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

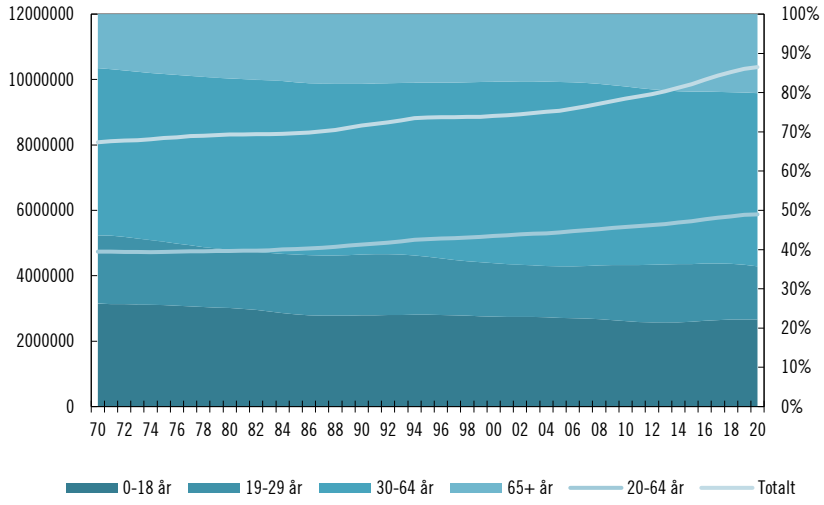
Hur befolkningen utvecklas påverkar antalet personer som kan få sjuk- eller aktivitetsersättning eller någon annan av socialförsäkringens förmåner. En växande befolkning innebär att antalet potentiella ersättningstagare i socialförsäkringen ökar och en minskande befolkning att de minskar. För aktivitetsersättningens 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.

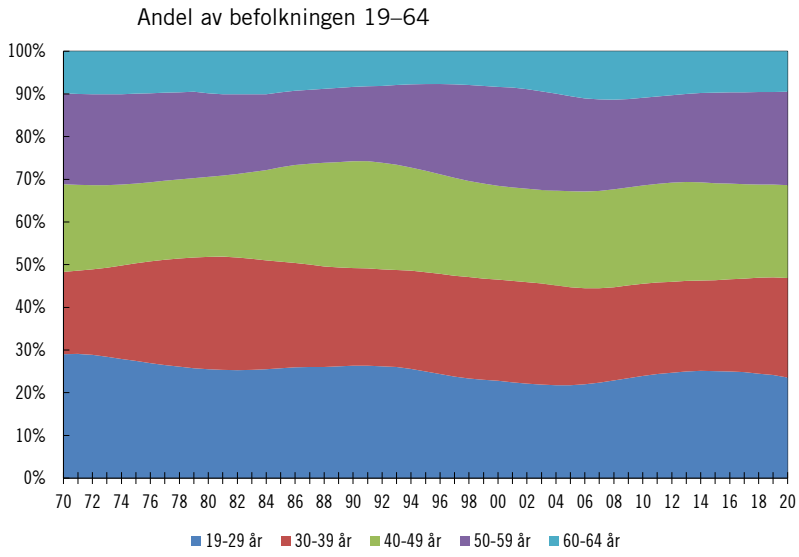
Figur 4.1 Befolkningen utveckling totalt och olika åldersgruppers andel av befolkningen 1970–2020



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.

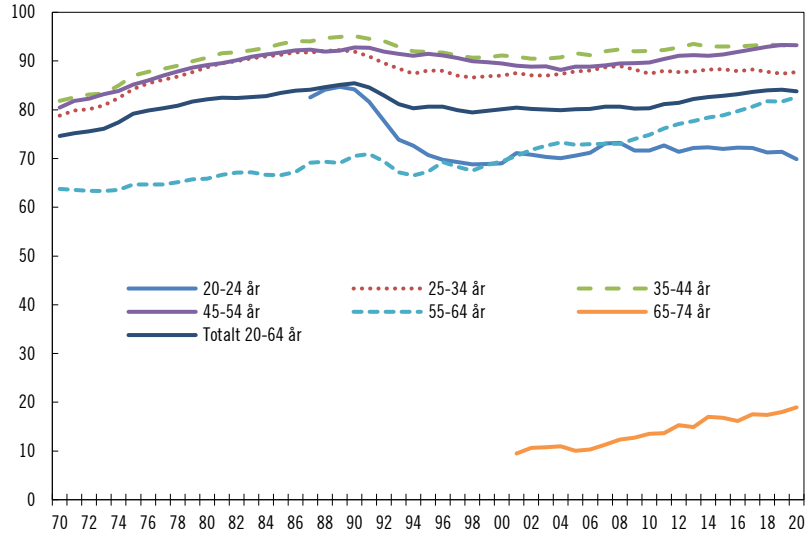
4.1.2 Sysselsatta, arbetslösa och utbildningsnivå

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.

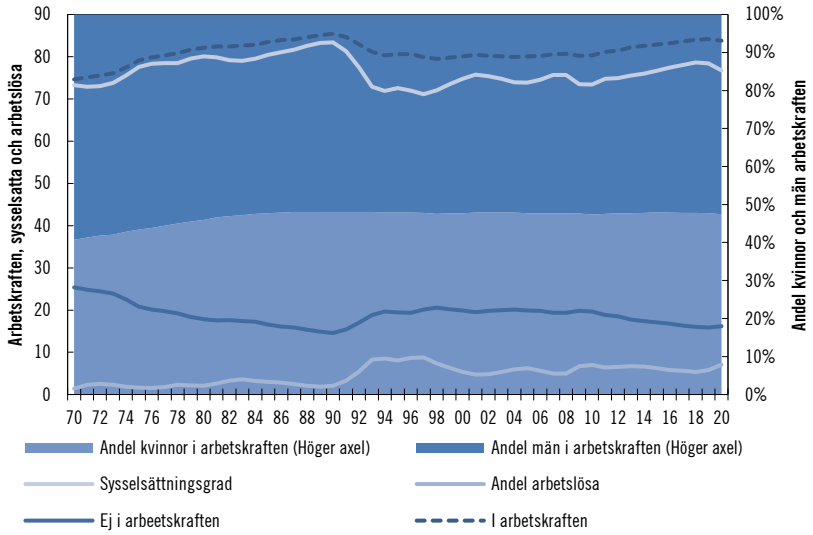
industrisektorn har kompenserats mer än väl av en ökning i tjänstesektorn. Den totala sysselsättningen har därför ökat. Digitalisering och automatisering kan på sikt även komma att påverka tjänstesektorn men har i dag inte kommit lika långt som i industrin. Möjligheterna till effektivisering skiljer 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

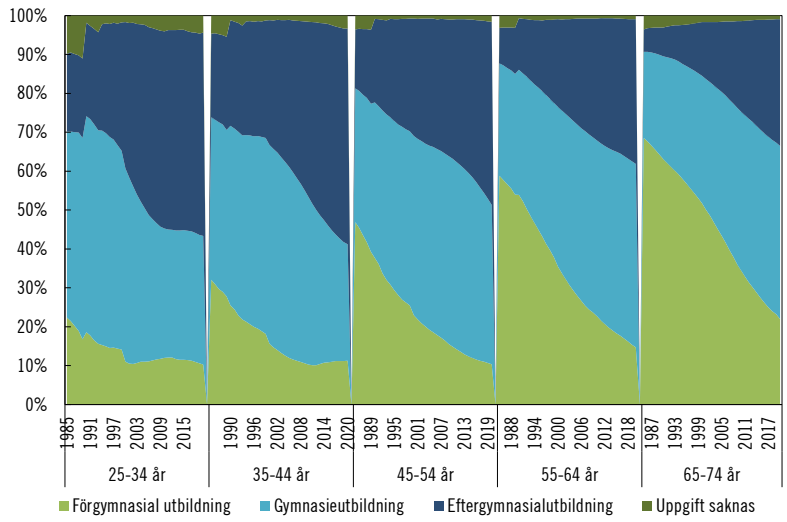
Utveckling av antalet i befolkningen, arbetskraften, ej i arbetskraften och sysselsatta sedan 1970



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.

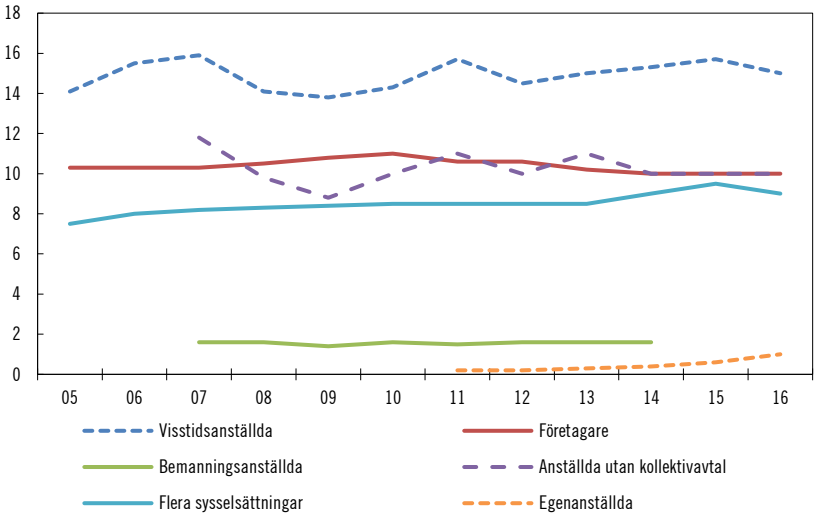
Under senare år har det på flera håll framförts att arbetsmarknaden är på väg att omstruktureras och att traditionella tillsvidareanställningar försvinner till förmån för mer flexibla arbetsformer.[7] En mer uppdragsbaserad arbetsmarknad, där varje arbetstagare själv ansvarar för att hitta sina egna 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

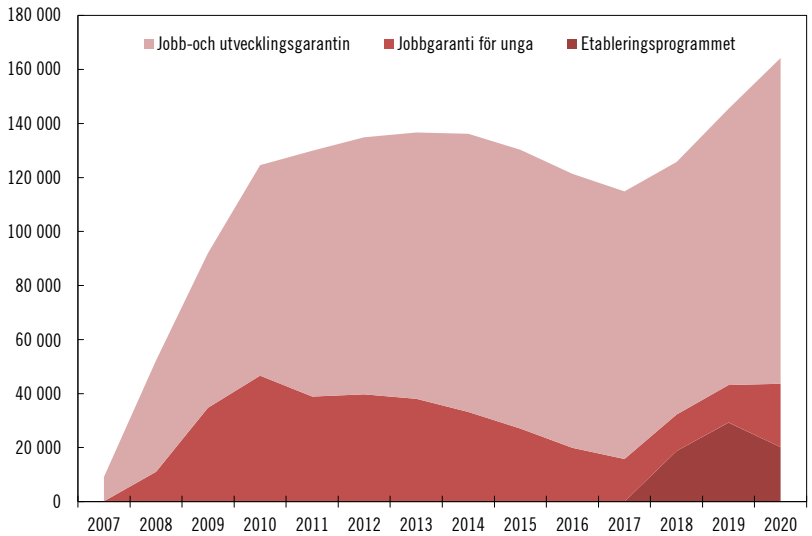
Utvecklingen på den svenska arbetsmarknaden har under de senaste åren varit mycket stark. Som beskrivits i föregående avsnitt har återhämtningen i sysselsättningen efter finanskrisen 2008 varit påtaglig, med undantag för den kraftiga sysselsättningsminskning som skett under 2020 som en effekt av covid-19-pandemin. 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



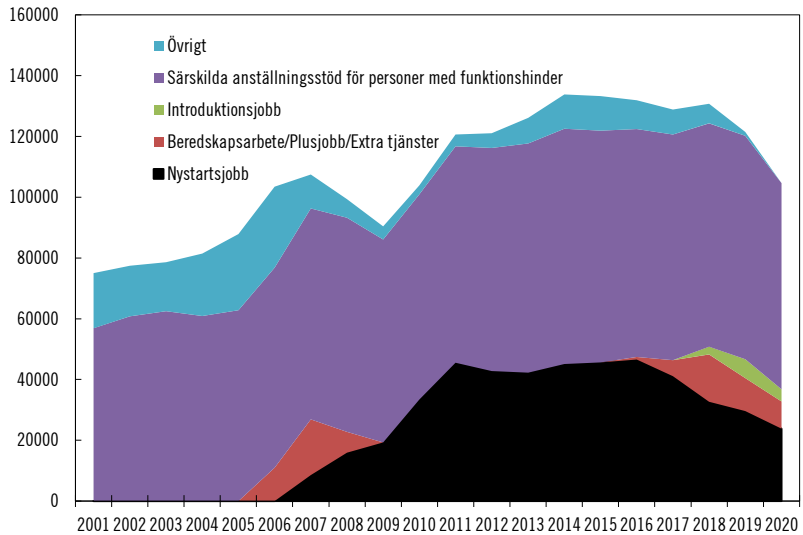
Källa: Arbetsförmedlingen.

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.

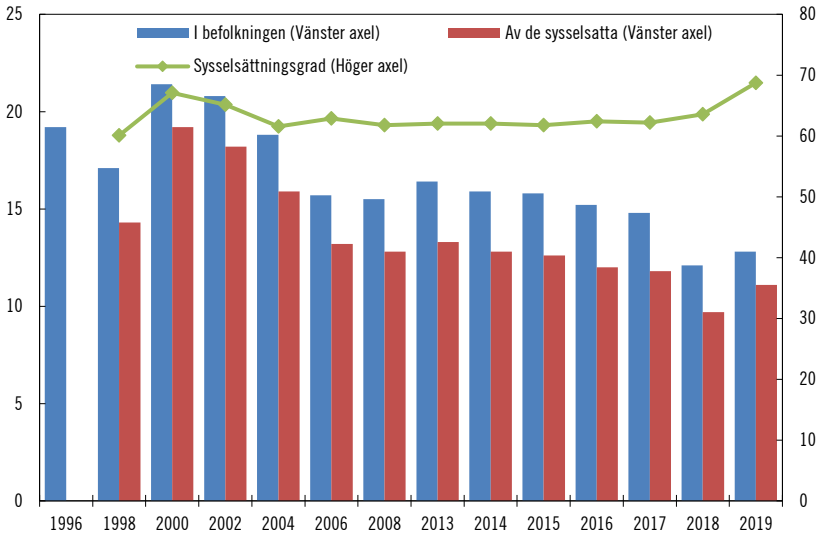
4.1.4 Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

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.

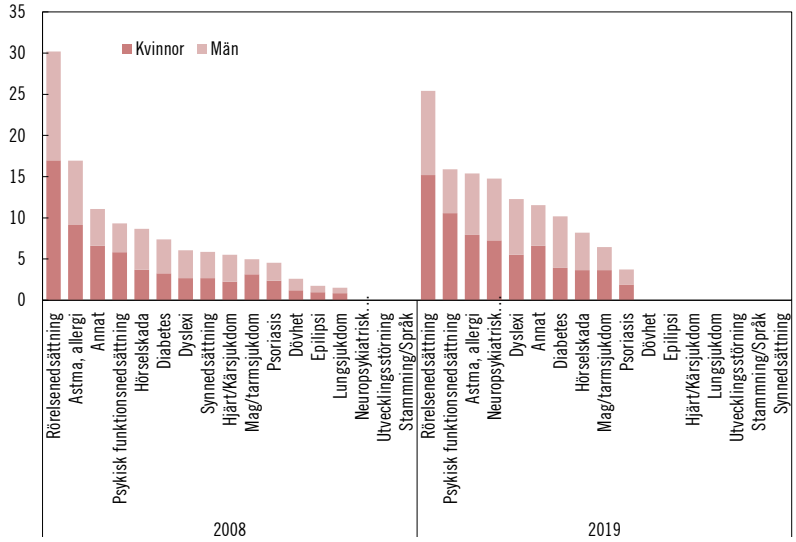
Den vanligaste typen av funktionsnedsättning är nedsatt rörelseförmåga. Omkring en fjärdedel av de som uppger att de har en funktionsnedsättning uppger att de har en nedsatt rörelseförmåga. Andelen har minskat något över tid men har samtliga år under perioden 2008–2019 varit den vanligaste funktionsnedsättningen. 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).

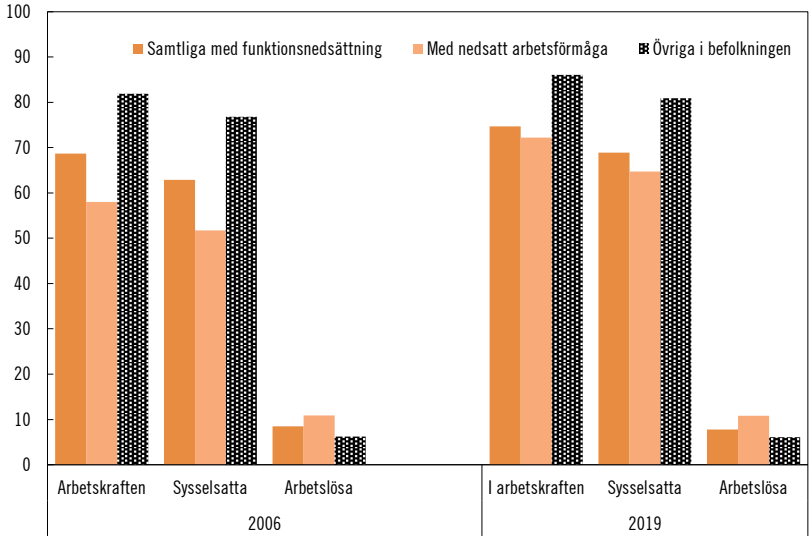
Utbildningsbakgrunden hos dem som har ett funktionshinder skiljer sig också från befolkningen som helhet. Andelen med eftergymnasial utbildning är något lägre än i befolkningen och andelen med gymnasieutbildning är något högre. Utbildningsstrukturen mellan de som har en funktionsnedsättning och de som 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.

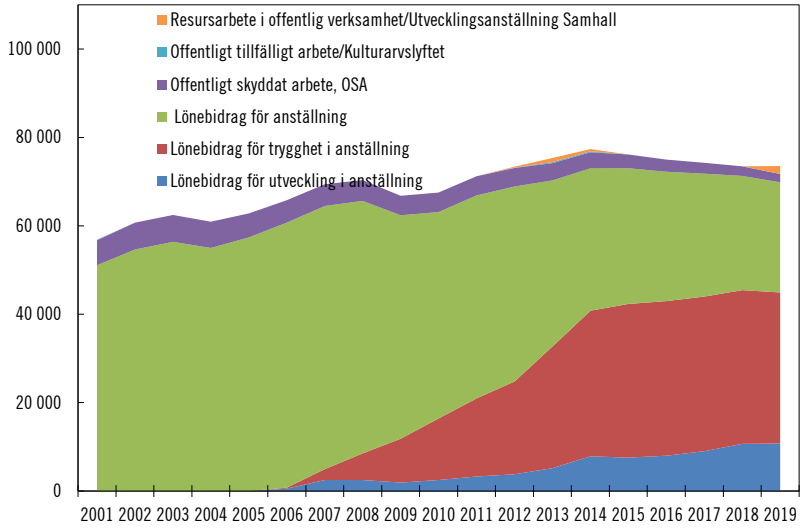
Figur 4.11 Andelen i arbetskraften, sysselsatta och arbetslösa för personer med funktionsnedsättning och i övriga befolkningen 16–64 år



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



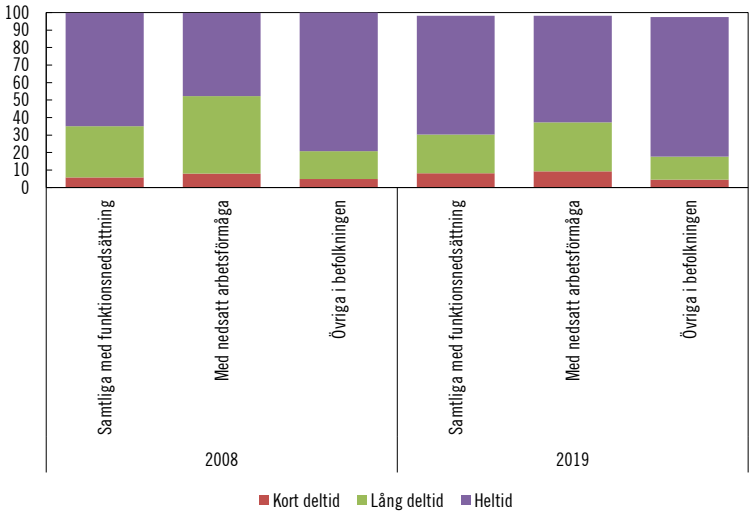
Källa: Arbetsförmedlingen.

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-

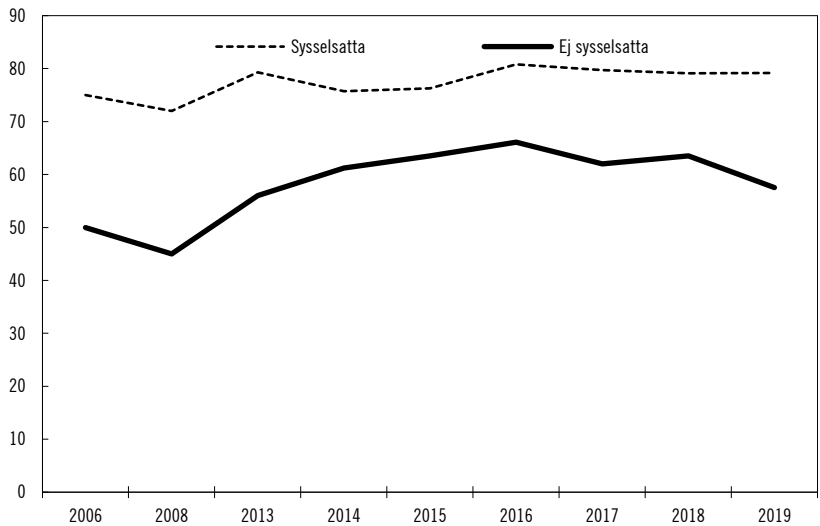
sättning oavsett arbetsförmåga. Personer med funktionsnedsättning arbetar i samma yrken som befolkningen som helhet, men andelen i chefsyrken är mindre.

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

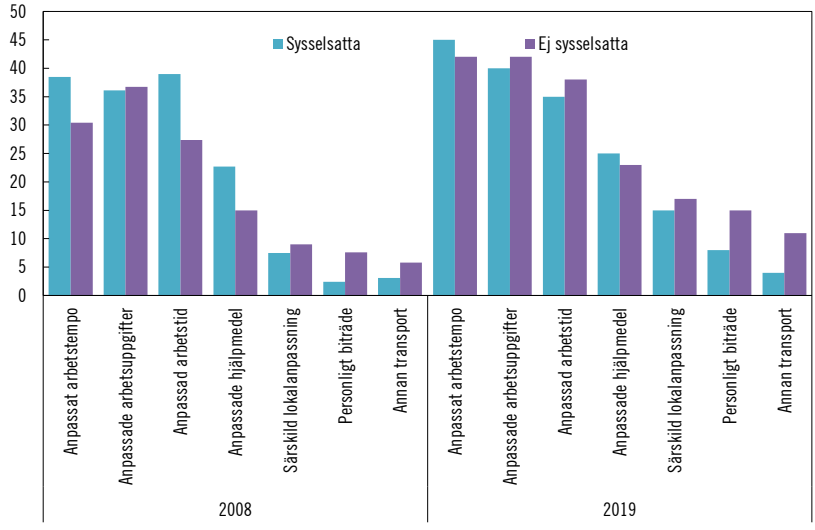


Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

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



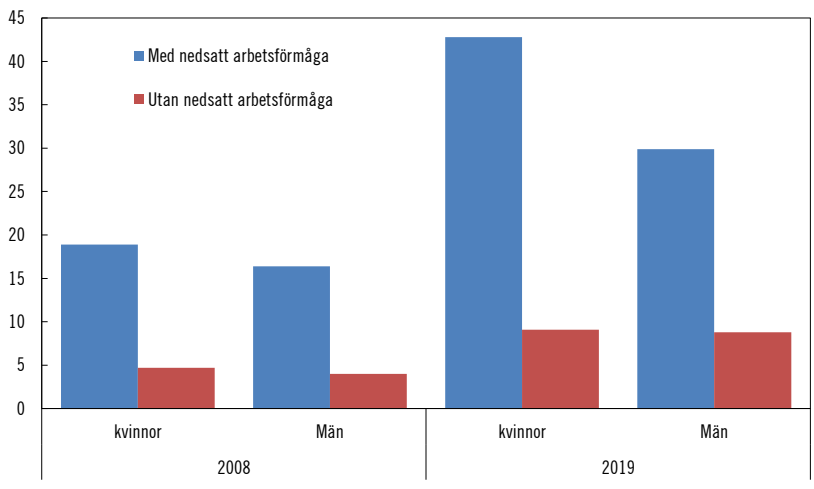
Källa: SCB och Arbetsförmedlingen.

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.

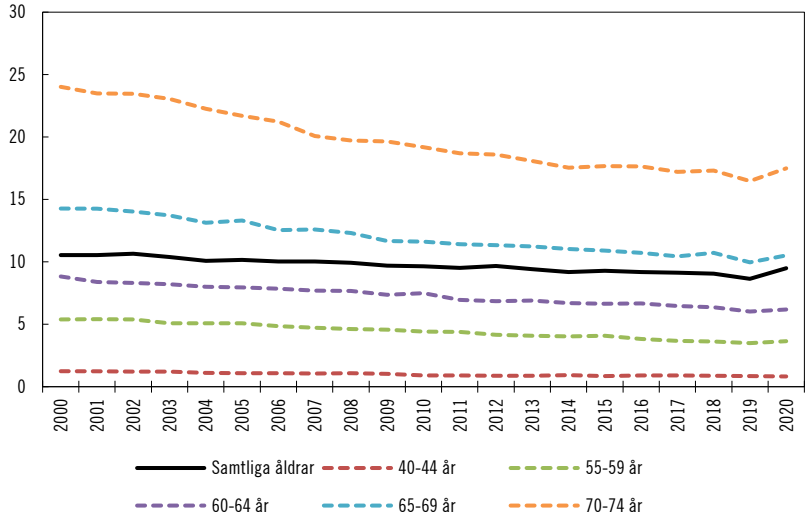
4.2.1 Mortalitet

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.

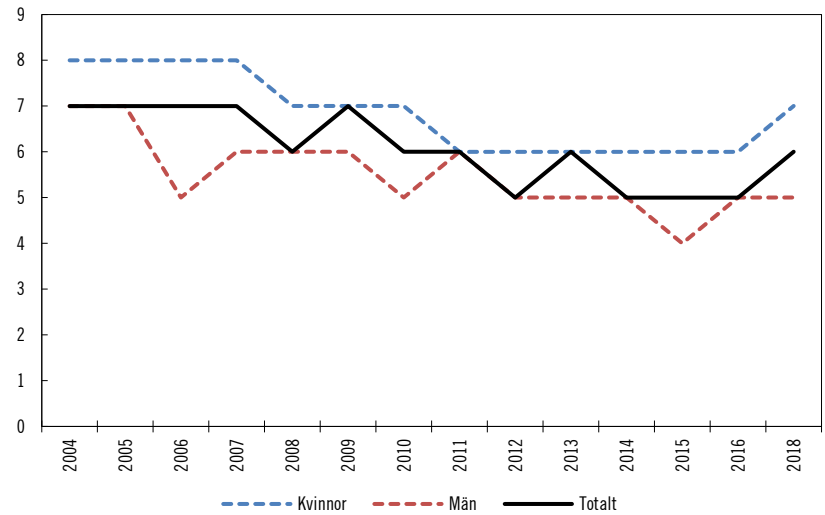
[12] Johansson et al (2018), Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

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.

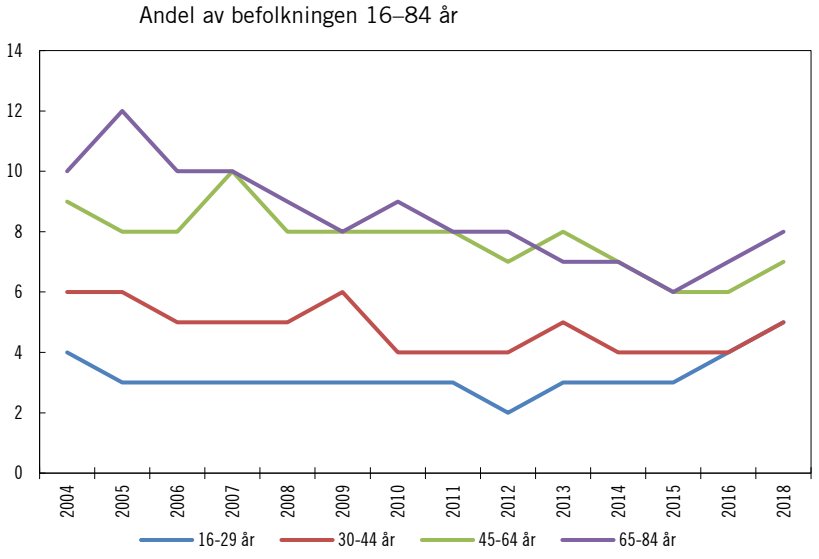
Under perioden 2004–2018 har andelen invånare som uppgav en dålig eller mycket dålig hälsa varierat mellan 5 och 7 procentenheter, med en nedåtgående trend. Andelen som uppgav en dålig eller mycket dålig

[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

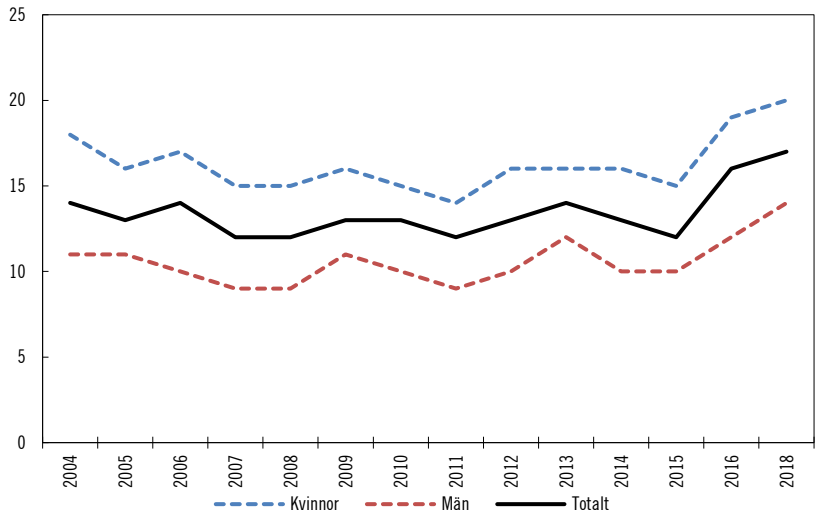
Psykisk ohälsa är ett betydande folkhälsoproblem, både i Sverige och i resten av världen. Begreppet psykisk ohälsa omfattar ett antal tillstånd med olika svårighetsgrad, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiska sjukdomar. Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna 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.

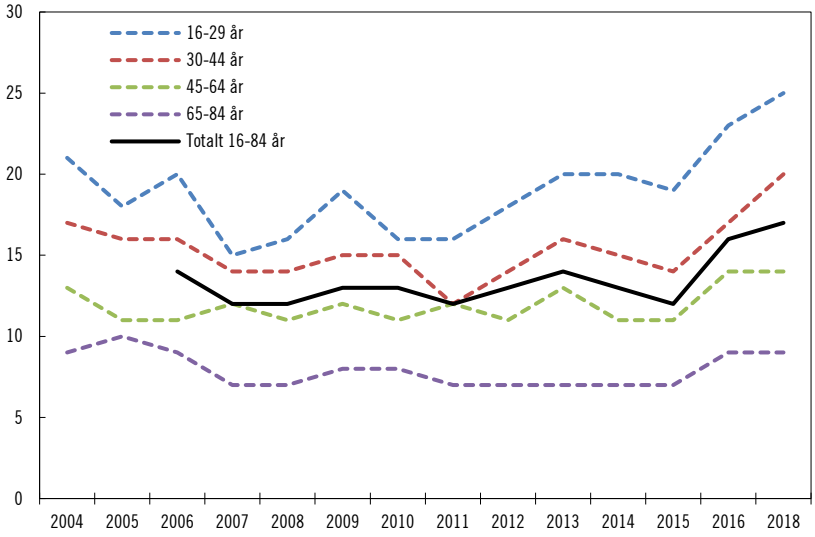
Under perioden 2004–2015 varierade andelen som uppgav ett nedsatt psykiskt välbefinnande kring 13 procent. Andelen har varit högre för kvinnor än för män under samtliga av dessa år. Under de senaste åren har den psykiska ohälsan ökat såväl för kvinnor som för män. För kvinnor har ökat med 5 procentenheter 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.

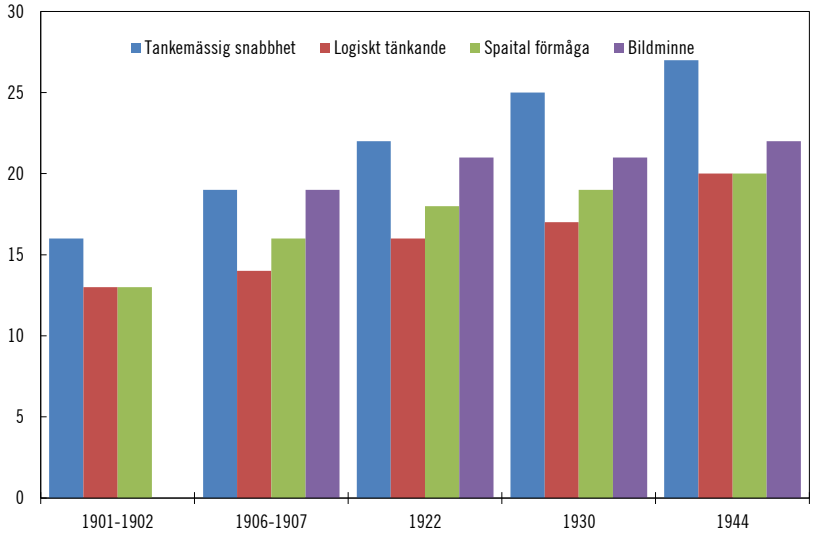
Vad gäller den kognitiva förmågan har det skett en successiv och dramatisk förbättring av kognitiv funktion hos 70-åringar sedan 1970-talet. Av figur 4.23 framgår att såväl tankemässig snabbhet och logiskt tänkande som spatial förmåga och bildminne har förbättrats. Det innebär exempelvis att 79-åringar 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]

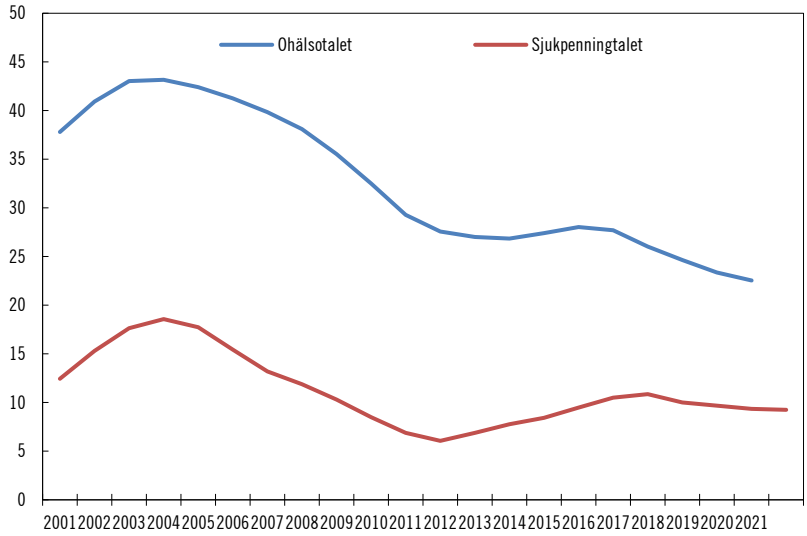
4.2.4 Sjukfrånvarons utveckling

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

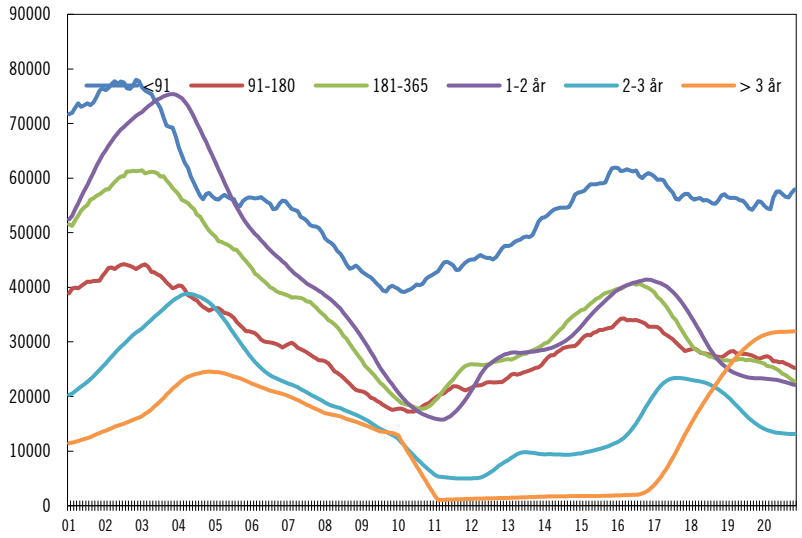
sjukpenning. Utvecklingen är liknande för kvinnor och män, men kvinnor utgör dels en större andel av totalen, dels en större andel av de långa sjukfallen medan män har en större andel med aktivitetsersättning.

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

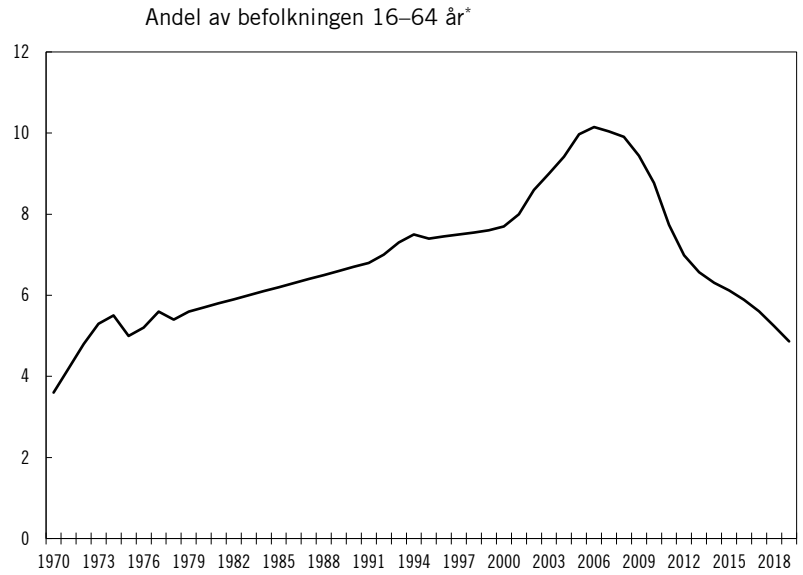


Källa: Försäkringskassan.

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.

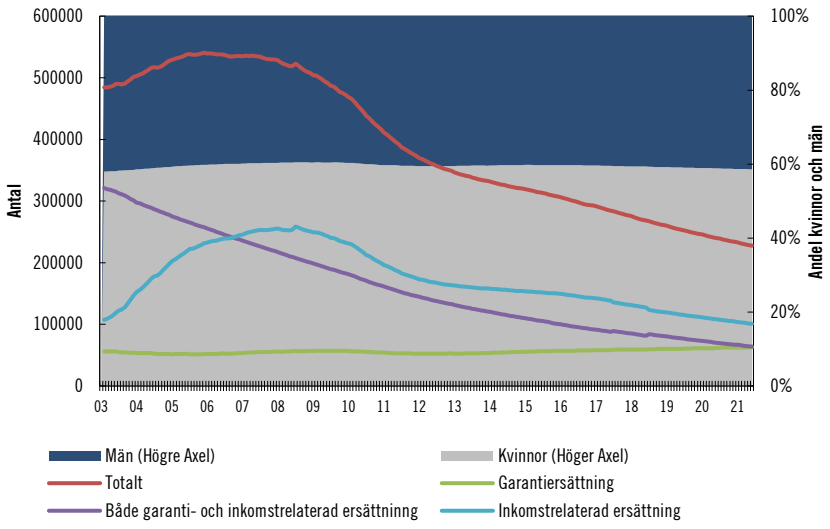
När det gäller analyser av orsakerna till den utveckling som redovisas här, återfinns dessa i avsnitt 7.2.

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.

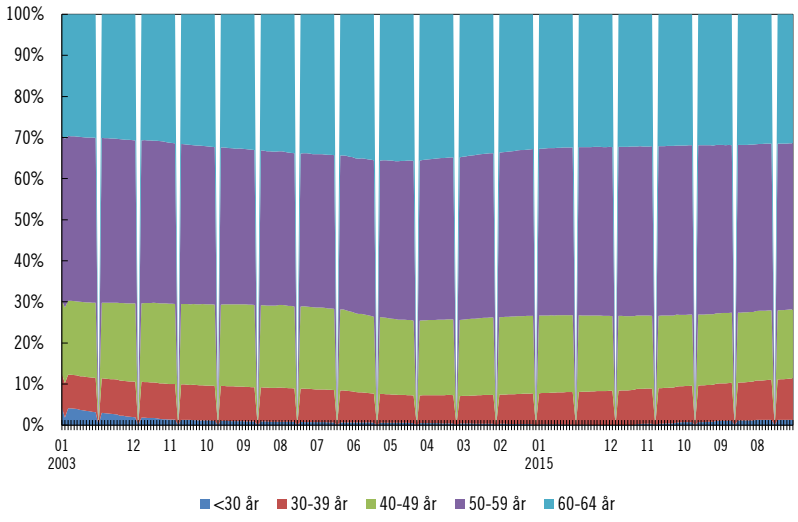
Sedan 2007 har också antalet med enbart inkomstrelaterad ersättning minskat efter en relativt kraftig ökning under perioden 2003–2007. Uppgången under åren 2003–2007 gör att antalet med enbart inkomstrelaterad ersättning sett över hela perioden 2003–2019 bara minskat med ca 35 000 personer. Som andel 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.

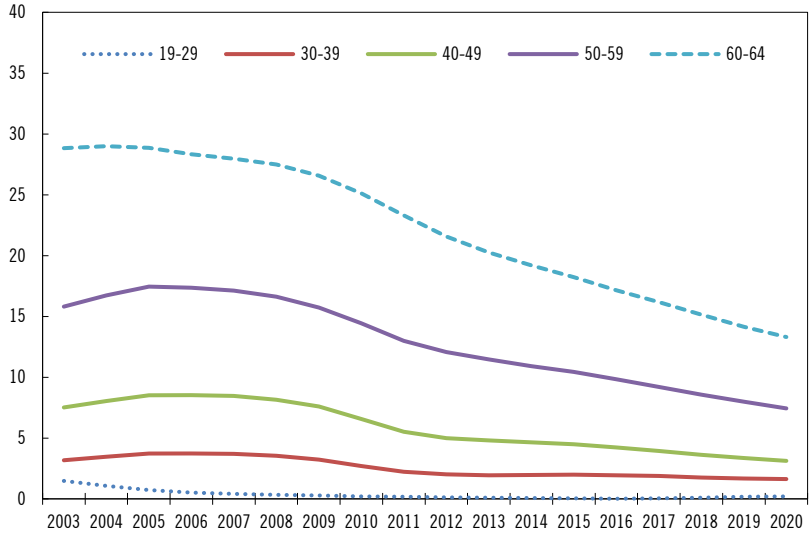
Figur 7.2 Åldersfördelning



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.

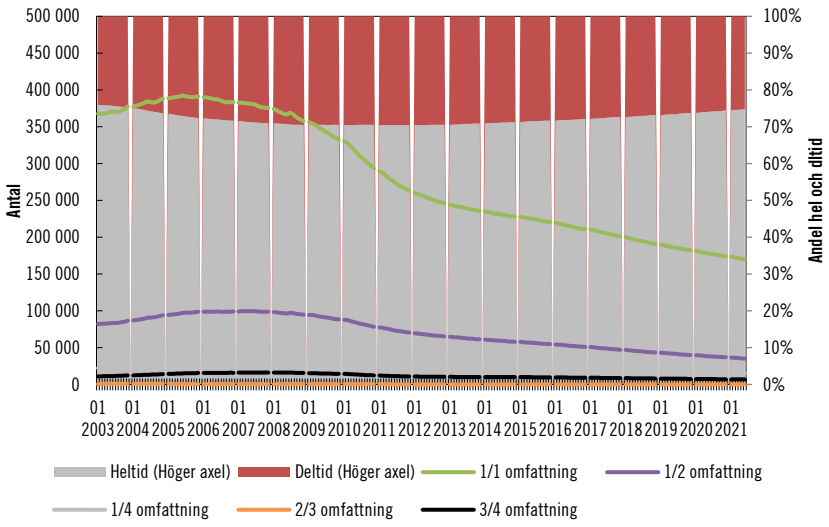
Hel eller partiell ersättning

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

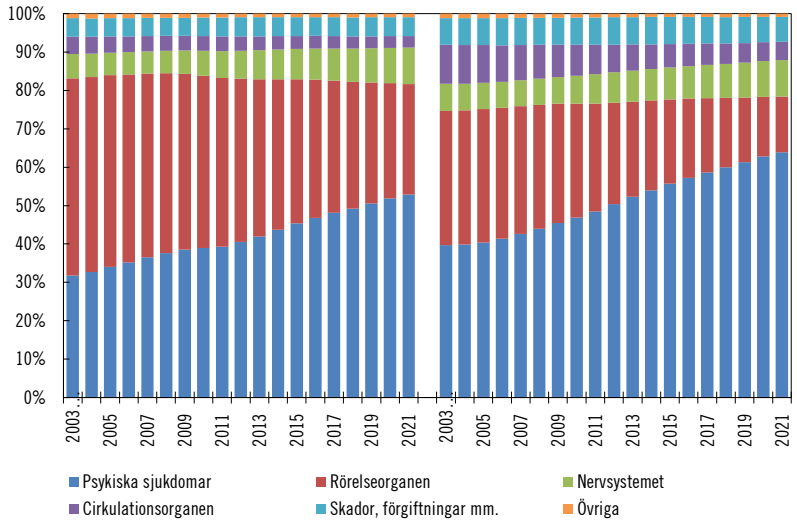


Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

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.

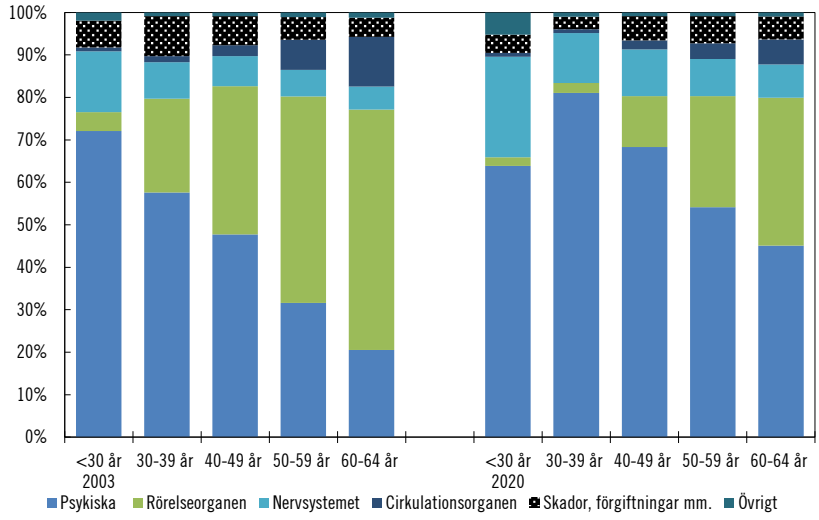
Den allmänna utvecklingstrenden för olika diagnosgrupper gäller även för kvinnor respektive män. Några intressanta skillnader mellan kvinnors och mäns diagnoser är dock värda att notera. Psykiatriska diagnoser är vanligare bland män med sjukersättning än bland kvinnor medan förhållandet är det omvända 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.

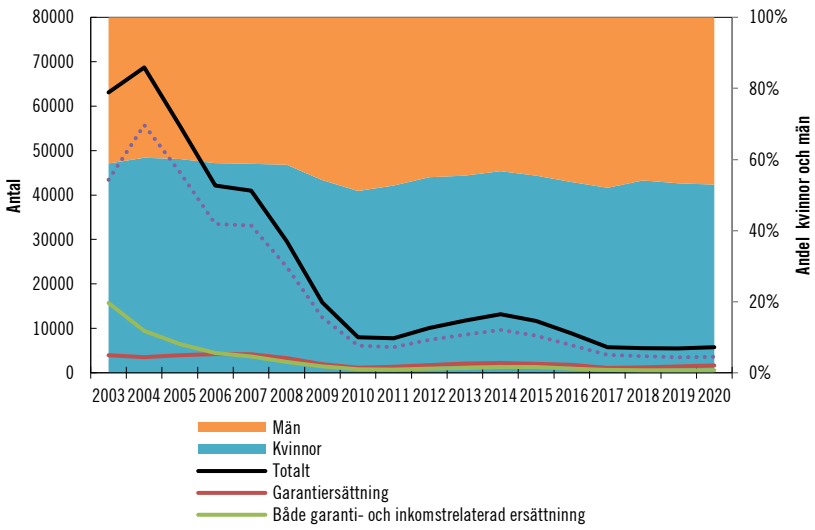
Antal nybeviljade

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.

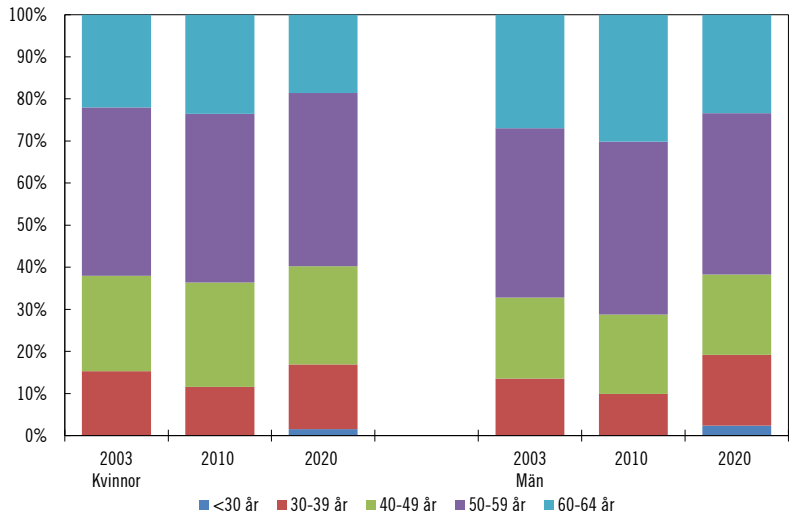
Ålder

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



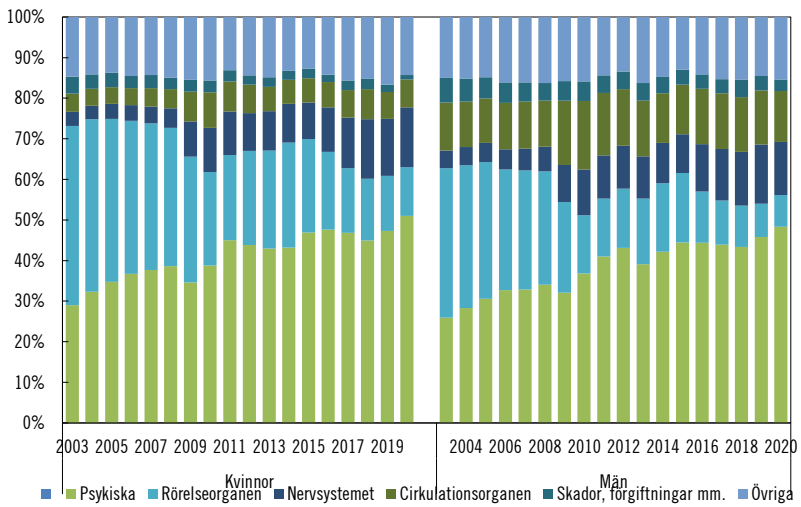
Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

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.

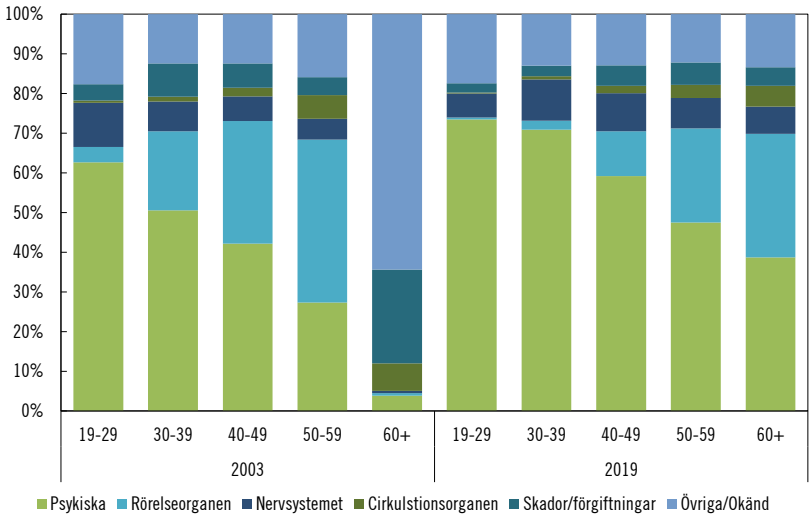
Figur 7.9 Nybeviljade sjukersättningar utifrån diagnos, kvinnor och män



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.

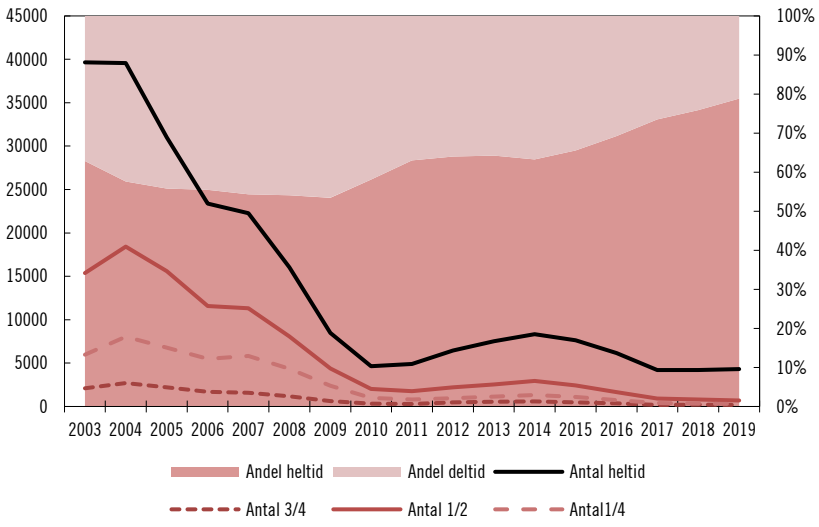
sjukersättning. Efter 2010 har det varit en jämnare fördelning mellan utbytesärenden och ansökningsärenden.

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

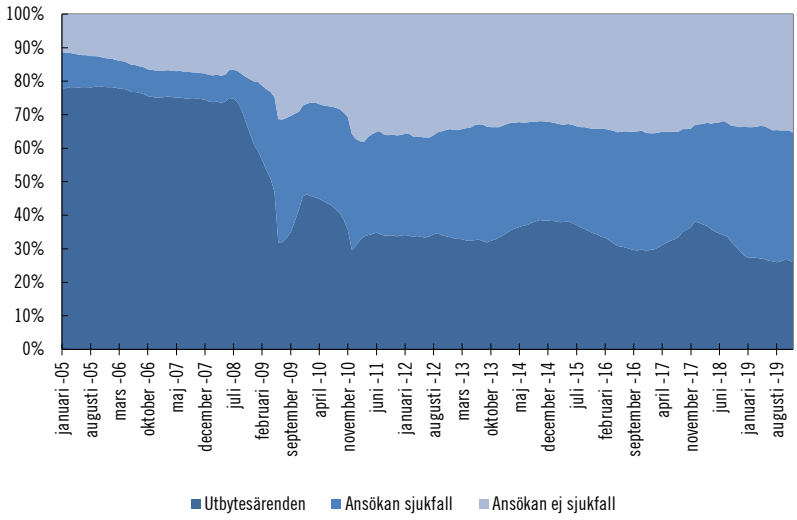


Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

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

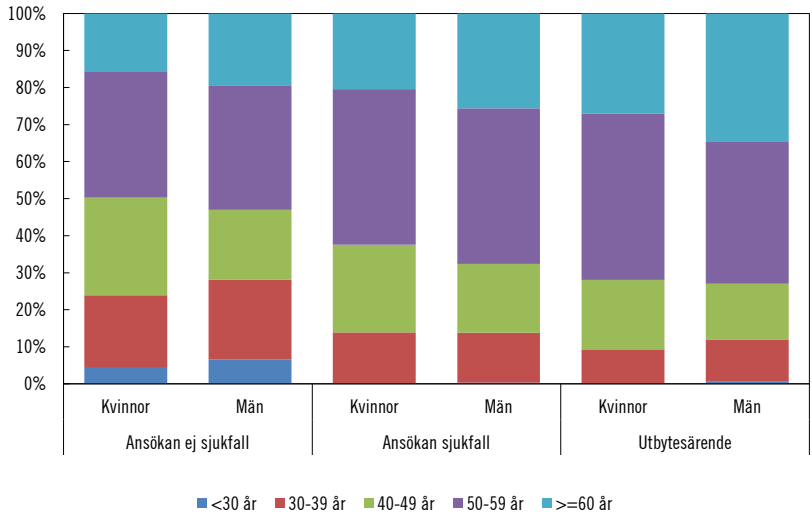


Källa: Försäkringskassan.

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.

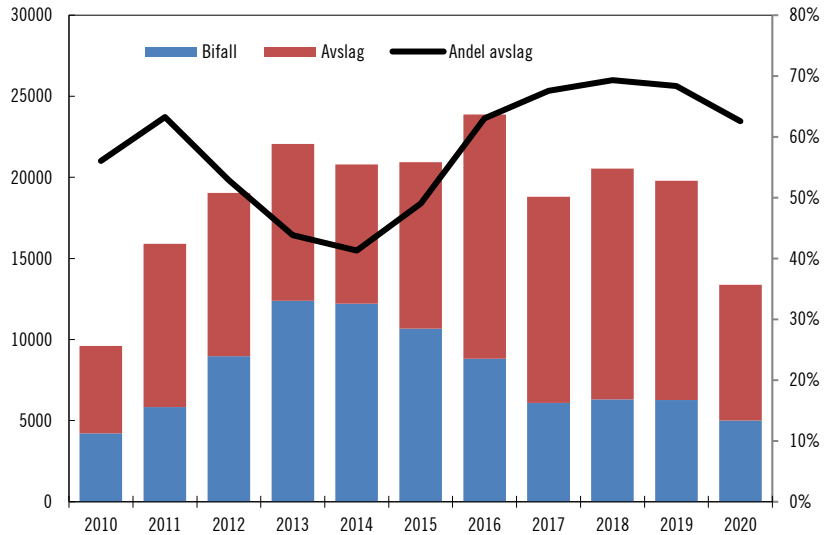
7.1.3 Ansökningar, bifall och avslag

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.

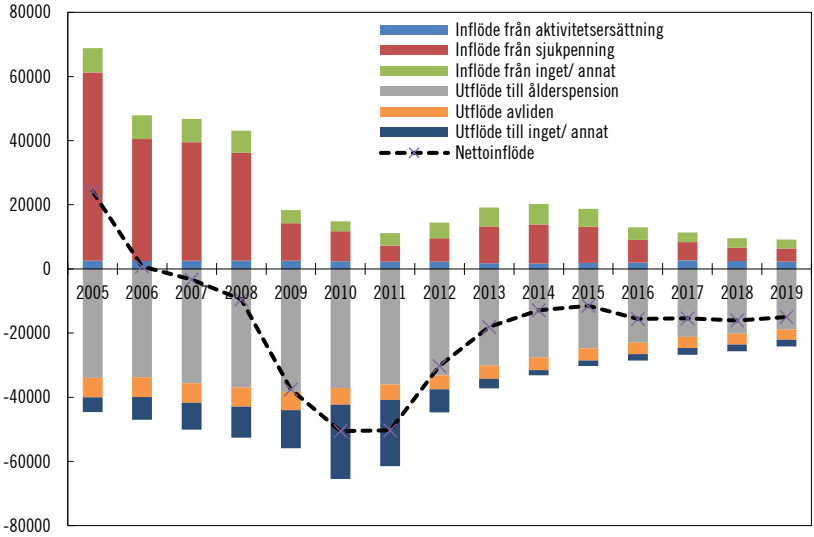
7.1.4 Inflöde till och utflöde från sjukersättningen

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



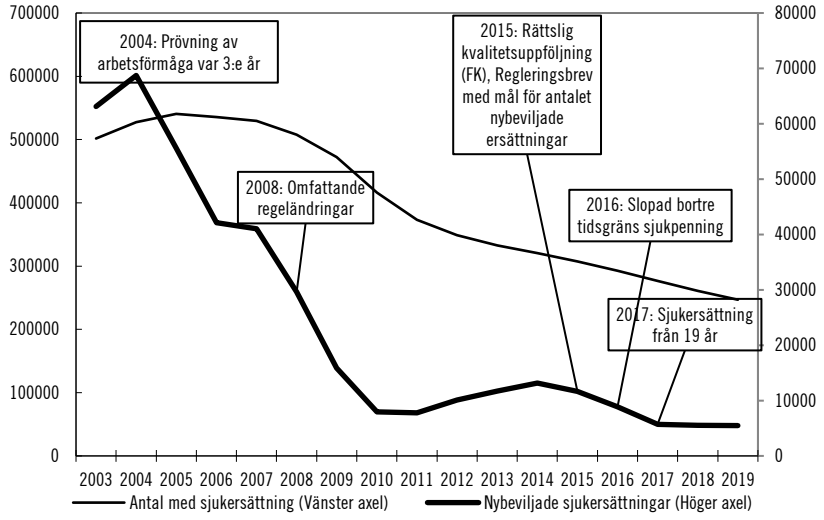
Källa: Försäkringskassan, egna bearbetningar.

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.

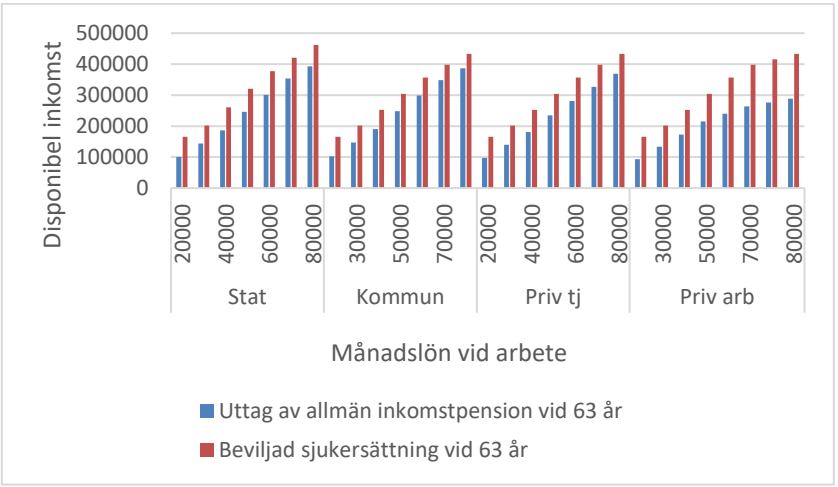
Hur ser de ekonomiska incitamenten ut?

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

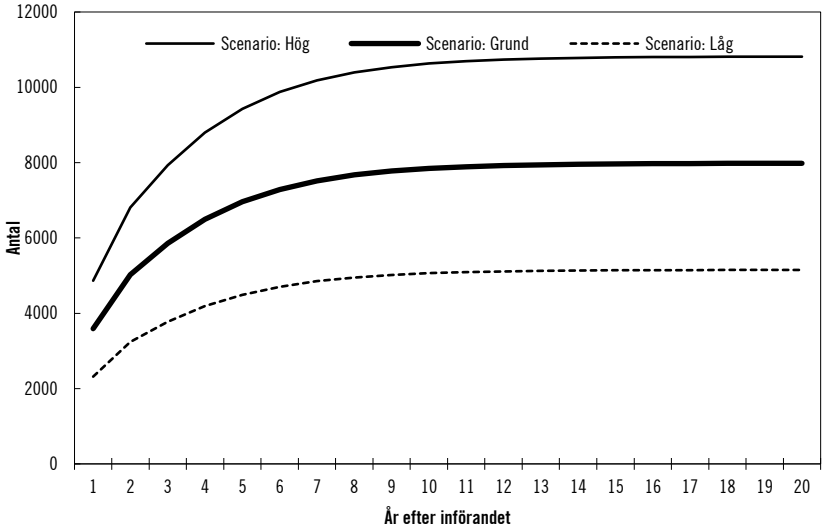
	Totalt inflöde 20 år			Genomsnittligt årligt inflöde 20 år		
	Ålder			Ålder		
	19–59	60–64	Total	19–59	60–64	Totalt
Hög	121	76	197	6,1	3,8	9,9
Grund	89	57	146	4,4	2,8	7,3
Låg	56	38	94	2,8	1,9	4,7

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



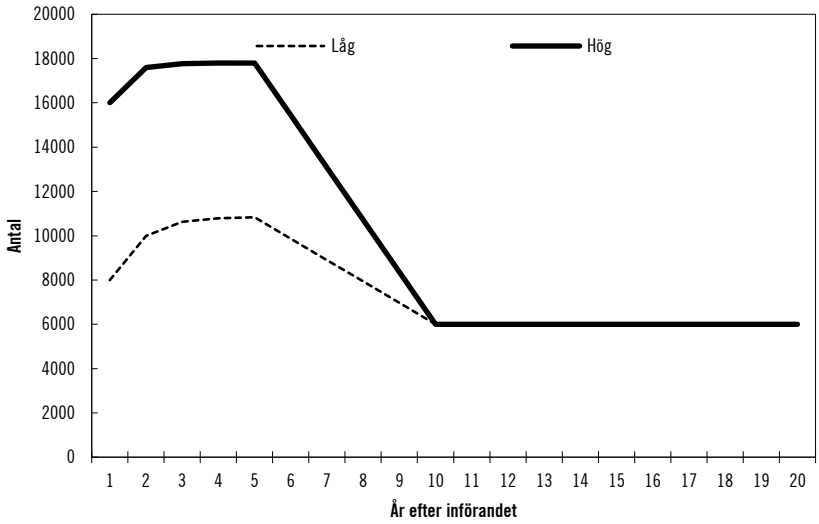
Källa: Egna beräkningar.
Anm.: Avser både personer yngre och äldre än 60 år.

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



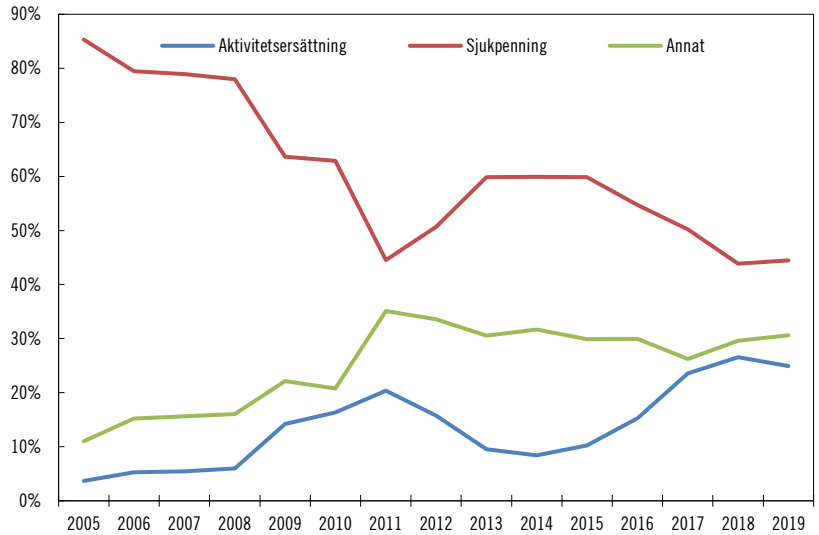
Källa: Egna beräkningar.

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

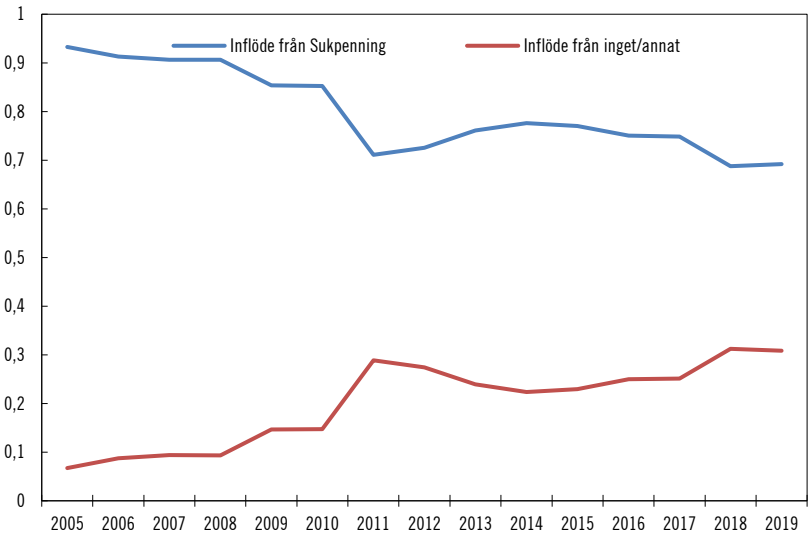
Utredningens förslag innebär att arbetsförmågan för personer som har mindre än fem år kvar till den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan lämnas enbart prövas i förhållande till arbeten som den försäkrade har erfarenhet av. Med dagens regler omfattar det personer i åldrarna 60–64 år. För de som 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

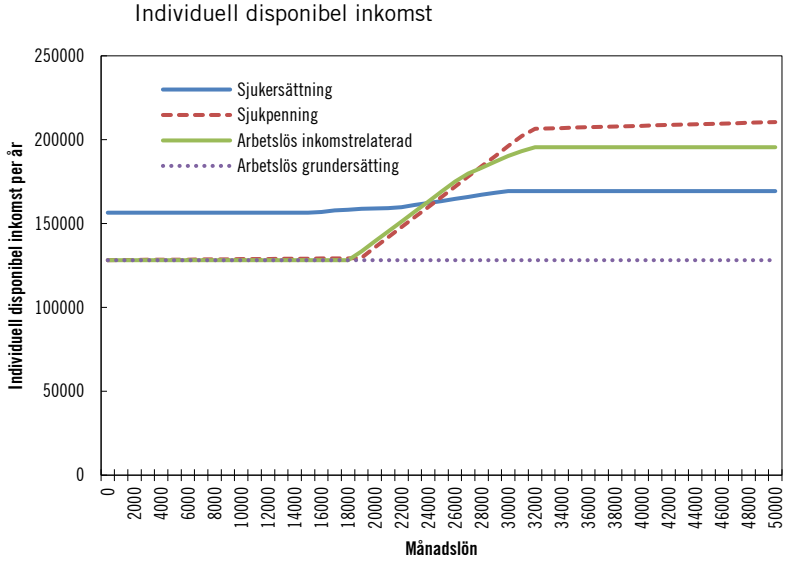
Källa: Egna beräkningar.
Anm.: * Innehåller Statlig ålderspensionsavgift på 18,5 % för sjuk- och aktivitetsersättning samt 10,21 % för sjukpenning och arbetslöshetsersättning.

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).

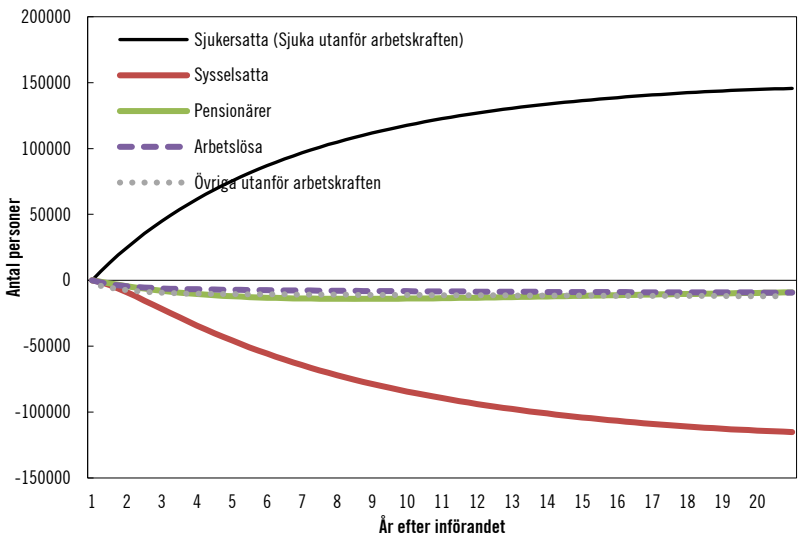
Givet dessa antaganden om sannolikheter för sysselsatta, arbetslösa, pensionärer och personer utanför arbetskraften att beviljas sjukersättning leder en simulering över 20 år till att antalet sjukersatta (sjuk utanför arbetskraften) ökar med ca 150 000 personer. Den största delen av detta flöde kommer 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-

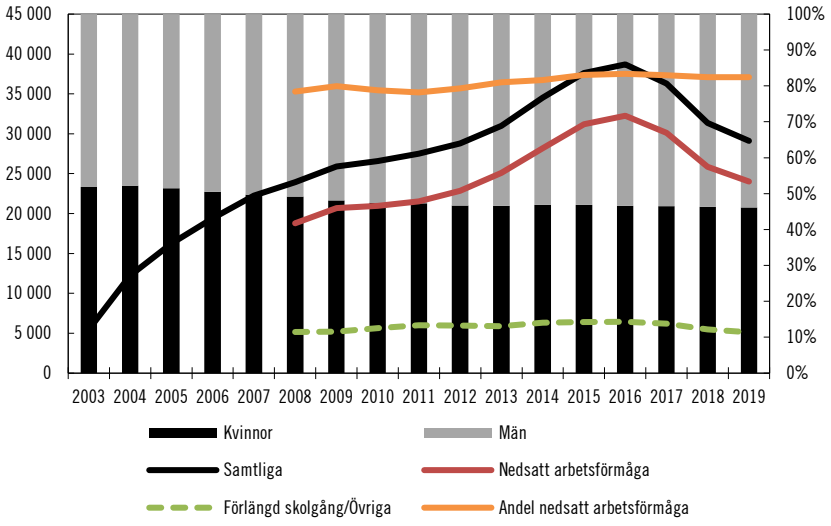
[1] Uppgifterna avser antalet ersatta i december. Aktivitetsersättning infördes 2003 och därför var det relativt få personer som hade den ersättningen detta år.

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

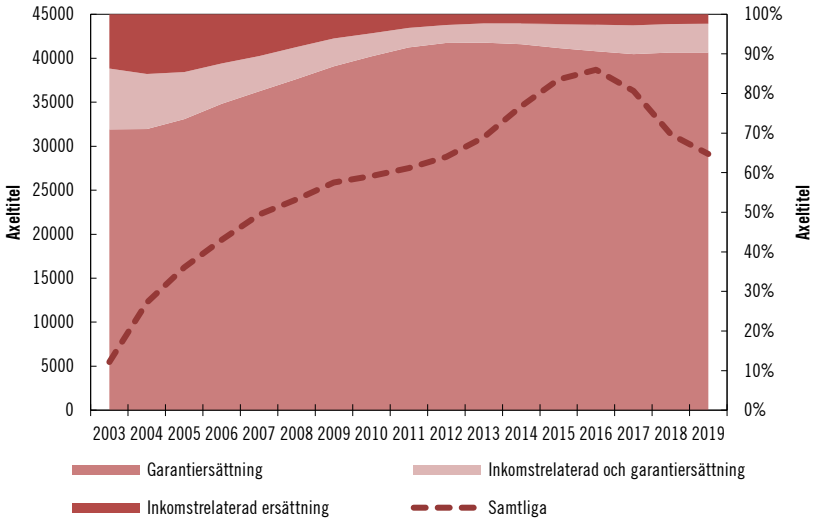


Källa: Försäkringskassan.

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



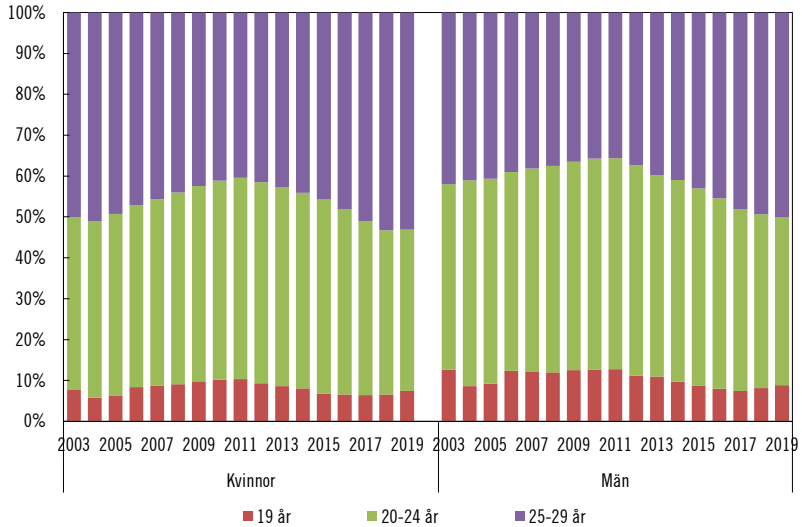
Källa: Försäkringskassan.

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

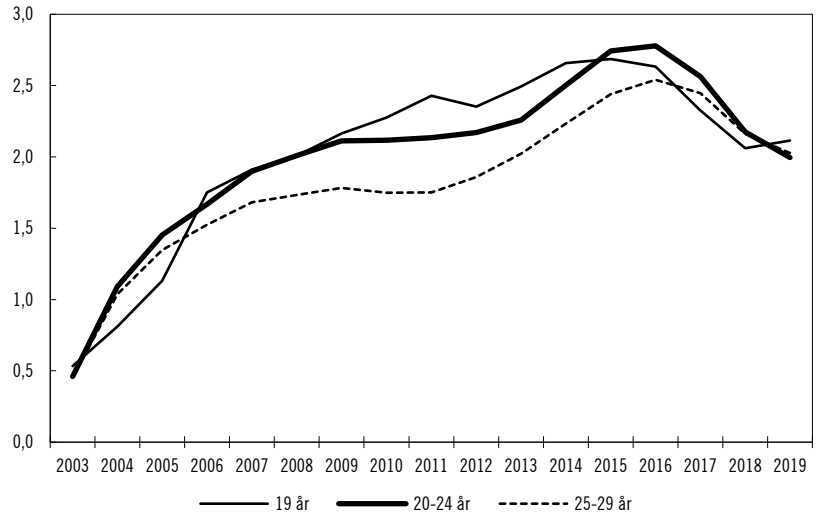


Källa: Försäkringskassan.

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

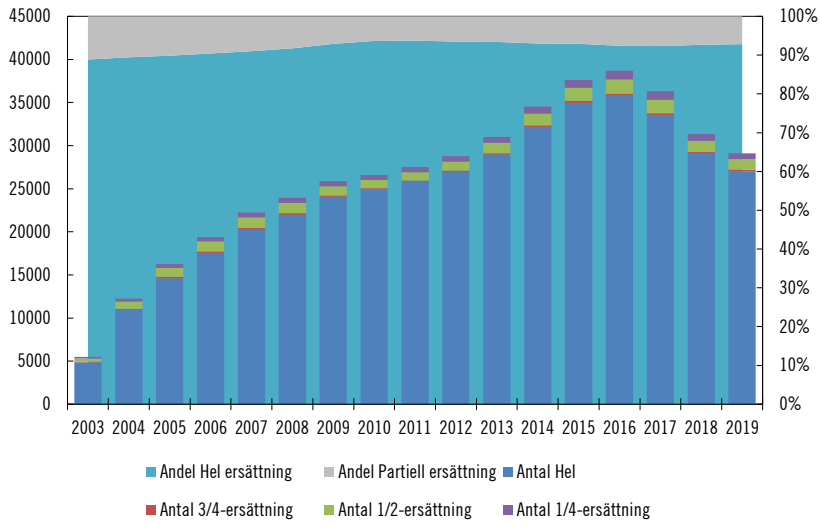


Källa: Försäkringskassan.

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

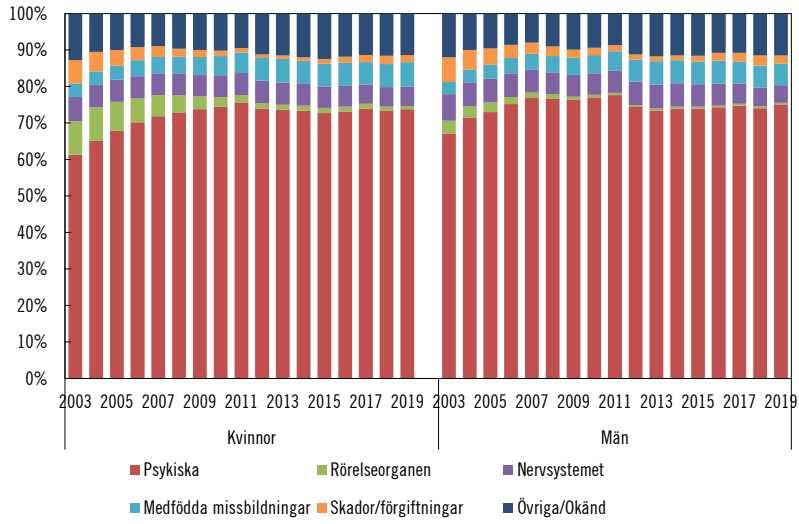


Källa: Försäkringskassan.

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.

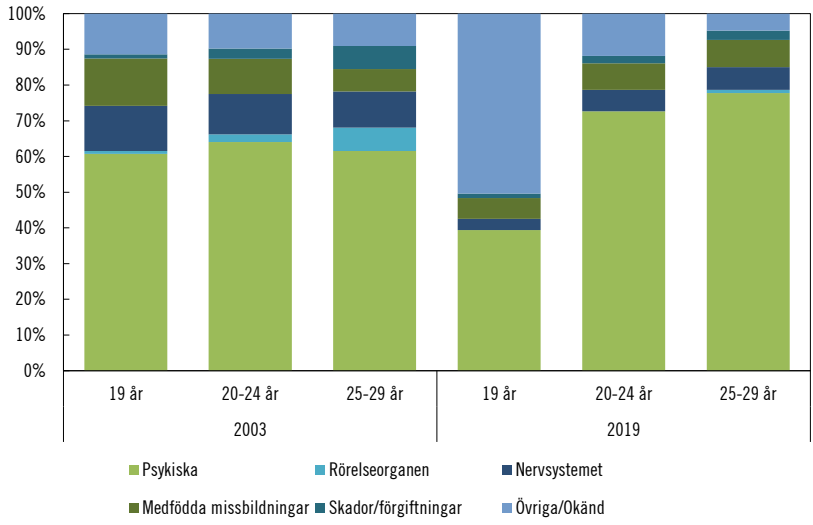
Figur 11.6 Olika diagnosers andel av antalet personer med aktivitetsersättning



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

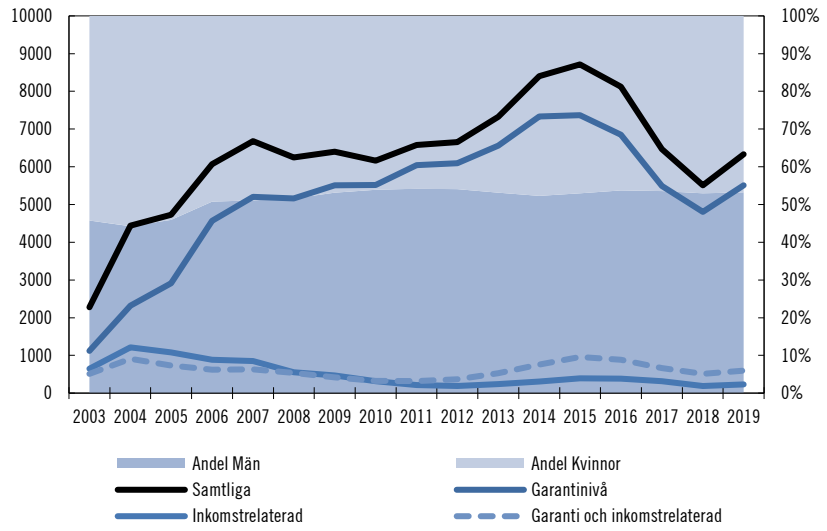
Antal nybeviljade aktivitetsersättningar ökade kraftigt under perioden 2003–2015. Under dessa år ökade nybeviljandet från drygt 2 000 personer per år till knappt 9 000 personer per år. Efter 2015 sjönk nybeviljandet under ett antal år för att åter vända uppåt under de senaste åren, 2018 och 2019. Under 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

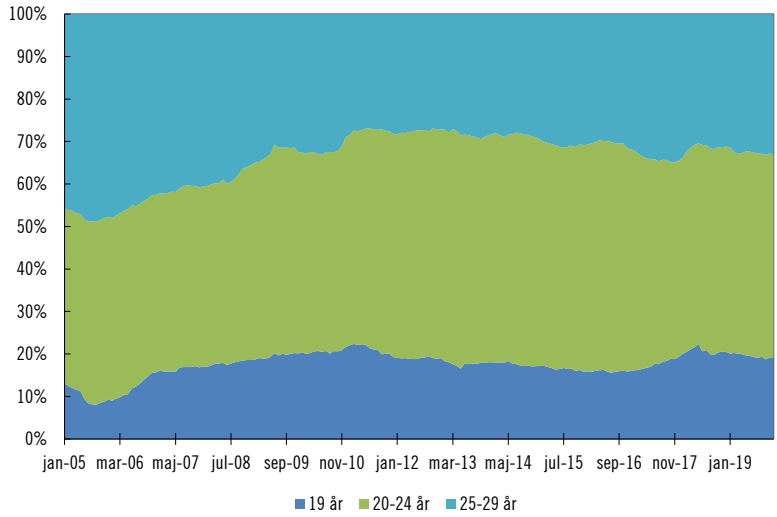


Källa: Försäkringskassan.

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.

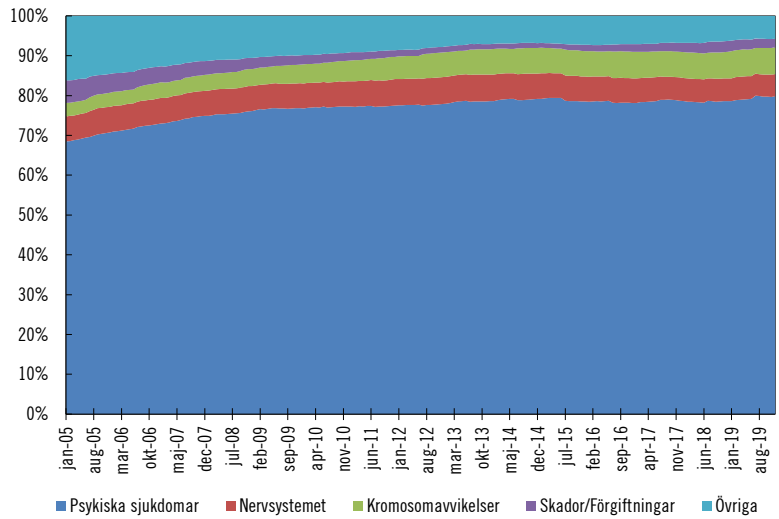
Diagnoser

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



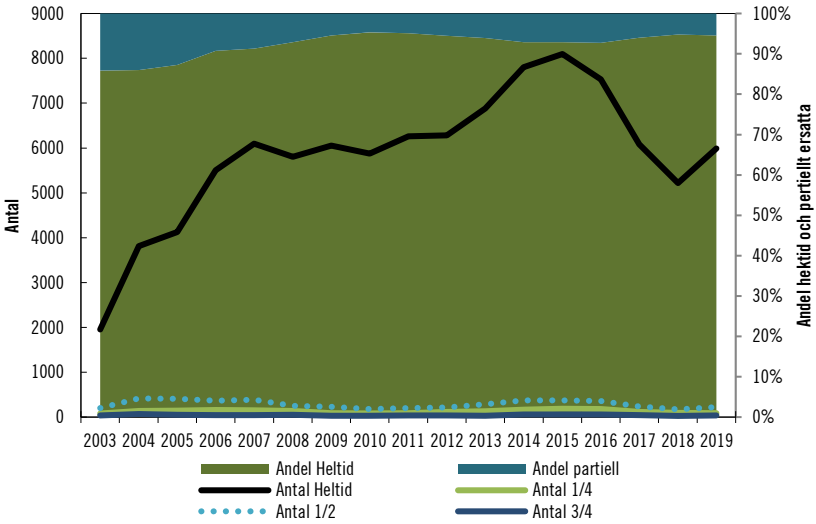
Källa: Försäkringskassan.

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

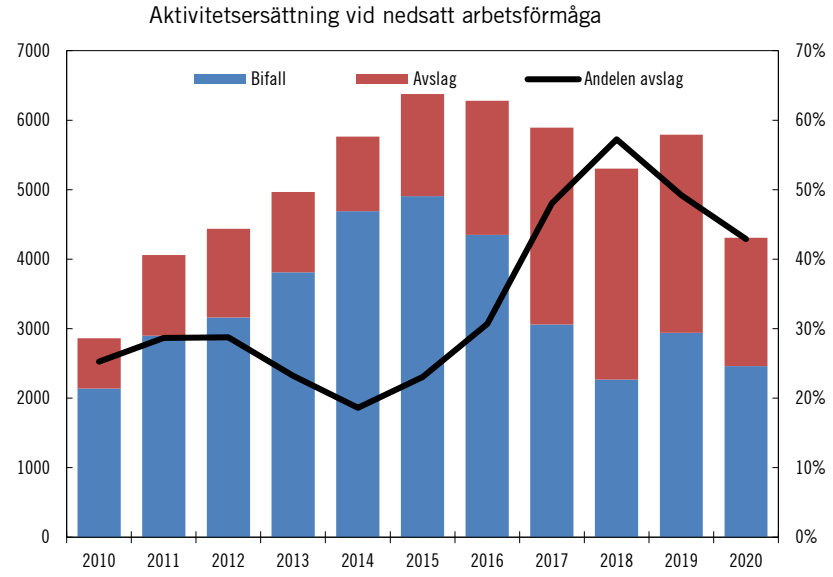
Antalet initiala ansökningar om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga ökad mellan 2015 och 2019 från ca 3 000 till 6 500 ansökningar. Därefter har antalet initiala ansökningar om aktivitetsersättning minskat och uppgick 2020 till ca 4 000 ansökningar.

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

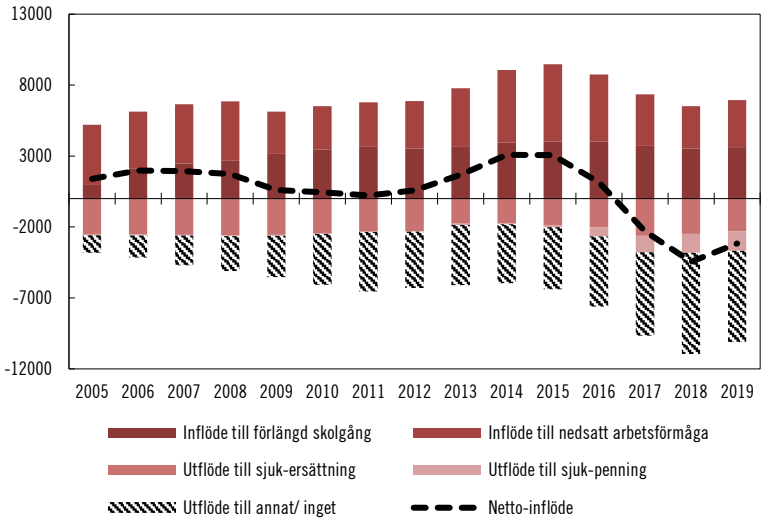
Under perioden 2003–2019 har såväl inflödet till som utflödet från aktivitetsersättningen ökat. Ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning har haft olika förklaringar under olika tidsperioder. Under perioden 2005–2008 ökade antalet personer med aktivitetsersättning som en konsekvens av att 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.

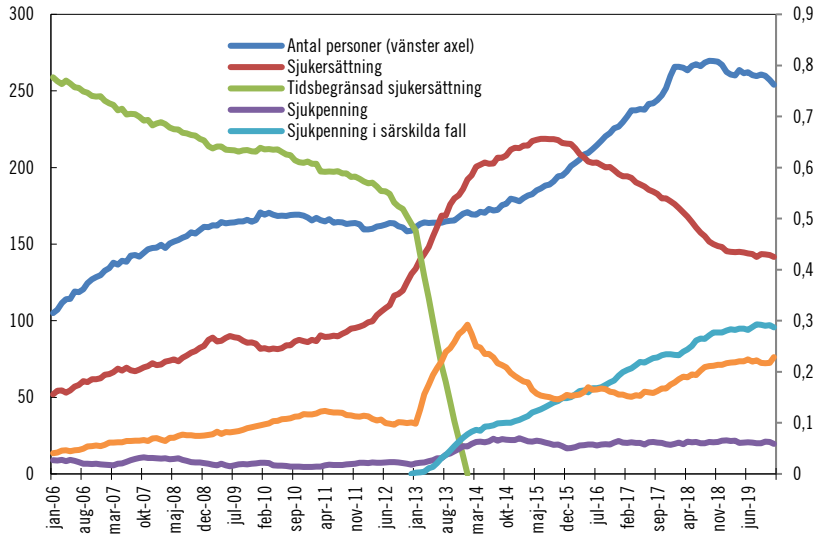
Figur 11.13 Orsaker till in- och utflöde från aktivitetsersättningen



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

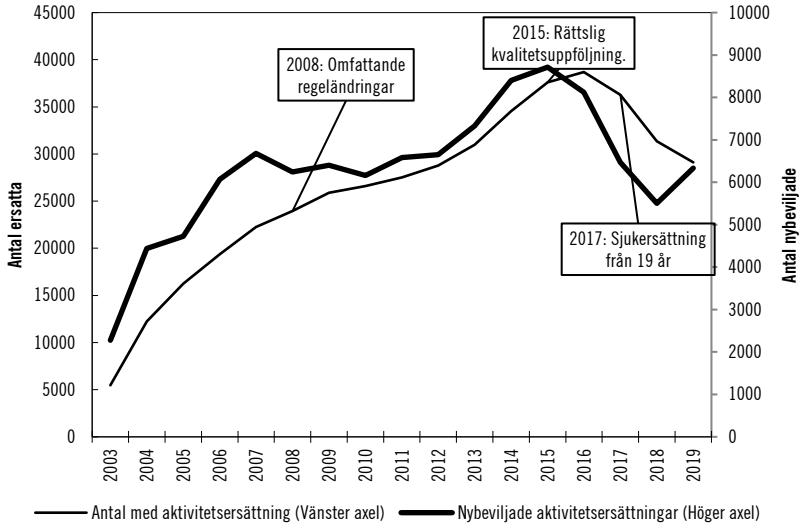


Källa: Försäkringskassan

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.

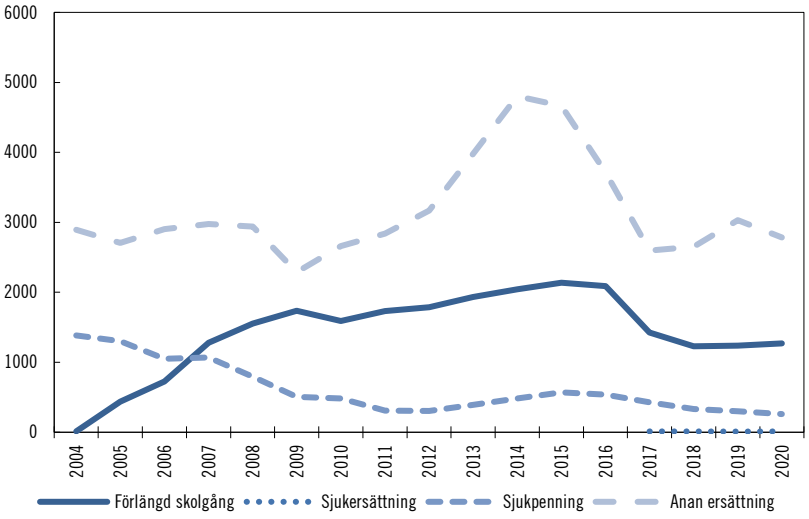
Målpopulation

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.

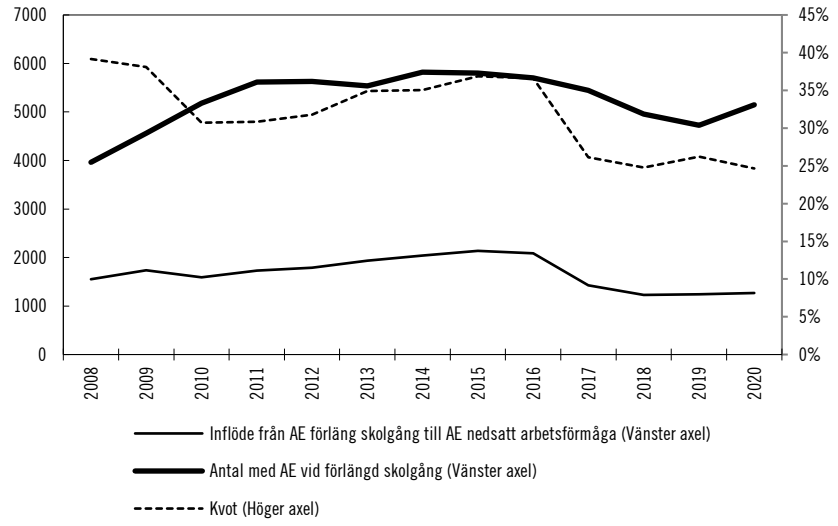
Inflöde från aktivitetsersättning vid förlängd skolgång

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

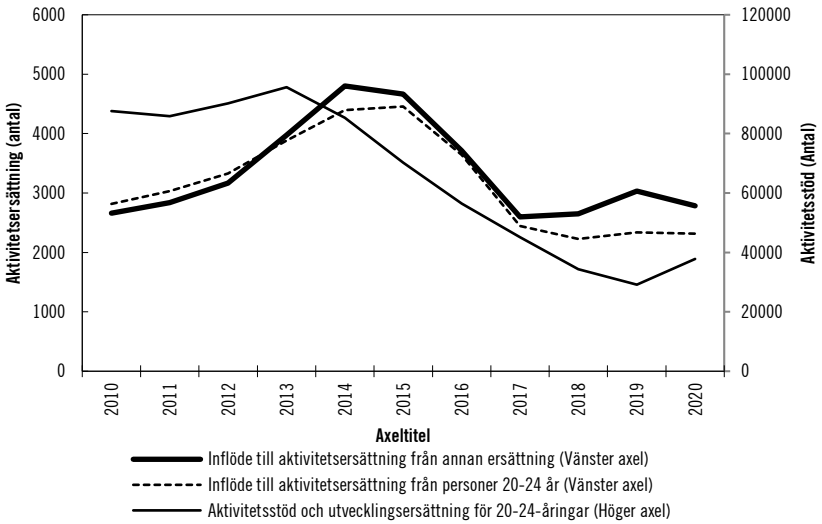
Inflödet till aktivitetsersättning från annan ersättning än sjukpenning och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång sker till stor del av personer som kommer direkt från gymnasieskolan. Många har en medfödd funktionsnedsättning, är barn till föräldrar som tidigare haft vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag 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