för förvärvsarbete, halv ersättning ska lämnas när mindre än tre fjärdedelar men minst halva arbetsförmågan används för förvärvsarbete och en fjärdedels ersättning ska lämnas när mindre än halva men minst någon del av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

Även *fjärde stycket* är nytt. I detta regleras vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärvsarbete när han eller hon beviljats partiell förmån enligt det ursprungliga beslutet om rätt till aktivitetsersättning. Av stycket framgår att i ett sådant fall får inte aktivitetsersättningen förlängas i en högre omfattning än vad som beviljats i beslutet om rätt till ersättning. En försäkrad som exempelvis enligt det ursprungliga beslutet om rätt till aktivitetsersättning beviljats halv ersättning och haft hela denna ersättning vilande för att kunna förvärvsarbeta i en sammanlagd omfattning om heltid ska således inte kunna få hel aktivitetsersättning trots att hela den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete. I ett sådant fall ska endast halv förmån lämnas.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.1 och 16.3.2.

18 a §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att när tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts enligt 36 kap. 16 § socialförsäkringsbalken lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader.

Ändringen i paragrafen består i förtydliganden av i vilken omfattning aktivitetsersättningen ska lämnas. Förtydligandena är följdändringar av att det vid studier ska vara möjligt att ha ersättningen vilande i annan omfattning än hel förmån och att det vid arbete ska vara möjligt att ha ersättningen vilande i en annan omfattning än vad som anges i 33 kap. 9 §.

Ändringen i vad som nu utgör paragrafens *första stycke* innebär att aktivitetsersättningen i dessa situationer ska lämnas enligt den omfattning som följer av de nya andra–femte styckena.

Andra stycket är nytt. Av stycket framgår att förändringen av paragrafen innebär att vid studier ska det vara möjligt att få aktivitetsersättningen förlängd. Ersättningen ska i sådana fall lämnas i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Av *femte stycket* framgår att ersättningen i ett sådant fall dock inte lämnas till den del som den försäkrade fortfarande studerar.

Även *tredje stycket* är nytt. Stycket ger uttryck för en revidering av vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärvsarbete. Eftersom aktivitetsersättning endast kan beviljas med hel förmån eller en sådan andel av ersättningen som avses i 33 kap. 9 § framgår genom ändringen av 36 kap. 18 a § att vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, ska ersättningen lämnas enligt de nivåer som anges i lagtexten. Således ska i sådana fall hel aktivitetsersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad helt vilande, tre fjärdedels ersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hel förmån men med minst tre fjärdedelar, halv ersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än tre fjärdedelar men med minst hälften och en fjärdedels ersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hälften.

Av det nya *fjärde stycket* i paragrafen anges vidare att vid arbete när den försäkrade beviljats partiell förmån, lämnas ersättningen enligt samma kriterier som i tredje stycket, dock inte i större omfattning än omfattningen i beslutet om rätten till ersättning. Med skrivningen avses att exempelvis en försäkrad som enligt det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning beviljats halv aktivitetsersättning och haft denna ersättning vilande inte ska kunna få hel aktivitetsersättning med stöd av en tillämpning av denna bestämmelse. Den försäkrade har i detta fall visserligen haft hela sin ersättning vilande, men eftersom ersättningen inte omfattade mer än halv förmån kan inte en större omfattning än halv förmån lämnas under de tre månaderna. Eftersom den försäkrade hade motsvarande halv förmån vilande ska halv förmån lämnas enligt denna bestämmelse. På motsvarande sätt kan exempelvis en försäkrad som i det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning beviljats tre fjärdedels ersättning och haft vilande ersättning motsvarande en fjärdedel inte beviljas mer än tre fjärdedels ersättning

och eftersom den försäkrade i ett sådant fall haft vilande ersättning i en fjärdedel ska ersättning motsvarande en fjärdedels ersättning lämnas.

Även *femte stycket* är nytt. Ändringen innebär att vad som tidigare angavs i paragrafens tredje mening nu utgör ett eget stycke. Av stycket framgår att ersättning inte lämnas till en försäkrad till den del han eller hon förvärvsarbetar eller studerar. Gällande arbete var så fallet redan tidigare. Förändringen består således främst i att så ska vara fallet även vid studier.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.1 och 16.3.2.

19 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen anger att rätten till sjukersättning ska omprövas om den försäkrades arbetsförmåga förbättras och förutsättningarna för att den försäkrade har uppvisat sådan arbetsförmåga. Vidare anges förutsättningar för i vilka fall sådan omprövning ändå inte ska ske.

I *andra stycket* anges att en försäkrad som har uppvisat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad arbetsförmåga. *Andra meningen* är ny. Där anges att rätten till sjukersättning ändå inte ska omprövas om den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana arbeten som avses i 33 kap. 10 eller 10 a §§. Regeln avser att hantera de situationer där en försäkrad har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gällde fr.o.m. den 1 juli 2008 och där arbetsmarknadsbegreppet innebar att den försäkrades arbetsförmåga skulle vara nedsatt mot ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden”. Om en försäkrads arbetsförmåga förbättras i relation till förvärvsarbete på arbetsmarknaden skulle ersättningen behöva omprövas, samtidigt som den försäkrade vid en ny ansökan skulle ha rätt till sjukersättning vid prövning enligt 33 kap. 10 och 10 a §§. Genom att det i andra meningen anges att omprövning inte ska ske i ett sådant fall undviks denna situation.

En försäkrad ska alltså behöva ha uppvisat arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden för att sjukersättningen ska kunna omprövas. För en äldre försäkrad som omfattas av reglerna i 33 kap. 10 a § vid tillfället för omprövning enligt denna para-

graf ska endast sådant normalt arbete som den försäkrade har erfarenhet av beaktas. För innebörden av arbete som den försäkrade har erfarenhet av, se kommentaren till 10 a §. För samtliga försäkrade ska dock även annat lämpligt, tillgängligt arbete beaktas.

Tredje stycket är nytt. Här anges att en försäkrad som ägnar sig åt sysslor av ideell karaktär som inte ger inkomst inte ska anses ha uppvisat en förbättrad arbetsförmåga enligt denna paragraf så länge åtagandet *understiger* 10 timmar per vecka. Regeln avses vara en skyddsregel som kompletterar huvudregeln i andra stycket. Det är således inte fråga om ett tak för den tidsåtgång en försäkrad med sjukersättning kan ägna sig år under tid med ersättning; däremot ska den försäkrades ersättning dock inte kunna omprövas på grund av att han eller hon uppvisat arbetsförmåga som antogs saknas när ersättningen beviljades så länge den försäkrades sysslor ryms inom regeln.

Med sysslor av ideell karaktär avses bl.a. arbete som utförs utan ersättning, engagemang i föreningsliv eller olika typer av organiserade fritidssysslor. Uppräkningen är inte uttömmande. Ideellt arbete innebär att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund, arbetsinsatsen i huvudsak inte görs av personliga ekonomiska skäl, arbetet utförs inom en ideell verksamhet, såsom inom ramen för en förening. Typexempel på sysslor som ska omfattas av bestämmelsen är sådana där prestationskraven inte behöver motsvara de som gäller för förvärvsarbete och insatsen präglas ofta av frivillighet och stora möjligheter till individuell anpassning. Det kan röra sig om sysslor inom ramen för intresseorganisationer, politiska partier, kulturföreningar, idrottsföreningar eller andra ideella föreningar. Allmän daglig livsföring eller sedvanligt hemarbete ska dock inte räknas med i vad som ska inkluderas avseende denna tidsgräns. Så länge den försäkrades ideella åtaganden understiger tio timmar i veckan ska sådana aktiviteter, oavsett sysslornas innehåll, inte anses innebära att den försäkrade har uppvisat arbetsförmåga och någon prövning enligt denna paragrafs andra stycke ska inte göras.

För att en viss insats ska omfattas av regeln förutsätts, utöver att insatsen ska understiga tio timmar i veckan, att åtagandena inte ger någon inkomst. Det innebär att det ska vara fråga om rent ideella åtaganden. Ersättning som betalas ut för direkta kostnader och utlägg ska dock inte anses som inkomst vid tillämpning av bestämmelsen. Således kommer även förtroendeuppdrag såsom styrelsearbete i bostadsrättsföreningar eller liknande som innebär att den försäkrade arvode-

ras att hamna utanför regelns tillämpningsområde. En försäkrad som får inkomst av något slag ska således bedömas enligt huvudregeln. Detta innebär naturligtvis inte per automatik att den försäkrade har uppvisat arbetsförmåga utan en bedömning ska göras om insatserna motsvarar arbetsförmåga utifrån aktuellt arbetsförmågebegrepp enligt andra stycket.

En försäkrad som är beviljad hel sjukersättning eller aktivitetsersättning omfattas av regeln om den s.k. åttondelen. Denna regel innebär att den försäkrade kan använda en begränsad förmåga till arbete eller andra åtaganden utan att rätten till ersättning påverkas. För en sådan försäkrad innebär bestämmelsen om ideella sysslor understigande tio timmar ett visst utrymme för sådana sysslor utöver åttondelen, så länge den totala tidsåtgången understiger tio timmar i veckan. Det sagda innebär att en försäkrad med hel sjukersättning kan arbeta med viss inkomst inom ramen för åttondelen och utöver detta även ha ideella åtaganden, med en sammanlagd tidsåtgång understigande tio timmar i veckan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.3.

22 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vissa av förutsättningarna för att en försäkrads rätt till aktivitetsersättning ska omprövas. Paragrafen motsvarar 19 § men avser försäkrade som har aktivitetsersättning i stället för sjukersättning.

I *andra stycket* anges att en försäkrad som regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades ska antas ha en väsentligt förbättrad arbetsförmåga, om inte något annat framkommer. Liksom tidigare krävs att arbetsförmågan hos en försäkrad med aktivitetsersättning väsentligt förbättras för att rätten till förmånen ska omprövas, vilket innebär ett större utrymme att få förbättrad arbetsförmåga innan ersättningen ska omprövas jämfört med för en försäkrad som har sjukersättning. Förändringen i stycket består i att någon omprövning av aktivitetsersättningen ändå inte ska ske om arbetsförmågan inte är nedsatt mot arbetsmarknadsbegreppet som anges i 33 kap. 10 §. Förändringen motsvarar den hänvisning som in-

förts även i 19 §, se kommentaren till denna bestämmelse för en närmare kommentar.

I *tredje stycket* anges att en försäkrad som deltar i engagemang av ideell karaktär som understiger tio timmar i vecka och som inte ger inkomst inte ska anses ha uppvisat arbetsförmåga. För den närmre innebörden av denna regel hänvisas till kommentaren till 19 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.3.

24 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen regleras förutsättningarna för en flexibel förläggning av arbetstid för en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga och är beviljad partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Bestämmelsen innebär en ny, lagreglerad huvudregel för möjligheten till en mer flexibel förläggning av arbetstiden för försäkrade som är beviljad partiell sjuk- eller aktivitetsersättning. En förläggning av arbetstiden som inte innebär att arbetstiden minskas lika mycket varje dag är möjlig om förläggningen av arbetstiden inte medför någon risk för försämring av den försäkrades sjukdom eller arbetsförmåga. Av bestämmelsen framgår att det däremot inte uppställs något krav på att arbetstidsförläggningen ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet. Omständigheten att arbetstidsförläggningen riskerar att försämra den enskildes sjukdom eller arbetsförmåga kan handla exempelvis om att hälsotillståndet påverkas negativt av förläggningen eller om att sjukdomen är av sådan art att en annan förläggning av arbetstiden än jämn reducering varje dag medför att arbetsförmågan hos en person med nedsatt förmåga ytterligare försämras. Bedömningen ska göras utifrån den försäkrades individuella förhållanden.

En flexibel förläggning av arbetstiden förutsätter att den försäkrades arbetsförmåga även fortsatt är nedsatt i enlighet med beslutet om partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning. Om en viss förläggning av arbetstiden däremot innebär att den försäkrade uppvisar en högre arbetsförmåga än vad han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades kan rätten till ersättning omprövas enligt 19 och 22 §§.

Sjukersättning och aktivitetsersättning utgör månadsersättningar. Vid en förläggning av arbetstiden som frångår principen om lika stor

minskning av arbetstiden varje dag krävs att förläggningen sker över en bedömningsperiod som inte övergår en månad. Detta innebär att den arbetade tiden under en viss månad inte får överstiga den försäkrades återstående arbetsutbud dvs. den del där den försäkrade inte har sjukersättning eller aktivitetsersättning. För en försäkrad som är beviljad halv sjukersättning är det exempelvis inte möjligt att arbeta heltid under en hel månad och inte alls under nästföljande månad.

En flexibel förläggning av arbetstiden ska, så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår på samma nivå och de övriga förutsättningarna för en sådan förläggning kan anses uppfyllda, som utgångspunkt kunna godtas tills vidare och under obegränsad tid.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.4.1.

37 kap.

6 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen reglerar med vilken procentandel sjukersättningen ska minskas med reduceringsinkomsten samt vilka fribelopp som gäller innan denna minskning ska göras.

Ändringen består i att fribeloppen ska beräknas baserat på inkomstbasbelopp enligt 58 kap. 26 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.1.1.

7 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen reglerar vid vilket belopp sjukersättning inte lämnas.

Ändringen består i att beräkningen ska baseras på inkomstbasbelopp enligt 58 kap. 26 § SFB.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.1.1.

41 kap.

4 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att under tid när den försäkrade genomgår sådan behandling eller rehabilitering som ger rätt till vissa socialförsäkringsersättningar ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som åtgärden hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta vid bedömningen av rätten till livränta.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § ersätts med preventionsersättning enligt 31 b kap och består således i att hänvisningen till den förra bestämmelsen ersätts med en hänvisning till det nya kapitlet. Ändringen innebär att under tid när den försäkrade genomgår preventionsinsatser som avses i 31 b kap. ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som insatsen hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta, vid bedömningen av rätten till livränta enligt 41 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

46 kap.

18 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att smittbärarpenningen ska minskas med vissa förmåner i den utsträckning förmånerna lämnas för samma tid som smittbärarpenningen.

Genom ändringen framgår av sjätte punkten i paragrafen att smittbärarpenningen ska minskas med preventionspenning i den utsträckning förmånerna lämnas för samma tid.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

47 kap.

17 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att närståendepenning inte lämnas i den utsträckning som vårdaren för samma tid får vissa andra förmåner.

Genom ändringen framgår av femte punkten i paragrafen att närståendepenningen inte lämnas i den utsträckning som vårdaren för samma tid får preventionspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

103 c kap.

4 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges förutsättningarna för att boendetillägg ska kunna lämnas.

Genom ändringen framgår av bestämmelsen att boendetillägg kan lämnas till den som omfattas av 2 § och som får preventionspenning enligt 31 b eller 31 c kap. Ändringen syftar till att även preventionspenning ska vara en sådan förmån som kan leda till att boendetillägg kan lämnas till en försäkrad, om övriga förutsättningar för detta är uppfyllda.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

103 d kap.

6 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att den bidragsgrundande inkomsten är ersättning som lämnas i form av någon av de uppräknade förmånerna.

Genom förändringen framgår av paragrafen att den bidragsgrundande inkomsten bland annat är den ersättning som lämnas i form av preventionspenning eller preventionspenning i särskilda fall enligt 31 b kap. respektive 31 c kap. Med ändringen avses således att även

preventionspenning ingår i det underlag som används för att bedöma den försäkrades bidragsgrundande inkomst.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att boendetillägg ska lämnas med samma andel som den ersättning som grundar rätt till tillägget lämnas med.

Genom ändringen i *andra stycket* framgår att om såväl preventionspenning enligt 6 § 5 som preventionspenning i särskilda fall enligt 6 § 6 lämnas samtidigt ska en andelsberäkning göras i förhållande till den preventionspenning som lämnas enligt 6 § 6. Samma sak ska således gälla avseende preventionspenning som gäller för sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

108 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad bestämmelserna i 108 kap. socialförsäkringsbalken handlar om.

Ändringen är redaktionell och består av att även den nya 23 § räknas upp bland paragraferna som berör avdrag på ersättning (kvittning).

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

23 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för Försäkringskassans möjligheter att genom kvittning reglera ersättning som har betalats ut för mycket till följd av att den försäkrade förvärvsarbetat med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. Sådan kvittning kan ske vid en senare utbetalning som ska ligga så nära månaden med förvärvsarbetet som möjligt.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

110 kap.

57 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges att vissa ersättningar får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till vissa sorters insatser.

Ändringen i *första stycket första punkten* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § föreslås ersättas med preventionsersättning enligt 31 b kap och består i att hänvisningen till den förra bestämmelsen ersätts med en hänvisning till 31 b kap. Ändringen innebär att omvårdnadsbidrag, sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning, sjukvårdsersättning respektive livränta till den försäkrade vid arbetsskada och motsvarande ersättningar enligt 43 och 44 kap. samt merkostnadsersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till behandling eller insatser enligt 31 b kap.

Första stycket tredje punkten är ny och är en följd av förslaget till en ny bestämmelse i 33 kap. 20 a §. Av punkten framgår att aktivitetsersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till insatser enligt den nya bestämmelsen.

Skrivningen innebär att om en försäkrad som anvisats till det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning i syfte att få eller återfå arbetsförmåga utan giltig anledning vägrar att medverka till eller delta i insatser inom ramen för programmet får den försäkrades aktivitetsersättning dras in eller sättas ned.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4 och 22.2.1.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Av *första punkten* framgår när olika bestämmelser ska träda i kraft. Att vissa bestämmelser ska träda i kraft den 1 december 2022 innebär att det är möjligt för försäkrade att ansöka om de förmåner som regleras i de aktuella bestämmelserna, och för Försäkringskassan att fatta beslut, innan reglerna ska börja tillämpas.

Av *andra punkten* framgår att de i den punkten uppräknade bestämmelserna ska tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023. Det

innebär att för tid före den 1 januari 2023 ska äldre bestämmelser tillämpas.

I *tredje punkten* anges att i den nya bestämmelsen i 33 kap. 20 a ska tillämpas även i fråga om den som den 1 december 2022 hade rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Avseende en sådan försäkrad ska Försäkringskassan i samråd med Arbetsförmedlingen snarast klarlägga om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Denna utredning behöver dock inte göras om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet. Av punkten tre framgår således att Försäkringskassan även ska utreda om försäkrade som beviljats aktivitetsersättning enligt äldre bestämmelser och som har ett sådant beslut som även avser tid fr.o.m. den 1 januari 2023 kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Exempel på när det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet är när den försäkrades sjukdom till sin karaktär innebär att rehabilitering i stunden är utesluten. Ett annat exempel på när det kan vara uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet är om det så lite tid kvar på den beviljade ersättningsperioden att deltagandet i programmet blir för kortvarigt för att vara meningsfullt.

Av *fjärde punkten* framgår att äldre bestämmelser om sjukpenning samt sjukpenning i särskilda fall enligt 27 kap. 6 § respektive 28 a kap. 3 § fortfarande ska tillämpas i de fall Försäkringskassan senast den 31 december 2022 har godkänt en sådan plan som avses i 6 § andra stycket. Med skrivningen avses att försäkrade som fått beslut om godkänd förebyggande behandling ska kunna slutföra sina godkända insatser i enlighet med planen och beviljas sjukpenning i förebyggande syfte respektive sjukpenning i förebyggande syfte i särskilda fall för deltagandet i dessa i enlighet med de äldre bestämmelserna.

Av *femte punkten* framgår att de i denna punkt uppräknade bestämmelserna ska tillämpas även på sjukperioder som har påbörjats före den 1 januari 2023. Bestämmelserna ska dock tillämpas vid prövning av rätt till ersättning för dagar som avser ersättning från och med den 1 januari 2023. Med skrivningen avses att försäkrade som har pågående sjukperioder vid tidpunkten för när reglerna ska börja tillämpas ska bedömas enligt dessa nya regler, dock endast avseende dagar från och med när reglerna ska börja tillämpas. Rätten till förmånen avseende dagar före den 1 januari 2023 ska bedömas enligt de äldre bestämmelserna.

Av *sjätte punkten* framgår att äldre bestämmelser fortfarande tillämpas i fråga om förmåner som avser tid före den 1 januari 2023. Genom skrivningen anges att i fråga om förmåner som avser tid före den 1 januari 2023 ska äldre bestämmelser tillämpas vid bedömningen. De nya bestämmelserna får således inte någon retroaktiv verkan. Det innebär exempelvis att det endast är möjligt för försäkrade att beviljas preventionspenning för tid från och med tidpunkten för när bestämmelserna avseende denna förmån ska börja tillämpas.

26.2 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken

7 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges för vilken egendom bestämmelserna i kapitlet gäller.

Genom ändringen framgår av paragrafens femte punkt att bestämmelserna i 7 kap. utsökningsbalken gäller i fråga om utmätning av preventionspenning. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner i utmätningsfrågor.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

26.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

23 b §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen regleras den sökandes normalarbetstid.

Genom ändringen framgår av paragrafens andra stycke att vid bestämmande av normalarbetstid ska utöver arbetad tid även beaktas

tid som ersätts med preventionspenning enligt socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att vid bestämmande av normalarbetstid ska tid med preventionspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade förmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

26.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift

2 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att den statliga ålderspensionsavgiften utgör 10,21 procent av de i bestämmelsen uppräknade förmånerna.

Genom ändringen framgår av paragrafens första punkt att den statliga ålderspensionsavgiften utgör 10,21 procent av bland annat ersättning i form av preventionspenning enligt 31 b kap. socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att vid beräkning av avgiften ska preventionspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

26.5 Förslaget till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)

11 kap.

30 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår vilka ersättningar i samband med sjukdom m.m. som ska tas upp om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av tjänst.

Genom ändringen i *första stycket 1* framgår av paragrafen att bland annat preventionspenning enligt socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning i inkomstslaget tjänst om den grundar sig på förvärvsinkomst på grund av tjänst.

Genom ändringen i *andra stycket* framgår vidare av bestämmelsen att sådan preventionspenning som avses i 31 c kap. socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning.

Syftet med ändringarna är att vid beräkning av skatt ska preventionspenning och preventionspenning i särskilda fall behandlas på samma sätt som övriga i paragrafen uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

15 kap.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår vilka ersättningar i samband med sjukdom m.m. som ska tas upp om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av näringsverksamhet.

Genom ändringen framgår av paragrafen att bland annat preventionspenning enligt socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning i inkomstslaget näringsverksamhet om den grundar sig på förvärvsinkomst på grund av näringsverksamhet. Syftet med ändringen är att vid beräkning av skatt ska preventionspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Av *andra punkten* framgår att lagen tillämpas första gången för det beskattningsår som börjar efter den 31 december 2022. Ändringarna ska således börja tillämpas i samband med att preventionsersättningen införs som förmån.

26.6 Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395)

3 kap.

25 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det även lämnas någon av de i bestämmelsen uppräknade ersättningarna.

Genom ändringen framgår av paragrafens tredje punkt att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det lämnas preventionsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att studiemedel ska samordnas med preventionsersättning på samma sätt som studiemedel samordnas med övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

26.7 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)

2 kap.

15 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår till vilken del en ersättning till en person vid sjukdom m.m. är avgiftsfri.

Genom ändringen framgår att en ersättning till en person vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse är avgiftsfri, till den del ersättningen motsvarar bland annat preventionspenning som arbetsgivare får uppbära enligt 31 b kap. 11 § socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska behandlas på samma sätt som sjukpenning och rehabiliteringspenning vid tillämpning av paragrafen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

3 kap.

10 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att vissa ersättningar är avgiftsfria.

Genom ändringen framgår att sjukpenning, preventionspenning och rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken är avgiftsfri. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska vara avgiftsfri på samma sätt som sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Av *andra punkten* framgår att lagen tillämpas på ersättning som betalas ut efter den 31 december 2022. Ändringarna ska således börja tillämpas i samband med att preventionsersättningen införs som förmån.

26.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter

3 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår vilka kostnader som sjukförsäkringsavgifter ska finansiera.

Genom ändringen framgår av bestämmelsens andra punkt att sjukförsäkringsavgifter ska finansiera kostnader för bland annat rehabiliteringspenning, preventionspenning och andra ersättningar enligt 31 och 31 b kap. socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska finansieras genom sjukförsäkringsavgifter på samma sätt som övriga i bestämmelsen uppräknade förmåner som betalas ut enligt socialförsäkringsbalken.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Referenser

Altermark, Niklas. *Avslagsmaskinen – byråkrati och avhumanisering i svensk sjukförsäkring*. Verbal förlag. 1u. 2020.

Andersson, Josefine. *Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning*. IFAU. rapport 2018:6.

Arbetsförmedlingen (2018). *Perspektiv på arbetsmarknaden för personer med kort utbildning*. Arbetsförmedlingen analys 2018:5.

Arbetsförmedlingen. *Årsredovisning 2020*.

Arbetsmarknadspolitiska rådet (2017). *Olika vägar till jobb*.

Bet. 1990/91:SfU16. *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.

Bet. 1991/92:SfU5. *Vissa socialförsäkringsfrågor*.

Bet. 1997/98:SfU11. *Reformerad förtidspension. m.m*.

Bet. 2008/09:SfU1. *Utgiftsområdena 10. 11 och 12 inom Socialförsäkringsområdet.*

Bet. 2008/09:SfU4. *Från sjukersättning till arbete.*

Broman, Jakob, Ericson, Bo & Öhrn, Carolina. *Rehabiliteringsansvaret – en arbetsrättslig handbok*. Wolters Kluwer. Stockholm. 2017.

Börjesson, Angelica & Enqvist, Lena. *Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso-och sjukvården inom den förebyggande sjukpenningen*. Nordisk administrativ tidskrift. nr 1/2021.

Carlsson, Mia. *Arbetsskada. samspelet mellan skadestånd och andra ersättningsordningar.* Stockholm Jure förlag. 2008.

Delegationen för senior arbetskraft. S 2018:10. Rapport 1. *Kan seniorer arbeta längre?*

Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 3. *Tidiga ålderspensionärer – vilka är de?*

Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 8. *Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?*

Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 14. *Att arbeta vidare efter 65 – vem gör det och varför?*

Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 21. *70 är det nya 50.*

Diesen, Christian & Lagerqvist Veloz Roca, Annika. *Bevisprövning i förvaltningsmål*. Norstedts juridik. 2003.

Ds 2000:39. *Sjukersättning i stället för förtidspension – Ersättning och ålderspensionsrätt vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsatt arbetsförmåga*.

Ds 2000:40. *Aktivitetsersättning – Nytt försäkringsstöd för unga med långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.*

Ds 2008:14. *Från sjukersättning till arbete.*

Ds 2016:5. *Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.*

Ds 2017:9. *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.*

Ds 2018:32. *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering.*

Ds 2019:2. *Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem*.

Ds 2021:18. *Omställningsstudiestöd – för flexibilitet. omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden*.

Ekelöf, Per Olof, Edelstam, Henrik & Heuman, Lars. *Rättegång IV*. Norstedts juridik. 2009.

Enqvist, Lena. *En myndighet i samverkan: Försäkringskassans rättsliga förutsättningar att samverka med Arbetsförmedlingen samt hälso- och sjukvården*. Umeå universitet. Samhälls-vetenskapliga fakulteten. Juridiska institutionen. 2019.

Enqvist, Lena & Mannelqvist, Ruth. *Mellan stolarna och utanför systemen: en rättsvetenskaplig analys av begreppen arbetsförmåga och arbetsförhet i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna*. Nordisk socialrättslig tidskrift. nr 25–26. 2020.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Rapport 2015:3. *En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden.*

Försäkringskassan (2007). Rapport 2007:12. *Vägen tillbaka*.

Försäkringskassan (2008). Rapport 2008:2. *Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning.*

Försäkringskassan (2008). Rättsligt ställningstagande 2008:04.

Försäkringskassan (2009). *Uppföljning av hur det går för dem som ansökt om att arbeta med steglös avräkning och kännedom om de nya reglerna.* Svar på regleringsbrev. Dnr. 104604-2009.

Försäkringskassan (2010). *Steglös avräkning – förvärvsarbete. studier och ideellt arbete*. Svar på regleringsbrev. Dnr. 090969.

Försäkringskassan (2012). *Domsnytt* 2012:098.

Försäkringskassan (2012). *Fler förslag för minskat krångel*. Dnr. 54379-2012.

Försäkringskassan (2012). *Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.* en delrapport. Dnr. 69161/2011.

Försäkringskassan (2013). *Domsnytt* 2013:032.

Försäkringskassan (2013). Socialförsäkringsrapport 2013:2. *Tio år med aktivitetsersättning – En studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.*

Försäkringskassan (2014). *Antikrångelkatalog*.

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

Försäkringskassan (2015). Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:4. *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden.*

Försäkringskassan (2015). Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6. *Sjukpenning i förebyggande syfte*.

Försäkringskassan (2016). Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2. *Rehabiliteringsersättning*.

Försäkringskassan (2016). Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:6. *Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.*

Försäkringskassan (2017). Korta analyser 2017:2. *Fler individer fast i långa sjukskrivningar*

Försäkringskassan (2017). Korta analyser 2017:3. *Unga i aktivitetsersättning*.

Försäkringskassan (2017). *Nybeviljande av sjukersättning och aktivitetsersättning.* Svar på regleringsbrev. Dnr. 013687-2017.

Försäkringskassan (2017). *Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022.*

Försäkringskassan (2017). Vägledning 2017:2. *Utbetalning av förmåner. bidrag och ersättningar.*

Försäkringskassan. Rättslig kvalitetsuppföljning 2017:3. *Sjukersättning*.

Försäkringskassan (2018). *Domsnytt* 2018:015.

Försäkringskassan (2018). Rättslig kvalitetsuppföljning. 2018:1. *Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall.*

Försäkringskassan (2018). PM 2018:6. *Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014–2017 – en metaanalys*.

Försäkringskassan (2018). *Svar på ISF rapport 2018:11*.

Försäkringskassan (2018). Svar på regeringsuppdrag. *Förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.*

Försäkringskassan (2018). Svar på regeringsuppdrag. Rapport – *Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning.*

Försäkringskassan (2018). Vägledning 2013:1 Version 6 *Sjukersättning.*

Försäkringskassan (2018). Vägledning 2013:3 Version 6 *Sjukersättning och aktivitetsersättning – beräkning. steglös avräkning m.m.*

Försäkringskassan (2019). *Domsnytt* 2019:027.

Försäkringskassan (2019). Svar på regeringsuppdrag. 2019-02-21. Dnr. 002675-2018.

Försäkringskassan (2019). *Utgiftsprognos 2019–2022*.

Försäkringskassan (2019). Vägledning 2013:2 Version 9 *Aktivitetsersättning*

Försäkringskassan (2019). Vägledning 2015:1 Version 12 *Sjukpenning. rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.

Försäkringskassan (2019). *Årsredovisning 2018*.

Försäkringskassan (2020). *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020.*

Försäkringskassan (2020). *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan ”gör” samordning.* Socialförsäkringsrapport 2020:02.

Försäkringskassan (2020). Socialförsäkringsrapport 2020:5. *Förlängt arbetsliv – förutsättningar. utmaningar och konsekvenser. Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020.*

Försäkringskassan (2020). Svar på ISF:s rapport 2020:9. 2020/001234.

Försäkringskassan (2020). *Utgiftsprognos för 2020–2023*.

Försäkringskassan (2020). Vägledning 2003:4. version 17. *Förmåner vid arbetsskada.*

Försäkringskassan (2021). *Utgiftsprognos för budgetåren 2021–2024.*

Försäkringskassan (2021). Rättsligt ställningstagande 2021:04. *Beviskrav vid bedömningen av rätten till sjukpenning*.

Försäkringskassan (2021). Vägledning 2004:7. version 14. *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Helsing. Gunnel. *Arbetslivsinriktad rehabilitering – en kartläggande litteraturöversikt*. Bilaga till SOU 2020:6 2020.

Hessmark m.fl. *Socialförsäkringsbalken. En kommentar*. avd. A–C. uppl. 2:1. Norstedts juridik AB. Stockholm. 2015.

Heuman. Lars. *Bevisbörda och beviskrav i tvistemål*. Norstedts juridik. 2005.

Hultqvist, Sara (2014). *Att göra aktivitetsersättning – Om målförskjutning och icke-kontakt vid förtidspension för unga.* Linnéuniversitetet. Fakulteten för samhällsvetenskap (FSV). Institutionen för socialt arbete (SA).

Hägglund, Pathric & Skogman Thoursie, Peter (2010). *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: en diskussion om deras förväntade effekter.*

Hägglund, Pathric & Skogman Thoursie, Peter. *Rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5.*

Hägglund, Pathric, Johansson, Per & Laun, Lisa (2014). *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. IFAU Rapport 2014:12.

Hägglund, Pathric, Johansson, Per & Laun, Lisa (2020). *The Impact of CBT on Sick Leave and Health*. Evaluation Review. forthcoming.

Inspektionen för socialförsäkringen (2010). Rapport 2010:4 *Rättssäker förvaltning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2010). Rapport S 2010:4. *Arbetslivsinriktad rehabilitering.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2011). Rapport 2011:10. *Unga med aktivitetsersättning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2011). Rapport 2011:17. *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2012). Rapport 2012:15. *Stabilitet i sjukfrånvaron.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:7. *Unga förtidspensionärer – studie av sju europeiska länder.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:20. *Försäkringskassans tillämpning av reglerna om sjukersättning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:7. *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:13. *Förnyad utredning av sjukersättning*.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:21. *Leder utredning av sjukskrivna till återgång i arbete?*

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:18. *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2015). Arbetsrapport 2015:2. *Kognitiv förmåga och aktivitetsersättning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2015). ISF kommenterar 2015:2. *Förnyad utredning av sjukersättning – Behov av förändring.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2016). *Att använda lagens bedömningsutrymme*. ISF kommenterar 2016:1.

Inspektionen för socialförsäkringen (2017). Rapport 2017:5. *Aktivitetsersättning till trettio års ålder – vad händer sedan?*

Inspektionen för socialförsäkringen (2017). Rapport 2017:9. *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:1. *Svårt att kombinera kvalitetsutveckling och resultatuppföljning – en granskning av kvalitetsutvecklingsmodellerna på Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:10. *Tidigt utträde från arbetslivet bland kvinnor och män.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:11. *Steglös avräkning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:16. *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan – en analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9.0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:6. *Förebyggande sjukpenning – en granskning av sjukpenning i förebyggande syfte.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:7. *Tidig och sen pensionering.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:9. *Variationen inom aktivitetsersättningen – en granskning av orsakerna bakom ökningen i andelen avslag inom aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga under 2017 och 2018.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2021). Rapport 2021:2. *Avslag på ansökan om aktivitetsersättning.*

Inspektionen för socialförsäkringen (2021). Rapport 2021:3. *Försäkringskassans utredningsskyldighet.*

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2015:24. *Kan vi jobba tills vi blir 75?*

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2018:6. *Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning.*

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2018:20. *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*.

Iseskog, Tommy. *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Wolters Kluwer. Stockholm. 2016.

Johansson, Per, Laun, Lisa & Laun, Tobias (2014). *Screening stringency in the disability insurance program*. The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy. 14. 873-891. DOI: 10.1515/bejeap-2013−0095.

Johansson, Per, Laun, Lisa, Palme, Mårten & Olofsdotter Stensöta, Helena (2018). *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*. Stockholm: SNS Förlag. samt IFAU Rapport 2018:20.

Jönsson, Lisa, Palme, Mårten & Svensson, Ingemar. *Påverkar folkhälsan utnyttjandet av sjukersättningen?* Ekonomisk Debatt. vol. 39(4). 2011.

Køstol, A. R. & Mogstad, M. (2014). *How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work*.

Larsson, Mats (2017). *Anställningsformer och arbetstider 2017 – fast och tidsbegränsat anställda samt hel- och deltidsanställda efter klass och kön år 1990–2016. Landsorganisationen enheten för avtalsfrågor.*

Lavin, Rune. *Förvaltningsprocessrätt*. Norstedts juridik. 3u. 2020.

Lindkvist, Gustav. *Bevisfrågor i förvaltningsprocessen – en översikt*. Norstedts juridik. 1u. 2019.

Lindkvist, Gustav. *Utredningsskyldighet. bevisbörda och beviskrav i förvaltningsprocessen*. Norstedts juridik. 1u. 2018.

Mannelqvist, Ruth. *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – rätt och tillämpning.* Iustus förlag. 2012.

Mannelqvist, Ruth. *Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar.* Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2019.

Mannelqvist, Ruth. *Hfd 2019 ref. 48. förvärvsarbete på arbetsmarknaden*. Förvaltningsrättslig tidskrift nr 1/2020.

Myndigheten för delaktighet. Rapport 2016:21. *Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning.*

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2017). Temagruppen Unga i arbetslivet. *Tid för aktivitetsersättning för unga!*

Prop. 1962:90. *Med förslag till lag om allmän försäkring. m.m.*

Prop. 1970:66. *Med förslag till lag om ändring i lagen (1962:351) om allmän försäkring. m.m.*

Prop. 1975/76:197. *Med förslag till lag arbetsskadeförsäkring*.

Prop. 1988/89:33. *Om avgifter för pensionärer vid sjukhusvård*.

Prop. 1990/91:96. *Om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.*

Prop. 1990/91:140. *Arbetsmiljö och rehabilitering.*

Prop. 1990/91:141. *Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*

Prop. 1991/92:40. *Om vissa socialförsäkringsfrågor m.m.*

Prop. 1992/93:31. *Om ändrad sjukersättning m.m.*

Prop. 1992/93:159. *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Prop. 1994/95:147. *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.*

Prop. 1995/96:69. *Vissa socialförsäkringsfrågor m.m.*

Prop. 1996/97:28. *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.*

Prop. 1997/98:111. *Reformerad förtidspension. m.m.*

Prop. 1998/99:119. *Socialförsäkringens personkrets*.

Prop. 1999/2000:4. *Vilande förtidspension.*

Prop. 2000/01:96. *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension.*

Prop. 2000/01:150. *Likvidation av aktiebolag m.m.*

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

Prop. 2002/03:132. *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*

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

Prop. 2005/06:159. *Vissa socialförsäkringsfrågor*.

Prop. 2006/07:59. *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m*.

Prop. 2007/08:124. *Från sjukersättning till arbete.*

Prop. 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Prop. 2008/09:22. *Vissa socialförsäkringsfrågor*.

Prop. 2008/09:200. *Socialförsäkringsbalk.*

Prop. 2008/09:1 utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2009*.

Prop. 2009/10:45. *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen m.m.*

Prop. 2011/12:113. *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete*.

Prop. 2012/13:1. utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2013 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*

Prop. 2016/17:1. *Budgetpropositionen för 2017 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.

Prop. 2016/17:180. *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*

Prop. 2017/18:1. *Budgetpropositionen för 2018 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*

Prop. 2019/20:1. utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2020/21:1. *Budgetpropositionen för 2021. utgiftsområde 11. Ekonomisk trygghet vid ålderdom*.

Prop. 2020/21:171. *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring.*

Regleringsbrev för budgetåren 2005–2020 avseende Försäkringskassan.

Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan. S2007/1411/SF.

Regleringsbrev för budgetåret 2007 avseende Försäkringskassan. S2008/1231/SF.

Regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan. S2008/6774/SF.

Riksdagsskrivelse 1991/92:81.

Riksdagsskrivelse 2008/09:23.

Riksdagsskrivelse 2008/09:138.

Riksförsäkringsverkets allmänna råd (RAR 2002:17) om sjukersättning och aktivitetsersättning.

Riksrevisionen (2015). Granskningsrapport 2015:7. *Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet?*

Riksrevisionen (2018). Granskningsrapport 2018:9. *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa.*

Riksrevisionen (2020). Granskningsrapport 2020:12. *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning.*

Riksrevisionen (2021). Granskningsrapport 2021:19. *Försäkringskassans arbete med att förebygga sjukskrivning – ett otydligt uppdrag.*

Ryberg-Welander, Lotti. *Socialförsäkringsrätt – om ersättning vid sjukdom*. Norstedts juridik. 2018.

Socialdepartementet (2012). Promemoria. *Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera*. S 2012/4640/SF.

Socialdepartementet (2021). Promemoria. S2021/02250. *Konsekvenser av justerade åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem.*

SOU 1961:29. *Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m. m.*

SOU 1964:27. *Lag om förvaltningsförfarandet.*

SOU 1988:41. *Tidig och samordnad rehabilitering – samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.*

SOU 1989:101. *Förtidspension och rörlig pensionsålder.*

SOU 2006:86. *Mera försäkring och mera arbete.*

SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*

SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete.*

SOU 2010:58. *Rehabiliteringsrådets delbetänkande.*

SOU 2011:15. *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.*

SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring.*

SOU 2016:13. *Palett för ett stärkt civilsamhälle.*

SOU 2017:25. *Samlad kunskap – stärkt handläggning.*

SOU 2018:5. *Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet*.

SOU 2018:21. *Flexibel rehabilitering*.

SOU 2018:71. *En andra och en annan chans – ett komvux i tiden*.

SOU 2019:2. *Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.*

SOU 2019:15. *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet. kunskap. dialog.*

SOU 2019:28. *Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning.*

SOU 2019:29. *God och nära vård.*

SOU 2020:6. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.*

SOU 2020:24. *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

SOU 2020:37. *Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen*.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Rapport 2001:156. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*.

Statskontoret. 2017:7. *En analys av processen och förutsättningarna för anställningar hos Samhall AB*.

Von Essen, Ulrik. *Processramen i förvaltningsmål*. Wolters Kluwer. 2u. 2016 samt digital upplaga 2020.

Waddell, Gordon et al. *Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when?* Burton AKK. Nicholas. A.S. editor. 2008.

Wennergren, Bertil. *Förvaltningsprocesslagen m.m. – en kommentar*. Norstedts juridik. 5 uppl. 2005.

Rättsfall

AD 1993 nr 42.
FÖD 1986:11.
FÖD 1993:11.
HFD 2011 ref. 27.
HFD 2011 ref. 30.
HFD 2011 ref. 63 I-III.
HFD 2011 ref. 81.
HFD 2012 not. 16.
HFD 2013 ref. 9.
HFD 2013 ref. 38.
HFD 2013 ref. 44.
HFD 2013 ref. 50.
HFD 2013 ref. 60.
HFD 2013 ref. 61.
HFD 2015 ref. 10.
HFD 2018 ref. 51 I och II.
HFD 2018 ref. 69.
HFD 2019 ref. 9.
HFD 2019 ref. 41.
HFD 2019 ref. 42.
HFD 2019 ref. 48.
HFD 2019 ref. 69.
HFD 2020 not. 14.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 496-07.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5927-10.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6875-09.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5104-11.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 7944-11.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3783-17.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 4678-18.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3561-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3561-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6371-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6886-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 262-20.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3684-10.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3896-12.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 6791-12.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3662-14.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 2009-2010-14.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 2733-15.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 1371-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 5889-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 9520-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 5344-19.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 2846-11.
Kammarrätten i Sundsvall i mål 1955-12.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 255-13.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1777-16.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1337–1338-17.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1501-19.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 2420–2421-19.

MIG 2007:9.
MIG 2007:12.

NJA 1984 s. 501 (I).
NJA 1986 s. 470.
NJA 2006 s. 721.

RÅ 1989 ref. 67.
RÅ 1994 ref. 88.

RÅ 1997 ref. 3.
RÅ 1997 not. 102.
RÅ 2001 ref. 22 I-II.
RÅ 2001 ref. 52 I-II.
RÅ 2002 ref. 11.
RÅ 2005 ref. 46.
RÅ 2006 ref. 7.
RÅ 2006 ref. 56.
RÅ 2006 ref. 17.
RÅ 2008 ref. 15.
RÅ 2009 ref. 37.
RÅ 2009 ref. 102 I-II.
RÅ 2010 ref. 36.
RÅ 2010 ref. 39.
RÅ 2010 ref. 83 II.
RÅ 2010 not. 95.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av sakkunnige Cecilia Palme, Finansdepartementet

En särskild utredare har haft i uppdrag att se över sjukersättningen och aktivitetsersättningen med syfte att förmånerna ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Utredaren har bland annat lämnat förslag som innebär att äldre ska prövas mot sådant arbete som den försäkrade har erfarenhet av eller till annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade och vid prövning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning. Det är ett snävare arbetsmarknadsbegrepp jämfört med dagens regelverk, och således innebär att bedömningen blir mer generös.

Även om vissa delar av betänkandet är genomarbetade så är min samlade bedömning att det inte är tillräckligt belagt att utredningen belyser alla de konsekvenser som kan tänkas bli en följd av förslagen. När flertalet förändringar föreslås i stora ersättningssystem finns svårigheter med att överblicka vilka konsekvenser sådana förändringar kan få framför allt på längre sikt. Förslagen riskerar leda till permanenta och strukturella förändringar och kostnadsberäkningarna riskerar att inte reflektera alla konsekvenser av de förslag som utredningen presenterar.

Vidare hade det varit önskvärt att utredningen landat i en tydligare bedömning kring de offentligfinansiella effekterna av förslagen och därtill presenterat kostnadsberäkningar och konsekvensbeskrivning per enskilt förslag.

Utöver det saknas tillfredsställande förslag för att finansiera de reformer som föreslagits.

Av de ovan angivna skälen anser jag att betänkandet som helhet inte svarar upp mot uppdraget som följer av utredningens direktiv. Jag kan därför varken ställa mig bakom betänkandet eller de förslag som presenterats.

Kommittédirektiv 2020:31

Ett mer ändamålsenligt regelverk i sjuk- och aktivitetsersättningen och för förmåner vid rehabilitering

Beslut vid regeringssammanträde den 26 mars 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Syftet är att förmånerna ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Regelverkets krav för att en försäkrad ska beviljas förmånerna ska bli mer ändamålsenliga och i möjligaste mån ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget beakta Försäkringskassans skrivelse om ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF).

Utredaren ska också se över förmånerna vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Syftet är att skapa ett mer modernt regelverk som är anpassat till den rehabilitering som erbjuds i dag och som kan bidra till att förebygga ohälsa och ge stöd vid såväl rehabilitering som omställning till annat arbete. Reglerna ska harmoniera med angränsande regelverk och vara enkla att förstå och att administrera.

Utredaren ska bl.a.

– utreda villkoren för rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning,

– utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder,

– utreda hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare för både den försäkrade och Försäkringskassan,
– lämna förslag på hur nuvarande förmåner vid rehabilitering kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer och enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen, och
– ämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juli 2021.

Uppdraget att se över regelverket för rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Enligt gällande regler för sjukersättning och aktivitetsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas mot ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I detta ingår anpassade och skyddade arbeten, som t.ex. subventionerade anställningar i form av lönebidrag samt skyddade anställningar på Samhall. Om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning, oavsett om ett sådant arbete är tillgängligt eller inte. Regeringen anser att för att ett beslut om avslag på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning ska uppfattas som rimligt när den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett för denne anpassat arbete måste det vara realistiskt att denne kan få ett sådant lämpligt arbete inom en rimlig tid. Det förutsätter ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Till följd av rättsliga granskningar har Försäkringskassan infört nya handläggningsrutiner och ändrat sin tillämpning avseende sjukersättning och aktivitetsersättning, vilket bland annat har lett till att antalet avslagsbeslut har ökat. Försäkringskassan bedömer i skrivelsen om ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF) att den viktigaste orsaken till att fler ärenden avslås är att tillämpningen har blivit mer korrekt. Nybeviljandet av sjukersättning och aktivitetsersättning per år har minskat kraftigt sedan 2015. Andelen

avslag på nyansökningar om aktivitetsersättning var 40 procent 2018, att jämföra med 13 procent 2014. Motsvarande andelar för sjukersättning var 70 respektive 43 procent. Andelen avslag är större för kvinnor än för män. Andelen avslag i förlängningsärenden som gäller aktivitetsersättning har ökat från tre procent 2014 till 17 procent 2018. Stabilitet och rättssäkerhet är avgörande för tilltron till sjukförsäkringen. Stora variationer i försäkringsutfall över tid riskerar att påverka tilltron till försäkringen negativt. Fler individer kvarstår med nuvarande regelverk i långvariga sjukskrivningar, trots att nedsättningen av arbetsförmågan i normalt förekommande arbeten kan vara stadigvarande och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda.

Enligt Riksrevisionen (RiR 2018:9) förefaller det finnas en betydande diskrepans mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden. Resultaten från granskningen visar att ett nekande av sjuk- eller aktivitetsersättning fick negativa konsekvenser för de individer som låg på gränsen till att beviljas ersättning. Dessa förlorade i genomsnitt omkring 125 000 kronor per år i inkomst under de efterföljande tre åren jämfört med om de i stället hade beviljats ersättning. Resultaten antyder även att ett nekande av ersättning kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med dem som beviljades ersättning hade de som nekades i genomsnitt fler dagar som inlagd inom sluten vård (34 fler dagar) sett över en treårsperiod. De negativa effekterna på inkomster och hälsa omfattar både män och kvinnor, hög- och lågutbildade samt inrikes och utrikes födda.

Regeringen anser att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara och att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person. Det är inte aktuellt att frångå den grundläggande principen att sjuk- och aktivitetsersättningen endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.

Mot bakgrund av variationen i andelen avslagsbeslut över tid trots oförändrat regelverk ska utredaren ta ställning till om ett nytt författningsreglerat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen.

De individer som ansöker om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är unga och har ofta både psykisk ohälsa och en funktionsnedsättning. Detta är en utsatt grupp som ofta har behov av

samhällets stöd. Varaktighetskravet innebär med gällande regelverk att arbetsförmågan kan antas vara nedsatt i minst ett år i förvärvsarbeten på arbetsmarknaden för att den försäkrade ska beviljas aktivitetsersättning (33 kap. 7 § socialförsäkringsbalken, förkortad SFB). Nuvarande varaktighetskrav i sjukersättningen är att arbetsförmågan i förvärvsarbeten på arbetsmarknaden kan anses vara stadigvarande nedsatt, samt att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga (33 kap. 6 § SFB). Att utesluta att en person i framtiden kan få arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete innefattar ibland ett stort mått av presumtion om framtiden. Mot denna bakgrund krävs en analys av varaktighetskravets ändamålsenlighet i sjukersättningen och aktivitetsersättningen.

Utredningen behöver beakta pågående förändringar av ålderspensionssystemet. Riksdagen har beslutat att en riktålder ska införas i pensionssystemet. Avsikten är att riktåldern på sikt ska styra de pensionsrelaterade åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsade trygghetssystem, däribland sjukersättningen. Gällande regelverk för rätten till sjukersättning tar ingen hänsyn till ålder. Med nuvarande regelverk kan en ansökan om sjukersättning avslås på grund av att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda innan omskolning prövats, trots att den nödvändiga omskolningen kommer att vara slutförd en kort tid före 65-årsdagen eller ännu senare. Utredaren bör även analysera hur sjukersättningens regelverk påverkar incitamenten att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för pension.

Försäkringskassan har i olika sammanhang påpekat att utformningen av regelverket för sjukersättning gör att individer riskerar att bli fast i långa sjukskrivningar trots att de sannolikt inte kommer återfå arbetsförmågan. Myndigheten inkom i november 2017 med en skrivelse där den föreslog ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF).

Gränsdragningen för vilka sjukskrivna som fortsätter med sjukpenning och vilka som beviljas sjukersättning beror både av regelverket i sjukpenningen och sjukersättningen. Utredningen måste därför analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till regelverket för sjukpenning. Utredningen bör även kartlägga motsvarande förhållanden i övriga nordiska länder vad gäller villkoren för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga.

Ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är en förutsättning för en välfungerande sjukförsäkring

för den enskilde. Utredaren bör därför utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning, och ta ställning till om dessa hinder bör avhjälpas genom ändringar i regelverkets utformning.

Utredaren ska därför

- utreda villkoren för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning avseende vilken typ av arbete som arbetsförmågan bedöms mot, dvs. arbetsförmågebegreppet,
- utreda behovet av ändrat varaktighetskrav för bedömningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning,
- ta ställning till om ett nytt beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen,
- utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder,
- analysera incitamenten att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för pension,
- ta ställning till behovet av ytterligare regeländringar för att säkerställa en ändamålsenlig gränsdragning mellan sjukpenning och sjukersättning,
- kartlägga motsvarande förhållanden i övriga nordiska länder vad gäller villkoren för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga,
- utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning och ta ställning till om dessa hinder bör avhjälpas genom ändringar i regelverkets utformning, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

Regelverket när det gäller t.ex. arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning är svårt att överblicka. Inspektionen för socialförsäkringen har exempelvis konstaterat att regelverket om så kallad steglös avräkning för personer som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 är administrativt mödosamt för både Försäkringskassan och den försäkrade (Rapport 2018:11).

Regelverket måste säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller. Annars finns det en risk att de avstår från möjligheter att delta i samhällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Exempelvis bör fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning underlättas. Utgångspunkten för uppdraget är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Utredaren ska därför

– utreda hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare för både den försäkrade och Försäkringskassan, och

– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsreformen 1992 innebar bl.a. att två nya förmåner infördes, dels förebyggande sjukpenning vid medicinsk behandling och rehabilitering, dels rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Förmånerna syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan.

Sedan reformen genomfördes har såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrats. Den medicinska reha-

biliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag och regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Regelverket bör fungera för kvinnor och män oavsett vilken kategori på arbetsmarknaden man tillhör. Det finns därför anledning att överväga om reglerna för intermittent anställda, egna företagare och arbetslösa behöver förtydligas eller moderniseras.

Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Motsvarande siffra för rehabiliteringspenning var 2,4 procent. Användningen av förebyggande sjukpenning har legat på ungefär samma nivå det senaste decenniet medan användningen av rehabiliteringsersättning har minskat kraftigt över tid. Förmånernas konstruktion och huruvida de är tillräckligt kända och enkla att ansöka om, kan ha betydelse för hur mycket de nyttjas. Lagstiftningen är i vissa delar detaljerad, bland annat finns bestämmelser om vad en rehabiliteringsplan ska innehålla. Denna typ av handläggningsregler kan över tid komma att svara sämre mot hur ärenden lämpligen bör handläggas.

Förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning kan lämnas vid medicinsk behandling och rehabilitering i förebyggande syfte. Enligt 27 kap. 7 § SFB gäller att arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade till följd av rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Högsta förvaltningsdomstolen har i en dom från september 2019 (HFD 2019 ref. 42) funnit att förebyggande sjukpenning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar samt för vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen. Det kan finnas skäl att pröva om nuvarande konstruktion kan utgöra hinder för möjligheten att nyttja förmånen för att förebygga eller förkorta sjukdom. Det kan t.ex. övervägas om det finns lämpligare sätt att bestämma ersättningens omfattning än att relatera den till den tid som behandlingen eller rehabiliteringen faktiskt tar i anspråk.

Personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som till följd av förebyggande medicinsk behandling är förhindrade att delta i programmet, kan inte få aktivitetsstöd och inte heller förebyggande sjukpenning för frånvaro från programmet. Det finns därför skäl att pröva om det går att finna en konstruktion som säkerställer att arbetssökande som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program har möjlighet att delta i förebyggande behandling utan att riskera sin försörjning. En utgångspunkt i det avseende bör vara att ansvaret för den enskilde under förebyggande behandling huvudsakligen bör åligga den som har bäst förutsättningar att hjälpa den enskilde.

Rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning kan lämnas vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättningen består av två delar, rehabiliteringspenning som ger ersättning för inkomstbortfall under rehabiliteringen och särskilt bidrag som är en kostnadsersättning. En förutsättning för rehabiliteringspenning är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Rehabiliteringspenning kan med nuvarande regelverk inte användas för att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan som inte redan har inträffat och uppgår till minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning kan således inte nyttjas för att t.ex. underlätta omställning förrän sjukdomen medfört nedsatt arbetsförmåga.

I SFB finns inga tidsgränser för hur länge rehabiliteringspenning ska kunna beviljas. Av förarbeten framgår dock att inriktningen bör vara att rehabilitering tillbaka till ordinarie arbete normalt bör omfatta högst tre månader och att inriktningen i övrigt bör vara högst ett år. I förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning finns dock en begränsning till högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med studiemedel. I nämnda förordning finns även begränsningar när det gäller vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning. Dessa regler har i stort sett varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen, trots att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat. Utbildning är numera en sällsynt rehabiliteringsinsats. Det kan övervägas om de begränsningar som finns fortfarande är motiverade, särskilt med hänsyn till att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör

eftersträvas. Även andra existerande förmåner vid utbildning behöver beaktas.

Det är viktigt att den rehabilitering som bedrivs fullgörs enligt de intentioner och planer som föranledde beslutet att bevilja ersättning under rehabiliteringen. När rehabiliteringen skedde vid arbetsmarknadsinstitut eller som arbetsmarknadsutbildning var det relativt enkelt att genom närvarorapporter konstatera om en person varit närvarande vid rehabiliteringen. När rehabilitering sker i andra former finns det skäl att överväga hur kontrollen och uppföljningen av rehabiliteringen bör utformas.

De närmare reglerna om särskilt bidrag finns i förordningen om rehabiliteringsersättning. Dessa bestämmelser har i sina grunddrag varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen 1992. På senare tid har bland annat betänkandet En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering (SOU 2020:6) och promemorian Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering (Ds 2018:32) berört rehabiliteringsersättningen.

Utredaren ska därför

- identifiera och analysera eventuella problem med nuvarande lagstiftning när det gäller förmåner vid rehabilitering ur såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra relevanta aktörers perspektiv,
- lämna förslag på hur nuvarande förmåner kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer och enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen,
- ta ställning till hur förmåner vid arbetslivsinriktad rehabilitering på ett bättre sätt kan användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver sådan på grund av sjukdom,
- kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget i rehabiliteringsersättningen och ta ställning till behovet av förändringar av bidraget, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget särskilt beakta 14 § kommittéförordningen (1998:1474) där det bl.a. framgår att om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas.

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser ur ett kontroll- och genomförandeperspektiv, och redogöra för hur detta har beaktats vid framtagandet av förslagen. Syftet är att säkerställa att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras och att risken för felaktigt utnyttjande av de förmåner som berörs minimeras. Övervägandena i betänkandet Samlade åtgärder för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen (SOU 2019:59) bör beaktas i utredarens arbete.

Utredarens förslag ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och analysen ska inkluderas i utformandet av förslagen. Det ska särskilt motiveras om de inte bedöms främja jämställdhet. Förslagens administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, region eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas. Utredaren ska även redovisa en offentligfinansiell beräkning och göra en fördelningsanalys.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren samråda med berörda funktionshinders- och patientorganisationer, arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Inspektionen för socialförsäkringen, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering och Socialstyrelsen. Utredaren ska kontinuerligt sammankalla och föra dialog med referensgrupper. Vidare ska utredaren ha dialog med Sveriges Kommuner och Regioner och hälso- och sjukvården. När det gäller uppdraget att se över förmåner vid rehabilitering ska utredaren ha kontakt med de delar av hälso- och sjukvården där sådan medicinsk behandling och rehabilitering bedrivs som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juli 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:100

Tilläggsdirektiv till Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering (S 2020:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 24 september 2020

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 26 mars 2020 kommittédirektiv om ett mer ändamålsenligt regelverk i sjuk- och aktivitetsersättningen och för förmåner vid rehabilitering (dir. 2020:31).

Utöver vad som sägs om samråd i tidigare direktiv ska en parlamentariskt sammansatt referensgrupp inrättas till stöd för utredarens arbete.

(Socialdepartementet)

Aktgranskning

Utredningen har genomfört en granskning av Försäkringskassans avslagsbeslut avseende ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Sammanlagt har utredningen studerat 300 slumpmässigt utvalda beslut, fördelat på 200 beslut om sjukersättning och 100 beslut om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Av de 200 besluten om sjukersättning utgör 150 beslut om avslag medan 50 är bifallsbeslut. Av dessa 50 består i sin tur 25 av bifall vid ansökning från den enskilde, medan 25 är ”utbytesbeslut” där Försäkringskassan har bytt ut den enskildes sjukpenning mot sjukersättning. Aktivitetsersättningsbesluten, 100 st., består av 75 avslagsbeslut och 25 bifallsbeslut där den enskilde har ansökt om ersättning.

Av de 200 besluten om sjukersättning avser 100 beslut personer i åldrarna 30–59 år och 100 beslut personer 60–64 år. För besluten om aktivitetsersättning har inget urval gjorts för olika åldersgrupper, utan samtliga ärenden avser personer i åldrarna 19–29 år.

Samtliga beslut som ingår i studien har fattats under 2019, en tidperiod då avslagsfrekvensen på ansökningar om sjukersättning låg över 70 procent. Detta är nivåer som historiskt sett är väldigt höga för sjukersättningen.

Syftet med granskningen

I utredningens uppdrag ingår bland annat att utreda villkoren för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning avseende vilken typ av arbete som arbetsförmågan bedöms mot, dvs. arbetsförmågebegreppet, utreda behovet av ändrat varaktighetskrav för bedömningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning, ta ställning till om ett nytt beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna

bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen samt att utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder. En viktig dimension för att kunna förstå behovet av eventuella regelförändringar ur dessa perspektiv är att förstå varför människor i dag nekas sjuk- eller aktivitetsersättning. Varför och på vilken grund de försäkrade får avslag på sina ansökningar om sjuk- eller aktivitetsersättning blir därför ett viktigt kunskapsunderlag i genomförandet av utredningen.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag har studien två syften. Det första syftet är att utredningen ska få en inblick i hur besluten utformas. Det är ett sätt för utredningen att bekanta sig med materialet och få en bild av hur bedömningar av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning motiveras. Det andra syftet med studien är att inhämta kunskapsunderlag.

Det går inte att ifrån detta material dra slutsatser som är representativa för samtliga beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning. Dock är materialet tillräckligt stort för att ge viss inblick i varför ansökningar får avslag. Studien är ett av flera kunskapsunderlag som ligger till grund för utredningens slutsatser och förslag. Resultaten av denna aktgranskning ger en indikation om dessa mönster och resultat är desamma som i övriga underlag som utredningen baseras på.

I granskningen har enbart själva besluten granskats. Utredningen har inte tagit del av övrigt beslutsunderlag såsom läkarutlåtanden etc. Syftet med studien har inte varit att värdera huruvida de fattade besluten är korrekta eller inte utan enbart att studera på vilken grund Försäkringskassan avslår ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning och hur Försäkringskassan i dessa fall bedömer den enskildes arbetsförmåga och hur besluten motiveras.

Urval och avgränsningar

Aktgranskningen omfattar 300 slumpmässigt utvalda ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Samtliga beslut har fattats under 2019. För ärenden avseende avslag om *sjukersättning* har dessa valts ut i två olika ålderskategorier, dels 75 ärenden för åldrarna 30–59 år, dels 75 ärenden för åldrarna 60–64 år.[1] Som komplement har därutöver granskats 50 beslut där sjukersättning har

[1] Dvs. den försäkrade har haft denna ålder vid tidpunkten för beslutet.

beviljats; i 25 av dessa har sjukersättning beviljats efter ansökan från den försäkrade med det i andra 25 besluten är det fråga om ett utbyte på Försäkringskassans initiativ, från sjukpenning till sjukersättning. Bifallsbesluten redovisas inte särskilt. Gällande *aktivitetsersättningen* har 100 beslut granskats; 75 beslut om avslag och som komplement 25 bifallsbeslut. De försäkrades åldersgrupp är för aktivitetsersättningens del 19–29 år, dvs. hela det åldersspann då denna ersättning kan beviljas.

I urvalet har ärenden där Försäkringskassan avslagit ansökan på grund av att den enskilda individen inte omfattats av svensk socialförsäkring eller att individen inte uppfyllt något av de formella villkor som krävs för att ansökan ska prövas uteslutits. Detta kan t.ex. handla om att ansökan är ofullständigt ifylld.

Det slumpmässiga urvalet är för litet för att på ett statistiskt säkerställt sätt uttala sig om resultatens representativitet. Utredningen använder de granskade besluten som en fingervisning om hur Försäkringskassan motiverar sina avslagsbeslut och på vilka grunder försäkrade typiskt sett nekas eller beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning. De resultat som redovisas gäller därför enbart de akter som studerats och kan inte med säkerhet generaliseras till tolkningar avseende hela populationen.

Resultat

Beslut om avslag på ansökan om sjukersättning

En indelning har gjorts i fyra kategorier för skäl till avslagen:

- Bedömningen att sökande ej uppfyller villkoret om nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel i förhållande till förvärvsarbete,
- villkoret om varaktigheten i nedsättningen, inklusive kriteriet att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda,
- båda villkoren tillsammans, eller
- övrigt.

Arbetsförmågekriteriet utgör den vanligaste grunden för avslag

Av tabell 1 framgår att den i särklass vanligaste motiveringen i avslagsbesluten är att underlaget inte stödjer att individen har en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel i förhållande till förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I över 70 procent av de studerade ärendena är det (endast) detta kriterium som används i beslutsmotiveringen för avslaget. Knappt 20 procent av ärendena avslås med motiveringen att arbetsförmågans nedsättning inte kan bedömas vara stadigvarande eller att all rehabilitering inte är uttömd. I drygt 10 procent av ärendena anges båda villkoren i beslutsmotiveringen.

Även om det inte går att generalisera slutsatserna från den genomförda granskningen till resultat för den totala populationen, tycks det åtminstone i de akter som studerats vara vanligare att kriteriet om att arbetsförmågan inte anses vara nedsatt med minst en fjärdedel på hela arbetsmarknaden är vanligare som avslagsorsak för dem äldre än 60 år än för gruppen 30–59 år. I åldersgruppen 30–59 år är avslag med motiveringen att nedsättningen av arbetsförmågan inte kan bedömas vara stadigvarande vanligare än hos de försäkrade som är 60 år eller äldre.

De arbeten som den försäkrade bedöms klara beskrivs som mycket anpassade arbeten

De arbeten som hänvisas till i de studerade besluten är i det närmaste uteslutande varianter av ett ”lätt, väl anpassat arbete utan tunga lyft, som inte ställer krav på koncentration och där hänsyn kan tas till nedsatt uthållighet och med möjligheter vill vila och pauser”. De arbeten som beskrivs får anses ha mått av anpassningar som tydligt ligger bortom normalt förekommande arbeten och de krav som kan sägas ställa i ett sådant arbete. Det anges inte i något av besluten vilket faktiskt arbete eller typ av arbete denna beskrivning skulle utgöra.

Inte i något av de granskade besluten finns en redogörelse av vilka krav ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden faktiskt ställer. I flera fall har den försäkrade arbetat eller arbetsträning på Samhall. I dessa fall har Samhall redogjort för att anpassningar har gjorts men ändå inte fungerat. Försäkringskassan har trots detta bedömt att den försäkrades arbetsförmåga inte varit nedsatt i ett lämpligt arbete.

Det kan vidare noteras att det i de granskade besluten inte har förts något resonemang om skillnaden mellan kraven i ett ”förvärvsarbete” respektive kraven i ”normalt förekommande arbete”. Det går därför inte att dra några slutsatser kring i hur många fall den försäkrade skulle ha bedömts ha arbetsförmåga även i ett normalt förekommande arbete. Eftersom detta inte ingår i bedömningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning framstår detta inte heller som märkligt.

Frågan om varaktighet bedöms alltid ihop med frågan om uttömda rehabiliteringsmöjligheter

Utredningen har i avsnittet som rör varaktighetskriteriet och kriteriet om uttömda rehabiliteringsmöjligheter konstaterat att detta rör sig om en bedömning i två separata steg.

I de granskade besluten beskrivs däremot i samtliga fall att begreppet stadigvarande innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt under all överskådlig framtid och att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda. I närmast samtliga beslut anges i inledningens av beslutsmotiveringen att ”med stadigvarande menas all överskådlig framtid och att medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte ens på sikt bedöms kunna leda till att arbetsförmågan kan förbättras.” Det framgår inte varifrån denna skrivning, som i sin lydelse inte har stöd i lagtext eller förarbeten, kommer. Det framstår som oklart vad Försäkringskassan menar ska läggas i betydelsen ”inte ens på sikt”.

Avslag som grundas på ej uppfyllt varaktighetskriterium är betydligt vanligare hos yngre än hos äldre försäkrade

Utredningen har kunnat konstatera att de flesta avslag grundas på bedömningen att den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga. Bedömningsgrunderna skiljer sig emellertid också åt mellan äldre (60+) försäkrade och yngre (30–59). De äldre får betydligt oftare, i 76 procent av fallen för kvinnor och 80 procent för män, avslag med motiveringen att de redan har en arbetsförmåga som inte är nedsatt med minst en fjärdedel. För den yngre gruppen är andelen 56 respektive 67 procent. Den yngre gruppen får i stället oftare avslag med motiveringen att varaktigheten inte är uppfylld och/eller att rehabiliteringsmöjligheter inte är uttömda.

Ett för högt ställt beviskrav tillämpas i de fall som beviskravet anges i beslutet

Utredningens studie av Försäkringskassans ärendeakter visar att myndigheten i ca 20 procent av de studerade besluten om avslag skriver att de medicinska underlagen inte ”styrker” att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel, eller att det inte är ”medicinskt styrkt” att arbetsförmågan är nedsatt i alla arbeten på arbetsmarknaden. Utredningen kan dock konstatera att lagstiftningen inte innehåller någon formulering om att nedsättningen av arbetsförmågan eller varaktigheten ska styrkas.
För aktivitetsersättningen innehåller regelverket en mindre bestämd bedömning om framtiden, nämligen att arbetsförmågan kan antas bestå under minst ett år.

Det går dock inte att utifrån formuleringarna i beslutsbreven veta vilket beviskrav som försäkringsutredarna och beslutsfattarna som har skrivit beslutsbreven har använt i själva prövningen. Det går med andra ord inte att dra slutsatsen att de har gjort fel i sak när de har prövat individernas rätt till ersättning i dessa fall. Anmärkningen gäller i stället de val av ord som har använts i beslutsmotiveringen.

Tabell 1 Orsak till avslag på ansökan om sjukersättning

	Antal				Andel (procent)			
	30–59 år		>=60 år		30–59 år		>=60 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Arbetsförmågan ej nedsatt med 1/4	18	29	28	28	56	67	76	80
Arbetsförmågan ej varaktigt nedsatt	9	12	2	4	28	28	5	11
Båda villkoren	5	2	7	3	16	5	19	9
Övrigt			2	1	0	0	0	0
Totalt	32	43	39	36	100	100	100	100

Källa: Egna beräkningar.

Beslut om avslag på ansökan om aktivitetsersättning

Liksom för sjukersättningen har en indelning gjort i fyra kategorier för skäl till avslagen:

- avslag på grund av att sökande ej uppfyller villkoret om nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel i förhållande till hela arbetsmarknaden,
- villkoret om varaktigheten i nedsättningen,
- båda villkoren, eller
- övrigt.

Arbetsförmågekriteriet utgör den vanligaste grunden för avslag

Av tabell 2 framgår att den vanligaste motiveringen i avslagsbesluten för aktivitetsersättning, liksom för sjukersättning, är att den försäkrade inte bedöms ha en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel i förhållande till arbeten på arbetsmarknaden. I 69 procent av de studerade ärendena är det detta kriterium som används i beslutsmotiveringen.

De arbeten som den försäkrade anses ha arbetsförmåga i beskrivs i nästan samtliga ärenden som sådana som är anpassade för den försäkrade. Det anges vanligtvis inte konkret vilket arbete detta skulle vara, men att det handlar om arbeten där i den försäkrade i lugn och ro kan arbeta i sitt eget tempo utan höga krav på prestation med tydliga och strukturerade arbetsuppgifter samt har tillgång till stöd. I flera av de granskade ärendena beskrivs att dessa slags anpassade arbeten sannolikt innebär arbete hos Samhall eller arbete med lönebidrag. I ett antal ärenden beskrivs att den försäkrade sannolikt behöver få hjälp att få ett sådant, för honom eller henne anpassat arbete och att Arbetsförmedlingen har i uppdrag och kan hjälpa den försäkrade med detta.

Resultatet av denna granskning avseende avslag för aktivitetsersättning är likartad med de resultat ISF kommer fram till i myndighetens aktgranskning i rapport 2020:9 Variationen inom aktivitetsersättningen.[2]

[2] I ISF:s granskning undersöktes bl.a. även vilka underlag som låg till grund för Försäkringskassans beslut.

Tabell 2 Orsak till avslag på ansökan om aktivitetsersättning

	Antal		Andel (procent)	
	<30 år		<30 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Arbetsförmågan ej nedsatt med 1/4	27	28	69	68
Arbetsförmågan ej nedsatt minst 1år	2	1	5	2
Båda villkoren	9	12	23	29
Övrigt	1		3	0
Totalt	39	41	100	100

Källa: Egna beräkningar.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0193-1 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: PeterPencil
Bild och bildbearbetning:
Agneta S Öberg

Daniels Per-Erik RK STAB

Från: Helene Lassi <helene.lassi@regeringskansliet.se>
Skickat: den 24 september 2021 15:28
Till: registrator@arbetsformedlingen.se; registrator@arbetsgivarverket.se; arbetsmiljoverket@av.se; info@barncancerfonden.se; medborgarcenter@botkyrka.se; registrator@csn.se; kommunen@danderyd.se; info; do@do.se; domstolsverket@dom.se; registrator@esv.se; kommunen@emmaboda.se; kommunen@eslov.se; kommunen@falkoping.se; forte@forte.se; info@funktionsratt.se; kansli@fysioterapeuterna.se; info@ff.se; info@foretagarna.se; huvudkontoret; forvaltningsratteniuppsala@dom.se; gnesta.kommun@gnesta.se; kommunstyrelsen@gavle.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; registrator@gu.se; kommunstyrelsen@halmstad.se; linda.palmetzhofer@handels.se; hrf; registrator@isf.se; ifau@ifau.uu.se; kommun@jokkmokk.se; registrator@jk.se; info@jamy.se; kammarrattenisundsvall@dom.se; registrator@ki.se; kommunledningsforvaltningen@katrineholm.se; registrator@konj.se; kontakt@kronofogden.se; kommun@kumla.se; info@kungsbacka.se; kopings.kommun@koping.se; info@lo.se; elizabeth.ostman@fackjuridik.com; lulea.kommun@lulea.se; registrator@lu.se; malmostad@malmo.se; kommunstyrelsen@mala.se; info@mynak.se; info@mfd.se; Charlotte.Kardell@linkoping.se; natverket@nuft.nu; registrator@pensionsmyndigheten.se; info@ptk.se; ragunda.kommun@ragunda.se; region@regionblekinge.se; REGION HALLAND officiell e-post; region@kronoberg.se; regionnorrbotten@norrbotten.se; regionstockholm@sll.se; region.vasternorrland@rvn.se; info@reumatiker.se; justitieombudsmannen@jo.se; rsmh@rsmh.se; registrator@riksrevisionen.se; kansli@saco.se; skogsstyrelsen@skogsstyrelsen.se; registrator@skatteverket.se; sollentuna.kommun@sollentuna.se; kommun@sorsele.se; info@sotenas.se; registrator@statskontoret.se; kommunstyrelsen@stockholm.se; info@svalov.se; kansliet@svenljunga.se; A ILO-kommittén; theresa.wahlqvist@sls.se; anna.antonsson@svensktnaringsliv.se; kansli@arbetsterapeuterna.se; sdr; info@foretagshalsor.se; info@skr.se; info@slf.se; post@psykologforbundet.se; info@srf.nu; sodertalje.kommun@sodertalje.se; info; trollhattans.stad@trollhattan.se; umea.kommun@umea.se; registrator@umu.se; info@vardforbundet.se; kommunstyrelsen@vaxjo.se; registrator@oru.se; registrator@oru.se
Kopia: betankande@elanders.com; S Registrator; S Info Order; Esbjörn Åkesson; Susanne Mattson; Therese Karlberg
Ämne: Remiss av SOU 2021:69 En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet - Svar senast den 22 december 2021
Bifogade filer: Remissmissiv sou 2021_69.pdf

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) - Regeringen.se

Remittering av

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69)

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 22 december 2021**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till esbjorn.akesson@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/05920 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanser

Arbetsförmedlingen
Arbetsgivarverket
Arbetsmiljöverket
Barncancerfonden
Botkyrka kommun
Centrala studiestödsnämnden
Danderyd kommun
Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)
Diskrimineringsombudsmannen
Domstolsverket
Ekonomistyrningsverket
Emmaboda kommun
Eslöv kommun
Falköping kommun
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
Funktionsrätt Sverige
Fysioterapeuterna
Företagarförbundet
Företagarna
Försäkringskassan
Förvaltningsrätten i Uppsala
Gnesta kommun
Gävle kommun
Göteborgs kommun
Göteborgs Universitet
Halmstad kommun

Hörselskadades riksförbund
Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)
Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
Jokkmokk kommun
Justitiekanslern
Jämställdhetsmyndigheten
Kammarrätten i Sundsvall
Karolinska institutet
Katrineholm kommun
Konjunkturinstitutet
Kumla kommun
Kungsbacka kommun
Köping kommun
Kronofogdemyndigheten
Landsorganisationen i Sverige (LO)
LO-TCO Rättsskydd
Lunds universitet
Luleå kommun
Malmö kommun
Malå kommun
Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)
Myndigheten för delaktighet (MFD)
Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS)
Nätverket Unga För Tillgänglighet
Pensionsmyndigheten
PTK
Ragunda kommun
Region Blekinge
Region Halland
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Stockholm
Region Västernorrland
Reumatikerförbundet
Riksdagens ombudsmän, JO
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
Riksrevisionen
Saco
Skatteverket
Socialstyrelsen
Sollentuna kommun
Sorsele kommun
Sotenäs kommun
Statskontoret
Stockholms kommun

Svalöv kommun
Svenljunga kommun
Svenska ILO-kommittén
Svenska Läkaresällskapet
Svenskt Näringsliv
Sveriges Arbetsterapeuter
Sveriges dövas riksförbund
Sveriges Företagshälsor
Sveriges Kommuner och Regioner
Sveriges Läkarförbund
Sveriges Psykologförbund
Synskadades Riksförbund
Södertälje kommun
Tjänstemännens Centralorganisation, TCO
Trollhättan kommun
Umeå kommun
Uppsala universitet
Vårdförbundet
Växjö kommun
Örebro universitet
Örnsköldsvik kommun

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-post: betankande@elanders.com

Regeringskansliet

Remiss

2021-10-29
S2021/07176

Socialdepartementet

Promemoria Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga

Remissinstanser

1 Arbetsförmedlingen
2 Arbetsgivarverket
3 Arbetsmiljöverket
4 Barncancerfonden
5 Botkyrka kommun
6 Centrala studiestödsnämnden
7 Danderyd kommun
8 Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)
9 Diskrimineringsombudsmannen
10 Domstolsverket
11 Ekonomistyrningsverket
12 Emmaboda kommun
13 Eslöv kommun
14 Falköping kommun
15 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
16 Funktionsrätt Sverige
17 Fysioterapeuterna
18 Föreningen Sveriges socialchefer (FSS)
19 Företagarförbundet

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

20 Företagarna
21 Försäkringskassan
22 Förvaltningsrätten i Uppsala
23 Gnesta kommun
24 Gävle kommun
25 Göteborgs kommun
26 Göteborgs Universitet
27 Halmstad kommun
28 Hörselskadades riksförbund
29 Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)
30 Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
31 Jokkmokk kommun
32 Justitiekanslern
33 Jämställdhetsmyndigheten
34 Kammarrätten i Sundsvall
35 Karolinska institutet
36 Katrineholm kommun
37 Konjunkturinstitutet
38 Kumla kommun
39 Kungsbacka kommun
40 Köping kommun
41 Kronofogdemyndigheten
42 Landsorganisationen i Sverige (LO)
43 LO-TCO Rättsskydd
44 Lunds universitet
45 Luleå kommun
46 Malmö kommun
47 Malå kommun
48 Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)
49 Myndigheten för delaktighet (MFD)

50 Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS)
51 Nätverket Unga För Tillgänglighet
52 Pensionsmyndigheten
53 PTK
54 Ragunda kommun
55 Region Blekinge
56 Region Halland
57 Region Kronoberg
58 Region Norrbotten
59 Region Stockholm
60 Region Västernorrland
61 Reumatikerförbundet
62 Riksdagens ombudsmän, JO
63 Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
64 Riksrevisionen
65 Saco
66 Skatteverket
67 Socialstyrelsen
68 Sollentuna kommun
69 Sorsele kommun
70 Sotenäs kommun
71 Statskontoret
72 Stockholms kommun
73 Svalöv kommun
74 Svenljunga kommun
75 Svenska ILO-kommittén
76 Svenska Läkaresällskapet
77 Svenskt Näringsliv
78 Sveriges Arbetsterapeuter
79 Sveriges dövas riksförbund

80 Sveriges Företagshälsor

81 Sveriges Kommuner och Regioner

82 Sveriges Läkarförbund

83 Sveriges Psykologförbund

84 Synskadades Riksförbund

85 Södertälje kommun

86 Tjänstemännens Centralorganisation, TCO

87 Trollhättan kommun

88 Umeå kommun

89 Uppsala universitet

90 Vårdförbundet

91 Växjö kommun

92 Örebro universitet

93 Örnsköldsvik kommun

Den 24 september 2021 remitterade Socialdepartementet betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 (dnr S2021/05920). I betänkandet föreslogs bl.a. att det skulle införas särskilda regler om sjukersättning för personer som har fyllt 60 år samt att ett nytt arbetsmarknadsbegrepp skulle införas för sjukersättning och aktivitetsersättning. I bifogad promemoria föreslås att dessa två förslag genomförs vid en tidigare tidpunkt än den som föreslagits i betänkandet.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast onsdagen den 22 december 2021**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till esbjorn.akesson@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/07176 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Om ett samlat remissvar lämnas avseende såväl denna promemoria som betänkandet SOU 2021:69 vänligen ange bägge remissernas diarienummer. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven

enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Therese Karlberg
Departementsråd

Regeringskansliet

Promemoria

2021-10-29
S2021/07176

Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten

Promemoria – Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga

1 Ärendet

Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering (S2020:04) överlämnade till regeringen den 20 augusti 2021 betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69). Utredningen föreslår bl.a. att det införs särskilda regler för personer som fyllt 60 år, med innebörden att deras arbetsförmåga ska prövas mot arbete som de har erfarenhet av. I budgetpropositionen för 2022 har regeringen föreslagit att medel ska anslås för införandet av särskilda regler i sjukersättningen för personer över 60 år (prop. 2021/22:1, utg.omr. 10). I budgetpropositionen uttalar regeringen att utredningens förslag bereds inom Regeringskansliet och att regeringen avser att återkomma med ett förslag om att införa en s.k. trygghetspension inom ramen för sjukersättningen för försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår en ålder då de inte längre kan få sjukersättning. Regeringen har i budgetpropositionen också uttalat att den avser att med prioritet bereda utredningens förslag om att rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning ska prövas mot samma arbetsmarknadsbegrepp som gäller i sjukpenningen. Enligt betänkandet föreslås reformerna träda i kraft vid årsskiftet 2022/2023.

Mot den bakgrunden har en arbetsgrupp i Socialdepartementet utarbetat denna promemoria med syfte att de två reformerna ska kunna genomföras vid en tidigare tidpunkt än den som föreslagits av utredningen. Det rör sig således dels om att det arbetsmarknadsbegrepp som regeringen har föreslagit för sjukpenning (se prop. 2020/21:171) även ska gälla för sjukersättning och aktivitetsersättning, dels om införandet av särskilda regler för rätt till sjukersättning för försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår en ålder då de inte längre kan få sjukersättning. I promemorian redovisas de ändringar som av lagtekniska skäl är

nödvändiga för ett tidigare ikraftträdande och därför skiljer sig från betänkandets lagförslag. I fråga om de särskilda reglerna för äldre (avsnitt 3.2) föreslås, till skillnad från vad som föreslås i betänkandet, att det anges i författningstexten vad som avses med arbeten som den försäkrade har erfarenhet av (enligt betänkandet avser ”har erfarenhet av” arbeten som den försäkrade har haft under femton år före prövningen av rätten till sjukersättning.). Detta innebär dock ingen skillnad i sak jämfört med vad som föreslås i betänkandet.

Om inte annat anges i denna promemoria hänvisar arbetsgruppen till vad som i tillämpliga delar anförs i övervägandena och författningskommentaren i betänkandet.

2 Författningsförslag

Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 33 kap. 6, 10 och 11 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 33 kap. 6 a och 10 a §§, och närmast före 33 kap. 6 och 6 a §§ nya rubriker av följande lydelse,

dels att det närmast före 33 kap. 7 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Nedsatt arbetsförmåga vid aktivitetsersättning”.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	33 kap.
	Nedsatt arbetsförmåga vid sjukersättning
	6 §
För rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt och att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.	För rätt till sjukersättning krävs *1.* att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt, och *2.* att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga *i ett sådant arbete som avses i 10 §.*
	Sjukersättning för äldre
	6 a §
	För en försäkrad som har uppnått den ålder då det återstår

som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 § och som har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska det vid bedömningen enligt 6 § 2 endast beaktas sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Med arbeten som den försäkrade har erfarenhet av enligt första stycket avses arbeten som den försäkrade har haft under en tidsperiod på femton år före den månad för vilken han eller hon ansöker om sjukersättning eller före ett beviljande enligt 36 kap. 25 §.

10 §

När det bedöms hur nedsatt arbetsförmågan är ska Försäkringskassan beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom *förvärvsarbete på arbetsmarknaden.*

När det bedöms hur nedsatt arbetsförmågan är ska Försäkringskassan beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

10 a §

För en försäkrad som avses i 6 a § ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning

enligt 10 § första stycket 1 endast göras mot sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av.

11 §

Bedömningen enligt 10 § ska göras

Bedömningen enligt 10 *och 10 a §§* ska göras

– efter samma grunder oavsett på vilket sätt prestationsförmågan är nedsatt, och

– i förhållande till ett heltidsarbete.

Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av arbete med skötsel av hemmet.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

3 Överväganden och förslag

3.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp

Förslag: Vid prövning av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning.

Prövningen av arbetsförmågan ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Skälen för förslaget: Promemorian delar de bedömningar som görs i betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) avseende förslaget om ett förändrat arbetsförmågebegrepp i sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Promemorians förslag överensstämmer med utredningens förslag. Därmed saknas skäl för att i denna promemoria upprepa skälen för förslaget, vilka framgår av avsnitt 8.1 och 12.1 i det aktuella betänkandet och som remitterades den 24 september 2021 (S2021/05920).

3.2 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder

Förslag: Arbetsförmågan hos försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning ska bedömas i förhållande till förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och som den försäkrade har

erfarenhet av eller till annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Vid bedömningen av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter ska det endast beaktas sådana insatser som syftar till att den försäkrade ska kunna arbeta i ett förvärvsarbete som han eller hon har tidigare erfarenhet av och som ingår i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden,.

Med arbeten som den försäkrade har erfarenhet av ska det avses arbeten som han eller hon har haft under en tidsperiod på femton år före prövningen av rätten till sjukersättning.

Skälen för förslaget: Promemorian delar de bedömningar som görs i betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) avseende förslaget om särskilda regler om sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder. Promemorians förslag om en s.k. trygghetspension inom ramen för sjukersättningen för försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår en ålder då de inte längre kan få sjukersättning överensstämmer med utredningens förslag. Därmed saknas skäl för att i denna promemoria upprepa skälen för förslaget, vilka framgår av avsnitt 8.4 i det aktuella betänkandet och som remitterades den 24 september 2021 (S2021/05920).

Angående innebörden av lagförslagets formulering avseende ”arbeten som den försäkrade har erfarenhet av” bedöms det dock inte tillräckligt att innebörden preciseras i övervägandena och författningskommentaren. Det bör i stället framgå av lagtexten vad som avses. Ett förtydligande med den avsedda innebörden föreslås därför i lagförslaget. På den punkten skiljer sig därmed promemorians lagförslag från utredningens. Detta innebär dock ingen skillnad i sak jämfört med vad som har föreslagits i betänkandet.

4 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Ändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022. Äldre bestämmelser ska dock fortfarande gälla i fråga om sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

Skälen för förslaget: Av regeringens uttalanden i budgetpropositionen för 2022 följer att de två reformerna bör genomföras tidigare än till årsskiftet 2022/2023. Utredningens förslag till ikraftträdande är den 1 december 2022 men med tillämpning för ersättning som avser tid fr.o.m. den 1 januari 2023. Praktiska hänsyn för såväl försäkrade som Försäkringskassan och allmänna förvaltningsdomstolar talar för att båda reformerna bör träda i kraft samtidigt. För genomförande av förslaget om ett nytt arbetsmarknadsbegrepp för sjukersättning och aktivitetsersättning krävs att medel anslås i statens budget. Detta kan ske tidigast i vårändringsbudgeten för 2022. I samband med detta bör de nödvändiga lagförslagen lämnas till riksdagen. Därefter bör förslagen träda i kraft så snart som möjligt vilket bedöms vara den 1 juli 2022. Detta kan ske trots att motsvarande förslag om ett ändrat arbetsmarknadsbegrepp för sjukpenning av regeringen förslagits träda i kraft två månader senare, den 1 september 2022 (se prop. 2020/21:171). Till skillnad från utredningen bedöms det inte finnas behov av att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning innan den tidpunkt som ett ersättningsbeslut gäller infaller och att bestämmelserna med utredningens resonemang sålunda skulle vara tillämpliga för ersättning som avser tid först fr.o.m. augusti 2022 (jfr SOU 2021:69, s. 1195).

Bestämmelserna bör således träda i kraft den 1 juli 2022 och tillämpas på rätten till ersättning som avser tid fr.o.m. detta datum. Äldre bestämmelser bör dock fortfarande gälla för sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

5 Konsekvenser

5.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp

5.1.1 Offentligfinansiella konsekvenser

I betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) görs bedömningen att det årliga nybeviljandet av sjukersättning kan komma att öka med drygt 3 000 avseende personer yngre än 60 år (utredningens grundantagande, alternativ 1, s. 535). Emellertid är utredningens förslag mer omfattande vad gäller beviljandekriterierna än de som lämnas i denna promemoria. Exempelvis föreslår utredningen, till skillnad från i promemorian, att varaktighetsbegreppet ska ändras. I promemorian bedöms därför att detta sammantaget innebär att den årliga ökningen i nybeviljande bör bli något lägre jämfört med utredningens uppskattning. Det antas att nybeviljandet blir 10 procent lägre än utredningens huvudalternativ, vilket innebär ett ökat nybeviljande om 2 700 personer per år i sjukersättningen. Därmed antas att förslagen om ett harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp är en relativt betydelsefull beståndsdel av utredningens sammantagna förslag kring beviljandekriterierna.

Vad gäller det tillkommande antalet personer med aktivitetsersättning till följd av förslagen anges i betänkandet att detta kan förväntas öka med cirka 3 000 personer på årsbasis (SOU 2021:69, s 639 ff).

En sådan högre nivå i antalet nybeviljade kommer över tid leda till att beståndet i sjuk- och aktivitetsersättning blir högre än det annars skulle varit, med direkt påverkan på statens utgifter för sjuk- och aktivitetsersättning. För att åskådliggöra de kostnadsmässiga konsekvenserna av förslagen lutar sig promemorian mot utredningens bedömning vad gäller den tillkommande mängden nybeviljade enligt beskrivningen ovan och beräknar hur stor inverkan ett sådant förhöjt inflöde om 5 700 personer per år har på de samlade utgifterna över tid.

När fler personer beviljas sjuk- och aktivitetsersättning kommer samtidigt andra utgifter på statens budget att minska. Det beror av att en delmängd av personer som nybeviljas sjuk- eller aktivitetsersättning kan antas uppbära sådana ersättningar om de inte hade beviljats aktivitets- eller sjukersättning. Proportionerna för hur angränsande ersättningssystem påverkas har i promemorian hämtats från betänkandet (SOU 2021:69). Den reduktion av andra utgifter som ett högre inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning kan antas medföra som beskrivs ovan är jämförelsevis större vad gäller sjukersättningen än aktivitetsersättningen.

Eftersom förmånstiden för varje försäkrad i ett försäkringssystem som sjukersättning är relativt lång blir den period av infasning som sker utgiftsmässigt sett lång. Anslagen beräknas med förslagen påverkas i allt högre grad över tid, där förändringarna på anslagen till största del avtar efter cirka 20 år med promemorians antaganden. I promemorians beräkningar har ytterligare cirka 33 000 personer sjuk- och aktivitetsersättning till följd av förslagen efter 20 år. I fasta priser innebär en sådan högre nivå att utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning blir cirka 5 miljarder högre. Tabellen nedan beskriver promemorians beräkningar vad gäller åren 2022–2025.

Beräknad anslagspåverkan i miljoner kronor

År	Sjuk- och aktivitetsersättning	Sjukpenning	Bidrag till arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd
2022	110	-50	-10
2023	600	-280	-60
2024	1 300	-630	-120
2025	1 800	-890	-170

Not: inklusive statlig ålderspensionsavgift och bostadstillägg.

5.1.2 Konsekvenser för företagen

Det bedöms att konsekvenserna för arbetsgivare är mycket begränsade. På marginalen skulle förslaget kunna minska arbetsgivares kostnader. I det fall den anställde beviljas sjukersättning kan anställningen upphöra, och därmed också arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

5.1.3 Konsekvenser för enskilda

Det går generellt inte att beskriva hur förslaget skulle påverka den ekonomiska situationen för den enskilde. Det ekonomiska utfallet att beviljas exempelvis sjukersättning beror på hur individens tidigare försörjning sett ut. För personer med svag eller ingen förankring på arbetsmarknaden kommer troligtvis en sjukersättning i form av garantiersättning och tillkommande rätt till bostadstillägg att innebära att inkomsten ökar. För en person som haft sjukpenning innan kan inkomsten komma att minska när sjukersättning beviljas, men det är inte självklart när även eventuellt bostadstillägg och eventuella avtalsersättningar beaktas.

5.1.4 Konsekvenser för sysselsättningen

Liksom svårigheten att bedöma hur många personer som totalt sett skulle kunna bli aktuella för sjuk- och aktivitetsersättning med stöd av förslagen är det även svårt att uppskatta vilket potentiellt arbetsutbud dessa har. Sammantaget gör arbetsgruppen bedömningen att sysselsättningseffekterna av förslagen är begränsade, särskilt med beaktande av att arbetsutbudet på individuell nivå är reducerat givet att en sjuk- eller aktivitetsersättning beviljas där en långvarig nedsättning av arbetsförmågan fortfarande krävs. Sjukersättningen eller aktivitetsersättningen kommer i många fall vara ett substitut för en annan ersättning till följd av nedsatt arbetsförmåga.

5.1.5 Konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten

På samma sätt som i som utredningen bedöms att kvinnors möjligheter att söka sjukersättning och aktivitetsersättning inte påverkas på annat sätt än mäns. Förslaget bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten.

5.1.6 Konsekvenser för kommuner

På motsvarande sätt som angränsade ersättningssystems utgifter som t.ex. sjukpenning beräknas minska när antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar ökar, beräknas även kommunsektorns utgifter för ekonomiskt bistånd minska. Utredningen bedömer att utgifterna enligt utredningens grundscenario minskar motsvarande cirka 2 procent av de minskade försäkringsutgifterna för sjukersättning respektive 5 procent för aktivitetsersättning. Vid den tidpunkt förslagen om harmoniserat arbetsförmågebegrepp exempelvis inneburit att utgifterna för aktivitets- och sjukersättning ökat med 1 800 miljoner kronor (år 2025) innebär detta således att kommunernas utgifter för ekonomiskt bistånd beräknas minska med 60 miljoner kronor.

5.1.7 Konsekvenser för hälso- och sjukvård

En generösare bedömning av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning har till följd att fler kommer att ansöka om och beviljas sjukersättning. Det innebär att hälso- och sjukvårdens belastning avseende läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd kommer att öka. I dag är det dock många som får avslag på sin ansökan, vilket innebär att hälso- och sjukvården tar fram betydligt fler underlag och utlåtande som bifogas den enskildes ansökan, jämfört med antalet personer som i slutändan beviljas

ersättning. Underlag tas även fram i de fall där Försäkringskassan undersöker om ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning skulle vara möjligt. Alla dessa beviljas inte sjukersättning. Det innebär således att en del av det ökade antal beviljanden av sjukersättning och aktivitetsersättning som kan förväntas med förslaget, tas från de ärenden där hälso- och sjukvården redan i dag tar fram ett underlag. Även om generösare regler kan förväntas leda till att fler ansöker om ersättning än i dag, kommer den ökning av nya underlag som hälso- och sjukvården kan förväntas utföra till följd av de nya reglerna sannolikt vara lägre än den sammantagna ökningen av nybeviljade ärenden som förslaget medför.

Den ökade belastningen i form av utlåtanden avseende sjukersättning och aktivitetsersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas under pågående sjukperiod med sjukpenning. Under en längre sjukdomsperiod behöver den försäkrade för att fortsatt kunna beviljas sjukpenning besöka hälso- och sjukvården vid ett flertal tillfällen för undersökningar och utfärdande av nya intyg. Läkarintygen som lämnas som underlag till bedömning av sjukpenning är vanligtvis mindre omfattande än läkarutlåtanden som skrivs i samband med ansökan om sjukersättning. Färre intyg under tid med sjukpenning innebär emellertid att den administrativa belastningen minskar något avseende sjukpenningen. Huruvida den administrativa bördan för hälso- och sjukvården samtaget ökar eller minskar är dock svårbedömt. Sammantaget görs därför bedömningen att konsekvenserna för hälso- och sjukvården är marginella i sammanhanget.

5.1.8 Konsekvenser för myndigheter och domstolar

Förslaget bedöms innebära en ökning av Försäkringskassans handläggningskostnader med 40 miljoner kronor årligen. Detta till följd av att kostnaderna för handläggning av ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning kommer att öka samtidigt som kostnaderna för handläggningen av ärenden om sjukpenning kommer att minska. Kostnaderna till följd av införandet av förslaget beräknas till 30 miljoner kronor. Vidare bedöms förslaget innebära marginellt minskade kostnader för Arbetsförmedlingen till följd av

att fler beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning och därmed har aktivitetsstöd kortare tid. Förslaget bedöms innebära något färre mål i domstol.

5.1.9 Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden

Förslaget bedöms vara förenligt med Sveriges åtaganden enligt ratificerade ILO-konventioner och bedöms inte stå i strid med EU-rätten eller Sveriges internationella åtaganden i övrigt.

5.2 Särskilda regler för äldre

5.2.1 Offentligfinansiella konsekvenser

Vid utgången av september 2021 var det cirka 70 000 personer i åldrarna 60 år och äldre som hade sjukersättning. De särskilda skäl som föreslås för äldre innebär att fler kommer att kunna beviljas sjukersättning än vad som är fallet idag. I vilken utsträckning förslaget om särskilda regler för äldre kommer att påverka den långsiktiga nivån av antalet personer som uppbär sjukersättning är, liksom förslaget om harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp, svårt att bedöma. Det antas att den varaktiga nivån kan komma att öka med motsvarande 10 procent av dagens. De bedömda konsekvenserna på statens budget har redogjorts för i regeringens budgetproposition för 2022. Utgifterna på anslag 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. beräknas öka med 274,4 miljoner kronor år 2022 och med 1 097,6 miljoner kronor från och med 2023. På motsvarande sätt som förslaget om harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp väntas förslaget innebära minskade utgifter på andra delar av statens budget. Anslagsbelastningen på 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. väntas minska med 238,2 miljoner kronor 2022 och 953,1 miljoner kronor år 2023. Utgifterna för anslag 1:2 Bidrag till

arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd beräknas minska med 28,9 miljoner kronor år 2022 och cirka 115,5 miljoner kronor år 2023.

Förslaget kan även få konsekvenser för ålderspensionssystemet i den mån förslaget innebär en påverkan på när personer väljer att börja lyfta sin inkomstgrundade ålderspension. Påverkan i detta avseende bedöms dock som marginell.

5.2.2 Konsekvenser för företagen

Konsekvenserna för arbetsgivare bedöms vara mycket begränsade. På marginalen skulle förslaget kunna minska arbetsgivares kostnader. I det fall den anställde beviljas sjukersättning kan anställningen upphöra, och därmed också arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

5.2.3 Konsekvenser för enskilda

Det går generellt inte att beskriva hur förslaget skulle påverka den ekonomiska situationen för den enskilde. Det ekonomiska utfallet att beviljas exempelvis sjukersättning beror på hur individens tidigare försörjning sett ut. För personer med svag eller ingen förankring på arbetsmarknaden kommer troligtvis en sjukersättning i form av garantiersättning och tillkommande rätt till bostadstillägg att innebära att inkomsten ökar. För en person som haft sjukpenning innan kan inkomsten komma att minska när sjukersättning beviljas, men det är inte självklart när även eventuellt bostadstillägg och avtalsersättningar beaktas. Eftersom personer som beviljas sjukersättning med stöd av de föreslagna reglerna troligtvis kommer att uppbära sjukersättning fram till den ålder då inte sjukersättning utges kan, i förekommande fall, förslagen innebära att den individuella ålderspensionen blir högre. Detta är fallet om förslagen innebär att personen genom rätt till sjukersättningen skjuter upp sitt uttag av allmän inkomstgrundad ålderspension.

5.2.4 Konsekvenser för sysselsättningen

Det övervägande flödet till sjukersättning i åldrarna 60 år och äldre sker genom att sjukersättningen föregås av sjukpenning. Under den senaste tioårsperioden har denna andel varierat mellan 70 och 80 procent av nybeviljade sjukersättningar. Givet detta bör sysselsättningseffekterna av förslaget bli begränsade. Samtidigt innebär förslagen att antalet personer som lämnar arbetskraften kommer att öka. På så vis kan förslagen innebära att antalet arbetade timmar reduceras något. I betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) görs bedömningen att förslag om äldreregler skulle kunna innebära ett visst flöde i form av t.ex. arbetslösa och anställda personer till sjukersättningssystemet. I sin konsekvensanalys redovisar utredningen att ungefär var tionde nybeviljad sjukersättning med stöd av äldrereglerna skulle kunna ske genom ett direkt flöde från arbetslöshet eller anställning. Liksom svårigheten att bedöma hur många personer som totalt sett skulle kunna bli aktuella för sjukersättning med stöd av förslagen är det även svårt att uppskatta vilket potentiellt arbetsutbud dessa har. Sammantaget görs bedömningen att sysselsättningseffekterna av förslagen är marginella, särskilt med beaktande av att det återstående antalet år i sjukersättning är naturligt begränsat samt att arbetsutbudet på individuell nivå är reducerat givet att en sjukersättning beviljas. Sjukersättningen kommer i många fall vara ett substitut för en annan ersättning till följd av nedsatt arbetsförmåga.

5.2.5 Konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten

Antalet nybeviljade sjukersättningar i åldrarna 60 år och äldre har under lång tid varit antalsmässigt jämnt fördelat mellan kvinnor och män. Mot bakgrund av detta bedöms förslaget ha marginella konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten.

5.2.6 Konsekvenser för kommuner

På motsvarande sätt som angränsade ersättningssystems utgifter som t.ex. sjukpenning beräknas minska när antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar ökar, beräknas även kommunsektorns utgifter för ekonomiskt bistånd minska. Det konstateras att utredningen bedömer att utgifterna enligt utredningens grundscenario minskar med motsvarande cirka 5 procent av de minskade försäkringsutgifterna för aktivitets- och sjukersättning. Vid den tidpunkt förslagen om särskilda regler för äldre inneburit att utgifterna för aktivitets- och sjukersättning ökat med 1 100 miljoner kronor innebär detta således att kommunernas utgifter för ekonomiskt bistånd beräknas minska med 55 miljoner kronor.

5.2.7 Konsekvenser för hälso- och sjukvård

En generösare bedömning av rätten till sjukersättning har till följd att fler kommer att ansöka om och beviljas sjukersättning. Det innebär att hälso- och sjukvårdens belastning avseende läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd kommer att öka. I dag är det dock många som får avslag på sin ansökan om sjukersättning, vilket innebär att hälso- och sjukvården tar fram betydligt fler underlag och utlåtanden som bifogas den enskildes ansökan, jämfört med antalet personer som i slutändan beviljas ersättning. Underlag tas även fram i de fall där Försäkringskassan utreder om ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning skulle vara möjligt. Alla dessa beviljas inte sjukersättning. Det innebär således att en del av det ökade antal beviljanden av sjukersättning som kan förväntas med förslaget, tas från de ansökningar eller ärenden där hälso- och sjukvården redan i dag tar fram ett underlag. Även om generösare regler kan förväntas leda till att fler ansöker om sjukersättning än i dag, kommer den ökning av nya underlag som hälso- och sjukvården kan förväntas utföra till följd av de nya reglerna sannolikt vara lägre än den sammantagna ökningen av nybeviljade sjukersättningsärenden som förslaget medför.

Den ökade belastningen i form av intyg för sjukersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas under pågående sjukperiod med sjukpenning. Under en längre sjukdomsperiod

behöver den försäkrade för att fortsatt kunna beviljas sjukpenning besöka hälso- och sjukvården vid ett flertal tillfällen för undersökningar och utfärdande av nya intyg. Läkarintygen som lämnas som underlag till bedömning av sjukpenning är vanligtvis mindre omfattande än läkarutlåtanden som skrivs i samband med ansökan om sjukersättning. Färre intyg under tid med sjukpenning innebär emellertid att den administrativa belastningen minskar något avseende sjukpenningen. Huruvida den administrativa bördan för hälso- och sjukvården sammantaget ökar eller minskar är svårbedömt. Sammantaget görs därför bedömningen att konsekvenserna för hälso- och sjukvården är marginella i sammanhanget.

5.2.8 Konsekvenser för myndigheter och domstolar

Förslaget innebär att Försäkringskassans kostnader för handläggning av sjukersättning kommer att öka samtidigt som kostnaderna för sjukpenninghandläggningen kommer att minska. Förslaget innebär också vissa införandekostnader. Handläggningskostnaderna och införandekostnaderna bedöms, givet den ökning av förvaltningsanslaget som föreslås i budgetpropositionen för 2022, ryms inom befintliga ramar. Vidare bedöms förslaget komma att innebära marginellt minskade kostnader för Arbetsförmedlingen till följd av att fler beviljas sjukersättning och därmed har kortare tid med aktivitetsstöd. Förslaget bedöms innebära något färre mål i domstol.

5.2.9 Konsekvenser för Sverige internationella åtaganden

Förslaget bedöms vara förenligt med Sveriges åtaganden enligt ratificerade ILO-konventioner och bedöms inte stå i strid med EU-rätten eller Sveriges internationella åtaganden i övrigt.

6 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

33 kap.
6 § För rätt till sjukersättning krävs
1. att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt, och
2. att åtgärder som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga *i ett sådant arbete som avses i 10 §.*

Bestämmelsen innehåller de kriterier för arbetsförmågenedsättningens varaktighet som måste vara uppfyllda för att sjukersättning ska kunna beviljas.

Med hänvisningen till 10 § avses att det ska krävas att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga i ett arbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden för att en ansökan om sjukersättning inte ska beviljas med hänsyn till att det finns återstående rehabiliteringsåtgärder. Det räcker således inte att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt mycket för att den försäkrade ska kunna försörja sig i ett skyddat arbete eller en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade. Detta sammanfaller med hur den försäkrades nuvarande arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättningen och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas. Såväl arbetsförmågebedömningen som rehabiliteringsbedömningen ska alltså göras enligt samma arbetsmarknadsbegrepp.

I övrigt har en redaktionell ändring gjorts i form av att en numrerad punktuppställning har skapats.

För överväganden se avsnitt 3.1.

6 a § *För en försäkrad som har uppnått den ålder då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 § och som har erfarenhet*

av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska det vid bedömningen enligt 6 § 2 endast beaktas sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Med arbeten som den försäkrade har erfarenhet av enligt första stycket avses arbeten som den försäkrade har haft under en tidsperiod på femton år före den månad för vilken han eller hon ansöker om sjukersättning eller före ett beviljande enligt 36 kap. 25 §.

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar vad som gäller för att en försäkrad ska omfattas av reglerna för äldre försäkrade samt villkor för rätt till sjukersättning för en sådan person.

I *första stycket* anges att den försäkrade ska ha uppnått åldern då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan betalas ut enligt 16 §. Vid prövningen ska hel månad räknas. Om den försäkrade exempelvis uppnår riktåldern för pension den 15 juni 2030 har han eller hon enligt 16 § som längst rätt till sjukersättning till och med maj 2030. Eftersom beräkningen ska göras utifrån hela månader ska den försäkrade i nämnda fall anses omfattas av bestämmelsen i denna paragraf från och med den 1 maj 2025.[1]

Vidare anges att den försäkrade ha erfarenhet av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vad som avses med arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden följer av 10 §. Vad som i tid avses med ”har erfarenhet av” är en period på femton år före prövningen av rätten till sjukersättning och det regleras i paragrafens andra stycket (se nedan).

Med sådant arbete som den försäkrade har erfarenhet av avses samtliga arbeten som den försäkrade har haft genom anställning eller egen verksamhet. Det innebär att exempelvis erfarenheter från oavlönad praktik inte ska beaktas eftersom sådan praktik i socialförsäkringsbalkens mening inte utgör arbete. Om den försäkrade inte har erfarenhet av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden under denna femtonårsperiod, exempelvis om han eller hon har varit långtidsarbetslös eller endast haft skyddade arbeten, ska den försäkrade inte omfattas av reglerna för äldre försäkrade. I dessa fall ska i stället huvudregeln i 6 §, att arbetsförmågan ska jämföras mot förvärvsarbete i en sådan angiven

[1] Den tidpunkt som sjukersättning som längst kan betalas ut till kan fr.o.m. år 2023 komma att höjas till 66 år och fr.o.m. år 2026 knytas till riktåldern för pension, se Ds 2019:2 Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem. Dessa förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, tillämpas utan att bedömningen begränsas till normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av.

För en försäkrad som uppfyller nämnda krav ska det dock vid bedömningen enligt 6 § första stycket 2 endast beaktas sådana åtgärder som leder till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga i ett sådant på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Med skrivningen avses att den försäkrade ska få sina rehabiliteringsmöjligheter prövade endast gentemot sådana normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden som han eller hon har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Prövningen av vilka möjligheter som finns för att den försäkrades arbetsförmåga ska kunna förbättras genom rehabilitering sammanfaller med hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättning och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas enligt 10 och 10 a §§. Det räcker således inte med att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt mycket för att den försäkrade ska kunna försörja sig i ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, om den försäkrade inte har erfarenhet av ett sådant förvärvsarbete. På samma sätt som för övriga försäkrade räcker det inte heller med att arbetsförmågan kan förbättras tillräckligt för att den försäkrade ska kunna försörja sig exempelvis i ett skyddat arbete eller genom en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade.

För att ett arbete ska bedömas vara *tillgängligt* (se föregående stycke) för den försäkrade krävs att det finns ett konkret erbjudande om arbete. Om situationen uppstår att en försäkrad som har en anställning genomgår rehabiliteringsåtgärder i enlighet med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, med målsättningen att den försäkrade ska kunna återgå till samma arbetsgivare, men till ett arbete som den försäkrade inte har erfarenhet av, ska det arbetet anses vara tillgängligt för den försäkrade och ingå i den bedömning av arbetsförmågan som ska göras vid prövningen av rätt till sjukersättning. I dessa fall, med pågående rehabiliteringsåtgärder,

kan sjukersättning endast beviljas om åtgärder inte kan antas leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan före den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas.

I det *andra stycket* anges att med arbeten som den försäkrade har erfarenhet av avses arbeten som den försäkrade har haft under en tidsperiod på femton år före den månad för vilken han eller hon ansöker om sjukersättning eller före ett beviljande enligt 36 kap. 25 §. Avseende ansökan om sjukersättning så anges i 14 § första stycket att sjukersättning kan lämnas tidigast för tid tre månader före ansökningsmånaden. Om den försäkrade i sin ansökan inte har angivit någon tidpunkt så anses ansökan avse tid fr.o.m. tre månader före ansökningsmånaden. Om en sådan ansökan kommit in till Försäkringskassan t.ex. i april 2023 så anses den avse sjukersättning fr.o.m. januari 2023. Då ska Försäkringskassan beakta arbeten som den försäkrade har haft under en period om femton år före januari 2023. I de fall som det är aktuellt att med stöd av 36 kap. 25 § bevilja den försäkrade sjukersättning utan att en ansökan har gjorts räknas femtonårsperioden fr.o.m. den månad som Försäkringskassan påbörjar utredningen om att t.ex. byta ut sjukpenning mot sjukersättning. Om en sådan utredning inte leder till ett beviljande av sjukersättning och Försäkringskassan påbörjar en ny sådan utredning vid ett senare tillfälle räknas femtonårsperioden i stället fr.o.m. detta senare tillfälle.

För överväganden se avsnitt 3.2.

10 § När det bedöms hur nedsatt arbetsförmågan är ska Försäkringskassan beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Paragrafen reglerar vilket arbetsmarknadsbegrepp som ska gälla vid prövningen av arbetsförmågans nedsättning för rätt till sjukersättning.

Förslaget överensstämmer med det förslag som har lämnats av utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering. Se förslaget till författningskommentar i SOU 2021:69, s. 1261 samt förslaget till författningskommentar till 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken i prop. 2020/21:171, s. 22.

För överväganden se avsnitt 3.1.

10 a § *För en försäkrad som avses i 6 a § ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 10 § första stycket 1 endast göras mot sådana arbeten som den försäkrade har erfarenhet av*.

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen avser äldre försäkrade som avses i 6 a § och det arbetsmarknadsbegrepp som gäller för dessa försäkrade vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt.

I fråga om vad som avses med *en försäkrad som avses i 6 a* § samt har *erfarenhet* av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, se författningskommentaren till 6 a §.

Förslaget överensstämmer med det förslag som har lämnats av utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering, se vidare förslaget till författningskommentar i SOU 2021:69, s. 1262.

För överväganden se avsnitt 3.2.

11 § Bedömningen enligt 10 *och 10 a §§* ska göras
– efter samma grunder oavsett på vilket sätt prestationsförmågan är nedsatt, och
– i förhållande till ett heltidsarbete.

I paragrafen finns ytterligare bestämmelser om vad som ska beaktas vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Ändringen består i att en hänvisning till den nya 10 a § införs. Det som redan gäller vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 10 § ska gälla även när bedömningen av arbetsförmågans nedsättning görs enligt 10 a §.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 augusti 2022.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2022. Detta innebär att ändringarna ska gälla för prövning av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid från och med ikraftträdandet. I *andra punkten* anges att äldre bestämmelser fortfarande gäller för sjukersättning och aktivitetsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

Överväganden finns i avsnitt 4.

Daniels Per-Erik RK STAB

Från: Helene Lassi <helene.lassi@regeringskansliet.se>
Skickat: den 29 oktober 2021 15:24
Till: registrator@arbetsformedlingen.se; registrator@arbetsgivarverket.se; arbetsmiljoverket@av.se; info@barncancerfonden.se; medborgarcenter@botkyrka.se; registrator@csn.se; kommunen@danderyd.se; info; do@do.se; domstolsverket@dom.se; registrator@esv.se; kommunen@emmaboda.se; kommunen@eslov.se; kommunen@falkoping.se; forte@forte.se; info@funktionsratt.se; kansli@fysioterapeuterna.se; info@ff.se; info@foretagarna.se; huvudkontoret; forvaltningsratteniuppsala@dom.se; gnesta.kommun@gnesta.se; kommunstyrelsen@gavle.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; registrator@gu.se; kommunstyrelsen@halmstad.se; linda.palmetzhofer@handels.se; hrf; registrator@isf.se; ifau@ifau.uu.se; kommun@jokkmokk.se; registrator@jk.se; info@jamy.se; kammarrattenisundsvall@dom.se; registrator@ki.se; kommunledningsforvaltningen@katrineholm.se; registrator@konj.se; kontakt@kronofogden.se; kommun@kumla.se; info@kungsbacka.se; kopings.kommun@koping.se; info@lo.se; elizabeth.ostman@fackjuridik.com; lulea.kommun@lulea.se; registrator@lu.se; malmostad@malmo.se; kommunstyrelsen@mala.se; info@mynak.se; info@mfd.se; Charlotte.Kardell@linkoping.se; natverket@nuft.nu; registrator@pensionsmyndigheten.se; info@ptk.se; ragunda.kommun@ragunda.se; region@regionblekinge.se; REGION HALLAND officiell e-post; region@kronoberg.se; regionnorrbotten@norrbotten.se; regionstockholm@sll.se; region.vasternorrland@rvn.se; info@reumatiker.se; justitieombudsmannen@jo.se; rsmh@rsmh.se; registrator@riksrevisionen.se; kansli@saco.se; registrator@skatteverket.se; socialstyrelsen@socialstyrelsen.se; sollentuna.kommun@sollentuna.se; kommun@sorsele.se; info@sotenas.se; registrator@statskontoret.se; kommunstyrelsen@stockholm.se; info@svalov.se; kansliet@svenljunga.se; A ILO-kommittén; theresa.wahlqvist@sls.se; anna.antonsson@svensktnaringsliv.se; kansli@arbetsterapeuterna.se; sdr; info@foretagshalsor.se; info@skr.se; info@slf.se; post@psykologforbundet.se; info@srf.nu; sodertalje.kommun@sodertalje.se; info; trollhattans.stad@trollhattan.se; umea.kommun@umea.se; registrator@umu.se; info@vardforbundet.se; kommunstyrelsen@vaxjo.se; registrator@oru.se; registrator@oru.se; info@socialchefer.se
Kopia: Susanne Mattson; Esbjörn Åkesson; Therese Karlberg; S Registrator; S Info Order
Ämne: Remiss av Promemoria Sträkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga - Svar senast den 22 december 2021
Bifogade filer: Remissmissiv.pdf; Promemoria Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga.pdf

Promemoria Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga

Den 24 september 2021 remitterade Socialdepartementet betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet SOU 2021:69 (dnr S2021/05920). I betänkandet föreslogs bl.a. att det skulle införas särskilda regler om sjukersättning för personer som har fyllt 60 år samt att ett nytt arbetsmarknadsbegrepp skulle införas för sjukersättning och aktivitetsersättning. I bifogad promemoria föreslås att dessa två förslag genomförs vid en tidigare tidpunkt än den som föreslagits i betänkandet.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast onsdagen den 22 december 2021**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till esbjorn.akesson@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/07176 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Om ett samlat remissvar lämnas avseende såväl denna promemoria som betänkandet SOU 2021:69 vänligen ange bägge remissernas diarienummer. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Therese Karlberg
Departementsråd

Remissinstanser

1 Arbetsförmedlingen
2 Arbetsgivarverket
3 Arbetsmiljöverket
4 Barncancerfonden
5 Botkyrka kommun
6 Centrala studiestödsnämnden
7 Danderyd kommun
8 Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)
9 Diskrimineringsombudsmannen
10 Domstolsverket
11 Ekonomistyrningsverket
12 Emmaboda kommun
13 Eslöv kommun
14 Falköping kommun
15 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
16 Funktionsrätt Sverige
17 Fysioterapeuterna
18 Föreningen Sveriges socialchefer (FSS)
19 Företagarförbundet
20 Företagarna
21 Försäkringskassan
22 Förvaltningsrätten i Uppsala
23 Gnesta kommun
24 Gävle kommun
25 Göteborgs kommun

Göteborgs Universitet
Halmstad kommun
Hörselskadades riksförbund
Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)
Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
Jokkmokk kommun
Justitiekanslern
Jämställdhetsmyndigheten
Kammarrätten i Sundsvall
Karolinska institutet
Katrineholm kommun
Konjunkturinstitutet
Kumla kommun
Kungsbacka kommun
Köping kommun
Kronofogdemyndigheten
Landsorganisationen i Sverige (LO)
LO-TCO Rättsskydd
Lunds universitet
Luleå kommun
Malmö kommun
Malå kommun
Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)
Myndigheten för delaktighet (MFD)
Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS)
Nätverket Unga För Tillgänglighet
Pensionsmyndigheten
PTK
Ragunda kommun
Region Blekinge
Region Halland
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Stockholm
Region Västernorrland
Reumatikerförbundet
Riksdagens ombudsmän, JO
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
Riksrevisionen
Saco
Skatteverket
Socialstyrelsen
Sollentuna kommun
Sorsele kommun
Sotenäs kommun
Statskontoret
Stockholms kommun
Svalöv kommun
Svenljunga kommun
Svenska ILO-kommittén
Svenska Läkaresällskapet
Svenskt Näringsliv
Sveriges Arbetsterapeuter
Sveriges dövas riksförbund
Sveriges Företagshälsor
Sveriges Kommuner och Regioner

82 Sveriges Läkarförbund
83 Sveriges Psykologförbund
84 Synskadades Riksförbund
85 Södertälje kommun
86 Tjänstemännens Centralorganisation, TCO
87 Trollhättan kommun
88 Umeå kommun
89 Uppsala universitet
90 Vårdförbundet
91 Växjö kommun
92 Örebro universitet
93 Örnsköldsvik kommun