

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Vol. 2

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



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:69

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet

Volym 2

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

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:69

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

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0192-4 (tryck)

ISBN 978-91-525-0193-1 (pdf)

ISSN 0375-250X

Innehåll

Förkortningar	27
Sammanfattning	29
Summary	65
1 Författningsförslag	93
1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	93
1.2 Förslag till lag om ändring i utsökningsbalken	134
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring.....	136
1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.....	137
1.5 Förslag till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229).....	139
1.6 Förslag till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395).....	141
1.7 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980).....	143
1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter	145
1.9 Förslag till förordning om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning	146
1.10 Förslag till förordning om preventionsersättning	148

1.11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan.....	152
1.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.....	153
1.13	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan.....	157
1.14	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten	159
1.15	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1155) om Polisens utlandsstyrka	161
1.16	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg ...	162
1.17	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser	164
2	Utredningens uppdrag och arbete	165
2.1	Uppdraget	165
2.2	Utredningens arbetssätt	166
3	Allmänna utgångspunkter	169
4	Bakgrund – befolkning, arbetsmarknad och hälsa	183
4.1.1	Befolkningsutvecklingen	184
4.1.2	Sysselsatta, arbetslösa och utbildningsnivå	186
4.1.3	Utveckling av anställningsformer, arbetstillfällen och arbetsgivare	192
4.1.4	Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.....	199

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

Rätten till sjukersättning – kapitel 5–9

5	Rätten till sjukersättning – regelverk och handläggning	229
5.1	Bakgrund	230
5.1.1	Sjukförsäkringssystemet	230
5.1.2	Bakgrund till reglerna om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga.....	231
5.1.3	EU-rätten och Sveriges internationella åtaganden.....	235
5.2	Gällande regelverk.....	238
5.2.1	Närmare om förutsättningar för rätt till sjukersättning.....	238
5.2.2	Rättspraxis från Högsta förvaltningsdomstolen	251
5.2.3	Regelverket för rätt till sjukpenning	260
5.2.4	Rättspraxis avseende bedömning av rätt till sjukpenning	262
5.3	Handläggning av sjukersättningsärenden.....	264
5.3.1	Ett ärende initieras.....	264
5.3.2	Utredning och bedömning av rätt till sjukersättning.....	264
5.3.3	Utbytesärenden	270
6	Rätten till sjukersättning – regelverket i andra nordiska länder	271
6.1	Danmark.....	271
6.1.1	Villkor för rätt till ersättning.....	271
6.1.2	Finansiering och administration av försäkringen	272

6.2	Finland	273
6.2.1	Villkor för rätten till ersättning.....	273
6.2.2	Finansiering och administration av försäkringen.....	276
6.3	Island.....	276
6.3.1	Villkor för rätt till ersättning.....	276
6.3.2	Finansiering och administration av försäkringen.....	277
6.4	Norge	278
6.4.1	Villkor för rätten till ersättning.....	278
6.4.2	Finansiering och administration av försäkringen.....	280
7	Rätten till sjukersättning – problemanalys	281
7.1	Sjukersättningens utveckling över tid	282
7.1.1	Antal personer med sjukersättning.....	282
7.1.2	Nybeviljade sjukersättningar.....	289
7.1.3	Ansökningar, bifall och avslag.....	296
7.1.4	Inflöde till och utflöde från sjukersättningen	297
7.1.5	Sjukersättningens utveckling och regeländringar.....	298
7.2	Variationer i beviljandegraden	299
7.2.1	Stora variationer i utvecklingen utan rimliga orsaker utgör problem för rättssäkerhet, förutsebarhet och tilliten till försäkringen	301
7.2.2	Förändrade hälsofaktorer i befolkningen	301
7.2.3	Arbetsmarknadens utveckling.....	303
7.2.4	Förändrad benägenhet att ansöka om ersättning?	305
7.2.5	Förändringar i andra system.....	306
7.2.6	Förändringar av rättsliga förutsättningar – regelförändringar och rättspraxis i skärpande riktning?.....	311
7.2.7	Oklarheter i beviskravet och begrepp vid prövning av rätt till ersättning.....	315
7.2.8	Förändrad tillämpning av regelverket	317
7.2.9	Slutsatser om variationen i tillämpning	330

7.3	Kraven för att beviljas sjukersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden	332
7.3.1	Tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete”	336
7.3.2	Begreppet förvärvsarbete i praktiken – om anpassade, subventionerade och skyddade arbeten	342
7.3.3	Vad händer med de försäkrade som får avslag på ansökan om sjukersättning?	348
7.3.4	På vilken grund får försäkrade avslag på ansökan om sjukersättning? – granskning av Försäkringskassans beslut	355
7.3.5	Slutsatser om diskrepansen mellan regelverket och de försäkrades möjligheter att försörja sig i förvärvsarbete	357
7.4	Situationen för äldre i arbetsför ålder	359
7.4.1	Tidigare regelverk rörande hänsyn till den försäkrades ålder	360
7.4.2	Förlängningen av arbetslivet och riktåldern för ålderspension	361
7.4.3	Inte alla äldre kan arbeta länge	362
7.4.4	Arbetsförmåga i relation till ålder	364
7.4.5	Sysselsättningen bland äldre	366
7.4.6	Sambandet mellan sjukersättning och ålderspension	368
7.4.7	Incitament att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för genom pension	369
7.4.8	Slutsatser om situationen för äldre i arbetsför ålder	376
7.5	Gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukersättning	377
7.6	Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen	377
7.6.1	Myndighetssamarbete vid handläggning och utredning av ärenden	378
7.6.2	Olika bedömningskriterier och begrepp	381

7.6.3	Slutsatser rörande samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.....	382
7.7	Varaktighetskravet i sjukersättningen.....	384
7.7.1	En bedömning av arbetsförmågan i tre steg.....	388
7.7.2	Begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.....	392
7.7.3	Rehabiliteringskriteriet – alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda.....	398
7.7.4	Svårigheter med medicinska prognosbedömningar.....	400
7.7.5	Uppföljning av arbetsförmågan senast efter tre år.....	402
7.7.6	Slutsatser om varaktighetskriteriet.....	415
7.8	Beviskravet vid prövning av rätt till sjukersättning.....	416
7.8.1	Allmänt om bevisregler i förvaltningsprocessen.....	418
7.8.2	Utredningsskyldighet.....	418
7.8.3	Bevisbörda i förvaltningsprocessen.....	424
7.8.4	Beviskrav i förvaltningsprocessen.....	426
7.8.5	Vad innebär beviskravet ”sannolikt”?.....	439
7.8.6	Bevisvärdering och bevismedel.....	440
7.8.7	Vilket beviskrav används i Försäkringskassans tillämpning?.....	442
7.8.8	Slutsatser om det för närvarande gällande beviskravet.....	448
8	Rätten till sjukersättning – överväganden och förslag ...	451
8.1	Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp.....	452
8.1.1	Samma arbetsmarknadsbegreppet vid prövning av sjukpenning och sjukersättning.....	453
8.1.2	Kvarstående skillnader vid bedömning av rätt till sjukpenning respektive sjukersättning.....	458
8.1.3	Avväganden kring ändrat arbetsförmågebegrepp vid prövning av sjukersättning till personer som är 19–29 år.....	458

8.2	Förtydliganden av varaktighetskravet.....	460
8.2.1	Klargörande av att bedömningen utgörs av två delar	461
8.2.2	Förtydligande av längden på prognosen om överskådlig framtid.....	463
8.2.3	En i antal år preciserad tidsrymd är inte ett lämpligt alternativ	466
8.2.4	Varaktighetsprognosen ska maximalt omfatta tid fram till tidpunkten då sjukersättning som längst kan utbetalas	468
8.2.5	Förslag om ett nytt, tydligare varaktighetsbegrepp.....	469
8.3	Justeringar och förtydliganden av kravet på uttömda rehabiliteringsmöjligheter	471
8.3.1	Det ska inte finnas några återstående rehabiliteringsmöjligheter – men sådana behöver inte faktiskt ha vidtagits.....	473
8.3.2	Det ska vara fråga om rehabiliteringsmöjligheter som faktiskt kan förväntas leda till ökad arbetsförmåga.....	474
8.3.3	Rehabiliteringsåtgärder som kan antas leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga först efter tidpunkten då sjukersättning som längst kan betalas ut ska inte beaktas	476
8.3.4	Förtydliganden av rehabiliteringskravet vid partiell sjukersättning.....	479
8.3.5	Mindre justering för att ta hänsyn till personer som inte tidigare har haft någon arbetsförmåga	481
8.3.6	Beviskravet för att rehabiliteringsåtgärder ska kunna bedömas vara uttömda	481
8.4	Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder.....	484
8.4.1	Vid en viss ålder bör det ställas mindre omfattande omställningskrav.....	486
8.4.2	Vilken typ av särskilda regler bör införas?	488
8.4.3	Ålderskvalifikation	491
8.4.4	Arbetsförmågebegreppet	494

8.4.5	Rehabiliteringsmöjligheter för äldre	502
8.5	Ett författningsreglerat beviskrav för prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning.....	505
8.5.1	Fördelar med ett kodifierat beviskrav.....	508
8.5.2	Risker med ett kodifierat beviskrav	509
8.5.3	Vilket beviskrav bör gälla vid prövning av rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning?	512
8.5.4	Överväganden om andra beviskrav än sannolikt	513
8.5.5	Övrigt om beviskrav	514
8.6	Bedömningar med avseende på att motverka stora variationer i tillämpningen	515
8.7	Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen	517
9	Rätten till sjukersättning – konsekvenser av utredningens förslag.....	519
9.1	Hur många kan beviljas sjukersättning?	526
9.2	En reformerad sjukersättning för personer yngre än 60 år	532
9.2.1	Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer yngre än 60 år ..	535
9.3	En reformerad sjukersättning för personer äldre än 60 år	539
9.3.1	Kortsiktiga statiska ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag för olika försäkringsutgifter för personer äldre än 60 år....	543
9.4	Sammantagen ökning av antal personer med sjukersättning	545
9.4.1	Effekter för den enskilde	549
9.4.2	Effekter i andra ersättningsystem.....	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 prøvotid 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 prøvotid	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	Flexiblaare 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	Flexiblaare möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning	845
16.3.2	Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd provotid 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 svår använda 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 preventionersättningen.....	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	Preventionersättning	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	Preventionersättning	1201
24.2.5	Rehabiliteringsersättning.....	1202
25	Konsekvenser	1203
25.1.1	Rätten till sjukersättning	1204
25.1.2	Rätten till aktivitetsersättning.....	1210
25.1.3	Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning	1214
25.1.4	Förmåner vid rehabilitering.....	1222

26	Författningskommentar	1231
26.1	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	1231
26.2	Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken.....	1281
26.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring	1281
26.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift	1282
26.5	Förslaget till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229).....	1283
26.6	Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395).....	1284
26.7	Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980).....	1285
26.8	Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter.....	1286
	Referenser	1287
	Särskilt yttrande	1303
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:31	1305
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2020:100	1317
Bilaga 3	Aktgranskning	1319

Arbete, studier och uppdrag m.m. –
kapitel 14–17

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

I det här kapitlet behandlas de möjligheter som personer som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning har att förvärvsarbeta, ta uppdrag, studera, arbeta ideellt eller delta i samhällslivet på andra sätt under tiden han eller hon har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Vilka alternativen är påverkas av vilken ersättning det rör sig om, när ersättningen beviljades samt omfattningen och arten av sysslorna.

14.1 Bakgrund

De olika möjligheter som finns för personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning att exempelvis förvärvsarbeta, studera eller arbeta ideellt under tiden med ersättningen fyller flera funktioner. Bland annat har i förarbeten till bestämmelserna lyfts fram att det inte kan uteslutas att personer som beviljas ersättning kommer få tillbaka en viss arbetsförmåga. Det bör därför finnas inslag i ersättningssystemen som stimulerar människor att pröva sin arbetsförmåga.¹

Den enskildes eventuella sysslor eller förmåga att i övrigt delta i samhällslivet kan påverka rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning, dels vid prövning av om personen kan beviljas ersättning, dels under tiden den försäkrade har ersättning. En person som har förmåga att arbeta exempelvis motsvarande en halv heltidstjänst beviljas inte heller mer än halv förmån.

En försäkrad kan beviljas hel aktivitets- eller sjukersättning även om denne har en viss, begränsad, återstående arbetsförmåga, så länge denna förmåga uppgår till maximalt motsvarande en åttondel av den

¹ Prop. 2007/08:124, s. 91.

förmåga som kan anses behövas för en vanlig heltidstjänst. Därigenom kan personer som har en återstående, liten arbetsförmåga, bl.a. engagera sig i ideellt arbete inom ramen för den så kallade *åttondelen*, utan att det påverkar deras rätt till ersättning. Denna möjlighet infördes genom regler som trädde i kraft 1999 gällande rätten till förtidspension.²

Den enskilde kan oavsett nivå på förmånen också ansöka om *vilande ersättning* på grund av studier eller arbete. Det innebär att utbetalningen av ersättningen pausas under tiden studierna eller arbetet pågår. Regler om vilande ersättning vid arbete infördes år 2000 i det dåvarande systemet med förtidspension. Syftet med möjligheten till vilande ersättning vid förvärvsarbete är att stimulera den försäkrade att pröva sin arbetsförmåga.³ Några år senare infördes möjligheten att även ha vilande ersättning vid studier. Syftet med denna möjlighet är att stimulera den försäkrade till att studera, vilket ansetts önskvärt då studier i många fall kan vara det mest effektiva sättet att förbättra möjligheterna att delta i arbetslivet.⁴

De försäkrade som beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före juli 2008 har i stället möjlighet att förvärvsarbeta enligt reglerna för så kallad steglös avräkning, utan att deras rätt till ersättning påverkas. Om han eller hon arbetar med inkomst sker omräkning av ersättningen med steglös avräkning. Dessa personer kan också studera, arbeta ideellt osv. utan att deras rätt till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas.

Reglerna om steglös avräkning infördes 2009 mot bakgrund av att endast få av de som har beviljats sjukersättning återgår i arbete, även om det kan antas att vissa av dem har fått förbättrad arbetsförmåga. En förklaring till låg motivation att arbeta bedömdes vara att den enskilde saknar den ekonomiska trygghet som behövs för att han eller hon ska våga återgå till arbetslivet. En beviljad ersättning innebär en ekonomisk trygghet och de som vill pröva att arbeta kan på sikt få sin framtida försörjningstrygghet påverka eftersom arbetet kan leda till en omprövning av rätten till ersättning.⁵

De som har beviljats aktivitetsersättning kan även delta i aktiviteter enligt SFB. Dessa aktiviteter ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på sjukdomstillståndet eller den fysiska eller psykiska pre-

² Prop. 1997/98:111, s. 47.

³ Prop. 1999/2000:4, s. 21.

⁴ Prop. 2005/06:159, s. 21.

⁵ Prop. 2007/08:124, s. 45 och 47.

stationsförmågan. Deltagande i aktiviteter kan ses som ett steg mot ett självständigt och aktivt liv som i vissa fall kan innebära kontakt med arbetslivet.⁶

Sedan den 1 februari 2017 har personer som har aktivitetsersättning också möjlighet att behålla sin aktivitetsersättning under en provotid för att studera, som ett komplement till möjligheterna till vilande ersättning. Denna möjlighet har sin bakgrund i att reglerna om vilande ersättning ansetts otillräckliga för att få fler unga med aktivitetsersättning att via studier komma ut i arbete och egen försörjning.⁷ Under provotiden får den försäkrade behålla utbetalning av hela ersättningen.

Det är vidare möjligt att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sådan rehabilitering kan även innefatta vissa slags studier. Se kapitel 18 och 19.

14.2 Gällande regelverk

14.2.1 Bedömningen av arbetsförmåga

Vid prövningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas. Flera faktorer ska vägas in, bl.a. vilken omfattning den enskilde trots sin nedsatta arbetsförmåga kan förvärvsarbeta eller utföra andra sysslor som kan jämföras med arbetsförmåga, såsom att studera m.m. Det är vilken insats som bisysslan eller uppdraget kräver som är av betydelse. Varken anställningsförhållandets art eller förekomsten eller avsaknad av arvode eller lön är avgörande. I princip bedöms oavlönat arbete inte på något annat sätt än avlönat arbete.⁸ Vid bedömningen av en persons arbetsförmåga ska alltså beaktas om den enskilde utför eller kan utföra sysslor av viss omfattning och visst värde. Vilka bisysslor och uppdrag en person klarar av trots nedsatt arbetsförmåga ska därmed vägas in i bedömningen av en enskilds rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Både förvärvsarbete och exempelvis ideellt arbete kan påverka den bedömningen. Detsamma gäller bedömning om den försäkrade har rätt till fortsatt ersättning.

⁶ Prop. 2000/01:96, s. 86. Se närmare avsnitt 14.2.5.

⁷ Ds 2016:5, s. 42 och Prop. 2016/17:1, utg.omr. 10, s. 47.

⁸ Prop. 1997/98:111, s. 36–37.

Fritidsaktiviteter som motsvarar den omfattning som en yrkesverksam person i vanligen utför på sin fritid, såsom deltagande i viss omfattning i föreningsliv eller kursverksamhet m.m., ska dock inte beaktas vid bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. Enligt förarbetena kan deltagande i föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter.⁹

Detta innebär alltså att fritidsintressen i viss omfattning vanligtvis inte påverkar rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning. Om sysslan går att jämföra med förvärvsarbete sett till omfattning, varaktighet och/eller inkomst kan rätten till ersättning dock påverkas eftersom den enskildes förmåga att utföra sådana sysslor påverkar bedömningen av nedsättningen av dennes arbetsförmåga. Försäkringskassan anger som exempel på fritidsintresse som inte påverkar rätten till ersättning motionsridning en gång i veckan. Att driva en hästgård med tävlingsverksamhet är däremot enligt myndigheten att se som motsvarande förvärvsarbete som kan påverka rätten till ersättning.¹⁰

Vidare ska värdet av arbete med skötsel av hemmet i skälighetsomfattning likställas med inkomst av arbete.¹¹ För att skötsel av hemmet ska påverka bedömningen av rätten till ersättning bör utredningen visa att arbetsinsatsen skulle kunna användas i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga därmed inte kan anses vara helt eller i det närmaste helt nedsatt.¹² Har den försäkrade t.ex. uppdrag som familjehem kan detta vägas in i bedömningen av arbetsförmågan. Det beror på vad en sammanvägd bedömning i varje enskilt fall visar när det gäller arbetsinsats, antal personer som uppdraget innefattar och vilken inkomst det ger.¹³

Vilket utrymme en försäkrad har för arbete, studier etc. utan att rätten till ersättning påverkas är beroende av dels omfattningen av den enskildes insatser, dels vilken nivå på förmånen som är aktuell, eftersom nivån är beroende av nedsättningen av individens arbetsförmåga. Försäkringskassans tolkning är att det i första hand måste bedömas om sysslan är sådan att den ska jämföras med ett förvärvsarbete. För att avgöra detta är det antal timmar som ägnas åt sysslan inte den enda avgörande faktorn. Detta innebär att en försäkrad

⁹ Prop. 1997/98:111, s. 36–37 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

¹⁰ Vägledning 2013:1 Version 6, s. 33 och Vägledning 2013:2 Version 9, s. 69.

¹¹ 33 kap. 11 § SFB.

¹² RAR 2002:17 till 33 kap. 11 § SFB.

¹³ Vägledning 2013:1 Version 6, s. 33 och Vägledning 2013:2, s. 67.

skulle kunna ägna sig åt en syssla mer än en åttondel av normal heltid utan att sysslan förlorar karaktären av fritidsaktivitet. Vid bedömningen av om en syssla ska bedömas som en fritidsaktivitet eller som något som kan jämföras med arbetsförmåga/arbete, behöver vilken insats som krävs av den försäkrade för att genomföra sysslan beaktas. Omfattningen är bara en del av bedömningen och en sammanvägd bedömning får göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Först när sysslan bedöms vara jämförbar med ett arbete kan den anses visa på en arbetsförmåga och först då aktualiseras ett resonemang om åttondelen. Denna tolkning innebär att en försäkrad kan utöva fritidsintressen även om omfattningen överstiger en åttondel, så länge fritidsintresset inte är att jämföras med förvärvsarbete. Möjligheten för en försäkrad med partiell ersättning att utöva fritidsintressen som är att jämföras med förvärvsarbete är emellertid mycket begränsad (jfr RÅ 2006 ref. 17).

Uppföljning av beslut om sjukersättning respektive aktivitetsersättning

Beslut om sjukersättning som har fattats enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 är icke tidsbegränsade, men besluten ska följas upp vart tredje år.¹⁴ Beslut om aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsade och kan maximalt beviljas för tre år i taget.¹⁵ Rätten till aktuell förmån ska vidare omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning och väsentligt förbättrad arbetsförmåga vid aktivitetsersättning, även om personen inte arbetar.¹⁶ Den som beviljats ersättning är vidare skyldig att anmäla ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken på ersättningen.¹⁷ Det kan gälla förvärvsarbete eller att arbetsförmågan är förbättrad även utan att man arbetar.¹⁸ Den som avser att påbörja ett förvärvs-

¹⁴ 33 kap. 17 § SFB. När den försäkrade fyllt 60 år behöver dessa uppföljningar enligt bestämmelsens andra stycke inte längre göras.

¹⁵ 33 kap. 4 och 19 §§ SFB.

¹⁶ 36 kap. 19 och 22 §§. De som beviljats ersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 omfattas inte av omprövningsbestämmelserna i 19–21 §§, 37 kap. 2 § SFB.

¹⁷ 110 kap. 46 § SFB.

¹⁸ 110 kap. 51 § SFB. Anmälningsskyldigheten gäller även när den försäkrade fortsätter att förvärvsarbete efter att en beviljad period med vilande ersättning har löpt ut, prop. 1999/2000:4, s. 31.

arbete ska anmäla detta till Försäkringskassan innan arbetet påbörjas. Det kan till exempel handla om ett politiskt uppdrag med arvode.¹⁹

För försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 ska Försäkringskassa alltså generellt följa upp den försäkrades arbetsförmåga minst vart tredje år. Syftet med uppföljningen är i första hand att följa upp den försäkrades arbetsförmåga, men också att stödja den som har förutsättningar att få, få tillbaka eller öka sin arbetsförmåga. Vid en uppföljning ska Försäkringskassan kontrollera om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i samma omfattning som när ersättningen beviljades, eller om den har förbättrats och om det finns förutsättningar för rehabilitering. Bestämmelserna om uppföljning ändrades den 1 februari 2017. Enligt nuvarande regelverk ska Försäkringskassan i större utsträckning behövsanpassa uppföljningen och myndigheten har även större utrymme att själv välja hur uppföljningen ska utformas i det enskilda ärendet. Därför har bl.a. lagkravet ändrats till uppföljning i stället för utredning. Försäkringskassan anger att det faktum att uppföljningen kan anpassas efter hur behovet ser ut kan detta bidra till att inte skapa onödigt oro hos den enskilde.

En försäkrad som har sjukersättning, som efter omprövning minskas eller upphör på grund av att arbetsförmågan anses vara förbättrad utan att personen arbetar, har rätt att få fortsatt utbetalning av sjukersättningen. Ersättningen ska betalas ut fram tills dess att den försäkrade fått ett arbete som motsvarar den förbättring som uppkommit, men allra längst i sex månader.

Rättspraxis om hemarbete, uppdrag m.m.

Den rättspraxis som finns från Högsta förvaltningsdomstolen gällande hemarbete utgörs av domar som meddelats före lagändringen den 1 juli 2008. De överväganden som presenteras i nedanstående avgöranden kan ändå ge viss ledning, även om rättsfallen bör tolkas

¹⁹ Detta gäller även arbete inom den så kallade åttondelen. Bakgrunden är att möjligheten för försäkrade att arbeta inom åttondelen har lyfts fram som en försvärande faktor i Försäkringskassans arbete att minska felaktiga betalningar. Skyldigheten att anmäla gäller inte heller bara innan arbetet påbörjas, utan även innan förvärsarbete utökas eller fortsätter efter en period med vilande ersättning. Se 110 kap. 51 § SFB och prop. 2007/08:124, s. 98–99.

med försiktighet vid bedömning av arbetsförmågan i förhållande till nu gällande regler.²⁰

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1997 ref. 3
– om förmåga att utföra hushållsarbete när den försäkrade tidigare
förvärvsarbetat på heltid (hemarbete)*

Den försäkrade var småbarnsförälder och hade arbetat heltid utanför hemmet. Högsta förvaltningsdomstolen, som anslöt sig till kammarrättens bedömning, konstaterade att arbetsförmågan skulle kunna anses helt nedsatt för en försäkrad som tidigare förvärvsarbetat på heltid, även om han eller hon utför och redan under tiden i förvärvsarbete utfört visst hushållsarbete och omvårdnad av sina barn. I ett sådant fall bör därför inte värdet av hushållsarbetet i hemmet likställas med inkomst av arbete och medföra att den försäkrade inte skulle kunna beviljas hel förmån. Bedömningen blir annorlunda om den försäkrade förvärvsarbetat endast på deltid.

Med beaktande av att den försäkrade sedan flera år hade förvärvsarbetat mestadels på heltid ansåg kammarrätten att hon, oavsett om hon kunnat utföra visst hushållsarbete i sitt hem, inte haft någon beaktansvärd förvärvsförmåga vid bedömningen av rätten till ersättning. Hon bedömdes därför på grund av sjukdom för avsevärd tid haft sin arbetsförmåga helt nedsatt och hade därför rätt till hel ersättning under i målet aktuell tid.

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2001 ref. 52 I
– om arbetsinsatser i hemmet med fosterhemsplacerat barn
(hemarbete)*

Den försäkrade hade fått ett barnbarn fosterhemsplacerat hos sig och sin make. I samband med det gick den försäkrade ner i arbetstid. Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att det av utredningen inte framgick annat än att det trettonåriga barnbarnet varit friskt och välanpassat samt därmed inte ansetts krävt några särskilda vårdinsatser. Med hänsyn till detta och till den enskildes uppgifter att hon haft hjälp i hushållet av sin make och barnbarnet kunde den enskildes ar-

²⁰ Jfr Försäkringskassans Vägledning 2013:1 Version 6 s. 33 och Vägledning 2013:2 Version 9, s. 67–68.

betsinsatser i hushållet inte ansetts ha varit av den omfattningen att de bör jämföras med förvärvsarbete eller ansetts visa att hon har haft en ytterligare arbetsförmåga som skulle ha kunnat nyttjas till förvärvsarbete. Att den enskilde fått ersättning för vården av barnbarnet medförde inte någon annan bedömning.

Vidare framhöll domstolen att den enskilde hade arbetat 80 procent av heltid och sedan, efter sjukskrivning, 40 procent av heltid, vilket enligt läkare var hennes maximala arbetsförmåga. Det saknades därför anledning att beakta det arvode som betalats för vården av barnbarnet. Den enskildes arbetsförmåga fick därför anses ha varit nedsatt med minst hälften.

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2001 ref. 52 II
– om vård av maka i hemmet och anhörigbidrag (hemarbete)*

Den försäkrade hade arbetat heltid som lärare och drabbats av hjärtinfarkt. Han återgick i arbete på halvtid men fick ökade såväl psykiska som fysiska besvär och sjukskrevs till tre fjärdedelar. Under resterande tid arbetade han med anpassade uppgifter. Han sjukskrevs sedan helt. Han hade sedan flera år vårdat sin sjuka fru i hemmet. Hustrun fick anhörigbidrag om 3 328 kronor i månaden och anlät inte någon utomstående hjälp utan maken skötte omvårdnaden av henne.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att den vård som den enskilde gett sin hustru inte kunde anses vara av den omfattningen att den bör jämföras med förvärvsarbete. Att anhörigbidrag betalats till hustrun för att täcka kostnaderna för vården ändrade inte bedömningen. Den enskildes vårdinsats kunde inte heller ansetts visa att han haft en arbetsförmåga som skulle kunnat nyttjas till något förvärvsarbete, varför den enskilde beviljades hel förtidspension.

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2002 ref. 11
– om vårdinsatser för barn med funktionsnedsättning (hemarbete)*

Den försäkrade, som var ensamstående förälder, hade fått bidrag för vård av sitt funktionsnedsatta barn och frågan i målet var vilken betydelse detta förhållande skulle ha vid fastställandet av den enskildes arbetsförmåga. Högsta förvaltningsdomstolen hänvisade till RÅ 2001 ref. 52 och uttalade att det faktum att en person beviljats bidrag för

vård av barn eller annan anhörig inte omedelbart kan läggas till grund för en bedömning av arbetsförmågan:

Det avgörande är inte det faktum att bidrag utgått utan de arbetsinsatser som motiverat bidraget. Om dessa inte haft sådan omfattning att de är att jämföra med förvärvsarbete eller visar att den försäkrade haft en arbetsförmåga, som skulle ha kunnat utnyttjas för förvärvsarbete, skall i sammanhanget bortses från att de ersatts genom bidrag.

I ett läkarutlåtande angavs bland annat att den enskilde hade hela ansvaret för barnet i hemmet och att detta innebar många tunga lyft och störd nattsömn genom att hon blev väckt varje timme.

Högsta förvaltningsdomstolen bedömde vidare att utredningen i det aktuella målet gav stöd för att vårdinsatserna var av sådan omfattning att de var att jämföra med förvärvsarbete. Den enskilde, som före sin sjukskrivning endast arbetat 75 procent av heltid, hade dessutom under den i målet aktuella perioden haft ett förvärvsarbete på halvtid. Vid sådant förhållande kunde hennes arbetsförmåga inte anses ha varit av sjukdom nedsatt med minst hälften.

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2006 ref. 17
– om uppdrag som mötessekreterare, vicevärd och instruktör
(uppdrag)*

Frågan i målet var om den enskildes arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan var nedsatt med minst en fjärdedel. Den enskilde arbetade deltid i en omfattning om 75 procent som förskollärare och tjänade 13 900 kronor per månad. Hon hade därutöver uppdrag på sin fritid som sekreterare vid möten ungefär en gång per månad och vicevärd i en bostadsrättsförening, vilket innebär att hon under 1–2 timmar per vecka gick igenom post, felanmälningar och beställde reparatörer. Styrelsearvodet uppgår till 10 900 kronor per år och hon fick 100 kronor per timme i arvode för att vara vicevärd. Hon tränade qigong mellan en halvtimme och en och en halv timme per dag och var även instruktör och höll i 1–3 veckoslutskurser per termin. Ibland höll hon föredrag. För dessa sysslor fick hon årligen sekreterararvode med 10 551 kronor samt arvode som vicevärd med 17 050 kronor och för kontakt med medlemmar med 12 000 kronor.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att lagändringen som gav möjlighet för de med hel förtidspension att arbeta i viss mindre omfattning utan att det påverkade rätten till ersättning endast gällde personer med hel förmån och att det visserligen inte kan anses utslutet att även personer med mer begränsad nedsättning av arbetsförmågan kan utföra vissa uppgifter på fritiden utan att rätten till förtidspension sätts i fråga, men att utrymmet för dessa personer att med bibehållen ersättning utföra sådana sysslor torde vara mycket begränsat. Domstolen framhöll även att den enskilde vid sidan av sin anställning fullgjort flera arvoderade uppdrag för en bostadsrättsförening och drivit eget företag. Domstolen ansåg att dessa insatser uppenbarligen varit av sådan omfattning att de måste påverka bedömningen av hennes arbetsförmåga. Vid den bedömningen fann domstolen att det stod klart att den enskildes arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt med minst en fjärdedel.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 17 juni 2008 i mål nr 496-07 – om passiv jordbruksverksamhet (uppdrag)

Den enskilde bedrev jordbruksverksamhet. Kammarrätten framhöll att vid bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan ska hänsyn tas till den arbetsinsats som en verksamhet av den aktuella omfattningen kräver, oavsett om verksamheten bedrivs aktivt eller passivt, eller om den går med vinst eller inte. Det ankom på den enskilde att visa att dennes arbetsinsats varit av så liten omfattning att hel sjukersättning kan beviljas. Även med beaktande av den hjälp den enskilde angett att hon fått ansåg domstolen vid en sammantagen bedömning att hon inte visat att hennes arbetsinsats i verksamheten varit av så liten omfattning att hennes arbetsförmåga var helt eller i det närmaste helt nedsatt.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 6 december 2017 i mål nr 3783-17 – om ordförandeskap i ideell förening (uppdrag)

Kammarrätten ansåg att den enskildes uppdrag som ordförande i en ideell förening var att jämställa med arbete som påverkar rätten till sjukersättning. Vad den enskilde anfört om föreningsfrihet och lika-

behandling av personer med funktionsnedsättning ledde inte till någon annan bedömning.

Kammarrätten i Stockholms dom den 26 september 2014 i mål nr 2009-2010-14 – om kennelverksamhet (fritid)

Den enskilde bedrev kennelverksamhet. Kammarrätten, som delade förvaltningsrättens bedömning, fann att utredningen visade att den enskildes engagemang med uppfödning av hundar, försäljning, administration och kursverksamhet i flera avseenden måste jämföras med ett normalt förekommande förvärvsarbete. Utredningen bedömdes dock inte styrka att den enskilde hade förmåga att arbeta mer än en fjärdedel av heltid i ett normalt förekommande förvärvsarbete. Kammarrätten fäste särskild vikt vid att det ”måste vara tillåtet att i någon utsträckning få ägna sig åt hundar som fritidsintresse samtidigt som man uppbär sjukersättning”.

Kammarrätten i Sundsvalls dom den 18 november 2020 i mål nr 2420-2421-19 – om föreningsaktiviteter (uppdrag)

Kammarrätten bedömde att det medicinska underlaget gav stöd för att den enskilde hade en arbetsförmåga som är stadigvarande nedsatt med 50 procent. Frågan var om hans bisysslor, främst i form av styrelseuppdrag i en bostadsrättsförening och njurförening, medförde skäl att bedöma arbetsförmågan på annat sätt. Kammarrätten framhöll att den enskildes arbetsgivare berättat att den enskilde tog tjänstledigt för sina möten med föreningarna när semesterdagarna var slut. Kammarrätten fann inte anledning att ifrågasätta att den tjänstledighet om 18 timmar och 30 minuter som den enskilde tagit ut från sitt arbete under 2017 hade ägnats åt aktiviteter i föreningarna. Vid sådana förhållanden ska denna tid enligt kammarrätten inte beaktas vid prövningen av omfattningen av arbetsförmågan. Av de ca 35–40 timmar per år som den enskilde ägnar åt föreningsaktiviteter återstår således en begränsad tidsomfattning som understiger två timmar per månad. Enligt kammarrättens mening innebär varken uppdragens art eller omfattning att den försäkrade kan anses ha haft någon ytterligare arbetsförmåga utöver den om 50 procent som han redan har använt i sitt vanliga arbete. Mot denna bakgrund fann kam-

marrätten att den enskilda uppfyller förutsättningarna för halv sjukersättning.

14.2.2 Arbete inom den så kallade åttondelen

För rätt till hel sjukersättning och hel aktivitetsersättning krävs att individens arbetsförmåga är helt eller i det närmaste helt nedsatt.²¹ Formuleringen ”i det närmaste helt nedsatt” avser att den enskilde ska ha en nedsättning motsvarande den teoretiska graden ”sju åttondelar”.²² I Riksförsäkringsverkets allmänna råd om sjukersättning och aktivitetsersättning anges att vid bedömningen om den försäkrade trots viss begränsad arbetsförmåga är berättigad till *hel* förmån bör följande beaktas:

För bedömning av arbetstiden bör utgångspunkten vara ett heltidsarbete i den sysselsättning, det uppdrag eller det förvärvsarbete den försäkrade kan utföra. Arbetstiden bör inte överstiga en åttondel av ett sådant heltidsarbete. Arbetsinkomst som inte överstiger en åttondel av den normala inkomsten på heltid i den sysselsättning, det uppdrag eller det förvärvsarbete den försäkrade kan utföra bör inte påverka rätten till hel förmån.²³

För att en försäkrad ska kunna få hel ersättning krävs därmed att denne har en arbetsförmåga som maximalt får uppgå till motsvarande en åttondel av den förmåga som kan anses behövas för en normal heltidstjänst. I förarbetena angavs som skäl till denna regeländring att det vid bedömning av nedsättning av arbetsförmågan kan vara mycket svårt att avgöra huruvida nedsättningen är exakt 100 procent eller om det kvarstår någon *mindre* arbetsförmåga. Dessutom angavs att även om det i vissa ärenden anses möjligt att fastställa att en individ endast har återstående arbetsförmåga i mycket liten omfattning, måste det också beaktas vilka de reella möjligheterna är att utföra förvärvsarbete med användande av en sådan marginell restarbetsförmåga.

I den utsträckning en enskild med hel ersättning har en viss återstående arbetsförmåga finns det möjlighet för denne att använda arbetsförmågan i till exempel ideellt eller politiskt arbete, utan att

²¹ 33 kap. 9 § SFB.

²² Prop. 1997/98:111, s. 69.

²³ RAR 2002:17 till 33 kap. 9 § SFB.

rätten till ersättning påverkas.²⁴ Den som beviljats hel ersättning har alltså ett visst utrymme att under tiden med ersättning ha bisysslor, uppdrag eller ägna sig åt annat som kan jämföras med förvärvsarbete. Den som vill använda utrymmet och arbeta inom ramen för den så kallade åttondelen ska anmäla ett sådant arbete innan det påbörjas, utökas eller fortsätter efter tid då ersättningen varit vilande.²⁵

Försäkrade som har beviljats ersättning på annan nivå än hel förmån har ingen motsvarighet till ”åttondelen”, oavsett vilken typ av arbetsinsats det rör sig om. Den enskilde har därför inte möjlighet att nyttja en arbetsförmåga utöver tre fjärdedelar, hälften respektive en fjärdedel, utan att detta kan påverka rätten till ersättning på aktuell nivå.

Rättspraxis om ”åttondelen”

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2010 ref. 83 II
– om ökad redovisad inkomst av näringsverksamhet*

Den enskilde hade varit sjukskriven en tid och beviljats hel tidsbegränsad sjukersättning. Försäkringskassan avlog hans ansökan om fortsatt sjukersättning med motiveringen att hans förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete inte bedömdes vara nedsatt med minst en fjärdedel av medicinska skäl, mot bakgrund av att hans årsinkomster stigit.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att den enskilde fick anses uppfylla de medicinska förutsättningarna för hel sjukersättning. Vidare bedömde domstolen att det också fick anses stå klart att det arbete han lade ner i näringsverksamheten vid den aktuella tiden i vart fall inte uppgick till en åttondel av ett heltidsarbete. Mot den bakgrunden anförde domstolen att det förhållandet att den redovisade inkomsten av näringsverksamheten ökat och var relativt hög inte påverkade bedömningen att hans arbetsförmåga skulle anses helt eller i det närmast helt nedsatt. Eftersom något annat skäl att neka den enskilde den sökta ersättningen inte hade kommit fram beviljades han hel sjukersättning.

²⁴ Prop. 1997/98:111, s. 69.

²⁵ 33 kap. 9 § SFB och prop. 2007/08:124, s. 98.

14.2.3 Vilande ersättning

Enligt tidigare regelverk kunde personer som haft sjukersättning eller aktivitetsersättning i minst ett år få fortsatt utbetalning av sin ersättning i tre månader samtidigt som han eller hon provade att arbeta. Om den försäkrade fortsatte att arbeta efter de tre månaderna kunde han eller hon få vilande ersättning. Många försäkrade nyttjade möjligheten med denna så kallade provotid och bibehållen utbetalning av ersättningen. Däremot var det inte många som fortsatte att arbeta med vilande ersättning. Den 1 januari 2009 ersattes därför möjligheten att få aktivitets- eller sjukersättningen utbetald under tre månader under provotiden av en mer långsiktig ekonomisk stimulans. Regeländringen innebar att en försäkrad i stället kunde arbeta med vilande ersättning och under 12 månader få utbetalning av ett belopp som motsvarade 25 procent av den vilande ersättningen. Dessa regler har därefter ändrats ytterligare, i syfte att i än högre grad förstärka den långsiktiga ekonomiska stimulansen. Numera kan försäkrade som arbetar med vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning få utbetalning av det 25-procentiga beloppet i 24 månader när ersättningen är vilande.

Regler om vilande ersättning för arbete infördes år 2000 i det dåvarande systemet med förtidspension och införlivades år 2003 i systemet med sjuk- och aktivitetsersättning. Systemet med vilande ersättning för studier eller förvärvsarbete är i stora delar uppbyggt på samma sätt, och har i stort samma syfte, oavsett om det rör sjukersättning eller aktivitetsersättning.²⁶ Syftet med möjligheten att ansöka om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning är att stimulera den enskilde till att pröva sin arbetsförmåga eller studera.²⁷

Att ersättningen görs vilande innebär att det ursprungliga beslutet om rätten till ersättning gäller, men att ersättningen inte betalas ut för den tid och omfattning som vilandeförklaringen gäller.²⁸ Under denna tid, som längst till utgången av den tjugofjärde månaden från och med den första månad som beslutet omfattar, kan den enskilde pröva att förvärvsarbete eller studera.²⁹ Enligt förarbetena innebär

²⁶ Reglerna om vilande ersättning omfattar dock inte personer som har sjukersättning enligt reglerna som gällde före den 1 juli 2008. Dessa personer omfattas i stället av reglerna i 37 kap. SFB.

²⁷ Prop. 1999/2000:4, s. 21 och Prop. 2005/06:159, s. 21.

²⁸ 36 kap. 11 § SFB.

²⁹ 36 kap. 14–15 §§ SFB. Tidstaket på 24 månader gäller oavsett om ersättning ges med en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel ersättning samt oavsett om det rör enbart arbete, enbart

systemet att den försäkrade får möjlighet att med ekonomisk trygghet och stor flexibilitet pröva att arbeta i den utsträckning som denne vill utan att rätten till sjukersättning påverkas. Den försäkrade kan avbryta försöket, begära att vilandeförklaringen upphör och utan särskild prövning få ersättningen utbetald igen. Syftet är att den försäkrade ska kunna pröva om förvärvsarbete är möjligt, vilket arbete som skulle vara lämpligt och i vilken omfattning det medicinska tillståndet tillåter arbete.³⁰

Ersättningen kan förklaras vilande endast när den enskilde förvärvsarbetar eller studerar med nyttjande av en arbetsförmåga som denne antogs sakna när beslutet om ersättningen fattades samt om den enskilde under minst tolv månader omedelbart dessförinnan har fått aktuell ersättning.³¹ Vilandeförklaring får avse ersättning på en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel nivå.³²

Det är möjligt att ha ersättningen vilande i flera perioder som tillsammans uppgår till maximalt 24 månader, räknat från och med den första vilandemånaden. För att en helt ny 24-månadersperiod med vilande ersättning ska kunna påbörjas ska den försäkrade ha fått sin ersättning utbetald i minst tolv månader sedan den tidigare perioden med vilande ersättning avslutades.³³

Den försäkrade ska ansöka om vilande ersättning innan arbetet eller studierna påbörjas.³⁴ Vid studier ska den försäkrade ansöka om vilande ersättning senast inom en vecka från det att han eller hon fått besked om antagning till utbildningen, om sådant besked lämnats först efter det att den har startat.

Om den enskilde efter 24 månader med vilande ersättning fortsätter att arbeta eller studera som tidigare eller förändrar sin arbetsinsats ska den fortsatta rätten till ersättning omprövas.³⁵

Ett beslut om vilandeförklaring ska upphävas om den försäkrade begär det.³⁶ En begäran om att ett beslut om vilandeförklaring ska

studier eller en kombination av de båda. Om den enskilde under en period om tolv månader före den första månad som vilandeförklaringen avser har fått aktivitetsersättning under provotid, får ett beslut om vilandeförklaring tillsammans med provotidsbeslutet uppgå till högst 24 månader.

³⁰ Prop. 1999/2000:4 s. 25 och Prop. 2002/03:89, s. 49.

³¹ 36 kap. 10 § SFB och Prop. 2005/06:159, s. 33.

³² 36 kap. 12 § SFB. Prop. 1999/2000:4, s. 25.

³³ Prop. 1999/2000:4, s. 55.

³⁴ 3 a § Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 2002:36) om sjukersättning och aktivitetsersättning.

³⁵ Prop. 1999/2000:4, s. 27, 34–35.

³⁶ 36 kap. 16 § SFB.

upphävas innebär att den försäkrade ska få tillbaka ersättningen på samma beräkningsunderlag som fastställdes i det ursprungliga beslutet.³⁷

Den försäkrade ska anmäla till Försäkringskassan om han eller hon avser börja arbeta eller utöka sin arbetsinsats. Anmälningsskyldigheten gäller också för den som tänker fortsätta att arbeta eller utöka sin arbetsinsats sedan ett beslut om vilande ersättning har upphört. Anmälan om förvärvsarbete ska göras innan detta påbörjas, utökas eller fortsätter efter en period med vilande ersättning. Den som inte fullgör anmälningsskyldigheten kan dels få återkrav av ersättningen för den tid som förvärvsarbete har utförts, dels få rätten till ersättning minskad eller indragen.³⁸

Rätten till ersättning ska omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning eller väsentligt förbättrad arbetsförmåga vid aktivitetsersättning.³⁹ Ersättning som förklarats vilande får dock inte ändras med anledning av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet om vilandeförklaring uppvisar en förbättrad arbetsförmåga genom förvärvsarbete eller studier.⁴⁰ Den arbetsförmåga som uppvisats under vilandeperioden får alltså inte ligga till grund för omprövning.

Arbetsförmåga som uppvisats under tid med vilande aktivitetsersättning kan dock beaktas t.ex. vid en ansökan om *sjukersättning* eller vid ansökan om en ny period med aktivitetsersättning. Skyddet mot omprövning gäller endast den del av förmånen som har omfattats av ett beslut om vilandeförklaring. En försäkrad som har fått förmånen vilandeförklarad till hälften men arbetar heltid kan alltså få halva ersättningen minskad eller indragen.⁴¹

Den totala summan en individ får från sjukförsäkringen kan vara beräknad på en kombination av olika förmåner, exempelvis aktivitetsersättning och bostadstillägg. Att sjuk- eller aktivitetsersättning kombineras med andra inkomster såsom lön, kan påverka ersättningsnivån för andra beviljade förmåner. När sjuk- eller aktivitetsersättningen förklaras vilande ska exempelvis med ersättningen samordnad arbetsskadelivränta också förklaras vilande.⁴² Möjligheten att

³⁷ Prop. 1999/2000:4 s. 30. Den försäkrade behöver inte ge in ett medicinskt utlåtande för att beslutet om vilandeförklaring ska upphävas och den enskilde ska få tillbaka ersättningen.

³⁸ 36 kap. 9 § samt 110 kap. 51–52 §§ SFB och Prop. 1999/2000:4, s. 55.

³⁹ 36 kap. 19 och 22 §§.

⁴⁰ 36 kap. 21 och 23 §§ SFB.

⁴¹ Prop. 1999/2000:4, s. 53.

⁴² 41 kap. 19 § SFB.

få bostadstillägg kvarstår under hela vilandeperioden.⁴³ Tilläggsersättningar som exempelvis bostadstillägg kan dock påverkas vid förändringar av bidragsgrundande inkomst. Vid beräkningen av sådana ersättningar är det olika reduceringsbelopp beroende på inkomst.

Vilande ersättning vid arbete

En försäkrad som arbetar under tid med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning får varje månad ett belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som har förklarats vilande.⁴⁴ Beloppet får betalas ut under en och samma vilandeperiod i högst 24 månader. Beloppet är skattefritt och är inte pensionsgrundande.⁴⁵ Den enskilde behöver inte ansöka om att få beloppet, utan det betalas ut när denne uppfyller villkoren för att ha rätt till månadsbeloppet. Utbetalningen syftar till att öka drivkrafterna att fortsätta att arbeta och därigenom underlättas en återgång till arbete.⁴⁶

När det bedöms hur stor del av ersättningen som ska förklaras vilande ska omfattningen av det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra beaktas.⁴⁷ Ersättningen förklaras vilande till samma nivå som man arbetar. Utgångspunkten vara den omfattning den försäkrade avser att arbeta. Eftersom Försäkringskassan inte på eget initiativ, mot den försäkrades vilja, kan fatta beslut om vilandeförklaring gäller detta också med vilken andel vilandeförklaring ska ske.⁴⁸ Hur stor del av ersättningen som ska förklaras vilande ska bedömas utifrån den försäkrades arbetsförmåga i det arbete som finns tillgängligt för denne och som faktiskt utförs.⁴⁹ För den som har hel förmån ska hänsyn först tas till om arbetet ryms inom den så kallade åttondelen.⁵⁰

Det är den försäkrades ansvar att lämna uppgift om arbetets omfattning, inkomst med mera så att graden av vilande ersättning kan fastställas. Om den försäkrade arbetar mer än han eller hon har upp-

⁴³ 101 kap. 4 § SFB och Prop. 2002/03:89, s. 49.

⁴⁴ 36 kap. 18 § SFB.

⁴⁵ Prop. 2007/08:124, s. 92 och 11 kap. 30 § tredje stycket inkomstskattelagen.

⁴⁶ Prop. 2007/08:124, s. 92.

⁴⁷ 36 kap. 12 § SFB och Prop. 1999/2000:4, s. 25.

⁴⁸ Prop. 1999/2000:4, s. 55.

⁴⁹ Prop. 1999/2000:4, s. 28.

⁵⁰ Prop. 1999/2000:4, s. 29.

gett ska reglerna i 36 kap. SFB om omprövning av rätten till ersättning tillämpas.⁵¹

Vilande ersättning vid studier

Sjukersättning ska vilandeförklaras när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en förmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.⁵² Vilandeförklaring för studier rör i allmänhet studier på lägst gymnasienivå, men även studier på grundläggande nivåer kan ingå.⁵³

I stort gäller samma ordning för att studera med vilande ersättning som för att förvärsa-beta med vilande ersättning, med två undantag: vilandeförklaringen vid studier sker alltid av hela ersättningen den enskilde är beviljad och det sker inte någon utbetalning av månadsbeloppet motsvarande 25 procent av ersättningen som är vilande.⁵⁴

När den försäkrade avslutar vilandeperioden har han eller hon rätt att utan särskild prövning få tillbaka ersättningen.

För att finansiera sitt uppehälle under studietiden hänvisas individen till möjligheten att söka studiemedel. Hur mycket studiemedel som betalas ut beror bland annat på individens studietakt. En person med en funktionsnedsättning som försvårar studierna kan efter individuell prövning ges studiemedel för en högre studietakt än vad personen faktiskt studerar.

Särskilt om vilande aktivitetsersättning

För att öka de ekonomiska incitamenten och tryggheten för försäkrade som har aktivitetsersättning att vilja och våga pröva på att arbeta eller att studera finns särskilda regler om förlängning och utbetalning av förmånen efter att den varit vilande.⁵⁵ Beslut om vilandeförklaring får avse en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning.⁵⁶ Denna möjlighet infördes mot bakgrund av att den tidigare konstruktionen innebar att den

⁵¹ Prop. 1999/2000:4, s. 29.

⁵² Prop. 2005/06:159, s. 33.

⁵³ Prop. 2005/06:159, s. 22.

⁵⁴ Prop. 2005/06:159, s. 21 och Prop. 2012/13:1 utg.omr. 10, s. 49.

⁵⁵ Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 47.

⁵⁶ 36 kap. 15 § tredje stycket SFB.

trygghet som erbjuds i form av att pröva att arbeta med bibehållen rätt till ersättning blev allt för kortvarig.⁵⁷ Om beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete. Vid studier ska alltid aktivitetsersättningen förlängas i sin helhet.⁵⁸

När den enskilde inte längre studerar så har denne rätt att under den beslutade vilandeperioden få tillbaka ersättningen till den ursprungliga omfattningen utan särskild prövning. Vid vilande aktivitetsersättning som sträcker sig utanför beslutet om aktivitetsersättning kan den enskilde få aktivitetsersättning efter vilandeperiod i tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Detsamma gäller även för försäkrade som vid vilandeperiodens slut har mindre än tre månader kvar av aktivitetsersättning enligt ursprungsbeslutet. Den sammanlagda tiden med vilande ersättning och aktivitetsersättning efter vilandeperiod får inte överstiga 24 månader.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättningen lämnas utan någon ny prövning av i vilken utsträckning arbetsförmågan är nedsatt.⁵⁹ Ersättningen ska inte lämnas till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar. Ersättning ska inte heller lämnas till en försäkrad som studerar. En försäkrad som exempelvis arbetar 55 procent av heltid kan alltså inte få mer än en fjärdedels aktivitetsersättning (jfr 33 kap. 9 §).⁶⁰

Möjligheten att försäkrade ska kunna få tillbaka sin ersättning under tre månader om arbetsförsöket avbryts har sin bakgrund i att

⁵⁷ Promemorior Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera (S 2012/4640/SF), s. 24 och Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 47.

⁵⁸ 36 kap. 15 b § SFB.

⁵⁹ 36 kap. 18 a § SFB. Se dock även begränsningarna i 18 a–d §§ samt Försäkringskassans Vägledning 2013:3 Version 5 s. 116.

⁶⁰ Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 50.

försäkrade kan få tillbaka sin aktivitetsersättning utan särskild prövning om han eller hon vill avsluta försöket med vilande ersättning. Det ansågs relevant att det finns en trygghet även för personer som arbetar eller studerar med vilande ersättning för tid som är efter att ursprungsbeslutet har upphört, att kunna få tillbaka sin ersättning efter vilandeperioden eller efter ett avslutat försök med vilande ersättning.⁶¹

En försäkrad som fått förlängd period med aktivitetsersättning på grund av att han eller hon haft vilande ersättning får i stället aktivitetsersättning under tre månader.⁶²

Som exempel kan nämnas en försäkrad som är beviljad aktivitetsersättning från och med januari 2018 till och med december 2020. I juli 2020 ansöker den försäkrade om att få sin aktivitetsersättning vilande från och med augusti 2020 till och med juli 2021. Aktivitetsersättningen förlängs till och med juli 2021, alltså till samma tid som den är vilande. I februari 2021 vill den försäkrade upphäva beslutet om vilande eftersom han har slutat arbeta. Beslutet om att förlänga aktivitetsersättningen till och med juli 2021 ersätts därför med ett beslut om att den försäkrade har rätt till aktivitetsersättning under tre månader. Om grundbeslutet om aktivitetsersättning i stället varit under perioden januari 2019 – december 2021 hade den försäkrade dock återfått sin aktivitetsersättning i februari 2021 och den hade då löpt på till och med december 2021.

Rättspraxis om vilande ersättning

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2010 ref. 39
– vilken betydelse har tidigare besluts tidsomfattning?*

Den enskilde hade beviljats hel aktivitetsersättning i flera perioder. De senaste besluten avsåg ersättning för ett år i taget. Frågan i målet var om en enskild kan få tillstånd att pröva att arbeta med bibehållen aktivitetsersättning om han eller hon har fått flera beslut om aktivitetsersättning vilka tillsammans omfattar mer än ett år men där varje enskilt beslut inte omfattar mer än tolv månader.

⁶¹ Promemorian Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera (S 2012/4640/SF), s. 25 och Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 10, s. 48.

⁶² 36 kap. 18 b § SFB.

Högsta förvaltningsdomstolen, som gjorde samma bedömning som kammarrätten, bedömde att det lagstadgade kravet på att den försäkrade, före arbetsförsöket, ska ha omedelbart dessförinnan fått sjukersättning eller aktivitetsersättning under minst tolv månader måste anses vara uppfyllt om den försäkrade har haft ersättning under mer än tolv månader utan något uppehåll. Att besluten om ersättning begränsats till tolv månader saknar enligt domstolen betydelse om det inte funnits något uppehåll i den tid som de olika besluten tillsammans omfattar. Den enskilde hade haft hel aktivitetsersättning i flera år. De två senaste besluten avsåg ersättning för ett år i taget. Vid den tid då det planerade arbetsförsöket skulle påbörjas hade den enskilde alltså haft sådan ersättning under mer än tolv månader utan uppehåll. HFD ansåg därför att den enskilde borde ha tillåtits att pröva att arbeta under högst tre månader med bibehållen hel aktivitetsersättning.

14.2.4 Steglös avräkning för sjukersättning

De som har beviljats sjukersättning kan delas in i två grupper. För dessa båda grupper gäller olika regler för arbete och studier under tiden man har ersättning. Den ena gruppen består av de som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008. Den andra gruppen utgörs av dem som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008.

De som beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 har sedan 1 januari 2009 möjlighet att förvärvsarbeta enligt reglerna om så kallad steglös avräkning.⁶³ Enligt förarbetena infördes dessa särskilda regler mot bakgrund av få av individerna i denna grupp återgår till arbete trots att det kan förutsättas att det finns personer inom gruppen som har en kvarvarande arbetsförmåga.

⁶³ Reglerna infördes i 16 a kap. i den numer upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring och fördes år 2011 över till 37 kap. SFB, Prop. 2007/08:124, Prop. 2008/09:22, bet. 2008/09:SfU4; Rskr. 2008/09:23. Innan 2009 kunde denna grupp prova på att förvärvsarbeta utan att deras rätt till sjukersättning påverkades i enlighet med reglerna om vilande sjukersättning. Den som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 men som inte längre omfattas av bestämmelserna i 37 kap. SFB, exempelvis om denne efter den 1 juli 2008 fått högre grad av sjukersättning, omfattas därefter i stället av bestämmelserna om vilande ersättning och övriga bestämmelser i 36 kap. SFB. En försäkrad som ansökt om steglös avräkning för att fortsätta med ett arbete som utfördes inom åttondelen innan 2009 behöver inte ansöka om steglös avräkning varje år, om Försäkringskassan bedömt att det är samma arbete i samma omfattning som tidigare och det inte sker någon förändring av arbetets omfattning och innehåll, se Försäkringskassans Vägledning 2013:3, version 5, s. 190 f.

Detta bedömdes bero på att de som vill pröva att arbeta riskerar sin framtida försörjningstrygghet. Möjligheterna att pröva arbetsförmågan med vilande ersättning bedömdes kunna uppfattas som osäkra. Det bedömdes även som sannolikt att dessa personer avstår från att tillvarata eventuella förbättringar av arbetsförmågan eftersom sjukersättningen endast beviljas som antingen hel förmån eller med 25, 50 eller 75 procent, vilket innebär att personer som upplever en viss förbättring av arbetsförmågan möts av marginaleffekter som kan överstiga 100 procent. Regeringen ansåg därför att det behövdes ökad trygghet och flexiblare regler för att fler personer med sjukersättning skulle kunna och våga återgå till arbetsmarknaden helt eller delvis. Tanken var att reglerna skulle innebära att personer som beviljats sjukersättning tills vidare före den 1 juli 2008 kan återgå i arbete utan att ersättningen blir föremål för omprövning. Dessa särskilda regler omfattade vid tidpunkten för införandet ca 420 000 personer.⁶⁴

Rätten till sjukersättning och storleken på utbetalning av ersättningen påverkas inte om den försäkrade studerar eller ägnar sig åt ideellt arbete, så länge det inte ger inkomster. Om den försäkrade ägnar sig åt sådana arbetsuppgifter där det i normalfallet kan förväntas att arbetsprestationen avlönas, men det inte finns någon redovisad inkomst ska den försäkrade vanligtvis inte längre omfattas av 37 kap. SFB.⁶⁵

Förvärsarbete med steglös avräkning av sjukersättningen

Genom steglös avräkning har personer som beviljats sjukersättning rätt att arbeta utan att deras rätt till ersättning påverkas. Systemet innebär att Försäkringskassan får besluta att den enskildes sjukersättning ska omräknas när denne förvärsarbetar med nyttjande av en arbetsförmåga som denne antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.⁶⁶

Syftet med reglerna är att uppmuntra personer med sjukersättning att försöka komma tillbaka i arbete genom att ge dessa möjlighet att pröva på att arbeta med inkomst utan att de förlorar sjukersättningen.⁶⁷ Tanken är att öka tryggheten och flexibiliteten för

⁶⁴ Prop. 2007/08:124, s. 48–50.

⁶⁵ Försäkringskassans Vägledning 2013:1 version 6, s. 96.

⁶⁶ 37 kap. 3 § SFB.

⁶⁷ Prop. 2007/08:124, s. 46.

den som vill använda en arbetsförmåga och att i möjligaste utsträckning hålla marginaleffekterna nere så att det ska löna sig för den enskilde att öka sitt arbetsutbud och även ta tillvara på små arbetsinsatser.⁶⁸

Regelverket innebär även att förvärvsinkomster upp till ett fribelopp inte påverkar den sjukersättning som betalas ut. Fribeloppet är

- 1 prisbasbelopp för personer med hel sjukersättning,
- 2,6 prisbasbelopp för personer med tre fjärdedels sjukersättning,
- 3,6 prisbasbelopp för personer med två tredjedels sjukersättning,
- 4,2 prisbasbelopp för personer med halv sjukersättning och
- 5,8 prisbasbelopp för personer med en fjärdedels sjukersättning.⁶⁹

Förenklat kan sägas att om inkomsterna överstiger fribeloppet minskar utbetalningen av sjukersättningen enligt en beräkningsmodell med steglös avräkning enligt följande: Arbetsinkomster som överstiger fribeloppet och upp t.o.m. åtta prisbasbelopp minskar sjukersättningen med 50 procent av denna s.k. reduceringsinkomst.⁷⁰ Sjukersättning betalas dock inte ut till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp. Om sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp ska därför en ytterligare reduktion göras av sjukersättningen. Det kan innebära att en försäkrad som har en hög inkomst får hela sin sjukersättning bortreducerad.

Utgångspunkten när reglerna konstruerades var att regelverket i möjligaste utsträckning ska bidra till att öka arbetsutbudet, vara så transparent och enkelt som möjligt och att administrationen av regelverket ska vara enkel.⁷¹ En viktig fråga var också att reglerna inte ska upplevdas innebära oskäligen villkor för olika försäkrade. Målet om att öka flexibiliteten och minska marginaleffekterna vid arbete behövde därför vägas mot allmänna rättvisesynpunkter, exempelvis att utbetalning av sjukersättning endast i undantagsfall bör kunna

⁶⁸ Prop. 2007/08:124, s. 45–46.

⁶⁹ 37 kap. 6 § SFB.

⁷⁰ 37 kap. 6 § SFB.

⁷¹ Prop. 2007/08:124.

kombineras med förvärvsinkomster för samma del den försäkrade får ersättning.

Den enskilde får ingen tillkommande marginaleffekt när inkomsten ökar i en mindre omfattning. Regelverket innebär också att ju högre sjukersättning en person har, desto högre reduceringsinkomst är möjligt att ha innan sjukersättningen är helt bortreducerad. Systemet bygger på samma principer som inkomstprövade förmåner såsom bostadsbidraget och bostadstillägget.⁷²

Den som vill förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning ska ansöka om detta hos Försäkringskassan.⁷³ Ansökan ska lämnas in innan förvärvsarbetet påbörjas. Eftersom reglerna om steglös avräkning avser hela kalenderår, ska ansökan göras varje år den försäkrade vill använda sig av regelverket.

När Försäkringskassan beviljar en ansökan om steglös avräkning fattas ett beslut om preliminär sjukersättning.⁷⁴ Den försäkrade ska anmäla förhållanden som innebär att den slutliga sjukersättningen avviker från det preliminärt utbetalda beloppet, så snart som möjligt och senast 14 dagar efter att denne fick kännedom om förändringen.⁷⁵ Den preliminära sjukersättningen ska omprövas om något som påverkar ersättningens storlek inträffar. Försäkringskassan får avstå från att besluta om ändring, om det som har inträffat endast i liten utsträckning påverkar ersättningen.⁷⁶ Flera beslut om preliminär sjukersättning kan alltså fattas under ett kalenderår.

Försäkringskassan ska fatta ett beslut om slutlig sjukersättning för varje kalenderår som beslut om preliminär sjukersättning har fattats.⁷⁷ Slutlig sjukersättning bestäms först när den försäkrades pensionsgrundande inkomst har fastställts.⁷⁸ Processen med först preliminär och sedan slutlig sjukersättning motiveras av att det är den försäkrades inkomstuppgifter enligt ansökan som ligger till grund för beslutet om steglös avräkning. Den faktiska inkomsten för ett visst kalenderår blir dock inte fastställd förrän Skatteverket beslutat om den pensionsgrundande inkomsten för det aktuella inkomståret.⁷⁹

⁷² Prop. 2007/08:124.

⁷³ 37 kap. 3 § SFB.

⁷⁴ 37 kap. 10 § SFB.

⁷⁵ 110 kap. 46–47 §§ SFB och Prop. 2007/08:124, s. 78.

⁷⁶ 37 kap. 21 § SFB. Möjligheten att avstå från att besluta om ändring syftar till att det ska vara möjligt att undvika upprepade justeringar av den preliminära sjukersättningen med små belopp.

⁷⁷ 37 kap. 12 § SFB.

⁷⁸ 37 kap. 13 § SFB.

⁷⁹ Prop. 2007/08:124 s. 78.

Bestäms den slutliga ersättningen till ett högre belopp än summan som betalats ut preliminärt ska skillnaden betalas ut till den försäkrade och om den slutliga ersättningen bestäms till ett lägre belopp än summan som redan har betalats ut ska skillnaden betalas tillbaka av den försäkrade.⁸⁰

Om den försäkrade arbetar med steglös avräkning och inte längre vill ha kvar rätten till sjukersättning kan denne ansöka om att sjukersättningen ska dras in eller minskas.⁸¹

Den som har rätt till hel sjukersättning och arbetar med steglös avräkning har inte rätt till sjuklön eller sjukpenning. Personen ska anses kompenseras för sin grundläggande arbetsförmåga genom den sjukersättning som är beviljad.⁸² Därför kan sjukpenning inte betalas ut för samma tid och omfattning personen har rätt till sjukersättning. Den som har partiell sjukersättning har rätt till sjukpenning och sjuklön endast för den del av arbetstiden som denne inte har rätt till sjukersättning.⁸³

Rätten till bostadstillägg kvarstår under den tid som den försäkrade arbetar med steglös avräkning.⁸⁴ Storleken på bostadstillägget kan dock påverkas vid förändringar av den bidragsgrundande inkomsten.

En försäkrad som avser förvärvsarbeta kan innan arbetet påbörjas ansöka om att få arbeta enligt detta system.

Rättspraxis om steglös avräkning

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2015 ref. 10
– kan sjukersättning som betalats ut före ansökan om steglös avräkning återkrävas enligt reglerna om steglös avräkning?*

Högsta förvaltningsdomstolen berörde i ett avgörande 2015 möjligheten för Försäkringskassan att återkräva utbetald sjukersättning. Frågan i målet var om sjukersättning som betalats ut innan Försäkringskassan beslutat om tillämpning av reglerna om steglös avräkning ska behandlas som preliminär sjukersättning och därmed kunna bli föremål för återbetalning. Den enskilde hade ansökt om sjukersättning med steglös avräkning från och med december ett visst år.

⁸⁰ Är beloppet under 1 200 kronor ska det dock varken betalas ut eller betalas tillbaka.

⁸¹ 37 kap. 23 § SFB.

⁸² Prop. 2007/08:124, s. 67 och 69.

⁸³ Ds 2008:14, s. 114 ff.

⁸⁴ 101 kap. 4 § andra stycket SFB och Prop. 2007/08:124, s. 64–65.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att med preliminär sjukersättning avses i sammanhanget den sjukersättning som preliminärt ska betalas ut till den försäkrade vid sidan av förvärvsinkomsten från och med den månad då reglerna om steglös avräkning ska börja tillämpas. Sjukersättning som den försäkrade fått dessförinnan ingår därför inte i systemet med steglös avräkning. Sådan sjukersättning kan således inte heller återkrävas med stöd av bestämmelserna om steglös avräkning. Eftersom den sjukersättning som betalats ut för perioden januari t.o.m. november det aktuella året alltså inte utgjorde en preliminär utbetalning som kan återkrävas med stöd av reglerna om steglös avräkning i 37 kap. SFB fanns inte någon preliminär sjukersättning att återbetala.

14.2.5 Aktivitetsersättning – aktiviteter enligt SFB och provotid för studier

Personer med aktivitetsersättning har delvis andra möjligheter än personer med sjukersättning att arbeta, studera eller på annat sätt delta i samhällslivet. Även personer med aktivitetsersättning har möjlighet att arbeta inom den så kallade åttondelen eller ansöka om vilande ersättning under tid med arbete eller studier. De som har aktivitetsersättning har dessutom ett särskilt utrymme att delta i så kallade aktiviteter enligt SFB samt kan under sex månader få en provotid för studier med bibehållen utbetalning aktivitetsersättningen.

Aktiviteter enligt SFB

I samband med att en försäkrad beviljas aktivitetsersättning ska Försäkringskassan undersöka om han eller hon under tiden med ersättningen kan delta i sådana aktiviteter enligt SFB som kan antas ha en gynnsam inverkan på personens sjukdomstillstånd, fysiska eller psykiska prestationsförmåga.⁸⁵ Aktiviteterna ska alltså kunna antas ha en gynnsam inverkan på de förhållanden som medför att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Aktiviteterna har till syfte att förbättra förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan, vilket enligt förarbetena innebär en skillnad mot rehabilitering ”vars syfte är att

⁸⁵ 33 kap. 21 § SFB.

åstadkomma att den försäkrade skall kunna arbeta trots nedsatt arbetsförmåga”.⁸⁶

Rätten och möjligheten till att delta i aktiviteter enligt SFB har införts mot bakgrund av att aktivitet i sig ofta har en rehabiliterande verkan på sjukdomar eller i vart fall motverkar en försämring av den enskildes tillstånd. En tillvaro präglad av aktivitet är på många sätt av stor betydelse för personer som av medicinska skäl långvarigt bedöms ha nedsatt arbetsförmåga. För personer som i utgångsläget har mycket omfattande svårigheter i sin dagliga livsföring bör en viss aktivitet kunna betraktas som ett av kanske många steg i riktning mot ett självständigt och aktivt liv som i vissa fall kan på sikt innebära mer eller mindre omfattande kontakt med arbetslivet.⁸⁷

Exempel på aktiviteter enligt SFB

Den enskildes önskemål om aktiviteter ska tillgodoses så långt som möjligt, under förutsättning av att det kan antas ha en positiv inverkan på den enskildes nedsättning av prestationsförmågan. I förarbetena nämns kurser, dagverksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter och pry som exempel på möjliga aktiviteter.⁸⁸

Möjligheten att delta i aktiviteter enligt SFB innebär inte att allt som den försäkrade aktiverar sig i ska betraktas som sådana aktiviteter som beskrivs här. Om den försäkrade exempelvis deltar i förenings- eller idrottsaktiviteter utan planering och samordning av Försäkringskassan ska inte det engagemanget betraktas som aktiviteter enligt SFB.⁸⁹ Det är inte enbart typen av insats som avgör om det är en aktivitet enligt SFB, utan även om aktiviteten har planerats och samordnas av Försäkringskassan.⁹⁰ En insats som riskerar att försämra det medicinska tillståndet eller som hindrar andra insatser kan dock inte bedömas som en aktivitet enligt SFB.⁹¹

När det behövs för tillämpningen av socialförsäkringsbalken får den handläggande myndigheten begära att den försäkrade genomgår undersökning enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte

⁸⁶ Prop. 2000/01:96, s. 181.

⁸⁷ Prop. 2000/01:96, s. 86.

⁸⁸ Prop. 2000/01:96, s. 87.

⁸⁹ Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 196.

⁹⁰ Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 196.

⁹¹ Försäkringskassan, Vägledning 2013:2 version 9, s. 195.

för bedömning av dennes medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Nämnade åtgärder räknas inte heller som aktiviteter enligt SFB.⁹²

Rätten till aktivitetsersättning ska omprövas om den enskilde får en väsentligt förbättrad arbetsförmåga.⁹³ Ersättningen får dock inte ändras på grund av att den försäkrade använder sin möjlighet att delta i aktiviteter enligt SFB.⁹⁴

Försäkringskassans ansvar för aktiviteter enligt SFB och för särskild ersättning

Om den försäkrade bedöms kunna delta i aktiviteter enligt SFB ska Försäkringskassan planera vilka aktiviteter som är lämpliga för personen. Planeringen ska ske i samråd med den enskilde och hans eller hennes önskemål ska i möjligaste utsträckning tillgodoses. Försäkringskassan ska upprätta en plan för aktiviteterna.⁹⁵ I planen ska bl.a. den försäkrades val av aktiviteter framgå, motiveringen till valen, ansvarsfördelningen för att aktiviteterna ska kunna genomföras samt tidsplan och tidpunkt för uppföljning av aktiviteterna.⁹⁶ Planen ska exempelvis revideras om den försäkrade vill byta aktivitet.

Försäkringskassan ska verka för att planerade aktiviteter kommer till stånd. Myndigheten ska samordna de insatser som behövs och se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteterna.⁹⁷

Den försäkrade kan få ersättning för de kostnader som han eller hon har med anledning av de aktiviteter som personen deltar i. Ersättningen kallas *särskild ersättning*.⁹⁸

⁹² 33 kap. 24 § SFB och 110 kap. 14 § 4 SFB.

⁹³ 36 kap. 22 § SFB.

⁹⁴ 36 kap. 24 § SFB.

⁹⁵ 33 kap. 22 § SFB.

⁹⁶ RFFS 2002:36.

⁹⁷ 33 kap. 23 § SFB.

⁹⁸ 33 kap. 25 § SFB. Förutsättningarna för att få särskild ersättning i samband med aktiviteter framgår i RFFS 2002:36 4 § första och tredje stycket. Av RFFS 2002:36 5 § framgår bland annat att särskild ersättning kan lämnas för avgifter för deltagande i kurser, avgifter för aktivt deltagande i idrottsaktiviteter, anmälningsavgifter och medlemsavgifter, kostnader för studiematerial och arbetsmaterial som inte bekostas av kurssamordnaren, och skäliga kostnader för resor mellan bostaden och aktiviteten. Av det allmänna rådet till 5 § framgår vidare vilka krav som ställs på en kurs för att ersättning ska lämnas för avgift för deltagande i kursen (RAR 2002:17). Av RFFS 2002:36 6 § framgår vilka kostnader för resor som kan ersättas.

Aktivitetsersättning under provotid för studier

Sedan den 1 februari 2017 kan den som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga studera med bibehållen utbetalning av aktivitetsersättningen. Studierna kan bedrivas på antingen heltid eller deltid. Aktivitetsersättningen kan betalas ut under provotid i maximalt sex månader. Provotiden behöver dock inte vara sammanhängande utan kan bestå av flera perioder.⁹⁹

Möjligheten till aktivitetsersättning under provotid för studier har sin bakgrund i att reglerna om vilande ersättning ansetts otillräckliga för att förmå fler unga att våga ta steget från aktivitetsersättning till studier och att det ansetts önskvärt att fler unga med aktivitetsersättning via studier på sikt kan börja arbeta och få försörjning genom förvärsarbete. Unga som är osäkra på sin förmåga att studera ansågs helt kunna avstå från att studera eftersom hela aktivitetsersättningen blir vilande vid studier.

Reglerna syftar till att öka tryggheten och minska de ekonomiska riskerna och administrationen för den enskilde under den inledande studietiden. Syftet är alltså att ge unga med aktivitetsersättning ökade incitament att våga pröva att studera.¹⁰⁰

Förutsättningar för och effekter av studierna

Den som fått samtliga sex månader med provotid kan inte under en eventuell ny period med ersättning få nya månader med provotid för studier.

Personer som använt provotid för studier och vill fortsätta studera kan sedan ansöka om vilande ersättning för studier. Den som efter provotid ansöker om vilande ersättning kan få ersättningen vilande-förklarad i maximalt 24 månader under förutsättning att det under den senaste 12-månadersperioden inte beviljats någon provotid. Om det har beviljats provotid under den perioden ska den tiden räknas av från den maximala *vilandeperioden* om 24 månader.

Om en försäkrad som inte uppfyller villkoren för provotid eller vilande ersättning ändå börjar studera, eller börjar studera utan att ha ansökt om provotid, ska Försäkringskassan ta ställning till om

⁹⁹ 36 kap. 9 a § SFB. Den försäkrade måste haft ersättning i mist 12 månader innan han eller hon kan få provotid för studier.

¹⁰⁰ Ds 2016:5, s. 42 och prop. 2016/17:1, utg.omr. 10, s. 47.

rätten till ersättningen ska omprövas. Om någon fortsätter att studera efter provotiden utan att ansöka om vilande ersättning kan rätten till aktivitetsersättning också komma att omprövas.

De former av studier som godkänns inom ramen för *vilande* aktivitetsersättning för studier godkänns i stort sett också för provotid med studier.

14.2.6 Förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning

Vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning är utgångspunkten att arbetstiden ska minska regelbundet, dvs. i lika stor omfattning varje dag. Denna princip saknar reglering i lag och bygger på rättspraxis framförallt för *sjukpenning*. För sjukpenning gäller att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas dag för dag.

Det saknas i dagsläget ett avgörande från HFD i frågan om motsvarande princip för sjukersättningen eller aktivitetsersättningen. I denna fråga finns för närvarande endast kammarrättspraxis som bygger vidare på de uttalanden som gjorts av HFD i frågan om sjukpenning. Nedan redogörs för den rättspraxis som reglerar förutsättningarna för att förlägga arbetstiden vid partiell sjukpenning och sjukersättning.

Försäkringsdomstolens avgörande FÖD 1986:11

I avgörandet FÖD 1986:11 hade den försäkrade vissa dagar arbetat mer än halvtid trots att hon var halvt sjukskriven. Hon hade befriats från arbete som hon tidigare upplevt som mest påfrestande. Läkaren var informerad om arbetstidsförläggningen och hade inget att invända mot det.

Försäkringsöverdomstolen hade tidigare endast i undantagsfall, där särskilda omständigheter förelegat, frångått principen att man måste minska arbetsutbudet varje dag med hälften för att ha rätt till halv sjukpenning för den dagen. Men denna praxis kunde i vissa fall motverka meningsfull sjukvård och försök till rehabilitering.

En grundläggande förutsättning var enligt FÖD att den sammanlagda arbetstiden under den period som omfattades av det aktuella förslaget till rehabilitering inte översteg hälften av den försäkrades arbetstid och att arbetstidsförläggningen var medicinskt motiverad.

Beräkningen av den genomsnittliga arbetstiden borde i flertalet fall baseras på två veckor vilket vid tidpunkten för domen motsvarade en normal utbetalningsperiod för sjukpenning.¹⁰¹ Domstolen ansåg att det inte förelåg något hinder att, om skäl förelåg, beräkna arbetstiden på en längre period. Vid denna bedömning skulle beaktas olika omständigheter som sjukdomens art, arbetsorganisation, kommunikationer och restidens längd.

FÖD angav att det avgörande borde vara om rehabiliteringen kunde anses främja den försäkrades rehabilitering. I målet hade den försäkrades arbetsgivare befriat denne från vissa betungande arbetsuppgifter. Den behandlade läkaren hade också varit delaktig i beslutet att förlägga arbetstiden. Den sammanlagda arbetstiden under den aktuella perioden, som synes ha varit fyra veckor, hade inte heller överstigit hälften av den försäkrades normala arbetstid. Med hänsyn till dessa omständigheter fann Försäkringsöverdomstolen att den försäkrade fick anses ha sin arbetsförmåga nedsatt med minst hälften.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2011 ref. 30

Avgörandet HFD 2011 ref. 30 rörde en försäkrad som var sjukskriven en fjärdedel under diagnosen asteni och depression. Frågan i målet var om hon hade rätt till en fjärdedels sjukpenning när hon förlagt arbetstiden så att hon var helt ledig varje onsdag. Den försäkrades läkare hade uttalat att hon behövde denna arbetstidsförläggning för att ”klara sitt arbete nöjaktigt” resterande tid.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade inledningsvis att den försäkrade hade uppgivit att förläggningen av arbetstiden med ledig dag på onsdag var en förutsättning för att hon skulle orka arbeta torsdag och fredag. Detta vann också, enligt domstolen, stöd i läkares intyg. Den arbetsfria dagen mitt i veckan synes alltså ha varit en förutsättning för att den försäkrade, med de sjukdomsbesvär hon hade, skulle ha förmåga att arbeta tre fjärdedelar av normal arbetsdag.

Högsta förvaltningsdomstolen gick därefter vidare med att ta ställning till om den försäkrade hade rätt till sjukpenning med denna arbetstidsförläggning. Domstolen framhöll att möjligheten till en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning infördes för att förbättra

¹⁰¹ Här hänvisade domstolen till förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättning från Försäkringskassan. Fortfarande anges där (2 § andra stycket) att sjukpenning utbetalas högst var fjortonde dag. I dag betalas dock i praktiken sjukpenning ut en gång i månaden.

förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering och påskynda återgången i arbete. Enligt domstolen talade reformerna på socialförsäkringsområdet för att principen att rätt till partiell sjukpenning förutsätter minskning av arbetstiden med lika mycket varje dag inte skulle tillämpas alltför strikt. Sådana faktorer som arbetsförhållandena och sjukdomens art kunde behöva vägas in i bedömningen. Sjukpenning borde – om den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte översteg vad som var förenligt med deltidssjukskrivningen – kunna beviljas när arbetstidsförläggningen syftar att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har och när denna förläggning är medicinskt motiverad.

Kammarrätten i Stockholms avgörande i mål nr 5889-18

Kammarrätten i Stockholm prövade i mål nr 5889-18 möjligheten till variationer i arbetstidens förläggning för en försäkrad med partiell sjukersättning. Kammarrätten konstaterade att det finns möjlighet till sådana variationer när det gäller arbetstidens förläggning för en försäkrad som får partiell sjukersättning men det måste göras en bedömning i det enskilda fallet. Den försäkrade bedömdes inte ha arbetat i en sådan omfattning att det skulle påverka hennes fortsatta rätt till halv sjukersättning. Frågan i målet var vilken betydelse arbetstidens förläggning har vid bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga vid *omprövning* av rätten till partiell sjukersättning. Uttalandena i målet i frågan om arbetstidens förläggning bör ha bäring även vid andra situationer och överväganden om principer kring förläggning av arbetstid.

Den försäkrade hade i målet beviljats halv sjukersättning 2010 och Försäkringskassan hade beslutat att ersättningen skulle upphöra från och med 2018. Bedömningen var att den försäkrades arbetsförmåga inte längre var nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till alla arbeten på hela arbetsmarknaden, vilket berodde på att hon hade arbetat mer än sex timmar per dag flera dagar i sträck.

Kammarrätten konstaterade att sjukersättning är en månatlig förmån. Det finns därför möjlighet till ännu större variationer när det gäller arbetstidens förläggning för en försäkrad som får partiell sjukersättning jämfört med vad som gäller för sjukpenning. Det får dock göras en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

Kammarrätten ansåg att arbetstidens förläggning var medicinskt motiverad och syftade till att tillvarata den försäkrades kvarvarande arbetsförmåga. Att hon vid några tillfällen hade haft arbetspass som överstigit åtta timmar medförde inte att hon har en förbättrad arbetsförmåga som innebär att beviljad sjukersättning bör dras in eller minskas.

Övrig rättspraxis

Utredningen kan konstatera att det finns utrymme för undantag i enlighet med det ovan redovisade avgörandet HFD 2011 ref. 30. I sammanhanget kan även nämnas HFD 2018 ref. 58, i vilket HFD slog fast att rätten till *graviditetsspenning* ska bestämmas med utgångspunkt i den faktiska nedsättningen av arbetsförmågan under en viss period oavsett hur arbetsuppgifterna fördelar sig över veckans arbetsdagar. Den omständigheten att en kvinna, beroende på hur hennes arbetsdagar ser ut, inte behöver reducera sin arbetstid varje dag utan bara vissa dagar bör alltså inte påverka den sammanlagda ersättnings storlek. Ersättning bör därför i ett sådant fall utbetalas för samtliga dagar.

Frågan om förläggning av arbetstid vid partiell sjukpenning har även prövats vid ett par tillfällen i underinstans. I april 2013 meddelade Kammarrätten i Jönköping en dom om möjligheten att göra undantag från principen att den försäkrade vid partiell sjukpenning ska minska sin arbetstid lika mycket varje dag.¹⁰² Målet rörde en försäkrad som arbetade som undersköterska och vars arbetstid bedömd över fem veckor inte översteg hälften av heltid. Kammarrätten ansåg att med hänsyn till den försäkrades arbetsförhållanden, dennes normala arbetstidsförläggning samt dennes sjukdomsbesvär att förläggningen av arbetstiden var medicinskt motiverad och en förutsättning att hon skulle kunna arbeta halvtid som undersköterska. Den försäkrade hade därför rätt till halv sjukpenning.

Kammarrätten i Stockholm meddelade den 16 januari 2020 dom i mål nr 5344-19 där en försäkrad bedömdes ha rätt till sökt sjukpenning. Han hade flexibla arbetsförhållanden och hans sjukdomstillstånd var ett typiskt sådant där den försäkrades arbetsförmåga till viss del kan tas till vara trots sjukdom, men där arbetsförmågan kan

¹⁰² Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3896-12.

variera från dag till dag. Den försäkrade hade arbetat mer än sjukskrivningsgraden under vissa dagar under sjukskrivningen men totalt sett under sjukskrivningsperioden inte mer än sjukskrivningen tillät. Enligt den sjukskrivande läkaren främjade förläggningen av arbetstiden mannens rehabilitering och den var medicinskt motiverad. Kammarrätten ansåg därför att hans arbetsförmåga under de aktuella perioderna varit nedsatt med tre fjärdedelar respektive med hälften och att förläggningen av den faktiska arbetstiden alltså inte utgjort hinder för att bevilja den sökta sjukpenningen.

Jfr även Kammarrätten i Göteborg i mål nr 4678-18 där den försäkrade nekades sjukpenning, bl.a. då det enligt kammarrätten inte fanns något som gav stöd för att den här förläggningen av arbetstiden var nödvändig av medicinska orsaker eller för att ta tillvara den försäkrades resterande arbetsförmåga.

I förvaltningsrättsavgöranden har det bl.a. konstaterats att någon begränsning till en tvåveckorsperiod inte finns i reglerna om sjukpenning och att en försäkrad kan ha rätt till sjukpenning även om arbetstiden fördelats ojämnt under en längre period, t.ex. åtta veckor. Avgörande är i stället arbetsförhållandena, sjukdomens art och om förläggningen av arbetstiden kan anses främja den försäkrades rehabilitering.¹⁰³

Avseende omprövning av rätt till sjukersättning kan nämnas Kammarrätten i Jönköpings dom den 25 juni 2020 i mål nr 2591-2592-19 m.fl. Kammarrätten uttalade att i fall med koncentrerad arbetstid bör bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ske mot bakgrund av omständigheterna i det enskilda fallet, såsom bland annat sjukdomens art och hur arbetsförhållandena i övrigt ser ut. Den period som ska ligga till grund för bedömningen bör dock vara relativt begränsad (jfr RÅ 2010 not. 95 och HFD 2011 ref. 30). Att arbetstidens förläggning även ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet får, enligt vad kammarrätten uttalade, anses följa av det förhållandet att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte ska påverka rätten till sjukersättning (se bl.a. prop. 2007/08:136 s. 88).

¹⁰³ Se t.ex. Förvaltningsrätten i Linköping i mål nr 4412-17.

14.3 Handläggning av arbete och studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning

14.3.1 Försäkringskassans handläggning – steglös avräkning

Ett ärende initieras

Handläggningen av ett ärende om att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning startar genom att en försäkrad som ska arbeta med inkomst lämnar in en ansökan om omräkning av sjukersättningen.

Försäkringskassans utredning av ansökan

När en ansökan om att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning inkommer till Försäkringskassan ska handläggaren kontrollera ansökan och göra en bedömning av om den inkomststoppgift som lämnas av den försäkrade är rimlig. Ifall den försäkrade har partiell ersättning ska handläggaren även bedöma om den försäkrades förvärvsarbete kommer att utföras på den del som han eller hon har sjukersättning för.

När Försäkringskassan beviljar en ansökan om steglös avräkning har sjukersättningen räknats om och den försäkrade får ett beslut om preliminär sjukersättning för det aktuella inkomståret.

Ändring av beslut om preliminär sjukersättning

Under ett kalender-/inkomstår som en försäkrad arbetar enligt reglerna för steglös avräkning ska han eller hon anmäla eventuellt ändrade inkomster eller andra förhållanden som påverkar sjukersättningen. Försäkringskassan ska i så fall fatta ett nytt beslut om preliminär sjukersättning (37 kap. 21 § SFB). Försäkringskassan kan också på eget initiativ fatta ett nytt beslut om preliminär sjukersättning. Det kan t.ex. vara aktuellt om Försäkringskassan får kännedom om förhållanden som påverkar sjukersättningens storlek, exempelvis om den försäkrade häktats eller tas in på anstalt (prop. 2007/08:124 s. 79). Således är det möjligt för Försäkringskassan att fatta flera beslut om preliminär sjukersättning under ett kalender-/inkomstår som en försäkrad arbetar enligt reglerna för steglös avräkning.

Beslut om slutlig sjukersättning

Försäkringskassan fattar beslut om slutlig sjukersättning för varje kalenderår som beslut om preliminär sjukersättning har fattats. Den slutliga sjukersättningen fastställs först efter att den pensionsgrundande inkomsten har fastställts för det aktuella inkomståret. Det innebär i praktiken att slutlig sjukersättning fastställs och beslutas tidigast två år efter att den försäkrade arbetat med steglös avräkning.

Den försäkrade har möjlighet att betala tillbaka för mycket utbetalad sjukersättning till Försäkringskassan innan den slutliga sjukersättningen har fastställts. Den förtida inbetalningen är frivillig.

14.3.2 Försäkringskassans handläggning – vilande ersättning och prøvotid

Ett ärende initieras

Som framgått i bakgrundsavsnittet kan försäkrade som har sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 eller som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga ha sin ersättning vilande för arbete eller studier. Personer som har aktivitetsersättning kan också studera med s.k. prøvotid. Försäkrade som vill använda dessa regler ska lämna in en ansökan till Försäkringskassan.

Försäkringskassans utredning av ansökan

När en ansökan om vilande ersättning eller prøvotid inkommer till Försäkringskassan ska handläggaren kontrollera följande:

- Ansökan om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning vid arbete: handläggaren ska utreda hur den försäkrade planerar att förlägga arbetstiden och hur den stämmer överens med den nivå han eller hon har ansökt om.
- Ansökan om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning vid studier: handläggaren ska utreda när den försäkrade planerar att påbörja och avsluta studierna samt om det finns ett antagningsbesked.

- Ansökan om provotid för studier vid aktivitetsersättning: handläggaren ska utreda när studierna börjar och hur länge de beräknas pågå. Handläggaren ska också utreda vilken typ av studier det handlar om: skola, lärosäte, omfattning, längd på utbildningen etc.
- Om den försäkrade börjar arbeta eller studera innan ansökan om vilande ersättning lämnas in till Försäkringskassan ska handläggaren överväga att ompröva rätten till ersättning. Detsamma gäller om den försäkrade får avslag på ansökan, men trots det tänker börja att arbeta eller studera.

Om en försäkrad som har beslut om vilande aktivitetsersättning eller sjukersättning eller provotid inkommer med begäran om upphörande av vilande ersättning eller provotid ska detta beviljas (36 kap. 16 § SFB). Om den vilande ersättningen upphävs innebär det att den försäkrade får tillbaka ersättningen till samma grad och varaktighet som tidigare, utan någon särskild prövning. I vissa fall kan den försäkrade även beviljas fortsatt aktivitetsersättning i upp till tre månader efter vilandeperioden, se avsnitt 14.2.3.

Försäkringskassan kan också ta eget initiativ till upphävande vilande aktivitetsersättning, sjukersättning eller provotid för studier. Detta är aktuellt om den försäkrade insjuknar och bedöms bli långvarigt sjuk. Ett beslut om upphävande av vilandeförklaring utan att den försäkrade själv har begärt det, ska dock endast fattas om det är för att åter betala ut ersättningen. I dessa fall ska handläggaren bedöma prognos om tillfrisknande, hur länge den försäkrade har arbetat och hur länge arbetet är planerat att pågå. Om den försäkrade studerar med studiemedel kan han eller hon ändå få behålla studiemedlen under en sjukperiod, förutsatt att Försäkringskassan godkänner perioden. Det kan även bli aktuellt med ett upphävande om den försäkrade avbryter arbetet eller studierna och tar ut hel föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller graviditetspenning i mer än en månad. I så fall fattar handläggaren beslut om att upphäva den vilande ersättningen, eftersom syftet med arbets- eller studieförsöket inte uppnås.

Regelverket kräver att de försäkrade och Försäkringskassan har överblick över flera olika regleringar om antal månader, t.ex. med avseende på maxtid för provotid respektive vilande ersättning. Eftersom det handlar om månadsersättningar kan systemmässiga skäl (t.ex. brytdatum för att registrera nya eller aktivera vilande utbetalningar alternativt stoppa kommande utbetalningar) medföra pro-

blem exempelvis ifall de försäkrade med kort varsel vill ha vilande ersättning eller vill få tillbaka sin utbetalning av ersättning.

15 Arbete, studier och uppdrag med mera – problemanalys

I vilken utsträckning personer som har sjuk- och aktivitetsersättning och som får förbättrad arbetsförmåga återgår i arbete är viktig både ur mänskligt och samhällsekonomiskt perspektiv. Dessutom är en av de grundläggande principerna med sjukersättning och aktivitetsersättning att försäkrade har rätt till ersättning om de har nedsatt arbetsförmåga och att denna nedsättning ska ha en viss varaktighet. Således är det centralt att regelverket ger incitament, goda förutsättningar och relevant stöd till försäkrade att kunna återgå till arbetslivet ifall de får eller återfår arbetsförmåga som de saknade när de beviljades ersättningen.

En annan viktig utgångspunkt som gäller för försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning är att dessa individer ska uppmuntras att delta i samhällslivet, i den utsträckning de har möjlighet, även fast de har nedsatt arbetsförmåga.

Kostnaderna för sjukfrånvaro och de utmaningar som följer med en åldrande befolkning gör diskussioner kring hur restarbetsförmågan hos personer med sjukersättning kan tas till vara på bästa sätt samhällsekonomiskt intressanta. Studier från flera länder tyder på att förtidspensionärer i vissa fall har viss arbetsförmåga som skulle kunna användas i arbete på arbetsmarknaden.¹ Olika åtgärder har provats i flera länder för att öka incitamenten för dessa individer att vilja arbeta och använda sin restarbetsförmåga.

I kommittédirektivet framgår det ska utredas hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare. Ett antal intressen som utredningen ska beakta vid

¹ Se t.ex. Bound 1989, Gruber & Kubik 1997, Gruber 2000, Staubli 2011, Marie & Vall Castello 2012, Fevang, Hardoy & Røed 2013, Borghans, Gielen & Luttmer 2014 och Moore 2015. Studierna återges som referenser i IFAU:s rapport 2018:6.

utarbetande av förslagen redovisas, bl.a. att regelverket ska säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Vidare anges att regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller, eftersom det annars finns en risk att de avstår från möjligheter att delta i samhällslivet. Utgångspunkten är att sådan delaktighet i samhällslivet ska uppmuntras genom bland annat studier och arbete för personer med ersättning och som exempel nämns att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas.

Såväl interna som externa förklaringar kan ligga bakom att möjligheterna till arbete, studier och uppdrag etc. inte används i så stor utsträckning. De interna förklaringarna är sådana som handlar om regelverkets innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter eller samarbete mellan myndigheter. I kommittédirektiven anges att regelverket när det gäller exempelvis arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning är svårt att överblicka. Oklarheter i hur exempelvis olika sorters engagemang kan komma att påverka den försäkrades ersättning kan också vara en faktor.

De externa förklaringarna ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen av detta. Det kan till exempel handla om hur arbetsmarknaden och tillgängligheten till studier och fritidssysselsättningar ser ut för personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det handlar också om vad det finns för kvarvarande arbetsförmåga hos de som har beviljats ersättning samt uppfattningar hos de försäkrade.

I följande avsnitt redogörs för hur användandet av de olika reglerna har utvecklats över tid. Därefter analyseras tänkbara faktorer till varför reglerna används i denna omfattning och vilka faktorer som kan anses utgöra hinder för att möjligheterna ska användas i högre omfattning.

15.1 Tre huvudgrupper för regelverket

Personer som har sjukersättning och aktivitetsersättning kan delas upp i tre huvudgrupper vad avser deras möjligheter arbeta, studera m.m. under tid med ersättning:

- *Huvudgrupp 1:* Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före den 1 juli 2008.²
- *Huvudgrupp 2:* Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.om. den 1 juli 2008.
- *Huvudgrupp 3:* Försäkrade har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Grupperna skiljer sig från varandra med avseende på vad de kan göra under tid med ersättning. De skiljer sig också åt vad gäller under vilka förutsättningar de har beviljats ersättningen.

Personer i huvudgrupp 2 och 3 har visserligen beviljats olika förmåner, men omfattas likväl av flera gemensamma regler under tiden de har ersättning. Det gäller exempelvis möjligheten att arbeta eller studera med vilande ersättning och vilket utrymme de har att arbeta ideellt eller ha fritidssysslor utan att rätten till ersättning påverkas. Det finns också några skillnader för dessa båda grupper. Personer som har aktivitetsersättning kan t.ex. beviljas aktiviteter enligt SFB. Till största delen är regelverken dock lika och i problemanalysen nedan redovisas därför huvudgrupp 2 och 3 tillsammans.

15.2 Utvecklingen över tid

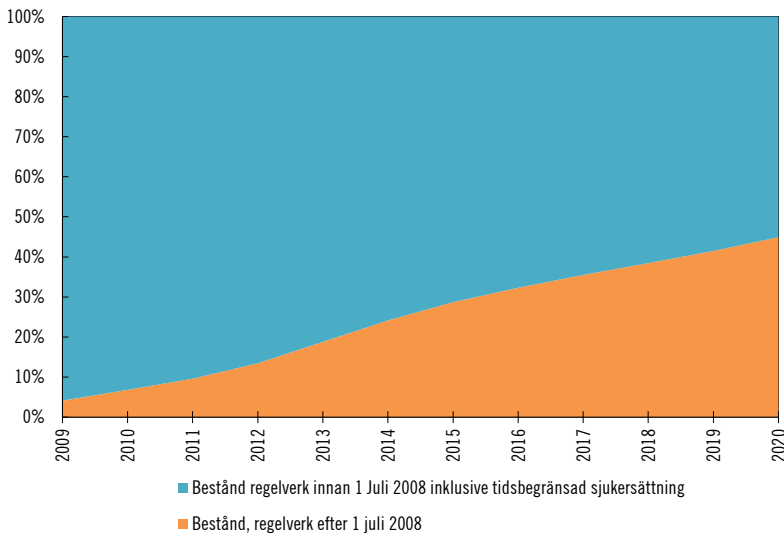
15.2.1 Sjukersättning

Avgörande för antal personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning respektive vilande sjukersättning är enligt vilket regelverk sjukersättningen har beviljats. Som framgått av tidigare avsnitt är det endast de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 som kan ha steglös avräkning medan de som beviljats sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. 1 juli 2008 kan ha vilande ersättning. Eftersom det inte sker något nyinflöde till gruppen som omfattas av reglerna för steglös avräkning minskar omfattningen av denna grupp vartefter de fyller 65 år och sjukersättningen upphör. När reglerna om steglös avräkning infördes den 1 januari 2009 var det omkring 450 000 personer som omfattades av detta regelverk.

² Enligt regelverket som gällde före den 1 juli 2008 kunde försäkrade både beviljas tidsbegränsad sjukersättning och icke tidsbegränsad dito. Denna grupp avser personer som beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning.

Omkring en tredjedel av dessa personer uppbar partiell ersättning. Med tiden har antalet som är berättigade till steglös avräkning minskat för att personerna fyller 65 år och ersättningen upphör.³ Under 2019 var det ca 145 000 personer som omfattades av reglerna för steglös avräkning. Det innebär att det i dag är ungefär 60 procent av som har sjukersättning enligt det gamla regelverket och 40 procent som har det enligt det nya. Det är således fortfarande en något större andel av dem som har sjukersättning i dag som omfattas av reglerna för steglös avräkning jämfört med dem som omfattas av reglerna för vilande sjukersättning.

Figur 15.1 Andel med sjukersättning enligt regler före och efter 2008



Källa: Försäkringskassan.

Det är fler personer som arbetar med steglös avräkning än med vilande ersättning. Med tiden har antalet personer med steglös avräkning minskat, vilket naturligt följer av att populationen som kan omfattas av regelverket succesivt minskar över tid. Dock har antalet personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning inte minskat i samma takt som den totala populationen som omfattas av regelverket har gjort. Det har inneburit att andelen av den samlade populationen som arbetar med steglös avräkning har ökat över tid.

³ Några personer försvinner också ur systemet p.g.a. dödsfall.

Under det senaste året tycks andelen med steglös avräkning planat ut och stabiliserats på en nivå kring 4 procent. Det är vanligare att personer med partiell ersättning använder steglös avräkning än de som har hel ersättning. Den uppgång av andelen som använder steglös avräkning som skett sedan möjligheten infördes 2009 har varit större hos dem med partiell än hos dem med hel sjukersättning.⁴

Det finns även ett visst inflöde av nya personer som inte tidigare arbetat enligt reglerna för steglös avräkning. År 2016 beviljades knappt 900 personer steglös avräkning som tidigare inte använt sig av möjligheten. Det motsvarar drygt 10 procent av samtliga som använde steglös avräkning det året.⁵ I gruppen som har rätt till steglös avräkning är det alltså personer som åtta år efter införandet har förutsättningar, tillräcklig förmåga och vilja att börja förvärvsarbeta. Över tid har dock nyinflödet minskat, år 2015 var det drygt 1 100 personer och året innan var det nästan 1 400 personer.

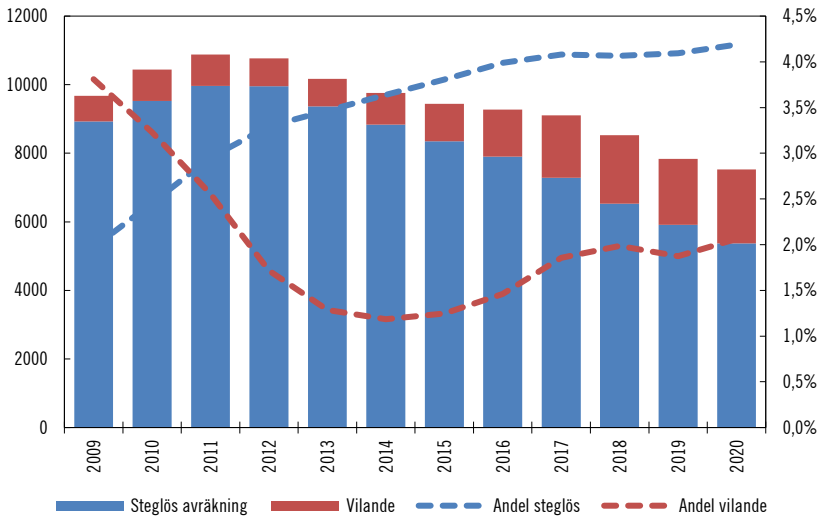
Antal personer som haft vilande sjukersättning för arbete var ungefär 1 000 personer fler 2019 än 2009. Ökningen av antalet med vilande ersättning kan i princip hänföras till åren 2015–2019 medan antalet var relativt konstant under perioden 2009–2014. En möjlig förklaring till det ökade antalet personer som haft vilande ersättning för att arbeta kan vara den regeländring som gjordes 2017 då möjligheten för de som hade vilande ersättning att få behålla 25 procent av sin sjukersättning utvidgades från 12 till 24 månader.

Samtidigt som antalet personer med vilande ersättning var förhållandevis oförändrad under åren 2010–2014 ökade den potentiella populationen som kan ha vilande sjukersättning (figur 15.1). Det innebar att andelen med vilande sjukersättning minskade från 4 till 1,2 procent. Efter 2014 har antalet personer med vilande ersättning ökat vilket också fått andelen med vilande ersättning att öka. År 2019 var det omkring 2 procent som hade vilande sjukersättning för arbete.

⁴ ISF, Rapport 2018:11.

⁵ ISF, Rapport 2018:11.

Figur 15.2 Antal och andel personer med sjukersättning som arbetar med vilande sjukersättning eller steglös avräkning



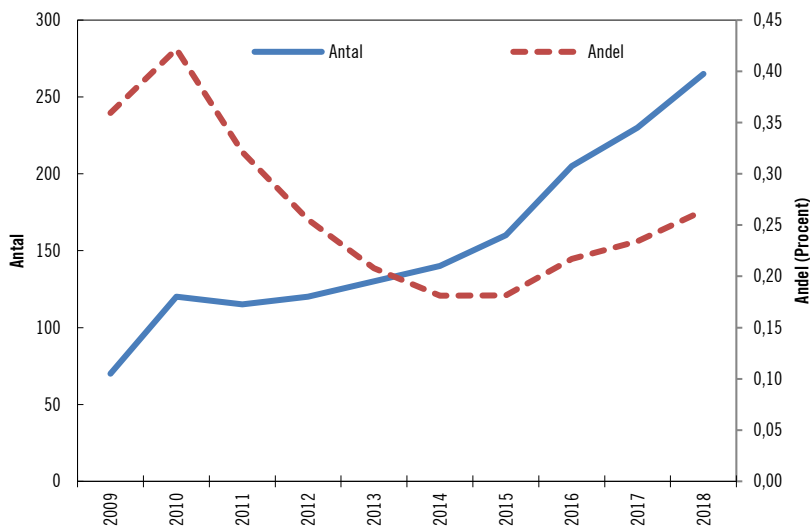
Källa: Försäkringskassan.

Studier under tid med sjukersättning

Antal personer som har vilande sjukersättning p.g.a. studier är betydligt färre än de som har vilande ersättning p.g.a. arbete. Antalet har dock ökat med tiden och liksom för de som har vilande ersättning för arbete har utvecklingen tagit fart efter 2014. Mellan 2014 och 2018 har antalet personer med vilande ersättning för studier ökat med drygt 100 personer. Som andel av den potentiella populationen är det dock en väldigt liten om än ökande andel som har vilande sjukersättning p.g.a. studier. År 2018 var det omkring 250 personer eller 0,25 procent av samtliga med sjukersättning som använde möjligheten till vilande ersättning p.g.a. studier.⁶

⁶ Personer som är beviljade sjukersättning enligt regelverket som gällde innan 1 juli 2008, omfattas inte av reglerna för vilande ersättning. De har heller ingen anmälningsplikt om att de studerar. Det kan således vara ytterligare personer som studerar samtidigt som de har sjukersättning.

Figur 15.3 Antal och andel personer som har vilande sjukersättning p.g.a. studier

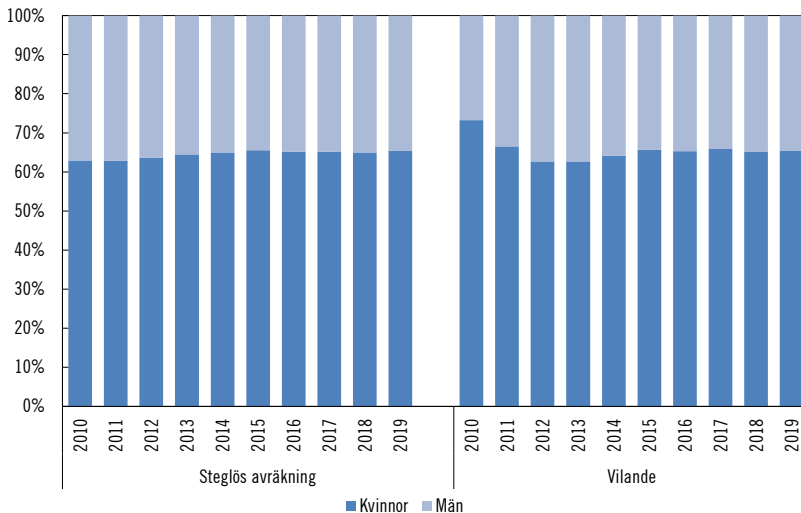


Källa: Försäkringskassa.

Fördelning mellan kvinnor och män

Det är en större andel kvinnor än män som har vilande sjukersättning och steglös avräkning. Drygt 60 procent av både de som har steglös avräkning och de som har vilande sjukersättning är kvinnor. Denna andel har varit relativt stabil över tid. En svag ökning av andelen kvinnor syns bland de som har steglös avräkning medan andelen med vilande ersättning varit stabil under de senaste åren efter en initialt minskande andel under åren 2010–2012. Eftersom kvinnor i något större utsträckning än män förekommer bland dem som har rätt till steglösavräkning är det ungefär lika stor andel kvinnor som män som använder steglös avräkning när hänsyn tas till storleken på respektive population.

Figur 15.4 Andel kvinnor och män med vilande sjukersättning eller steglös avräkning



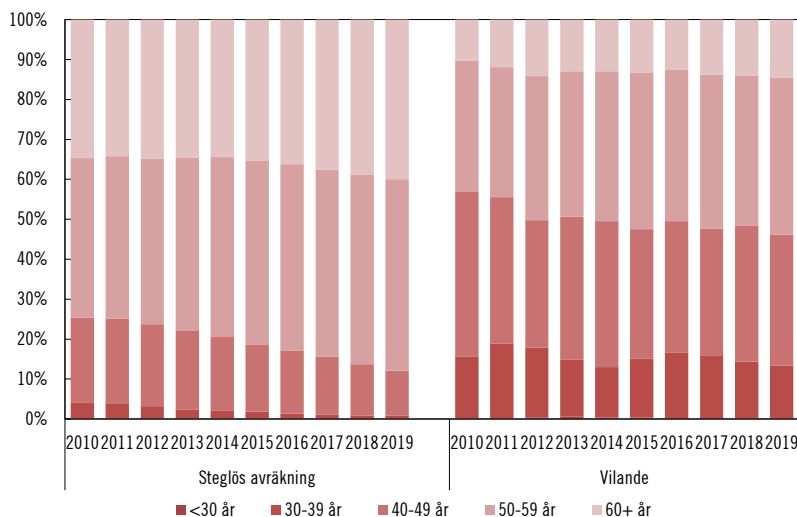
Källa: Försäkringskassan.

Fördelning av åldersgrupper

Steglös avräkning förekommer framför allt bland de som är äldre än 50 år. Över tid har denna andel ökat och 2019 var ca 85 procent av alla som arbetade med steglös avräkning äldre än 50 år och 40 procent äldre än 60 år. Att andelen äldre är så pass stor förklaras av att inga nya personer kommer in i systemet. I takt med att målpopulationen blir äldre stiger därmed andelen äldre som använder steglös avräkning. Genomsnittsåldern bland de som använder steglös avräkning är dock lägre än hos de som inte använder denna möjlighet. De har också i större utsträckning partiell ersättning, vilket innebär att de har en närmare koppling till arbetsmarknaden och har således lättare att utöka hitta ett arbete.

Bland dem som har vilande sjukersättning är fördelningen mellan olika åldersgrupper jämnare. Omkring hälften av dem som har vilande sjukersättning är äldre än 50 år och ca 15 procent är äldre än 60 år. Att de äldre utgör en så pass stor andel av de som har vilande sjukersättning följer av åldersstrukturen på de som beviljats sjukersättning. Drygt 70 procent av de som i dag har sjukersättning är äldre än 50 år.

Figur 15.5 Andel som har vilande sjukersättning eller steglös avräkning, åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

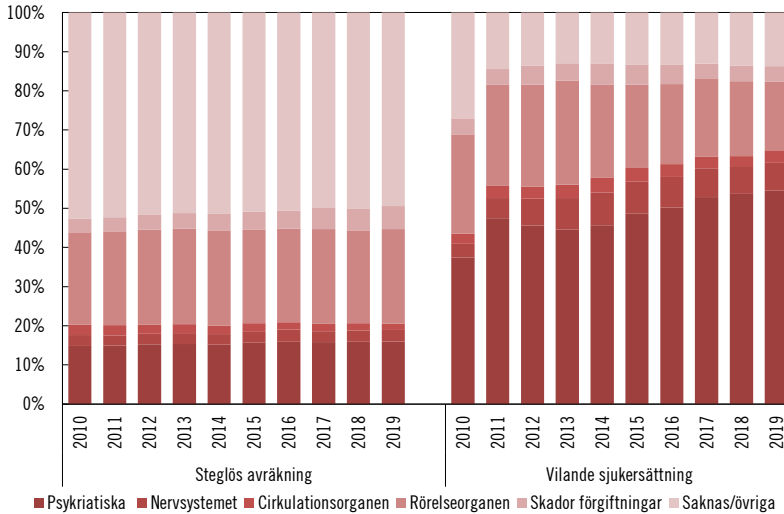
Diagnoser

Till antalet är de vanligaste diagnoserna hos dem som använder steglös avräkning sjukdomar i rörelseorganen och psykiska diagnoser. Det följer således samma mönster som för samtliga personer med sjukersättning. Om man jämför diagnosernas fördelning bland dem som har steglös avräkning och de som inte har (men skulle kunna ha, dvs. fick sjukersättning beviljad enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008) är det vanligare med en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet skador och förgiftningar (S00-T98) i gruppen som har steglös avräkning än hos de som inte har det. Det gäller både för kvinnor och män och oavsett om det rör sig om hel eller partiell sjukersättning.⁷ Den största skillnaden finns för kvinnor med hel sjukersättning. Inom diagnoskapitlet skador och förgiftningar finns diagnoser som gäller bestående skador i rörelseorganen efter olyckor, till exempel whiplashskador samt sjukdomsdiagnoser som sätts vid missbruks-

⁷ För personer med steglös avräkning är det dock en stor grupp där diagnos saknas. En rättvisande jämförelse mellan diagnoser hos de som har steglösavräkning och vilande sjukersättning är därför svår att göra.

problematik eller skador som uppkommit på grund av andra typer av förgiftningar.⁸

Figur 15.6 Andel som använder steglös avräkning eller vilande ersättning fördelat efter diagnos



Källa: Försäkringskassan.

15.2.2 Aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

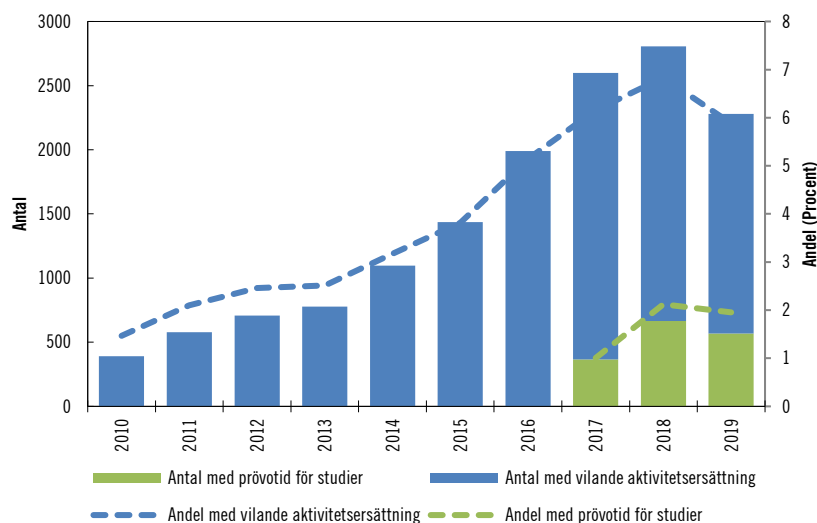
Sedan 2010 har antalet personer som har vilande aktivitetsersättning succesivt ökat. Ökning har dock skett från en väldigt låg nivå. Under 2010 var det endast omkring 400 personer som hade vilande aktivitetsersättning. Fram till 2013 fördubblades antalet till omkring 800 personer. Därefter har ökningen fortsatt i en snabb takt. Från 2014 fram till 2018 ökade antalet med vilande aktivitetsersättning från ca 1 000 personer per år till 2 000 personer per år. Under slutet av 2018 och under 2019 har antalet personer med vilande aktivitetsersättning minskat och under 2019 sjönk antalet med vilande aktivitetsersättning till omkring 1 700 personer.

I takt med att antalet personer med vilande aktivitetsersättning ökade under åren 2010–2018 har också *andelen* försäkrade med vilande ersättning ökat. Antalet som har vilande aktivitetsersättning

⁸ ISF, Rapport 2018:11.

har således ökat i snabbare takt än det totala antalet ersättningstagare. Andelen som haft vilande aktivitetsersättning ökade under denna period från 2 procent till 7 procent. Under åren 2018–2019 har andelen minskat något och i slutet av 2019 hade ca 6 procent vilande aktivitetsersättning. Sammantaget är det således en liten andel av samtliga personer med aktivitetsersättning som har sin ersättning vilande.

Figur 15.7 Antal och andel personer med aktivitetsersättning som någon gång under året haft vilande ersättning eller prövotid för studier



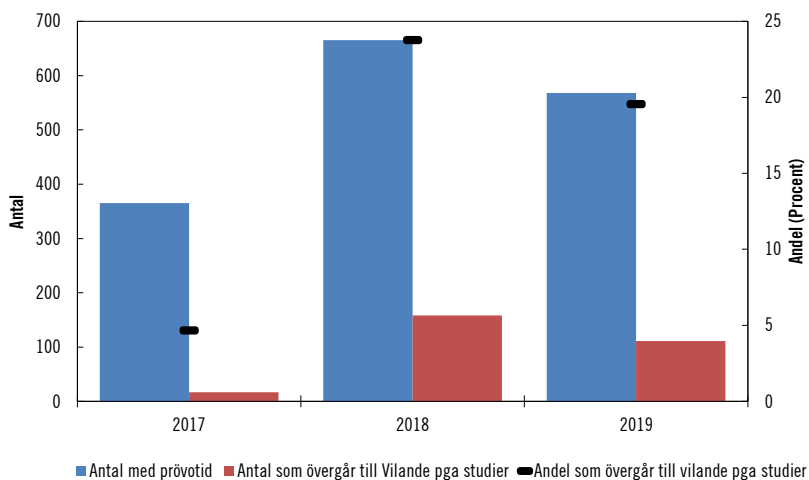
Källa: Försäkringskassan.

De allra flesta, ca 70–80 procent, har vilande aktivitetsersättning för att arbeta. Andelen som haft vilande ersättning för studier har sedan 2009 legat mellan 20 och 30 procent. Antalet studerande med vilande aktivitetsersättning har således ökat i ungefär samma takt som för dem som haft vilande aktivitetsersättning för att arbeta.

Under 2017 infördes möjligheten till prövotid för studier under sex månader för personer med aktivitetsersättning. Sedan möjligheten infördes har det årligen varit ca 400–600 personer som använt prövotid för studier, vilket motsvarar ca 1–1,5 procent av alla som hade aktivitetsersättning dessa år. Möjligheten att pröva studier påverkade antalet personer med vilande ersättning för studier negativt genom att de flesta som studerade använde prövotid för studier

i stället för vilande ersättning under den tid som regelverket tillåter. Därmed sjönk andelen som hade vilande ersättning för studier samtidigt som antalet med prøvotid för studier ökade. Sammantaget har dock antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller prøvotid för studier, ökat efter 2017 års reform. Ökningen var tydligast under 2017 och 2018. Andelen har under 2019 minskat svagt. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än 6 månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än 6 månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader. Omkring en femtedel av de som har prøvotid för studier övergår sedan till att ha vilande aktivitetsersättning för studier.

Figur 15.8 Andel som övergår från prøvotid för studier till vilande aktivitetsersättning för studier



Källa: Försäkringskassan.

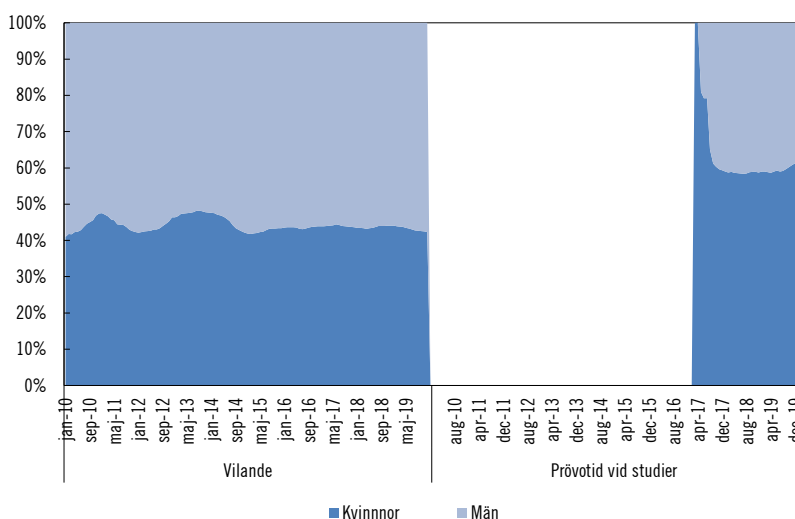
Anm. Möjligheten till prøvotid för studier infördes 2017, därav den betydligt lägre andelen som detta övergick till att ha vilande ersättning för studier.

Fördelning mellan kvinnor och män

Omkring 60 procent av de som har vilande aktivitetsersättning är män och ca 40 procent kvinnor. Denna andel har med mindre variationer varit stabil sedan 2010. Totalt sett är det något fler män än kvinnor som har aktivitetsersättning, se avsnitt 11.1.1. Även med hänsyn taget till detta är dock män överrepresenterade bland dem som har vilande aktivitetsersättning. Situationen är således den omvända i förhållande till vilande sjukersättning där det finns en tydlig överrepresentation av kvinnor.

Vad gäller provotid för studier så är det betydligt vanligare att kvinnor studerar under tid med aktivitetsersättning än män. Omkring 60 procent av kvinnorna och 40 procent av männen har provat studier. Med vetskapen om att det är något fler män än kvinnor som har aktivitetsersättning blir kvinnorna tydligt överrepresenterade bland de som provar studier under tid med aktivitetsersättning.

Figur 15.9 Andel kvinnor och män med vilande aktivitetsersättning och provotid för studier



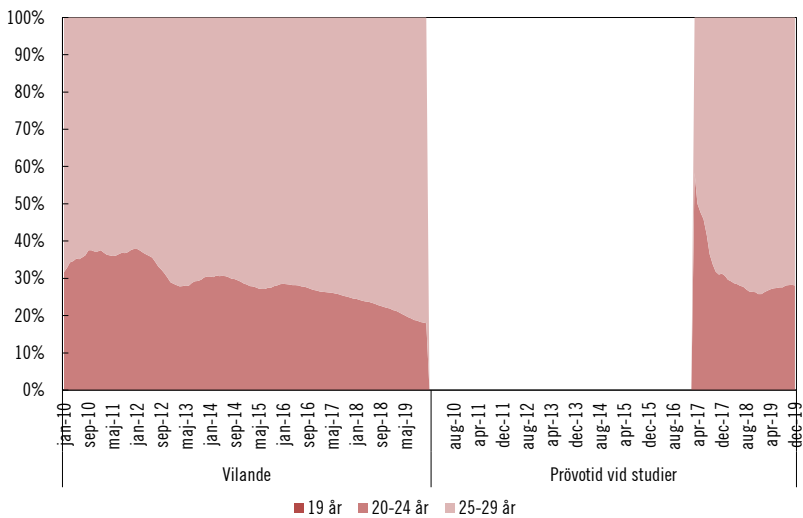
Källa: Försäkringskassan.

Fördelning mellan åldersgrupper

Både vilande aktivitetsersättning och prøvotid för studier är vanligast i åldersgruppen 25–29 år. Av dem som har vilande aktivitetsersättning utgjorde 25–29-åringarna över 80 procent vid slutet av 2019. Andelen har varierat över tid med den långsiktiga trenden sedan 2010 är åldersgruppens andel ökat.

Åldersfördelningen bland de aktivitetsersatta som prövar studier är också tydligt koncentrerade till 25–29-åringarna. Efter de första årens infasningsperiod innan systemets åldersprofil stabiliserats utgjorde 25–29-åringarna ungefär 75 procent av samtliga som hade prøvotid för studier. Under det senaste året, 2019, tycks utvecklingen gå mot en ökad andel av den yngre åldersgruppen (20–24 år) även om 25–29-åringarna fortfarande utgör 70 procent av alla som prövar studier.

Figur 15.10 Andel med aktivitetsersättning som har vilande ersättning eller prøvotid för studier, åldersgrupper

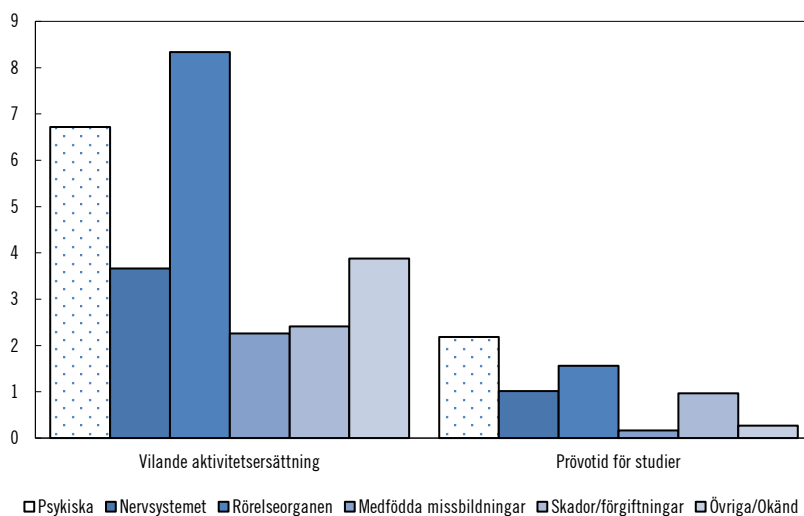


Källa: Försäkringskassan.

Diagnoser

Den ökning av antalet personer som skett med vilande aktivitetserättning och prøvotid för studier under de senaste åren syns hos de flesta diagnoskapitel. Till antalet är de vanligaste diagnoserna, sjukdomar i rörelseorganen eller psykiatriska diagnoser. Psykiatriska diagnoser är totalt sett den vanligaste diagnosen i hela populationen med aktivitetserättning medan sjukdomar i rörelseorganen inte tillhör de tre vanligaste. I den totala populationen är både skador i nervsystemet och medfödda missbildningar vanligare diagnoser än sjukdomar i rörelseorganen. Om man jämför diagnoserna hos de som har vilande aktivitetserättning och de som har prøvotid för studier följer de ungefär samma utveckling. Psykiatriska och rörelseorganen är de diagnoskapitel som dominerar bland båda dessa grupper.

Figur 15.11 Andel av det totala antalet med vilande aktivitetserättning per diagnos



Källa: Försäkringskassan.

15.3 Huvudgrupp 1: Försäkrade som har beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning före den 1 juli 2008

En stor grupp försäkrade har beviljats sjukersättning enligt de äldre regler som gällde före juli 2008. Enligt detta regelverk ställdes inte samma strikta krav på nedsättning av arbetsförmåga för att sjukersättning skulle kunna beviljas som i dag. Tidigare räckte det exempelvis med att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt jämfört med arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det krävdes också enbart varaktigt nedsatt arbetsförmåga, inte som i dag stadigvarande nedsättning. Det fanns även möjlighet att väga in andra faktorer än de rent medicinska vid prövning av rätt till ersättning, exempelvis försäkrades ålder, tidigare utbildning och bosättning.

Som framgått tidigare var beviljandet som störst under mitten av 2000-talet. År 2005 uppbar ca 540 000 försäkrade sjukersättning. Antalet individer som har sjukersättning har därefter minskat successivt över tid. I december 2019 uppgick antalet personer med sjukersättning till knappt 250 000. Av dessa var omkring 60 procent personer som hade fått sin ersättning beviljad före lagändringen den 1 juli 2008 och 40 procent personer som beviljats sjukersättning efter den 1 juli 2008. Den kraftigaste nedgången i antal personer med sjukersättning skedde från mitten av 2008 till början av 2012. En viktig orsak till denna utveckling är de regelförändringar som genomfördes den 1 juli 2008 som innebar skärpta krav för att beviljas stadigvarande sjukersättning, samtidigt som den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades.

Av naturliga skäl minskar huvudgrupp 1 fortlöpande, dvs. personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008. Varje år minskar gruppen genom att försäkrade uppnår 65 års ålder och därmed inte längre kan få sjukersättning.⁹ Det sker alltså heller inget inflöde till gruppen, eftersom man inte kan nybeviljas sjukersättning enligt dessa äldre regler. Mot bakgrund av det stora antal försäkrade som hade sjukersättning före juli 2008 är gruppen, trots att det har gått tretton år sedan regeländringarna, fortfarande relativt stor. I slutet av år 2019 uppgick gruppen till ca 144 000 individer.

Det som särskilt utmärker denna grupp är att de individer som ingår omfattas av reglerna om steglös avräkning, se avsnitt 14.2.4.

⁹ En liten andel avlider också och lämnar på så sätt försäkringen.

Till skillnad från andra försäkrade med sjukersättning eller aktivitetsersättning har denna grupp också möjlighet att studera, arbeta ideellt (utan inkomst) m.m. utan att det påverkar rätten till eller utbetalning av ersättningen.

15.3.1 Förvärvarsarbete med steglös avräkning

Som tidigare nämnts kan försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008 arbeta enligt reglerna för steglös avräkning.

Antalet personer som uppbar sjukersättning ökade kraftigt under 2000-talets början. Mellan åren 2004 och 2008 var det nästan 500 000 personer som hade sjukersättning (antalet inkluderar såväl personer med tidsbegränsad som icke tidsbegränsad sjukersättning). Bakgrunden till reglerna för steglös avräkning var att regeringen sökte lösningar för att minska antalet personer med sjukersättning och skapa drivkrafter för att återvända till arbetsmarknaden. Innan regelverket med steglös avräkning infördes var det färre än en procent av dem som en gång beviljats sjukersättning tills vidare som återgick till arbetskraften varje år. Utgångspunkten var att reglerna skulle bidra till att öka arbetsutbudet för denna grupp.¹⁰ Förväntningen när steglös avräkning infördes var att de personer som använder sig av möjligheten att arbeta utan att förlora sin rätt till sjukersättning successivt skulle utöka sitt arbetsutbud. När reglerna om steglös avräkning infördes var utgångspunkten att de skulle bidra till att öka arbetsutbudet, att reglerna skulle vara så transparenta och enkla som möjligt och att administrationen av regelverket skulle vara enkel, men utan att systemet av allmänheten skulle upplevas som alltför generöst eller orättvist.¹¹

¹⁰ ISF, rapport 2018:11, Steglös avräkning, s. 8, Försäkringskassan, rapport 2007:12 "Vägen tillbaka" och prop. 2007/08:124, s. 37.

¹¹ Prop. 2007/08:124, s. 46.

En försäkrad som inte ansöker i förväg omfattas i vissa fall inte längre av regelverket

En situation som kan uppstå är om den försäkrade inte ansöker om steglös avräkning innan han eller hon börjar arbeta, och det inte heller föreligger någon giltig anledning till att den försäkrade har gjort en för sen ansökan eller att ansökan har uteblivit. I sådant fall blir reglerna i 36 kap. 9–21 §§ samt 110 kap. 50–52 §§ SFB tillämpliga i stället för reglerna i 37 kap. SFB. Rätten till ersättning kan i detta fall omprövas på samma sätt som för personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller från och med den 1 juli 2008.

15.3.2 Vilka personer använder sig av steglös avräkning?

I avsnitt 15.2 redogörs för utvecklingen över tid bl.a. vad gäller antalet försäkrade som använder möjligheten till arbete med steglös avräkning och sammansättningen av gruppen.

ISF konstaterar att det finns skillnader mellan de som omfattas av steglös avräkning och som använder sig av regelverket eller ej.¹² Personer som använder sig av steglös avräkning har egenskaper som vanligtvis värderas högt på arbetsmarknaden. jämfört med de som inte använder regelverket. Några egenskaper som identifieras är att de personer som använder sig av steglös avräkning, jämfört med de som inte använder sig av reglerna,

- har högre utbildning.
- är yngre än de som inte använder sig av steglös avräkning.
- har inkomstbaserad sjukersättning, dvs. sjukersättning som i högre grad är baserad på tidigare arbetsinkomster.
- har partiell, i stället för hel, sjukersättning.

Gruppen som har använt sig av steglös avräkning är i genomsnitt mellan fem och sex år yngre än de som inte använt sig av möjligheten, oavsett sjukersättningens omfattning. De som har partiell ersättning kan lättare utöka sitt arbetsutbud eftersom de redan har etablerade kontakter med arbetslivet. Det är vanligare att kvinnor har partiell sjukersättning än att män har det. Men bland de med hel

¹² ISF, rapport 2018:11.

respektive partiell sjukersättning, är det små skillnader i vilken omfattning kvinnor och män använder sig av steglös avräkning. De som använder sig av steglös avräkning har alltså typiskt sett en relativt starkare position på arbetsmarknaden jämfört med gruppen som inte använder steglös avräkning.

De med partiell sjukersättning använder steglös avräkning mer än de som har hel sjukersättning. Andelen personer som har använt steglös avräkning är ungefär dubbelt så stor för de med partiell sjukersättning än för de med hel sjukersättning. De kan lättare utöka sitt arbetsutbud eftersom de redan har etablerade kontakter med arbetslivet. Det är vanligare att kvinnor har partiell sjukersättning än att män har det. Men bland de med hel respektive partiell sjukersättning, är det små skillnader i vilken omfattning kvinnor och män använder sig av steglös avräkning.

ISF fann inga stora skillnader i fördelningen av diagnoser mellan gruppen som har använt och gruppen som inte har använt steglös avräkning. Resultaten tyder enligt ISF på att sjukdomsdiagnosen som Försäkringskassans har angivit i beslutsunderlaget för att bevilja sjukersättning inte har haft någon större betydelse för om personen har använt steglös avräkning eller inte. En intressant observation som utredningen kan konstatera att ISF gör är dock kring diagnosgruppen ”skador och förgiftningar”. I gruppen som har använt steglös avräkning är det cirka fyra procentenheter fler som har en huvuddiagnos inom denna diagnosgrupp än bland gruppen som inte har använt steglös avräkning. Inom diagnoskapitlet finns diagnoser som gäller bestående skador i rörelseorganen efter olyckor, till exempel whiplashskador. Diagnoskapitlet innehåller också sjukdomsdiagnoser som sätts vid narkotikamissbruk och annan missbruksproblematik.

I övrigt kan konstateras att ISF också bedömer att skillnaderna i diagnos är så små mellan kvinnor och män att det inte motiverar att särredovisa statistiken på samma sätt som för omfattningen på sjukersättningen.

Det är framför allt försäkrade över 50 år som använder steglös avräkning

Av tidigare redovisning framgår att nästan 90 procent av alla som arbetade med steglös avräkning 2019 var äldre än 50 år. Andelen har ökat över tid. Detta beror sannolikt på att några nya försäkrade inte kommer in i gruppen och att andelen äldre därmed ökar över tid.

En annan möjlig förklaring är att personer i denna åldersgrupp har en bättre anknytningsgrad till arbetsmarknaden. De kan i större utsträckning ha arbetat innan de beviljades sjukersättning och har därmed bättre förankring på arbetsmarknaden, även fast de nu får sjukersättning.

Personer där sjukersättningen har minskat till noll kronor eller upphört

För vissa försäkrade med sjukersättning minskar ersättningen till noll kronor. Det beror t.ex. på att de har haft en arbetsinkomst som överstiger åtta prisbasbelopp. För vissa försäkrade upphör också rätten till ersättning för att den försäkrade har av sagt sig rätten till sjukersättning, eller så har Försäkringskassan dragit in deras rätt till sjukersättning.

Detta är relativt ovanligt. Under åren 2009 till 2016 hade 3 328 personer som arbetade ett eller flera år med steglös avräkning fått sjukersättningen minskad till noll kronor under minst en månad. Detta var vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare bland personer med partiell sjukersättning än bland personer med hel sjukersättning.¹³ Av de personer som av säger sig rätten till sjukersättning är det fler som gör det efter att de har använt steglös avräkning jämfört med gruppen som inte har använt steglös avräkning. De flesta av personerna som har fått sjukersättningen minskad till noll kronor har använt steglös avräkning under alla kalenderår som det varit möjligt. Granskningen visar också att det vanligaste är att personer som använt steglös avräkning är kvar i samma bransch och hos samma arbetsgivare.¹⁴

De flesta som lämnar sjukersättningen efter att ha använt steglös avräkning gör det eftersom det har fungerat bra att arbeta och för att

¹³ ISF, 2018:11, s. 54.

¹⁴ ISF, 2018:11, s. 57.

de upplever att de mår bättre. Men många personer lämnar också sjukersättningen för att de vill fortsätta att arbeta men vill slippa administrationen kring steglös avräkning, för att de är rädda för återbetalningskrav eller för att de upplever det som besvärande att de inte har rätt till vare sig sjuklön eller sjukpenning under tid med steglös avräkning.

Sistnämnda orsaker till att lämna sjukersättningen liknar de förklaringar som finns för att personer från första början väljer att inte arbeta med steglös avräkning, och som diskuteras vidare i de följande avsnitten.

Färre än beräknat använder steglös avräkning

Enligt kommittédirektiven är utgångspunkten för uppdraget att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjukersättning. Den fortsatta analysen syftar därför till att undersöka varför inte fler försäkrade använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning. När steglös avräkning infördes i januari 2009 hade omkring 420 000 personer rätt att använda reglerna. Gruppen har därefter successivt minskat allteftersom personerna har uppnått åldern då de inte längre kan få sjukersättning. I en mindre omfattning beror minskningen också på att försäkrade har av sagt sig sjukersättningen eller att personer som haft ersättningen har avlidit.

Vid införandet av regelverket var beräkningen att ca 70 000 årligen skulle använda sig av steglös avräkning¹⁵. I praktiken har det blivit betydligt färre, se avsnitt 15.2.1. Att möjligheten till att använda sig av steglös avräkning inte används i större utsträckning kan delvis bero på egenskaper och uppfattningar hos individerna i gruppen. En annan möjlig förklaring är att det begränsade antalet individer som använder sig av möjligheten kan hänga samman med hur regelverket är utformat. Avsikten var att reglerna om steglös avräkning skulle vara transparenta och enkla att administrera, men inte upplevas som alltför generösa eller orättvisa av allmänheten.

¹⁵ I Prop. 2007/08:124, s. 85, utgick regeringen ifrån Försäkringskassans uppskattning att ca 70 000 personer kommer att ansöka om steglös avräkning.

15.3.3 Möjliga förklaringar till varför inte fler väljer att förvärvsarbeta enligt reglerna för steglös avräkning

Under följande avsnitt diskuteras ett antal faktorer, interna och externa, som kan anses utgöra möjliga förklaringar till varför möjligheten att arbeta utifrån reglerna om steglös avräkning används endast i den begränsade utsträckning som är fallet. Genom granskningen avser utredningen att undersöka om regelverket eller tillämpningen av det samma har inslag som ger incitament till att avstå från förvärvsarbete.

Inspektionen för socialförsäkringen har granskat reglerna för steglös avräkning.¹⁶ Granskningen visar bl.a. att omfattningen av förvärvsarbete för de som använder sig av steglös avräkning ökar över tid, men antalet personer är fortfarande inte i närheten av de nivåer som beräknades när reglerna infördes. De flesta arbetar bara så mycket att de inte riskerar att behöva betala tillbaka sjukersättningen och går därigenom miste om en inkomstförstärkning som ett eventuellt ytterligare ökat arbetsutbud ger.¹⁷

I en rapport från IFAU från samma år utvärderas effekterna av steglös avräkning i sjukersättningen på ersättningstagarnas arbetsutbud och utbildningsnivåer.¹⁸ Den teoretiskt förväntade effekten är enligt IFAU positiv. Nästan inga sjukersättningstagare arbetade alls på delen med ersättning innan reformen, och för denna grupp är den teoretiskt förväntade effekten positiv. Utifrån resultaten i rapporten menar IFAU emellertid att reformen inte har haft någon positiv effekt på vare sig arbetsutbud eller utbildningsnivåer för vare sig heller delersättningstagare. Resultaten skulle enligt rapportförfattaren kunna tolkas som att de ekonomiska incitamenten av steglös avräkning inte är tillräckligt stora för att förmå sjukersättningstagarna att använda sin restarbetsförmåga och öka sitt arbetsutbud. En annan möjlighet kan vara en osäkerhet kring att få behålla sin ersättning och tilltron till löftet om att rätten till ersättning inte ska omprövas om ersättningstagaren genom arbete uppvisar en viss arbetsförmåga. Ytterligare en förklaring kan vara att det saknas tillräcklig efterfrågan på arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Det borde då vara vanligare att deltidsersatta utökar sitt arbetsutbud än heltidsersatta eftersom de står närmare arbetsmarknaden. Resultaten visar

¹⁶ ISF 2018:11.

¹⁷ Försäkringskassan, svar på ISF rapport 2018:11, 2018-06-25.

¹⁸ IFAU, Rapport 2018:6, Andersson J, "Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning".

dock inte på någon positiv effekt av steglös avräkning för denna grupp. Det gäller även effekten på utbildning, vilket är ett utfall som inte borde påverkas av efterfrågesidan. En annan förklaring till att resultaten inte pekar på några sysselsättnings- eller utbildningseffekter för gruppen med steglös avräkning kan vara att gruppens restarbetsförmåga generellt sett är låg.

I en äldre underlagsrapport från Finanspolitiska rådet¹⁹ diskuteras många frågor kopplade till socialförsäkringarna, däribland steglös avräkning och dess marginaleffekter. Rapporten är författad året efter att reglerna om steglös avräkning infördes. Rapporten redogör för en inställning som är positiv till regelverket om steglös avräkning och utredarna skriver att steglös avräkning sannolikt ökar incitamenten till förvärvsarbete. Utredarna argumenterar för att steglös avräkning ökar incitamenten att förvärvsarbete i högre grad än vad vilande sjukersättning gör.

En viktig aspekt som kan förklara skillnaderna i rapporterna och respektive slutsatser är vilka grupper av försäkrade som har studerats. IFAU har, för att hitta likvärdiga grupper före och efter regeländringarna i juli 2008 att studera, valt att fokusera på gruppen med så svår hälsoproblematik att de skulle beviljas sjukersättning med de nya striktare regler som gäller för icke tidsbegränsad sjukersättning i dag. Genom den matchningsstrategi som används i rapporten jämförs således endast ersättningstagare som enligt IFAU ”inte påverkades av förändringen av kraven för sjukersättning”²⁰

ISF anför i sin rapport, som tillkommit efter IFAU:s rapport, bl.a. om IFAU:s urvalsmetod att ”Effekter på arbetsutbudet mäts i rapporten genom att jämföra ett antal utfall kopplade till arbetsutbudet mellan de personer som har möjlighet och de personer som inte har möjlighet att använda sig av steglös avräkning. Exempelvis tolkas en högre inkomst för gruppen som omfattas av steglös avräkning som en positiv effekt på arbetsutbudet. Att skatta effekterna på arbetsutbudet genom att jämföra utbudet hos de två grupperna är dock problematiskt. Ett stort problem är att de regelförändringar som samtidigt infördes i socialförsäkringen medförde att det blev betydligt svårare att beviljas sjukersättning efter den 1 juli 2008 än

¹⁹ Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter; Finanspolitiska rådet publicerar utöver den årliga rapporten även underlagsrapporter av fristående forskare och utredare i skriftserien *Studier i finanspolitik*.

²⁰ IFAU 2018:6, s. 6 och 23.

före och att de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som började gälla efter detta datum har betydligt sämre hälsa och arbetsmarknadsutsikter. I rapporten försöker man hantera detta genom ett matchningsförfarande som syftar till att finna personer som har samma (identiska) egenskaper för ett antal centrala variabler. Genom matchningsförfarandet undersöks därmed endast en del av den grupp som omfattas av steglös avräkning – och det är den del som har sämre arbetsmarknadsutsikter än vad gruppen som helhet har.”

Utredningen kan konstatera att resultaten som IFAU presenterar i rapporten därmed får läsas med viss försiktighet. De kan vara korrekta för den grupp som IFAU har studerat, men enligt IFAU:s urvalsmodell omfattas inte hela gruppen som omfattas av reglerna om steglös avräkning. Eftersom det är stora skillnader mellan reglerna för att beviljas sjukersättning före juli 2008 och reglerna fr.o.m. denna tidpunkt, är det också stora skillnader mellan gruppernas sammansättning, samt deras förutsättningar för att t.ex. använda en restarbetsförmåga för förvärvsarbete. Regelverket om steglös avräkning infördes för att en större del av de försäkrade med sjukersättning beviljad före juli 2008 skulle få mer incitament att använda en restarbetsförmåga, och utifrån en uppfattning att sådan restförmåga även fanns hos flera personer i denna grupp, bl.a. eftersom många hade beviljats sjukersättning och inte alltid renodlat på medicinska grunder. Genom att studera endast den andel med sämst hälsa i denna grupp – som alltså enligt utgångspunkten i IFAU:s rapport skulle ha beviljats sjukersättning även med de betydligt striktare reglerna efter juli 2008 – utesluts till stor del den grupp som reglerna framför allt avsåg att omfatta, och där möjligheten till restarbetsförmåga som kan användas sannolikt är som störst.

Målgruppens sammansättning påverkar nivån på användandet och utvecklingen över tid

Som har beskrivits ovan så kan det antas att de som beviljades sjukersättning före juli 2008 har en större arbetsförmåga, i vart fall vid den tidpunkt då sjukersättning beviljades jämfört med de två andra huvudgrupperna i utredningens analys. Ett av skälen till detta är regelverkets konstruktion före 2008; försäkrade fick alltså då bl.a. sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande arbeten. En annan aspekt är det stora antal personer som beviljades sjukersätt-

ning under tiden 2003–2008 med en topp 2005. Som tidigare kunnat konstateras var det även andra faktorer än rent medicinska som vägdes in vid bedömning av rätt till ersättning och detta bidrog också till det höga beviljandet av sjukersättning under denna tidsperiod.

I förarbetena anger att det kan förutsättas att det finns personer inom gruppen som har en kvarvarande arbetsförmåga.²¹ Regeringen hänvisade till att det enligt flera underökningar finns kvarstående arbetsförmåga hos en betydande andel av personer med sjukersättning. I en studie av Försäkringskassan²² uppgav cirka 12 procent av gruppen att man skulle kunna utföra arbete med vissa förändringar av arbetsförhållandena – även utan ekonomiska incitament. Ungefär samma resultat erhöles i det s.k. Pilaprojektet.²³ Regeringen noterade även att det förelåg stora regionala skillnader och att dessa rimligen inte kunde bero på skillnader i hälsa och/eller arbetsförmåga.²⁴

Antalet personer som har sjukersättning enligt reglerna som gällde före juli 2008, och som alltså skulle kunna använda reglerna om steglös avräkning, har minskat i takt med att de uppnår åldern då man inte längre kan ha sjukersättning. Med ökande ålder och längre tid med sjukersättning minskar också sannolikheten för att en försäkrad ska börja använda sig av reglerna om steglös avräkning. I dessa fall har många de försäkrade varit borta från arbetsmarknaden under flertalet år.

Av figur 15.4 framgår att det skett en förskjutning av de åldersgrupper som använder steglös avräkning. Åldersgrupperna 60+ och 50–59 har ökat medan yngre åldersgrupper har minskat. Av intresse är också att *antalet* personer som använder möjligheten till arbete med steglös avräkning har minskat över tid, medan *andelen* personer har ökat (se figur 15.5). Vid reglernas införande 2009 använde endast 1,9 procent av målgruppen möjligheten att arbeta med steglös avräkning medan det år 2019 var 4,7 procent.

Denna ökning beror på att de personer som omfattas av regelverket har blivit färre medan antalet som använder steglös avräkning legat kvar på en förhållandevis konstant nivå under hela perioden.

²¹ Prop. 2007/08:124, s. 48–50.

²² Försäkringskassan, Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning, 2008:2.

²³ Pilaprojektet innefattade en genomgång och granskning av samtliga långa sjukfall, tidsbegränsade sjukersättningar och aktivitetsersättningar. I oklara eller svårbedömda ärenden anlitas en utomstående utredningstjänst för bedömning av medicinskt tillstånd och arbetsförmåga. Pilaprojektet genomförs på uppdrag av regeringen i samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

²⁴ Prop. 2007/08:124, s. 38.

Antalet personer som har använt sig av steglös avräkning har varierat mellan ca 8 000 och 10 000 personer och antalet personer som har partiell sjukersättning är en tredjedel av antalet personer med hel sjukersättning.

En möjlig förklaring till att andelen ökat skulle kunna vara att möjligheten har blivit mer känd över tid hos de försäkrade som omfattas. Av statistiska uppgifter framgår att ett litet antal användare tillkommer varje år, som inte tidigare har använt sig av regelverket.

En annan möjlig förklaring skulle kunna vara att de som faktiskt använder sig av möjligheten att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning tidigare har tillhört en yngre ålderskategori och att dessa personer fortsätter att använda möjligheten till arbete högre upp i åldrarna. Av statistiken framgår att det främst är åldersgrupperna 50–59 år och 60+ som använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning.

Ytterligare en möjlig förklaring är att den medicinska utvecklingen över tid har medfört vissa framsteg som gör att försäkrade som tidigare haft nedsatt arbetsförmåga numera har fått eller återfått arbetsförmåga. Detta skulle i så fall kunna medföra att något fler, sett som andel av den potentiella gruppen, prövar att arbeta med steglös avräkning.

I denna analys är det slutligen viktigt att ha i åtanke att den grupp som över tid har använt möjligheten till steglös avräkning är liten. Även om andelen som använder regelverket har ökat från 1,9 procent 2009 till 4,7 procent 2019, handlar det samtidigt om en minskning från ca 9 000 individer till ca 6 000 individer. Även förklaringsmodeller som kan tänkas ha inneburit små förändringar i antalet personer som påverkas kan således få relativt stort utslag i den andel som använder möjligheten till steglös avräkning.

Svårigheter att hitta passande arbete

En möjlig förklaring till att inte fler använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning är att det är svårt att hitta ett passande arbete.

Försäkringskassan genomförde under 2009 och 2010 en enkätstudie och intervjuer med personer som tillhör gruppen som omfattas av steglös avräkning. Dessa undersökningar visade att de stark-

aste drivkrafterna till att förvärvsarbeta för försäkrade med sjukersättning var lusten och viljan att börja arbeta och möjligheten till steglös avräkning. En drivande faktor var för många att få ett arbete som är anpassat efter deras behov och förutsättningar. Ett arbete har också en social funktion och gör det möjligt att träffa människor och ha kontakt med arbetskamrater.²⁵

En förutsättning för att möjligheten att arbeta ska användas av den försäkrade är, utöver en önskan att arbeta, emellertid också att det finns ett arbete som han eller hon kan få. Detta innebär att en viktig förklaring till varför inte fler med sjukersättning väljer att förvärvsarbeta kan vara arbetsmarknadens konstruktion och att dessa personer inte kommer in på arbetsmarknaden, trots en vilja att arbeta.

Arbetslösheten har sedan 1990-talets kris etablerat sig på en högre nivå och kvalifikationskraven har höjts, organisationer har slimmats och det har generellt sett blivit svårare för personer med en nedsatt hälsa att få och behålla ett arbete. Personer med funktionsnedsättning är i lägre utsträckning i arbetskraften, har en lägre sysselsättning och en högre arbetslöshet än övriga befolkningen. Enligt Funktionsrätt Sverige har personer med funktionsnedsättning ofta svårigheter med att möta de varierande krav som omvärlden och arbetsplatsen uppställer. Det kan också handla om rent fysiska hinder i arbetsmiljön. Sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning är lägre, fördomar och diskriminering förekommer liksom otillräcklig kunskap om hur arbetssituationen kan göras tillgänglig för alla. Möjligheterna att bli anställd är inte densamma som för andra.²⁶ Enligt Försäkringskassan är det vidare generellt svårt för unga individer och särskilt svårt för individer med funktionshinder att komma in på arbetsmarknaden.²⁷ DHR framhåller att det är en hög andel av personer med funktionsnedsättning som är långtidsarbetslösa oavsett konjunkturläge, både i dagsläget och i ett historiskt perspektiv. Många som söker arbete får en praktikplats i ett par månader och får sedan gå vidare till en ny praktikplats. Att det är svårt för personer med funktionsnedsättning att hitta arbete beror

²⁵ Försäkringskassan, Uppföljning av hur det går för dem som ansökt om att arbeta med steglös avräkning och kännedom om de nya reglerna, 2009, Svar på regleringsbrev, Dnr 104604-2009 och Försäkringskassan, Steglös avräkning – förvärvsarbete, studier och ideellt arbete, 2010, Svar på regleringsbrev, dnr 090969-2010.

²⁶ Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

²⁷ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12.

främst på bristande fysisk tillgänglighet på arbetsplatser och negativa attityder eller okunskap hos arbetsgivare.²⁸ Som tidigare konstaterats finns också svårigheter med den diskrepans som föreligger mellan att vissa personer anses ha en arbetsförmåga i förvärvsarbete jämfört med dessa personers reella möjligheter att faktiskt kunna få ett sådant arbete.

Redan i förarbetena inför införandet av reglerna om steglös avräkning konstaterades att orsakerna till att inte fler hade använt möjligheten till att arbeta med vilande sjukersättning främst var svårigheterna att hitta passande arbeten, men att det också kunde konstateras att inställningen inte varit särskilt positiv hos arbetsgivare eller arbetsförmedlingar till att personer med aktivitets- eller sjukersättning försöker komma in i eller återgå till arbetslivet.²⁹

I en rapport från Finanspolitiska rådet beskrivs utredarna att beräkningar visade på att drygt 54 000 personer skulle komma att bli utförsäkrade under 2010.³⁰ Många av dessa hade stått utanför arbetsmarknaden under flera år och många av dem hade psykiska diagnoser. Det beskrivs även att risken är att många av dessa personer har förlorat stora delar av sitt humankapital. Hit ska inte bara antal år utan arbetslivserfarenhet räknas utan även avsaknad av möjligheter till internutbildning på jobbet, andra kompetenshöjande insatser, självförtroende och motivation som följer med att arbeta. Att varit borta från arbetsmarknaden i sju år kan betyda att man hamnat långt efter i kompetens jämfört med personer som under samma period kunnat arbeta.

En ytterligare fråga som utredarna ställde sig i rapporten Studier i finanspolitik 2010/5 är om dagens arbetsmarknad överhuvudtaget erbjuder jobb till alla dem som varit borta länge från arbetsmarknaden. Enklare arbeten som tidigare fanns konstaterar man har försvunnit och är inte lönsamma för arbetsgivare med de lönenivåer som gäller i dag; detta alltså redan 2010, denna utveckling har fortsatt. Om sådana enklare jobb är önskvärda eller inte är en politisk fråga, fortsätter utredarna i rapporten och menar att lönesubventionen inom ramen för de regler som då gällde för nystartsjobb kanske inte räcker för att sådana jobb ska skapas – subventionen är ju tänkt att fasas ut när arbetstagaren blivit mer produktiv med tiden.

²⁸ Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

²⁹ Prop. 2007/08:124, s. 37–38.

³⁰ Rapport 2010/5, Finanspolitiska rådet.

Eftersom studien är från 2010 bör dock dessa slutsatser enligt utredningen läsas med viss försiktighet; anställningsstödens generositet kan bl.a. ha förändrats sedan dess.

Inte heller steglös avräkning har som primärt syfte att skapa nya jobb. Att inte särskilt många tagit del av dessa åtgärder kan tyda på att det behövs helt andra ekonomiska incitament för att arbetsgivare ska lockas att anställa personer som förlorat eller saknar tillräckliga kvalifikationer.³¹

Utredningen kan konstatera att det är en rad faktorer som måste sammanfalla på ett gynnsamt sätt för att ett arbete ska fungera. Det måste finnas någon form av framtidsutsikt i arbetet för att de ekonomiska riskerna för den enskilde (exempelvis risken för återkrav och utebliven ersättning vid tillfällig sjukdom) ska vara motiverade. De ”enklare” arbeten som arbetsmarknaden i dag erbjuder är dock alltmer av tillfällig natur, med tillfälliga anställningar, behovsanställningar och krav på uppdrag genom eget företag. Utvecklingen av arbetsmarknaden får sägas ha varit försvårande för denna grupp människor.

I svar till utredningen från flera organisationer för personer med funktionsnedsättning har beskrivits bl.a. hur de försäkrade har svårt att hitta arbeten med kontinuitet. Bristen på arbeten består bl.a. i bristande fysisk tillgänglighet och negativa attityder från arbetsgivare. Andra förutsättningar som måste fungera är kopplingen till andra system, såsom stöd från Arbetsförmedlingen, ev. personlig assistans och transport.³²

Som redogjordes för i föregående avsnitt tycks arbetsmarknadsaspekten utgöra ett mindre hinder för de försäkrade som har partiell sjukersättning. Dessa individers arbetsförmåga är redan som grundförutsättning högre än för dem som har hel sjukersättning. Vidare har de individer som har partiell ersättning ofta också ett arbete på deltid och har därför lättare att trappa upp i arbetstid vid en förbättring av arbetsförmågan. Dessa personer har således i regel en starkare förankring på arbetsmarknaden och kan därmed lättare öka omfattningen på sitt arbete.

³¹ Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen, En diskussion om deras förväntade effekter, s. 37.

³² Svar från DHR, Funktionsrätt Sverige, RSMH och Unga rörelsehindrade på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

Dessa personer använder följaktligen också steglös avräkning i högre utsträckning än de försäkrade som har hel sjukersättning.³³ Detta inte förvånande och samma slutsats drar ISF³⁴ samt förutspåddes även vid införande av regelverket.³⁵

IFAU fann i en granskning visst stöd för att närheten till arbetsmarknaden spelar roll för effekten av steglös avräkning. Resultaten tyder på en positiv effekt för personer med hel ersättning ifall de arbetade i nära anslutning till är de beviljandes sjukersättning, Denna grupp var dock liten och det är därför enligt IFAU svårt att dra säkra slutsatser utifrån denna analys.³⁶

Arbetsgivarperspektivet

För arbetsgivare som har anställda som har sjukersättning finns ett antal faktorer som behöver hanteras. En del aspekter är kopplade till kollektivavtalade förmåner. Ofta finns kollektivavtalade ersättningar som är kopplade till om den försäkrade har sjukersättning och om arbetstagaren får helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. Arbetsgivare behöver ha vetskap om den anställde har sjukersättning och arbetar enligt reglerna för steglös avräkning, så övriga ersättningar kan hanteras korrekt. Det gäller t.ex. utbetalning av sjuklön. Detta är särskilt aktuellt vid nyrekryteringar, då det inte nödvändigtvis framgår att arbetstagaren har sjukersättning och/eller att den försäkrade inte informerar arbetsgivaren om det.

Ekonomiska incitament för att arbeta

Steglös avräkning tillåter arbetsinkomster för personer med hel sjukersättning upp till ett prisbasbelopp utan att det påverkar storleken på utbetalningen av sjukersättningen. 2021 är prisbasbeloppet 47 800 kronor. Arbetsinkomster över fribeloppet, upp till åtta prisbasbelopp, minskar sjukersättningen med 50 procent av denna så kallade reduceringsinkomst.

Sjukersättning betalas dock inte ut till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger

³³ Se t.ex. ISF Rapport 2018:11 och Försäkringskassan, svar på ISF:s rapport 2018:11, 2018-06-25.

³⁴ ISF, 2018:11, s. 30.

³⁵ Prop. 2007/08:124, s. 87–89.

³⁶ IFAU 2018:6.

8 prisbasbelopp. Om sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp ska därför en ytterligare reduktion göras av sjukersättningen. Det kan innebära att en försäkrad som har en hög inkomst får hela sin sjukersättning bortreducerad.

Syftet med reformen var att med hjälp av ekonomiska incitament förmå försäkrade som tillhör målgruppen att återgå i arbete. En förklaring till att det inte är fler personer i denna grupp arbetar med steglös avräkning skulle kunna vara att de försäkrade visserligen har en förbättrad arbetsförmåga, men väljer att inte använda sig av denna för att det ekonomiska utfallet inte bedöms vara tillräckligt gynnsamt. I så fall skulle det alltså ändå saknas tillräckliga ekonomiska incitament för den enskilde att välja att använda en förbättrad arbetsförmåga för arbete.

Att ekonomiska incitament generellt påverkar individer är välkänt.³⁷ Det är emellertid oklart hur de ekonomiska incitamenten i form av steglös avräkning närmre påverkar personer med sjukersättning och deras drivkraft att arbeta. I förarbetena diskuteras margineffekter och ett uttalat mål med reglerna var att i möjligaste utsträckning hålla nere margineffekterna så att det ska löna sig för den enskilde att öka sitt arbetsutbud.³⁸ Margineffekten uttrycker hur mycket en person får behålla av en inkomstökning efter att skatt och eventuella ersättningar och bidrag är avdragna. En margineffekt på 100 procent innebär att personen inte får behålla någon del av inkomstökningen, eftersom bidrag och ersättningar etc. minskar när inkomsten ökar. Är margineffekten noll procent får personen i stället behålla hela inkomstökningen. För steglös avräkning är margineffekten ca 30 procent för arbetsinkomster upp till fribeloppet.³⁹ Margineffekten är något högre för personer med bostadstillägg.⁴⁰ Margineffekten ökar också för arbetsinkomster över fribeloppet eftersom sjukersättningen då reduceras med 50 procent av inkomsten. Det innebär att för inkomster över fribeloppet är den sammantagna margineffekten ofta 80 procent eller mer beroende på om personer har bostadstillägg eller inte. Margineffekten är

³⁷ Se t.ex. Køstøl A R, Mogstad M (2014): How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work.

³⁸ Prop. 2007/8:124, s. 48.

³⁹ Beroende på skattesatsen i kommunen den försäkrade bor i.

⁴⁰ Se ISF, 2018:11, bilaga 4, för information om hur till exempel avtalsförsäkringar, arbetskadellivranta eller bostadstillägg påverkas av steglös avräkning.

högre om den beräknade preliminära sjukersättningen tillsammans med den beräknade förvärvsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp, eftersom det i så fall ska göras ytterligare reducering av sjukersättningen.

Den förväntade effekten av att vara berättigad till steglös avräkning beror enligt IFAU på hur varje individ värderar konsumtion jämfört med fritid och hur många arbetstimmar en avvägning mellan dessa parametrar resulterar i. Denna avvägning beror i sig på vilken arbetsförmåga man har och vilken påfrestning, eller onytta, man får från arbete. För personer som väljer att arbeta enligt regelverket med vilande ersättning kan effekten både vara negativ och positiv. Sammantaget är dock den förväntade effekten av reformen positiv, eftersom det var få som arbetade med vilande ersättning. Personer som med vilande ersättning inte väljer att arbeta på delen med ersättning, kan förmås att börja arbeta genom steglös avräkning eftersom kompensationen för att arbeta en extra timme är högre. De kan också välja att stanna kvar på samma arbetsutbud om de även med den högre möjliga kompensationen, med hänsyn till den nytta arbete ger, fortfarande värderar ytterligare konsumtion lägre jämfört med bibehållen omfattning av fritid. Om det finns en restarbetsförmåga bland de som väljer att inte arbeta utan steglös avräkning, borde responsen av reformen vara positiv så länge inte samtliga dessa har preferenser som gör att de inte vill arbeta oavsett de finansiella incitamenten.⁴¹

IFAU når emellertid slutsatsen att systemet med steglös avräkning inte har haft någon positiv effekt, varken på arbetsutbud eller utbildningsnivåer och varken för personer med hel eller partiell ersättning. Myndigheten anger att resultaten skulle kunna tolkas som att de ekonomiska incitamenten av steglös avräkning inte är tillräckligt stora för att förmå sjukersättningstagarna att använda sin restarbetsförmåga och öka sitt arbetsutbud.⁴² Hypotesen utvecklas inte närmare utan presenteras som möjlig förklaring.

I en underlagsrapport till Finanspolitiska rådet anges att det finns två skillnader mellan steglös avräkning och vilande sjukersättning som talar för att steglös avräkning ger en starkare ekonomisk drivkraft. Skillnaderna är att marginaleffekten är 50 procent för inkomster mellan ett och åtta prisbasbelopp samt att det inte finns någon tids-

⁴¹ IFAU, 2018:6, s. 10.

⁴² IFAU, 2018:6.

begränsning för hur länge en person kan använda sig av steglös avräkning. Detta talar enligt Finanspolitiska rådet för att steglös avräkning skulle kunna ge större effekter på arbetsutbudet än vilande sjukersättning.⁴³

Frågan om bristande ekonomiska incitament som förklaring till varför steglös avräkning ändå inte används i högre utsträckning diskuteras emellertid inte i denna rapport.

Fribeloppen har stark påverkan på användandet

Ett centralt resultat i ISF:s granskning av steglös avräkning är att fribeloppet i hög utsträckning påverkar hur mycket personerna arbetar. De allra flesta som använder steglös avräkning ökar sitt arbetsutbud över tid, men endast så mycket att de fortfarande ryms inom fribeloppet.

Fribeloppen styr i hög grad i vilken omfattning försäkrade använder möjligheten att arbeta med steglös avräkning. Det beror på att arbetsinkomster som ryms inom fribeloppet inte påverkar hur mycket sjukersättning som betalas ut. För samtliga år, utom år 2009, finner ISF att det vanligaste arbetsinkomstintervallet för de personer som har hel sjukersättning är det intervall som ligger strax under fribeloppet. Många personer som använder steglös avräkning ökar sitt arbetsutbud över tid, men endast så mycket så att de fortfarande har inkomster under fribeloppet. Tack vare detta slipper den försäkrade även en del administration. ISF konstaterar samtidigt att denna grupp i dessa fall går miste om den inkomstförstärkning som ett ytterligare ökat arbetsutbud ger.

Fribeloppets nivå tycks således styra i hur stor omfattning personer som använder steglös avräkning väljer att arbeta. Mycket talar enligt ISF för att ett höjt fribelopp skulle kunna påverka arbetsutbudet i gruppen med steglös avräkning. Dock finns enligt ISF också en risk att ett ökat fribelopp kan uppfattas som alltför generöst av allmänheten. För många arbetstagare med partiell sjukersättning är fribeloppet lågt satt och riskerar att göra steglös avräkning mindre attraktivt. För personer med inkomster över fribeloppet, och som

⁴³ Hägglund P, Skogman Thoursie P (2010): De senaste reformerna inom sjukförsäkringen, En diskussion om deras förväntade effekter.

använder steglös avräkning, upplevs en stor osäkerhet över att få en betydligt lägre inkomst vid kortare sjukfrånvaro.

Sjukersättning lämnas inte till den del summan av den beräknade sjukersättningen och reduceringsinkomsten överstiger 8 prisbasbelopp. Det är väldigt få personer som kommer upp i dessa belopp. År 2009 motsvarade det 342 400 kronor. Det året var det endast 0,3 procent av personerna som använde steglös avräkning som hade en beräknad sjukersättning och reduceringsinkomst som översteg åtta prisbasbelopp.

Enligt ISF är fribeloppet inte lika styrande för personer med partiell sjukersättning som för personer med hel sjukersättning. Andelen som arbetar under fribeloppet minskade mellan åren 2009 och 2015 för gruppen med halv sjukersättning. För gruppen som har en fjärdedels sjukersättning har utvecklingen varit oförändrad och för gruppen som har tre fjärdedels sjukersättning ökade andelen som har inkomster som ryms inom fribeloppet en aning. Det är alltså inte lika tydligt när det gäller personer med partiell sjukersättning, att de i så hög utsträckning har inkomster som innebär att sjukersättningen inte minskas. För dessa försäkrade gäller snarare att de i högre utsträckning tjänar *strax över* fribeloppet. Utredningen anser att en möjlig förklaring till detta är att det är svårare för personer med partiell sjukersättning att exakt bedöma arbetsinkomsten, eftersom arbetsutbudet är högre för dessa personer. Även ISF anser att detta utgör en möjlig förklaring.⁴⁴

Majoriteten av de som väljer att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning stannar vid gränsen innan sjukersättningen börjar reduceras. Detta får enligt utredningen anses utgöra ytterligare ett bevis på att det ekonomiska incitamentet har betydelse; det framstår inte som sannolikt att samtliga dessa personer har en förbättrad arbetsförmåga som stannar precis under gränsen för när sjukersättningen ska börja minskas.

Subjektiva och objektiva ekonomiska incitament

En fråga som uppstår kring de ekonomiska incitamenten är om dessa beror på subjektivitet hos individen eller om systemet faktiskt ger svaga ekonomiska incitament.

⁴⁴ ISF, 2018:11, s. 95.

Utredningen har inte funnit stöd för att reglerna med steglös avräkning de facto ger svaga ekonomiska incitament för arbete. Således bedöms detta inte vara anledningen till att försäkrade prövar att arbeta enligt detta regelverk. Även jämfört med möjligheten för försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008, med vilande ersättning för arbete, framstår reglerna om steglös avräkning som avsevärt mer gynnsamma.

En annan fråga är de subjektiva incitamenten; här blir snarare frågan om den enskilde uppfattar sådant som ansträngningen med att arbeta, osäkerheten om inkomster som kan medföra att man blir återbetalningsskyldig som skäl för att avstå från att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen bedömer att det tycks föreligga sådana subjektiva skäl till varför systemet inte används i högre utsträckning. Exempelvis är det en klar majoritet av de försäkrade som arbetar som endast gör det i en omfattning så att inkomsterna rymms inom fribeloppet.

Systemets generositet vad gäller ekonomiska incitament måste också ställas i relation till försäkringens grundprinciper: att sjukersättning beviljas för långvarigt nedsatt arbetsförmåga och att den avser att ersätta inkomstförlust vid arbetsförmåga. Hur stor ersättning, och hur länge ersättningen ska kunna behållas, även när den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga utgör centrala avvägningar.

Trygghetsaspekten – riskeras återkrav, framtida ersättning och försörjning?

De försäkrade som omfattas av reglerna om steglös avräkning har i realiteten en stor trygghet genom att deras rätt till sjukersättning inte påverkas om de prövar att arbeta. Fungerar inte arbetet kan de återgå till den beviljade sjukersättningen och riskerar inte att få ersättningen indragen, även om arbetsförmåga har uppvisats genom att personen har arbetat.

Den som vill använda sig av steglös avräkning ska ansöka om detta innan han eller hon börjar arbeta. Det krävs endast ansökan om man arbetar med inkomst. En försäkrad som lämnar in en ansökan efter att arbete har påbörjats eller som inte lämnar in någon ansökan alls, kan få sin ersättning omprövad om han eller hon inte har en giltig anledning för detta. Om ersättningen omprövas omfattas den försäkrade inte längre av reglerna om steglös avräkning.

Även om dessa försäkrade alltid har kvar rätten till ersättning (förutsatt att om de ska arbeta med inkomst lämnar in sin ansökan innan arbetet påbörjas) finns ändå ett antal trygghetsaspekter att ta hänsyn till och som kan påverka benägenheten att använda reglerna för steglös avräkning. Exempelvis har personer i denna målgrupp inte rätt till sjuklön eller sjukpenning om de mer tillfälligt skulle bli sjuka under en period med arbete. De personer som har partiell sjukersättning har rätt till sjukpenning och sjuklön på den del de inte har sjukersättning. I förarbetena till reglerna om steglös avräkning motiveras detta med att det inte är acceptabelt att en person får räkna inkomsten från ett arbete som utförs på samma tid som sjukersättning har beviljats som grund för en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).⁴⁵

Den som har ansökt om och arbetar enligt reglerna om steglös avräkning förväntas således också kunna arbeta. Det innebär i sin tur att personer som använder steglös avräkning behöver ha en ekonomisk beredskap om de skulle bli kortvarigt sjuka. Om sjukfallet blir mer långvarig kan i stället sjukersättningen omräknas med hänsyn till att den försäkrade har lägre inkomst från arbete än vad som tidigare hade förväntats. I dessa fall kan det dock bl.a. vara viss eftersläpning i systemen som gör att justering av utbetalningar av ersättningen först kan genomföras efter ett tag.

ISF:s granskning visar att många av de personer som avsäger sig sjukersättning gör det för att de har upplevt att det är besvärande inte ha rätt till vare sig sjuklön eller sjukpenning vid arbete med steglös avräkning.

Personer som har använt sig av systemet med steglös avräkning kan också behöva återbetala utbetald sjukersättning två år efter året man arbetat enligt reglerna för steglös avräkning. Detta blir t.ex. fallet om inkomsterna från förvärvsarbetet vid avstämningen två år senare visar sig ha överstigit de föranmälda, beräknade inkomsterna. Det tycks således inte i första hand vara de ekonomiska incitamenten som avgör om de försäkrade arbetar med steglös avräkning och/eller om de arbetar med inkomster som är högre än fribeloppet. ISF:s granskning bekräftar också att återbetalningskrav är ett problem för många personer som arbetat med steglös avräkning. Av dem som använder dessa regler är det flera som också är ekonomiskt och socialt mer utsatta. För dem kan även förhållandevis blygsamma

⁴⁵ Prop. 2007/08:124, s. 66–67.

skulder få påtagliga konsekvenser. Detta gäller i synnerhet eftersom återkravet regleras först två år efter att personen arbetade med steglös avräkning.⁴⁶ ISF:s granskning visar också att vissa personer har av sagt sig rätten till sjukersättning för att de har varit rädda för återbetalningskrav.⁴⁷

Medför systemet med steglös avräkning en upplevd risk att förlora framtida rätt till sjukersättning?

Denna grupp skiljer sig från grupp 2 och 3 genom att det inte finns någon faktisk risk att förlora framtida rätt till ersättning för att man har provat att förvärvsarbeta med steglös avräkning. Som tidigare nämnts finns emellertid också aspekten med en *upplevd* risk att ändå kunna bli av med ersättningen. Eftersom det krävdes en långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att ersättningen skulle kunna beviljas, finns en rimlig upplevd motsättning i att ändå kunna uppvisa arbetsförmåga utan att det leder till en omprövning av ersättningen eftersom den försäkrade därmed har visat att han eller hon inte längre har en varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Det tycks alltså finnas en sådan *upplevd* risk att bli av med rätt till ersättningen, det beskrivs också som en *rädsla* bland de berörda försäkrade att våga pröva att arbeta. Denna uppfattning skulle också delvis kunna sägas motsvara att ersättningstagaren gör en värdering av den försörjningstrygghet som sjukersättningen innebär och att man ogärna riskerar denna, även om reglerna i praktiken är generösa i detta avseende. IFAU beskriver denna förklaringsmodell som ”bristande trovärdighet”, i den del av reformen som utlovar att rätten till ersättning inte ska omprövas genom att ersättningstagaren arbetar och därmed uppvisar en viss arbetsförmåga.⁴⁸ En förklaring till att färre än förväntat använder sig av möjligheten att arbeta med steglös avräkning skulle i så fall kunna vara att de inte litar på reglerna och att sjukersättningen verkligen är fredad även om man arbetar och uppvisar arbetsförmåga.

Enligt en undersökning som genomfördes efter att reglerna infördes den 1 januari 2009, var kännedomen om reglerna relativt hög – drygt 80 procent av dem som *inte* hade ansökt kände till reglerna.⁴⁹

⁴⁶ ISF, 2018:11, s. 15.

⁴⁷ ISF, 2018:11, s. 64.

⁴⁸ IFAU, 2018:6, s. 23.

⁴⁹ Demoskop (2009).

Däremot var det relativt vanligt att de som *hade* ansökt om steglös avräkning var oroliga att Försäkringskassan ändå skulle dra in eller minska sjukersättningen.⁵⁰ En sådan oro kan naturligtvis dämpa intresset och att våga arbeta enligt reglerna om steglös avräkning.

Enligt DHR och Funktionsrätt Sverige är rädslan att förlora sjukersättning – som för de allra flesta utgör den grundläggande försörjningen – mycket utbredd.⁵¹ I sammanhanget kan konstateras att det dock inte finns någon statistisk om hur utbredd denna uppfattning är hos samtliga berörda försäkrade. Information från organisationen Sveriges Fontänhus Riksförbund⁵² bekräftar dock bilden av en utbredd rädsla. Flera av Sveriges Fontänhus medlemmar vågar inte börja arbeta av rädsla för att inte få tillbaka sin sjukersättning om de misslyckas med sitt arbetsförsök. Uppfattningen bland flera medlemmar är att det har visat sig vara svårt att få tillbaka ersättningen under dessa omständigheter. Vidare beskrivs att det inte är ovanligt att organisationens medlemmar misslyckas första gången de försöker pröva att arbeta och att de även behöver vila och återhämtning innan de kan göra ett nytt försök.

Sammantaget kan konstateras att det är svårt att dra några säkra slutsatser om hur försäkrades rädsla att förlora sin rätt till ersättning påverkar deras incitament att pröva att arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen bedömer dock att det är sannolikt att denna uppfattning är relativt vanlig bland de försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Sannolikt än rädslan dock än mer utbredd för de personer som tillhör grupp 2 och 3.

Regelverket är administrativt mödosamt för såväl enskilda som för Försäkringskassan

En tänkbar förklaring till att avsevärt färre än förväntat arbetar enligt reglerna för steglös avräkning är att utformningen av regelverket samt administrationen uppfattas som svårtillgängligt, svårt att överblicka och att det är administrativt mödosamt. Det kan i så fall medföra att försäkrade avstår från att arbeta för att de inte förstår förutsättningarna för steglös avräkning, eller bedömer det administrativa

⁵⁰ Hägglund, Skogman Thoursie, Rapport till Finanspolitiska rådet 2020/5, s. 19.

⁵¹ Svar från Funktionsrätt Sverige och DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁵² Sveriges Fontänhus Riksförbund stödjer människor som lever med psykisk ohälsa på vägen till återhämtning och arbetar med bl.a. arbetslivsriktad samt social rehabilitering för dessa personer.

arbetet vara så ansträngande i sig att arbete med steglös avräkning inte är värd mödan. Slutsatser från flera tidigare studier är att informationen om regler och hur ett program eller en reform fungerar bidrar till genomslaget av reformen.⁵³ Ju enklare regelverket är desto troligare är det att fler använder sig av reformen och att effekten därmed blir större.

ISF har studerat denna fråga och konstaterat att regelverket om steglös avräkning är administrativt mödosamt för både Försäkringskassan och den försäkrade.⁵⁴ Avsikten med reglerna var att de skulle vara transparenta och enkla att administrera, men utan att systemet skulle upplevas som alltför generöst eller som orättvist av allmänheten. Bl.a. ISF:s granskning visar dock att reglerna inte är fullt så transparenta och enkla att administrera som avsett. Administrationen är betydande för en person som använder steglös avräkning. Personer som vill börja använda steglös avräkning måste lämna in en skriftlig ansökan till Försäkringskassan. I ansökan ska personen uppskatta hur många timmar per vecka hen kommer att arbeta och hur stora inkomsterna kommer att vara. En ansökan måste göras för varje kalenderår personen vill arbeta enligt reglerna för steglös avräkning.

ISF:s granskning visar också att administrationen för en person som använder sig av steglös avräkning beror på hur väl han eller hon lyckas beräkna sin förväntade förvärvsinkomst. En person som har svårt att i förväg uppskatta sin framtida inkomst behöver ha omfattande kontakter med Försäkringskassan redan efter några års arbete med steglös avräkning. Eftersom det kan vara svårt att uppskatta framtida inkomster, är det många personer som får stora återbetalningskrav. År 2016 fick var tionde person som arbetade med steglös avräkning ett återbetalningskrav på 10 000 kronor eller mer.

ISF visar i sin granskning att steglös avräkning är utformat så att det blir omfattande administration. Regelverket kräver att man är en välorganiserad person som fortlöpande lämnar in ändringar av inkomster och inkomstuppgifter till Försäkringskassan – framför allt för den som arbetar och har en inkomst över fribeloppet. Personen bör göra en tillförlitlig bedömning av framtida inkomster och samtidigt ha en ekonomisk beredskap för eventuellt framtida

⁵³ Se ISF, 2018:11, s. 66 med hänvisning till Chetty R, Saez E (2013): Teaching the Tax Code: Earnings Responses to an Experiment with EITC Recipients, s. 1–5.

⁵⁴ ISF, Rapport 2018:11.

återbetalningskrav. Personer som har rätt till sjukersättning och arbetar har heller inte rätt till sjuklön eller sjukpenning på den del personen har sjukersättning. Det innebär att dessa personer även behöver ha en ekonomisk beredskap för inkomstbortfall vid tillfällig sjukfrånvaro. ISF anser att detta ställer höga krav på en grupp människor som i hög grad är ekonomiskt utsatta och som ofta har kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Personer som använder steglös avräkning ska anmäla om inkomsten förändras på ett sätt som kan innebära att den slutliga sjukersättningen blir lägre än den beräknade preliminära sjukersättningen. På så vis kan den försäkrade själv bidra till att Försäkringskassan inte betalar ut för mycket sjukersättning. De minskar i så fall även risken för att Försäkringskassan behöver kräva tillbaka pengar vid avstämningen två år senare.

Bilden av systemet med steglös avräkning som mödosamt utifrån de försäkrades perspektiv bekräftas också av DHR, Funktionsrätt Sverige, Förbundet Unga rörelsehindrade och RSMH. Regelverket upplevs bl.a. som svåradministrerat; den försäkrade måste bl.a. göra en uppskattning hur mycket man beräknar att man ska tjäna. Varierar inkomsten, på ett sätt som inte motsvarar uppgifterna i ansökan, uppstår en stor administrativ börda. För personer med psykisk ohälsa kan det vara en begränsning.

Administrativ tungroddhet är en delförklaring till att personer avstår från att arbeta med steglös avräkning. Ett förhållandevis stort antal ärenden i ISF:s granskning visar dock att personer även har av sagt sig rätten till sjukersättning för att slippa administrationen kring steglös avräkning.⁵⁵

Betydande administration även för Försäkringskassan

ISF har funnit att administrationen av systemet med steglös avräkning även är omfattande för Försäkringskassan. Det är svårt för Försäkringskassan att hinna med alla de beslut och eventuella omräkningar som är nödvändiga innan en person får börja arbeta med steglös avräkning. Myndighetens handläggare behöver ofta kontakta personer som vill använda steglös avräkning när det saknas uppgifter i ansökan. De behöver också ta kontakt när personen har använt fel

⁵⁵ ISF, Rapport 2018:11, s. 64.

ansökningsblankett eller när ansökan kommit in till myndigheten först efter att personen har börjat arbeta. Försäkringskassan behöver också använda resurser för att stämma av den slutgiltiga sjukersättningen för personer som har använt steglös avräkning två år tidigare. Om avstämningen resulterar i ett återbetalningskrav tar detta ytterligare resurser i anspråk av Försäkringskassan.

År 2015 ändrade Försäkringskassan efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen⁵⁶ tillämpningen i de fall där en person arbetar del av året. Före domen kunde en person som påbörjat ett arbete med steglös avräkning under den senare delen av året bli återbetalningskyldig för den sjukersättning som betalats ut innan denne började arbeta. Efter domen är detta inte längre möjligt. Konsekvensen av domen är att fribeloppet anpassas till det antal månader som är kvar på året från det att arbetet med steglös avräkning påbörjats. Anpassningen av fribeloppet har krävt ytterligare resurser från Försäkringskassan för att handlägga dessa ärenden.

ISF menar att det skulle bli enklare för både den enskilde och för Försäkringskassan om Försäkringskassan skulle få direktåtkomst till inkomstuppgifter. Försäkringskassan skulle då få möjlighet att korrigera utbetalningar av sjukersättning löpande under året för de fall där det visar sig att den enskilda personens inkomstprognos av någon anledning inte stämmer överens med den faktiska inkomsten. Ytterligare en åtgärd som skulle kunna minska osäkerheten kring eventuellt negativa konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning är att Försäkringskassan inför ett beräkningsstöd. Det skulle ge den enskilde personen hjälp att beräkna hur sjukersättningen påverkas vid olika arbetsinsatser.

I rapporten diskuteras olika sätt att förbättra regelverket kring steglös avräkning genom att göra det enklare att förstå och tillämpa, utan att systemet blir alltför generöst eller orättvist. Det handlar om ökad information och förenklingar, både för de som använder sig av steglös avräkning och för Försäkringskassan. ISF konstaterade även att det vore eftersträvansvärt med en uppföljning av den enskildes arbete med steglös avräkning med en diskussion kring individens framtid. Den skulle till exempel kunna handla om individens möjligheter till fortsatt arbete utan sjukersättning eller om någon form av rehabiliterande åtgärd skulle kunna vara aktuell för att ytterligare stärka den enskildes arbetsutbud.

⁵⁶ HFD 2015 ref. 10.

Utredningen kan i likhet med ISF konstatera att tillvägagångssättet med beräkning av vilken ersättning den enskilde kommer få med tillämpandet av steglös avräkning innehåller administrativt betungande delar. På Försäkringskassans hemsida finns en formel för beräkning av hur sjukersättningen minskar när man arbetar – det s.k. reduceringsbeloppet. Reduceringsbeloppet = (den försäkrades beräknade inkomst – fribeloppet) – dividerat med två. I dagsläget saknas mer utvecklade stöd till försäkrade för att kunna beräkna steglös avräkning.

Vilken information ger Försäkringskassan till de försäkrade som har eller har rätt att ansöka om steglös avräkning av sjukersättningen?

En delfråga kring administrationen av regelverket är huruvida försäkringen och möjligheten till steglös avräkning är tillräckligt känd för de försäkrade som omfattas av reglerna? Om reglerna är okända, eller om de försäkrade har en felaktig uppfattning om innebörden, kan detta medföra att de väljer att inte använda sig av dem.

ISF konstaterade att det inte har gjorts några riktade informationsinsatser till alla personer som omfattas av steglös avräkning sedan år 2010. Informationen som finns på Försäkringskassans webbsida var vidare så begränsad att det enligt ISF troligtvis finns personer som har återfått en arbetsförmåga som inte känner till möjligheten att arbeta utan att rätten till sjukersättning omprövas. Mot bakgrund av rapporten gjorde Försäkringskassan ett riktat utskick i maj 2019 till personer med sjukersättning som omfattas av reglerna om steglös avräkning, hade inkomst men inte använde reglerna. Försäkringskassan har också uppdaterat informationen på hemsidan.

Trots bristen på information under flertalet år fanns fortfarande ett nyinflöde av personer som tidigare inte använt sig av möjligheten till steglös avräkning. År 2016 beviljades nästan 900 personer som tidigare inte använt sig av möjligheten, vilket motsvarar drygt tio procent av samtliga som använde steglös avräkning under detta år. Men nyinflödet har minskat över tid, år 2015 var nyinflödet drygt 1 100 personer och året innan var det nästan 1 400 personer.

En utmaning är att information som inte direkt riktas till gruppen som omfattas av steglös avräkning också är tillgänglig för den grupp som beviljats sjukersättning senare än i juli år 2008. Men denna

grupp har inte rätt att använda steglös avräkning. Det för med sig att informationen kan förvirra mer än förtydliga.

15.3.4 Arbete inom den så kallade åttondelen

En försäkrad som har sjukersättning som är beviljad enligt reglerna som gällde före juli 2008 och som vill förvärvsarbeta behöver som huvudregel göra detta med stöd av reglerna om steglös avräkning. Det finns emellertid även en möjlighet för vissa att arbeta i begränsad omfattning utan att föranmäla detta till Försäkringskassan och behöva göra en ansökan. Det gäller dem som dels har *hel* sjukersättning, dels arbetade i begränsad omfattning inom åttondelen även *före* införandet av reglerna om steglös avräkning i januari 2009, se närmare avsnitt 14.2.2 om åttondelen och 14.2.4 om denna möjlighet för just grupp 1.

Betydelsen av systemet med åttondelen är svår att värdera för såväl försäkrade som beviljats sjukersättning med nyare eller äldre regler som för försäkrade med aktivitetsersättning. Det finns ingen statistik för hur denna möjlighet används. Sannolikt har den begränsad betydelse för grupp 1. Den som önskar att arbeta en begränsad mängd kan göra så, inte bara uppgående till en åttondel av heltid utan upp till fribeloppet utan att storleken på utbetalningar av sjukersättningen påverkas. En anledning till att i stället fortsätta arbeta inom åttondelen är att när detta arbete väl godkänts krävs inte en ny ansökan varje år.

15.3.5 Studier under tid med sjukersättning

För denna grupp påverkas inte rätten till sjukersättning av att den försäkrade studerar. Detta kan jämföras med de försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 eller de som har aktivitetsersättning, där ersättningen blir vilande under tid med studier.⁵⁷

Denna grupp har således en jämförelsevis mycket förmånlig möjlighet att kunna studera med bibehållen utbetalning av sjukersättning.

⁵⁷ För vilande ersättning ska studierna vara av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om förmånen fattades.

Eftersom det inte finns någon anmälningskyldighet för de försäkrade i denna grupp som väljer att studera saknas statistik på området. Utredningen har därför inte närmre kunnat analysera hur många försäkrade ur denna grupp som studerar med bibehållen sjukersättning.

I den tidigare nämnda granskningen av IFAU om steglös avräkning konstaterar myndigheten att utbildningsnivån bland de försäkrade som omfattas av steglös avräkning inte har höjts genom reformen.⁵⁸ Eftersom det för denna målgrupp är möjligt att studera med bibehållen ersättning studerade IFAU även effekten på benägenheten att öka den för individen högsta utbildningsnivån. IFAU anger att resultatet inte visar att steglös avräkning har haft en positiv effekt för att sysselsätta sig med utbildning, vilket är ett utfall som inte borde påverkas av efterfrågesidan.⁵⁹

Möjligheten till studier synes i vart fall mot bakgrund av IFAU:s resultat trots de förmånliga villkoren användas i mycket begränsad utsträckning. En möjlig förklaring är att de studier som finns tillgängliga inte passar gruppen. Som konstaterats tidigare består gruppen till stor del av äldre individer och över tid utgör denna andel en allt större del. Redan när reglerna om steglös avräkning infördes var 40 procent av gruppen över 59 år. Det är känt att äldre generellt studerar i mindre utsträckning än yngre. På liknande sätt kan studier på högre nivå anses ställa krav på förmågor liknande arbetsförmåga, något gruppen kan anses sakna, särskilt med utgångspunkt i det urval som gjordes i IFAU:s rapport (där den studerade gruppen valdes utifrån kriterierna att den antogs ha kunnat beviljas sjukersättning även enligt reglerna fr.o.m. juli 2008).

15.3.6 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning

För denna grupp påverkas inte rätten till sjukersättning av vad den försäkrade gör på fritiden, t.ex. ägnar sig åt ideellt arbete (utan inkomst) m.m. Detta gäller även om sysslorna kan innebära att den försäkrade uppvisar arbetsförmåga.

⁵⁸ IFAU, Rapport 2018:6, Andersson J, ”Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning”.

⁵⁹ Uppgifterna baserades på högsta utbildningsnivå vid utgången av varje år. Den högsta utbildningsnivån mäts som minst nio respektive tio års grundskoleutbildning, gymnasieutbildning, eftergymnasial utbildning upp till två år, eftergymnasial utbildning mist två år samt forskarutbildning.

15.3.7 Slutsatser om huvudgrupp 1 – försäkrade som beviljats sjukersättning före juli 2008

Utifrån redogörelsen ovan kan utredningen dra ett antal slutsatser avseende den grupp försäkrade som har icke tidsbegränsad sjukersättning och har beviljats sådan före juli 2008.

- Situationen för gruppen skiljer sig på flera avgörande sätt från de försäkrade som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008. Denna grupp saknar de skyldigheter som de andra grupperna omfattas av, såsom anmälningsskyldighet vid förbättrad arbetsförmåga oavsett om man arbetar eller inte. Det finns således en betydligt större frihet för denna grupp att arbeta ideellt, studera och delta i samhällslivet på andra sätt utan att rätten till ersättning påverkas.
- Endast ett mycket begränsat antal av de försäkrade som har möjlighet att använda reglerna om steglös avräkning har gjort så över tid. Över tid har andelen som använder reglerna om steglös avräkning ökat, men de har samtidigt blivit färre till antalet. Andelen är dock alltså låg och fortfarande inte i närheten av de nivåer som regeringen hoppades på när reglerna infördes.
- Det är framför allt försäkrade med en relativt sett starkare position som använder sig av reglerna om steglös avräkning och det är vanligare att personer med partiell sjukersättning arbetar med steglös avräkning än att personer med hel sjukersättning gör det. Det kan dessutom konstateras att de flesta arbetar bara så mycket att de inte riskerar att behöva betala tillbaka sjukersättningen, det vill säga så att inkomsten hamnar under fribeloppet.

Utredningen kan konstatera att ett antal faktorer utgör troliga samverkande delförklaringar till varför reglerna om arbete genom steglös avräkning används endast i begränsad utsträckning.

- De försäkrade i denna grupp är människor som har bedömts ha en varaktigt nedsatt arbetsförmåga till exempel på grund av kroniska sjukdomar. Det gör i sig att många inte har möjlighet att arbeta.
- Svårigheter att hitta ett arbete som passar vad gäller innehåll och omfattning.

- De ekonomiska incitamenten synes inte vara tillräckligt starka, vilket visas bland annat genom att majoriteten av dem som väljer att arbeta med steglös avräkning gör det utan att få inkomst över fribeloppet. Det är även troligt att en oro hos de försäkrade som rörande risken för framtida återkrav har betydelse.
- Regelverket kring steglös avräkning är utformat på ett sådant sätt att administrationen är betungande både för individen och för Försäkringskassan. Mycket av administrationen kring steglös avräkning, både för individen och för Försäkringskassan, beror på den enskilda personens svårighet att uppskatta sin framtida inkomst korrekt.

Sammantaget finns med andra ord ett antal delförklaringar till att denna grupp inte förvärvsarbetar i större utsträckning än vad som är fallet i dag. I hur stor utsträckning gruppen studerar eller ägnar sig åt föreningsliv eller andra sysslor är svårare att besvara då statistik saknas om det.

15.4 Huvudgrupp 2 och 3: Försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Varken de som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008 eller de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga omfattas av reglerna för steglös avräkning. Dessa försäkrade kan i stället:

- Ha ersättningen vilandeförklarad för att förvärvsarbete eller studera,
- Förvärvsarbete inom den s.k. åttondelen om man har hel ersättning, utan att varken rätten till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas,
- I viss utsträckning ha uppdrag, engagera sig i ideell verksamhet m.m. utan att utan att varken rätten till ersättning eller utbetalning av densamma påverkas.

För personer med aktivitetsersättning gäller dessutom att dessa försäkrade kan:

- Delta i aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB under tiden de har ersättning,
- Ha s.k. prøvotid för studier.

Som framgår i följande avsnitt har möjligheterna för bland annat arbete, studier, fritidsintressen under tid med aktivitetsersättning granskats i en rad rapporter och skrivelser. Dessa aspekter har dock inte granskats i samma omfattning vad gäller specifikt under tid med sjukersättning för gruppen försäkrade som beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008.

15.4.1 Möjliga förklaringar till varför inte fler arbetar med vilande sjukersättning

Både de som har beviljats sjukersättning enligt nuvarande regelverk och de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har möjlighet att få ersättningen vilandeförklarad för förvärvsarbete. Av statistiken i avsnitt 15.2 framgår dock att relativt få använder denna möjlighet. I följande avsnitt diskuteras en rad tänkbara faktorer som kan förklara varför så är fallet.

Begränsad arbetsförmåga?

Sammanfattningsvis kan konstateras att båda dessa grupper består av individer som av Försäkringskassan bedömts ha en nedsatt, och därmed begränsad arbetsförmåga. Att relativt få av de försäkrade använder möjligheten till vilande ersättning för arbete kan mot denna bakgrund sägas vara rimligt.

Likväl kan det tänkas att de personer som beviljats ersättning får eller återfår arbetsförmåga, varför det ändå kan antas finnas en viss, om ändå begränsad, arbetsförmåga i grupperna.

Arbetsförmågan hos personer som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 (huvudgrupp 2)

Arbetsförmågan hos de som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 torde vara mycket begränsad. Detta med hänsyn till att de försäkrades arbetsförmåga ska ha bedömts som nedsatt för all överskådlig framtid sett till arbeten på hela arbetsmarknaden för att de ska kunnat beviljats ersättningen. Dessutom ska alla rehabiliteringsmöjligheter ha bedömts vara uttömda för rätt till ersättning.⁶⁰ Sannolikheten för att försäkrade som beviljats sjukersättning enligt dessa kriterier ska få eller återfå arbetsförmåga torde mot denna bakgrund således vara små. Om en hög andel av personerna i denna grupp trots allt skulle arbeta eller studera med vilande sjukersättning, skulle det snarast kunna vara ett tecken på att prövningen av rätten till ersättning varit för generös jämfört med det aktuella regelverket. Dock ska framhållas att bedömningen av om arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt och om ytterligare rehabilitering kan leda till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmåga baseras på den kunskap som är tillgänglig vid tidpunkten för prövning av rätt till ersättning. Det kan förstås t.ex. utvecklas nya medicinska behandlingsmetoder och nya former av arbetshjälpmiddel som möjliggör för vissa av dem som bedömts stadigvarande arbetsoförmögna att trots allt återfå arbetsförmåga. Det kan alltså tänkas att det finns en grupp försäkrade som kan använda reglerna om vilande ersättning för att pröva sina förmågor.

Ifall de försäkrades hälsotillstånd förbättras har de också rätt till stöd med samordnad rehabilitering enligt 29–31 kap. SFB. Ett sådant behov av rehabilitering kan exempelvis identifieras i samband med uppföljning av sjukersättningen som ska ske minst vart tredje år för personer som är under 60 år. Försäkrade har också en skyldighet att anmäla om de har fått förbättrad arbetsförmåga, även om de inte arbetar eller studerar. I dessa fall kan det också vara aktuellt med rehabiliteringsinsatser enligt 29–31 kap. SFB eller utredning av om personen de facto har en förbättrad arbetsförmåga. Ifall personen bedöms ha arbetsförmåga kan ersättningen minskas eller dras in. Om en försäkrad får minskning eller indragning av ersättningen kan han eller hon få fortsatt utbetalning av sjukersättningen tills personen fått ett arbete, men allra längst i 6 månader. För dessa försäk-

⁶⁰ Se avsnitt 5.2 om regelverket kring rätten till sjukersättning.

rade finns således i många fall behov av stöd bl.a. från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att utreda personens arbetsförmåga, rehabilitering och stöd för att hitta ett arbete.

Andelen försäkrade som använder vilande sjukersättning vid arbete har ökat succesivt sedan 2012. Det är dock alltså en liten andel av de försäkrade som använder denna möjlighet. År 2019 var det omkring 2 procent, strax över 1 900 personer, som hade vilande sjukersättning för arbete.

Reglerna vad gäller ersättningsnivåer innebär att de följer kvartiler och att ersättning alltså beviljas med 25, 50, 75 eller 100 procent. Vid arbete kan ersättningen även vara vilande motsvarande dessa kvartiler. Det medför att personer kan ha svårt att pröva att arbeta på ett mer flexibelt sätt, utifrån sin faktiska arbetsförmåga.

I Försäkringskassans uppföljning av reformen som trädde i kraft den 1 februari 2017 och som innebär att beloppet som motsvarar 25 procent av den vilande ersättningen numera utbetalas i 24 månader i stället för som tidigare i 12 månader, noteras att användandet varierar mellan olika delar av landet och kvinnor använder vilande ersättning i något högre utsträckning än män.⁶¹ Enligt myndigheten tycks reformen dock inte ha påverkat ökningen av antal personer som arbetar med vilande ersättning. Intervjuade handläggare på myndigheten uppfattar att regeländringen framför allt tycks ha bidragit till att försäkrade som annars hade återgått till sjukersättning efter ett år med vilande ersättning i stället fortsätter arbeta ett år till. Detta förklaras med att det är under det andra året med vilande ersättning som fler försäkrade känner sig så trygga att våga lämna sjukersättningen mer permanent för förvärvsarbete.

Arbetsförmågan hos personer som har beviljats aktivitetsersättning (huvudgrupp 3)

De som beviljats aktivitetsersättning har av Försäkringskassan bedömts ha minst en fjärdedels nedsättning av arbetsförmågan under minst ett års tid. Detta innebär enligt utredningen en relativt omfattande arbetsförmågenedsättning. Om inte den medicinska utvecklingen eller rehabiliteringsinsatser gör att den enskilde hamnar i ett annat läge lär det därför vara få av de som beviljats ersättningen

⁶¹ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.

som har någon kvarvarande arbetsförmåga att använda för att pröva på arbete redan under ersättningsperioden. De få som har någon kvarvarande arbetsförmåga lär vidare ha en låg sådan förmåga. Handläggare på Försäkringskassan har vidare uppgett för utredningen att de försäkrade som beviljats aktivitetsersättning på senare år har mer omfattande funktionsnedsättningar än de som beviljades förmånen tidigare.

Utredningen konstaterar dock att ett uttalat syfte med aktivitetsersättningen är att den enskilde ska aktivera sig under tiden med ersättning, bland annat för att det är tänkbart att denne ska få en förbättrad arbetsförmåga. Enligt Riksrevisionen har företrädare för Försäkringskassan uppgett att en anledning till att vilande ersättning för arbete används i begränsad utsträckning att få unga med aktivitetsersättning har kommit så långt i sin utveckling att de klarar av att prova att arbeta. Sannolikt bedömer Riksrevisionen är det främst personer som genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen som använder möjligheten till vilande ersättning för arbete.⁶² Om fler försäkrade således deltog i aktiviteter eller andra insatser som höjer deras arbetsförmåga är det därför enligt utredningens bedömning möjligt att fler försäkrade skulle kunna använda reglerna om vilande ersättning för arbete.

Svårt att hitta passande arbete?

I avsnitt 15.3.3 redovisas möjliga förklaringar till varför det är svårt att hitta passande arbete för personer som tillhör *grupp 1*. Bl.a. handlar det om arbetsmarknadens konstruktion och att dessa personer inte kommer in på arbetsmarknaden, trots en förmåga samt vilja att arbeta. De generella slutsatser – utöver det som handlar specifikt om förutsättningarna att hitta arbete när man arbetar enligt reglerna för steglös avräkning – som dras i det avsnittet om svårigheter att hitta passande arbeten bedöms också vara tillämpligt för *grupp 2* och *3*.

Generellt sett kan vidare de som beviljats aktivitetsersättning tänkas ha en svagare anknytning till arbetsmarknaden än personer som beviljats sjukersättning. Detta då de försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning är yngre och ofta inte haft något arbete innan de beviljades ersättning, till skillnad från många av de försäk-

⁶² Se RiR 2015:7, s. 84.

rade i grupp 1 och 2. Också Försäkringskassan har framhållit att personer som beviljats aktivitetsersättning har en svag koppling till arbetsmarknaden.⁶³ Dessutom kan konstruktionen för vilande ersättning vid arbete försvåra ifall dessa försäkrade får mer tillfälliga anställningar med oregelbunden arbetstid. Enligt Försäkringskassans tillämpning ska bl.a. beaktas hur en försäkrad förlägger sin arbetstid. Om arbetstiden varierar mycket ska det finnas en medicinsk förklaring till detta.

Sammanfattningsvis kan därmed konstateras att det är svårt för personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning att ta sig in på arbetsmarknaden. Detta bedöms vara en av delförklaringarna till att så få försäkrade använder reglerna om vilande ersättning för arbete.

Ansökningar om vilande ersättning varierar

Handläggare på Försäkringskassan uppfattar att mängden ansökningar om vilande sjukersättning samvarierar med konjunkturen och att det är lättare att få arbete i större städer medan utbudet är sämre på landsbygden. En jämförelse av andelen arbetslösa och andelen med vilande ersättning i länen visar dock att samvariationen är nästintill obefintlig. Det hindrar samtidigt inte att detta ändå kan påverkas av var inom respektive län de försäkrade bor. Intervjuade handläggare uppfattar också att samarbetet med Arbetsförmedlingens kontor varierar och att kontoren fokuserar olika mycket på personer med sjukersättning.⁶⁴

Åtgärder för att få fler arbetstillfällen

Utredningen konstaterar att arbetsgivare bland annat behöver ha ekonomiska förutsättningar att anställa människor med en osäker arbetsförmåga. För att stimulera arbetsgivare att t.ex. anställa personer med funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga finns också olika åtgärder inom arbetsmarknadspolitiken. Ett led i att öka användandet av vilande aktivitetsersättning är mot denna bakgrund att underlätta för personer med funktionsnedsättning som

⁶³ Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161/2011, s. 3.

⁶⁴ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.

medför nedsatt arbetsförmåga, särskilt unga personer, att få ett arbete. Enligt Försäkringskassan borde offentliga arbetsgivare bättre kunna leva upp till sitt ansvar att anställa individer med funktionshinder. Mindre, privata, arbetsgivare står för merparten av anställningar med olika former av lönestöd. Offentlig sektor borde kunna ta ett större ansvar för anställningar med olika former av lönestöd.⁶⁵ Regeringen har vidare uttalat att staten bör ta ett större ansvar för att anställa personer med funktionsnedsättning men Riksrevisionen noterar att få unga med funktionsnedsättning som har anställts med stöd (subventionerade anställningar) återfinns hos statliga arbetsgivare. Riksrevisionen kan konstatera att de ansträngningar som gjorts för att öka antalet anställningar inom staten för personer med funktionsnedsättning inte haft avsedd effekt. Om riksdagens och regeringens ambition är att öka antalet anställningar i staten för personer med funktionsnedsättning, bör regeringen se över möjligheten att bättre använda redan existerande möjligheter till subventionerade anställningar, till exempel lönebidrag, för att anställa unga med funktionsnedsättning.⁶⁶ Temagruppen Unga i arbetslivet framhåller att arbetsgivare generellt behöver bli bättre på att tillvarata förmågor hos unga med funktionsnedsättning genom att ge ett behovsanpassat stöd. Temagruppen lyfter särskilt att den offentliga sektorn här behöver ta ett större ansvar och nämner även arbetsintegrerade sociala företag som en potentiell arbetsgivare för målgruppen.⁶⁷

Enligt DHR finns vidare en brist på möjligheter att utreda arbetsförmågan hos och annat stöd från Arbetsförmedlingen, bristande möjligheter till personlig assistans och transport etc. Detta krävs för att fler personer ska kunna pröva arbete.⁶⁸

De ekonomiska incitamenten för att arbeta med vilande ersättning

Utredningen har sammanfattningsvis inte kunnat hitta stöd för uppfattningen att systemet med vilande ersättning inte erbjuder rimligt avvägda ekonomiska incitament för enskilda att pröva sin arbetsförmåga. Till skillnad från systemet med steglös avräkning finns det

⁶⁵ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12

⁶⁶ Se RiR 2015:7, s. 102–103

⁶⁷ Temagruppen Unga i arbetslivet, Tid för aktivitetsersättning för unga!, s. 9 och 43–44.

⁶⁸ Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

inga fribelopp att förhålla sig till, eftersom den enskilde ansöker om hur stor del av ersättningen som ska vara vilande. Hur mycket individen tjänar under tiden med vilande ersättning påverkar inte om individen får något belopp utbetalt från Försäkringskassan under denna tid, eller i så fall hur mycket.

Ekonomiska incitament till arbete

De ekonomiska incitamenten till arbete är i många fall goda för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.⁶⁹ Utfallet är dock beroende av vilken lön den enskilde får vid arbete och vilken ersättning denne har från ersättningsystemet. För att belysa effekten av arbete med vilande ersättning har den disponibla inkomsten beräknats för tre olika typfall som dels utgår från garantiersättningen i sjuk- respektive aktivitetsersättning, dels från en inkomstrelaterad sjukersättning. Beräkningarna avseende garantiersättning bygger på att individen har en inkomst på 20 000 kronor per månad vid arbete och för den inkomstrelaterade sjukersättningen antas en inkomst på 30 000 kronor per månad vid arbete. I övrig antas att bostadstillägg betalas ut i den omfattning individen har rätt till och skatter förändras när arbetsinsatsen och inkomsten ökar.

Tabell 15.1 Typfall, förändring av disponibel inkomst vid arbete

Procentuell förändring av disponibel inkomst vid ökad arbetsinsats

Arbete	25 %	50 %	75 %	100 %
Sjuk-/Aktivitetsersättning	75 %	50 %	25 %	0 %
Aktivitetsersättning (garantinivå)	22,8	19,1	15,3	5,4
Sjukersättning (garantinivå)	21,0	18,5	14,9	7,9
Sjukersättning (inkomstrelaterad)	29,7	23,4	17,2	12,0

Källa: Egna beräkningar.

Sett till dessa typfall är utbytet av att arbeta alltid positivt ur ett ekonomiskt perspektiv. För en person som går från att ha aktivitetsersättning på heltid till 75 procent och arbeta 25 procent ökar den disponibla inkomsten med nästan 23 procent. För en person som går från 25 procent arbete och 75 procent aktivitetsersättning till 50 pro-

⁶⁹ Även enligt Riksrevisionen finns positiva ekonomiska incitament för att arbeta med vilande aktivitetsersättning, se RIR 2015:7, s. 82.

cents arbete och 50 procents aktivitetsersättning ökar den disponibla inkomsten med ca 19 procent. Av tabellen framgår att de ekonomiska incitamenten avtar med ökande arbetsinsats och att de tycks vara något starkare för personer med inkomstrelaterad ersättning än för dem med garantiersättning. Incitamenten till att utöka arbetet är således starkast när man går från att inte arbeta alls, till att arbeta 25 procent och ha vilande ersättning till 75 procent.

Eftersom ersättningen bara kan vara vilande i kvartiler innebär det att en person som höjer sitt arbetsutbud med 10 procentenheter, exempelvis från 50 till 60 procent, dock skulle få en sänkning av sin ersättning med 25 procentenheter (från 50 till 25 procent) samtidigt som arbetsinkomsten bara ökar med 10 procent. Sett enbart till sjukersättningen eller aktivitetsersättningen kan således marginaleffekterna i dessa fall överstiga 100 procent. Visserligen får försäkrade som arbetar med vilande ersättning även utbetalning av ett skattefritt belopp motsvarande 25 procent av den vilande ersättningen, men det motsvarar oftast inte en kompensation som täcker hela denna marginaleffekt.

Tidigare granskningar av ekonomiska incitament vid aktivitetsersättning

Enligt Riksrevisionen finns det svaga ekonomiska incitament för en person att skriva in sig på Arbetsförmedlingen under en period med vilande aktivitetsersättning.⁷⁰ Riksrevisionen utgick från ett exempel där personen antogs bo i ensamhushåll, inte ha någon förmögenhet och ha en bostadskostnad på 5 000 kronor i månaden. Vid tiden för Riksrevisionens granskning uppgick inkomsten vid hel aktivitetsersättning till cirka 10 700 kronor i månaden och aktivitetsstödet, den ersättning en arbetssökande får om den är inskriven i ett arbetsmarknadspolitiskt program vid Arbetsförmedlingen, gav en inkomst på cirka 5 700 kronor i månaden. Ett särskilt aktivitetsstöd, ”Ung med funktionshinder” gavs till personer som är yngre än 30 år som har en dokumenterad funktionsnedsättning och som har varit inskrivna vid Arbetsförmedlingen i mer än ett år. Den totala inkomsten låg på cirka 8 200 kronor i månaden. Om man exkluderar bostadstillägget från inkomsten med aktivitetsersättningen blir den totala inkomsten

⁷⁰ Se RiR 2015:7, s. 82.

högre för en person med det särskilda aktivitetsstödet 8 169 kronor i månaden jämfört med 6 046 kronor i månaden med aktivitetsersättning. Detta skulle enligt Riksrevisionen kunna ses som att intentionen med det särskilda aktivitetsstödet är att ge ekonomiska incitament för att söka arbete. Eftersom aktivitetsstöd inte berättigar till bostadstillägg och ersättningen därtill är för hög för att ge rätt till bostadsbidrag för unga ligger inkomstnivån för aktivitetsstödet ung med funktionshinder lägre än inkomsten för aktivitetsersättningen. Incitamenten blir således enligt Riksrevisionen omvända. En person med bostadstillägg som går från aktivitetsersättning till aktivitetsstödet ung med funktionshinder får 76 procent av den inkomst som personen hade med aktivitetsersättning.⁷¹ En person som övergår från att ha aktivitetsersättning (med bostadstillägg) via Försäkringskassan till aktivitetsstödet ung med funktionshinder hos Arbetsförmedlingen förlorar 24 procent av sin inkomst enligt Riksrevisionen.⁷²

Faktisk och upplevd sannolikhet att ersättningen dras in vid arbete

I direktiven beskrivs att ett problem är att försäkrade som har beviljats ersättning inte känner till vilka förutsättningar som gäller, och utifrån detta avstår från att aktivera sig för att vara säkra på att deras försörjning inte ska påverkas. Detta kan således även tolkas som att det finns en upplevd risk att de ska förlora delar av eller hela sin ersättning om de försöker arbeta hos de försäkrade. Denna uppfattning kan vara skild från den faktiska risken för att ersättningen påverkas.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att det finns en utbredd uppfattning bland försäkrade att de riskerar att förlora hela eller delar av sin ersättning om de arbetar med vilande ersättning. Den upplevda risken tycks dock vara mycket större än den reella risk som finns för att ersättningen påverkas. Utredningen bedömer att denna uppfattade risk, eller rädsla, hos de försäkrade utgör ett hinder mot att arbeta under tid med vilande ersättning och därför är en viktig delförklaring till varför få försäkrade använder möjligheten till att arbeta med vilande ersättning.

⁷¹ Se RiR 2015:7, s. 83–84.

⁷² Se RiR 2015:7, s. 88.

Upplevd risk och rädsla för att ersättningen ska påverkas

Funktionsorganisationerna i utredningens ena referensgrupp har framfört att deras medlemmar upplever en rädsla för att få sin ersättning indragen. DHR lyfter som exempel nyhetsrapporteringen om nedskärningar i personlig assistans och Allmänna ombudet för socialförsäkringen som ibland överklagar beslut som är positiva för enskilda. Mot den bakgrunden är det enligt DHR lätt för en enskild att inte vilja riskera den ersättning man blivit beviljad och inte försöka arbeta, ens i begränsad omfattning.⁷³ Enligt RSMH är det främst två skäl till att personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning inte vågar pröva sin arbetsförmåga. Det första skälet är en rädsla för att påfrestningarna ska bli för stora, så att man misslyckas och riskerar att må ännu sämre än innan. Det andra skälet är rädslan för att förlora sin ekonomiska trygghet, om det till exempel inte går att återfå sin tidigare sjuk- eller aktivitetsersättning.⁷⁴

Enligt Försäkringskassan är vidare ett hinder för individens inträde i arbetslivet en uttalad rädsla för att bli av med aktivitetsersättningen. Enligt Försäkringskassan är merparten av de som lämnat aktivitetsersättning och är under 30 år helt ekonomiskt beroende av andra. De flesta individer som kommer så långt som till Arbetsförmedlingen är osäkra på sin förmåga att klara ett normalt arbete och upplever att de inte får det stöd de behöver för att klara sig. Dessutom anger de flesta som tagit steget dit att rädslan att bli av med sin försörjning utgör ett hinder för att pröva en övergång till arbetsmarknaden, trots att en relativt stor procentandel har ett normalt arbete som mål. Konflikten mellan trygghet och arbetslinjen är enligt Försäkringskassan tydlig och som exempel lyfts en försäkrad med fysisk diagnos som fått inkomster men varit rädd för att berätta det för Försäkringskassan. Detta eftersom hon hört att aktivitetsersättningen dras in om den försäkrade visar att man kan arbeta även endast lite grann. Den försäkrade hade också fått en möjlighet att arbeta fyra timmar i veckan men tackat nej på grund av en rädsla att förlora hela sin ersättning från Försäkringskassan.⁷⁵

⁷³ Svar från DHR på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁷⁴ Svar från RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁷⁵ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 12 och 93. Enligt Riksrevisionen kan vidare bland annat rädsla hos individen att förlora ersättningen förklara varför möjligheten till vilande ersättning inte använts i någon större utsträckning, trots att möjligheterna till detta utvidgades från och med januari 2013, se RIR 2015:7, s. 103.

Enligt Försäkringskassan kan rädslan att förlora aktivitetsersättningen skapa inlåsnings effekter i ersättningen. Många försäkrade är oroliga för att få en lägre inkomst än den som betalas ut under tid med aktivitetsersättning. Vissa är också oroliga över att inte klara av att arbeta över tid, vilket kan leda till att man inte vågar delta i arbetslivsriktad rehabilitering till syfte att individen ska komma ut i arbete på arbetsmarknaden.⁷⁶

Utredningens bedömning är att en liknande rädsla troligtvis finns hos många personer som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller från och med den 1 juli 2008, mot bakgrund av vad som ovan presenterats om synpunkter från vissa av den ena av utredningens referensgruppsmedlemmar⁷⁷ och av att de båda grupperna omfattas av regler som har liknande konstruktion.

Reell sannolikhet att ersättningen påverkas

Utredningen kan vidare konstatera att rätten till ersättning kan omprövas om den enskilde får förbättrad arbetsförmåga vid sjukersättning eller väsentligt förbättras vid aktivitetsersättning. Vidare fattas beslut om aktivitetsersättning för maximalt tre år i taget. Ersättning som förklarats vilande får dock inte ändras med anledning av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet om vilandeförklaring uppvisar en förbättrad arbetsförmåga genom förvärvsarbete.⁷⁸ Regelverket skyddar alltså den försäkrade från en förlust av ersättningen på grund av att den försäkrade uppvisat en arbetsförmåga under en period med vilande ersättning, även om skyddet mot omprövning efter en sådan period endast gäller i fråga om ersättning motsvarande den del som har vilandeförklarats och endast den del av förmånen som har omfattats av beslutet om vilandeförklaring. Den *reella* risken att ersättningen ska påverkas av en period med vilande ersättning för arbete är därmed låg, under förutsättning att den enskilde arbetar i enlighet med beslutet. Att arbeta utöver villkoren i ett sådant beslut, eller arbeta i en ökad omfattning

⁷⁶ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport - Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, dnr 013693-2017, s. 18.

⁷⁷ Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.

⁷⁸ Se närmare avsnitt 14.2.3.

utan något beslut om vilande ersättning alls, kan dock innebära att individen riskerar sin rätt till ersättning.⁷⁹

Vidare framgår av Försäkringskassans vägledning att hur den planerade arbetstiden är förlagd och omfattningen av det planerade arbetet kan tala för att den försäkrade inte har en nedsatt arbetsförmåga. En ansökan om vilande ersättning kan därför ge anledning till att ompröva rätten till förmånen på grund av förbättrad arbetsförmåga.⁸⁰ Utredningen bedömer att det är inkonsekvent att uppvisad arbetsförmåga i enlighet med beslut om vilande ersättning inte ska kunna läggas till grund för omprövning av den försäkrades rätt till ersättning, men att information i själva ansökan om vilande ersättning kan antyda förbättrad arbetsförmåga som kan läggas till grund för omprövning av rätten till ersättning. Att så är fallet kan påverka benägenheten för enskilda försäkrade, som inte vill riskera att förlora sin förmån, att ansöka om vilande ersättning.

Aktivitetsersättningen har en motsägelsefull konstruktion

Utredningen konstaterar vidare att aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga har en motsägelsefull konstruktion. Enligt Försäkringskassan är det i det första skedet fokus på arbetsförmågans nedsättning och vad individen inte klarar av. När en försäkrad anser om aktivitetsersättning ska han eller hon nämligen styrka sin arbetsoförmåga med underlag som beskriver individens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. I ett senare skede, när förmånen är beviljad, skiftar fokus till att försöka hitta möjligheter och förutsättningar hos individen för arbete eller studier.⁸¹ Den enskilde behöver alltså ha en nedsatt arbetsförmåga för att beviljas aktivitetsersättning och om ersättningen beviljas riktas fokus i stället på den eventuella arbetsförmåga som individen ändå har och/eller på att sådan förmåga ska utvecklas genom bland annat aktiviteter och rehabilitering. Utredningen konstaterar att tanken med ersättningen är att den försäkrade ska stöttas till att få eller återfå arbetsförmåga men bedömer att det finns en risk att den försäkrade upplever sig som ”jagad”

⁷⁹ Se även SOU 2018:21 s. 85–86.

⁸⁰ Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 116.

⁸¹ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 18.

av Försäkringskassan och pressad till att arbeta fram förmåga alternativt använda den eventuella begränsade förmåga han eller hon har.

Administrativt tungrodda regler

Systemet med vilande ersättning är också administrativt tungrodd, särskilt utifrån det sätt som det oftast används på i dagsläget. Nuvarande regelverk och gällande lagtext ger vid handen att en försäkrad begär ersättningen vilande för att arbeta och att sedan ersättningen fortsätter att vara vilande i ett antal månader framöver. Konstruktionen förefaller vara tydlig och förutsebar. Utredningen har emellertid, genom framför allt kontakter med Försäkringskassan men även intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättning, kunnat konstatera att det i praktiken snarare är fråga om att den enskilde ansöker om att ha sin ersättning vilande för en eller ett par månader och sedan återvänder till försäkringen. Detta kan ofta pågå växelvis.

Vidare står det klart att denna grupp generellt inte har särskilt goda ekonomiska förutsättningar. Detta får till följd av varje risk för utebliven ersättning kan få stora konsekvenser. Uppstår exempelvis ett glapp så att ersättning inte betalas ut en månad kan detta få stora konsekvenser och risken för glapp i utbetalningen kan motverka att den försäkrade väljer att begära ersättningen vilande. Eftersom sjuk- och aktivitetsersättning är månadsersättningar kan de i dagsläget inte heller regleras på annat sätt än månadsvis.

Systemet får anses fungera relativt väl för den person som har en förbättrad arbetsförmåga och har en tillsvidareanställning eller längre tidsbegränsad anställning på viss bestämd omfattning och får sin sjukersättning kontinuerligt vilande för en längre tid. Regelverket är däremot sämre anpassat för en situation där en enskild exempelvis får möjlighet att pröva arbetsförmågan i en kortare tidsbegränsad anställning, eller genom ett par dagars arbetspass. Utredningen kan alltså konstatera att dagens regelverk får anses vara sämre rustat för att hantera hur arbetsmarknaden och möjligheterna till arbete typiskt sett ser ut för denna grupp, samtidigt som riskerna är stora för den enskilde att pröva att arbeta i sådana mer tillfälliga lösningar. Den flexibilitet som kan sägas behövas i systemet finns inte i dagens regelverk.

En konsekvens av detta, som också utredningen har uppmärksammat på och redogjort för i tidigare avsnitt, är att en rädsla för att

förlora ersättning och därmed också grundläggande trygghet, finns hos de försäkrade som utgör målgruppen för användande av systemet.

Övriga faktorer som kan påverka

Utredningen har inte kunnat hitta stöd för att reglerna om vilande ersättning på ett generellt plan är okända. Temagruppen för unga i arbetslivet menar att orsaken till att det är relativt ovanligt att möjligheten till vilande ersättning används snarare är tillämpningen av reglerna än att reglerna i sig behöver öppna upp för en större flexibilitet. Orsakerna till att reglerna om bland annat vilande ersättning inte används i större utsträckning kan därför behöva utredas, enligt Temagruppen för unga, som särskilt pekar på frågorna om i vilken utsträckning det handlar om att det är typen eller graden av funktionsnedsättning som är hindrande, vilka slags anpassade arbeten som står till förfogande, hur beredskapen och intresset ser ut bland arbetsgivare för att anställa unga med aktivitetsersättning samt Försäkringskassans arbete för att ta reda på om det där finns hindrande faktorer som försvårar användningen av den inbyggda flexibiliteten i systemet.⁸²

Vad gäller möjligheterna för försäkrade som beviljats partiell aktivitetsersättning att arbeta kan dock nämnas att de fasta ersättningsnivåerna (25, 50, 75 eller 100 procent) kan medföra att enskilda får svårt att arbeta utifrån sin faktiska förmåga och samtidigt få ersättningen vilande i motsvarande omfattning. Enligt principen om jämn förläggning av arbetstiden gäller att, om det inte är medicinskt motiverat att förlägga arbetstiden på annat sätt, den som exempelvis arbetar halvtid och har halv förmån inte får arbeta mer än 20 timmar på en vecka och inte mer än fyra timmar per dag.

På möten med den ena referensgruppen har vidare vissa framfört uppfattningen att en person exempelvis kanske skulle kunna arbeta 60 procent i stället för 50 procent och därmed kunna förbättra sin hushållsekonomi, men att det inte går i dag.⁸³

Om den försäkrade har en plats på en daglig verksamhet finns vidare vissa inlåsningseffekter som hindrar den försäkrade från att pröva sin arbetsförmåga hos en arbetsgivare. Det är nämligen inte

⁸² Temagruppen Unga i arbetslivet, *Tid för aktivitetsersättning för unga!*, s. 38.

⁸³ Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.

säkert att den dagliga verksamheten kan garantera att den enskilde kan återgå till sin plats efter en tid då individen prövat sin arbetsförmåga någon annanstans. Vissa försäkrade vill därför inte testa sin arbetsförmåga av rädsla för att inte få tillbaka sin plats på en för individen fungerande daglig verksamhet, om arbetsförsöket inte skulle fungera. Det kan vidare finnas aktörer som erbjuder dagliga verksamheter som har ekonomiska incitament till att vilja behålla den försäkrade i verksamheten.

15.4.2 Studier under tid med ersättning

De som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008 och de som har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har möjlighet att få ersättningen vilandeförklarad även för studier. Försäkrade som beviljats aktivitetsersättning har dessutom möjlighet att använda sex månaders prøvotid för studier.

Som framgår av avsnitt 15.2 var det ca 250 personer eller 0,25 procent av samtliga med sjukersättning som använde möjligheten till vilande ersättning för studier år 2019. I slutet av samma år hade ca 6 procent av de som hade vilande aktivitetsersättning. Andelen som haft vilande ersättning för studier har sedan 2009 legat mellan 20 och 30 procent av de som har vilande aktivitetsersättning. Möjligheten till prøvotid för studier för personer med aktivitetsersättning infördes 2017. Under 2017 sjönk andelen som hade vilande ersättning samtidigt som antalet med prøvotid för studier ökade. Sedan möjligheten infördes har det årligen varit ca 400–600 personer som använt prøvotid för studier, vilket motsvarar ca 1–1,5 procent av alla som hade aktivitetsersättning dessa år. Sammantaget har dock antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller prøvotid för studier, ökat efter 2017 års reform. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än sex månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än sex månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader. Omkring en femtedel av de som har prøvotid för studier övergår till att sedan ha vilande aktivitetsersättning för studier.

Utredningen bedömer inledningsvis att det med hänsyn till att grupperna har en nedsatt arbetsförmåga är rimligt att utgå från att de även har en begränsad studieförmåga. Ur detta perspektiv är det inte så konstigt att så få försäkrade använder möjligheten till vilande ersättning för studier eller prøvotid för studier som framgår av statistiken i avsnitt 15.2. I de fall där den försäkrades hälsotillstånd förbättras kan dock studier bli aktuellt, exempelvis som ett steg mot ett arbete eller mot ett bättre liv på något annat sätt. Exempelvis har Försäkringskassan konstaterat att en del försäkrade som haft vilande sjukersättning för arbete går tillbaka till sjukersättning för att de behöver utbildning för att kunna bli tillsvidareanställda.⁸⁴

Allmänt kan vidare framhållas även de övriga faktorer som kan tänkas påverka användandet av möjligheten att arbeta under tid med vilande ersättning, som behandlades i avsnitt 15.4.1, kan tänkas påverka även användandet av möjligheten att studera under tid med vilande ersättning. Detta då systemen för vilande ersättning för arbete och studier är lika varandra. Särskilt kan här nämnas att det har framkommit att de ekonomiska incitamenten för att studera under tid med vilande ersättning kan vara små, se nedan.

Utredningen har vidare inte tagit del av information som tyder på att studieutbudet för personer med olika former av funktionsnedsättningar generellt är en förklaring till det låga studiedeltagandet för personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning. I utredningens direktiv anges bland annat att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är en heterogen grupp. När det gäller ungdomar med denna funktionsnedsättning har de emellertid generellt sett sämre levnadsvillkor än övriga unga och möter ofta särskilda hinder i sin utbildning och i övergången till arbetslivet.⁸⁵ Det är flera olika faktorer som försvårar möjligheten till studier för denna målgrupp. Det handlar t.ex. förutsättningarna för studiefinansiering, utbildningens utformning, möjligheten att få olika slags stöd när man studerar och om att få behörighet till olika program och kurser. Ytterligare faktorer som försvårar kan utgöras av sådant som inträffat före individen beviljades ersättning. Vilken erfarenhet har individen från tidigare skolgång vad gäller såväl studie-

⁸⁴ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 35.

⁸⁵ Se exempelvis SOU 2018:11.

resultat som övriga upplevelser kring studier? Förutsättningarna att få tillgång till fortsatta studier kanske också påverkas för de som har gått i anpassad skola.

Olika aspekter kopplat till frågan om möjligheten till studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning har utretts tidigare. När det t.ex. gäller eftergymnasiala studier anser Komvuxutredningen att det i högre grad är regelverken än individernas intellektuella förmåga som är ett hinder för sådana studier för individer med intellektuell funktionsnedsättning.⁸⁶

För denna utrednings vidkommande är det frågan om möjligheten att studera med bibehållen ersättning (i praktiken studiefinansiering) som bedöms omfattas av utredningens uppdrag.

Vilande ersättning vid studier

Vid vilandeförklaring för studier ska den beviljade förmånen i sin helhet förklaras vilande. Detta gäller oavsett omfattningen på studierna. Den försäkrade hänvisas alltså till möjligheten att söka studiemedel för finansieringen av sitt uppehälle under studietiden. Hur mycket studiemedel som betalas ut beror bland annat på individens studietakt.⁸⁷

Att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande, trots att personen inte klarar av heltidsstudier, har lyfts som ett hinder för försäkrade att prova att studera. Till exempel saknar många som beviljats aktivitetsersättning studievana och har inte förmåga att studera på heltid och eller har en problematik som gör det svårt eller omöjligt att studera på heltid. Enligt Funktionsrätt Sverige är det en stor brist att personer med förmåga att studera på deltid inte kan behålla delar av sin ersättning. I stället försvinner hela ersättningen, vilket leder till att personen kan behöva skuldsätta sig för studier i högre utsträckning än andra.⁸⁸ Utredningen bedömer att studielån kan uppfattas som avskräckande, detta då det kan finnas en oro för att inte ha möjlighet att återbetala lånet. Det kan vidare ha en återhållande verkan på att försäkrade vågar studera om hela ersättningen blir vilande oavsett omfattningen av studierna, samt att det inte betalas ut ett belopp motsvarande 25 procent av den vilade ersättningen

⁸⁶ SOU 2018:71.

⁸⁷ Se avsnitt 14.2.3.

⁸⁸ Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

och studierna måste finansieras med studielån. Särskilt otruggt kan studielån uppfattas för försäkrade som inte är säkra på sin studieför- måga eftersom försörjningen i så fall är beroende av studieresultaten.

Utredningen konstaterar vidare att utbildningsutbudet har förändrats sedan möjligheten att studera med vilande ersättning tillkom. Bland annat har det blivit allt vanligare att studier bedrivs i lägre omfattning än heltid och i olika former, exempelvis på distans. Möjligheten för den försäkrade att i dag att hitta studieanordnare som erbjuder kurser och utbildningar i en lägre takt än heltid är således större.

Möjligheten att studera på deltid kan vidare vara ett sätt att våga pröva på att studera, särskilt för försäkrade som beviljats *sjukersättning* och därför inte har möjligheten till provotid för studier. Att kunna ha kvar hela eller delar av ersättningen medför en ekonomisk trygghet vilket kan öka chanserna att försöket lyckas. Att motivera den försäkrade att våga pröva på att studera kan bli svårt när hela ersättningen blir vilande.

Visserligen torde det vara ovanligt att försäkrade testat sin förmåga att studera inom ramen för vilande *aktivitetsersättning* när det mer generösa systemet med provotid för studier finns, varför det antagligen inte är aktuellt för försäkrade att studera på deltid inom ramen för vilande ersättning. Dock noterar utredningen att situationen kan uppstå att en försäkrad prövar att studera på deltid inom ramen för provotid för studier. Om upplägget visar sig fungera för den försäkrade och han eller hon därför skulle vilja fortsätta studera på deltid under en tid med vilande ersättning, med eller utan finansiering genom studielån, skulle den försäkrade dock förlora inkomsten från aktivitetsersättningen eftersom hela ersättningen blir vilande oavsett studiernas omfattning. Att den enskilde i ett sådant fall använt provotiden för studier för att hitta ett studieupplägg som fungerar men inte kan fortsätta studera i samma takt är en brist.

Utredningen kan vidare konstatera att även om en försäkrad väljer att studera deltid och få hela sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilandeförklarad så får det andra än rent ekonomiska konsekvenser. Att hela ersättningen blir vilande innebär inte minst att det inte initieras några rehabiliteringsinsatser, ens på den del som den försäkrade inte studerar.

Enligt Riksrevisionens saknas det vidare ekonomiska incitament för unga med aktivitetsersättning att lämna ersättningen för studier.

Riksrevisionen framhåller att många i gruppen med aktivitetsersättning har en problematik som hindrar studier på heltid. Om dessa skulle studera på deltid försvinner rätten till ersättningen. Detta skapar en inlåsnings effekt i aktivitetsersättningen enligt Riksrevisionen.⁸⁹ Enligt Riksrevisionen har den enskilde visserligen fortfarande rätt till bostadstillägg vid studier. Ekonomiskt sett innebär heltidsstudier med vilande aktivitetsersättning för en person som tidigare haft bostadstillägg enligt typexemplet att personen får motsvarande 70 procent av inkomsten som denne skulle ha haft vid hel aktivitetsersättning. Enligt Riksrevisionens exempel är inkomsten 10 696 kronor vid hel aktivitetsersättning, 5 355 kronor vid studier med 25 procent vilande ersättning och 7 470 kronor vid studier med 100 procent vilande ersättning. Inkomsten vid studier gäller endast bidragsdelen. Personen antas bo i ensamhushåll, inte ha någon förmögenhet och ha en bostadskostnad på 5 000 kronor i månaden.⁹⁰ Riksrevisionen publicerade dessa bedömningar innan möjligheten till prøvotid för studier infördes, men som Funktionsrätt Sverige framfört till utredningen kvarstår problematiken vid vilande studier fortfarande.⁹¹ En person som väljer att ha sin aktivitetsersättning vilande för att prova att studera förlorar 30 procent av sin inkomst enligt Riksrevisionen.⁹²

Prövotid för studier

Försäkringskassan har bedömt att möjligheten till prøvotid för studier sannolikt kommer bidra till att fler personer med aktivitetsersättning byter ut ersättningen mot studier. Antalet studerande ökade exempelvis från 488 under de sista 21 månaderna före införandet av prøvotid till 1 150 under de första 21 månaderna efter.⁹³

För att reformen ska få fler att studera måste dock målgruppen känna till möjligheten till prøvotid. Enligt Försäkringskassan informeras merparten av de försäkrade när de ansöker om vilande ersättning för studier eller när de är i kontakt med Försäkringskassan av andra orsaker. Försäkringskassan genomförde även vissa informa-

⁸⁹ Se RIR 2015:7, s. 86 och 103.

⁹⁰ Se RIR 2015:7, s. 86.

⁹¹ Se RIR 2015:7, s. 11–12 och svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁹² Se RIR 2015:7, s. 88.

⁹³ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 27.

tionsinsatser under 2017 och succesivt har allt fler försäkrade hört talas om provotid för studier. Intervjuade handläggare tror att möjligheten att få provotid kommer vara allmänt känd bland de försäkrade på sikt.⁹⁴

Enligt Försäkringskassan menar intervjuade handläggare att provotiden medför att de försäkrade känner en ekonomisk trygghet som gör att fler vågar pröva på studier. Utan denna möjlighet finansieras ofta studierna genom lån från CSN. Det upplevs som otryggt för försäkrade som inte är säkra på sin studieförmåga eftersom försörjningen i så fall är beroende av studieresultaten.

Försäkringskassan menar vidare att enligt intervjuade handläggare räcker 6 månaders provotid för de flesta. Försäkrade som avbryter studierna gör oftast det relativt snart efter att de börjat studera. Innan regeländringen var det vanligt att de försäkrade prövade studier med vilande ersättning i 3 månader, vilket enligt de intervjuade handläggarna var för kort tid. Handläggarnas bild är att försäkrade som använt hela provotiden vanligtvis fortsätter studierna med vilande ersättning. Försäkrade som använder hela provotiden och sedan slutar gör det för att de blivit klara med studierna, exempelvis för att de bara hade en termin kvar på gymnasiet.⁹⁵

Utredningen konstaterar att antalet personer som studerar, vare sig de har vilande aktivitetsersättning eller provotid för studier, har ökat efter införandet av möjligheten till provotid för studier. Den största delen av ökningen består av personer som studerat mindre än 6 månader. En ökning syns även bland dem som studerar längre än 6 månader även om den inte är lika markant. Generellt sett gäller dock att de flesta som studerar under tid med aktivitetsersättning gör det under en eller ett par månader, se avsnitt 15.2.2.

Det finns dock vissa problem med provotiden för studier. När den försäkrade vill använda möjligheten tas en hel månad i anspråk oavsett hur många dagar under den aktuella månaden studierna faktiskt bedrivs. Exempelvis kan en termin börja den 31 augusti, vilket innebär att den enskilde med en enda studiedag förbrukar en hel månad av de totalt sex möjliga månaderna med provotid. Detta kan innebära

⁹⁴ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 28.

⁹⁵ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, s. 28.

att provotiden i praktiken blir kortare än sex månader, utan att individen kan påverka det.⁹⁶

För många är vidare sex månaders provotid inte tillräckligt med tid för att den försäkrade ska hinna prova och utvärdera att studera och ta ställning till frågan om fortsatta studier med vilande ersättning. För personer med psykisk ohälsa som under lång tid varit utan både studier och arbete kan det ta tid innan man lyckas få till rätt stöd från högskolan för att man ska klara av studierna. Att våga börja studera kan vara ett avgörande steg på väg mot ett mer aktivt liv och ett arbete. Den korta provotiden kan skapa en extra och negativ stress – för personer som kan vara extra stresskänsliga. Att veta att möjligheten till provotid endast gäller i sex månader totalt för att sedan vara förbrukad, kan dessutom spä på stressen. Enligt Funktionsrätt Sverige finns för många unga ingen annan väg än att studera med bibehållen aktivitetsersättning, så länge det inte finns möjlighet att studera på deltid och ha ersättning på deltid, studera i långsammare takt eller med korta uppehåll under terminen för de vars sjukdom går i skov, ett starkare studiestartstöd och högre bidragsdel i studie-stödet.⁹⁷

Enligt NSPH klarar vidare många personer med psykisk ohälsa inte av att studera heltid, utan behöver studera på halvtid. För dessa personer blir provotiden i realiteten kortare än motsvarande sex månaders heltidsstudier.⁹⁸

15.4.3 Uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med ersättning

Enligt direktiven är utgångspunkten för utredningens uppdrag att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete. Deltagande i samhällslivet utgörs exempelvis av engagemang i föreningslivet och ideella uppdrag samt andra fritidsaktiviteter.

Inledningsvis kan konstateras att försäkrade som är beviljade sjuk- eller aktivitetsersättning är individer som bedömts ha nedsatt arbetsförmåga. Det är därför rimligt att tänka sig att få av dessa individer i större omfattning skulle kunna engagera sig i ideellt arbete eller andra fritidssysselsättningar. Utredningen kan samtidigt konstatera

⁹⁶ Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁹⁷ Svar från Funktionsrätt Sverige och NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

⁹⁸ Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

att skillnaderna mellan förvärvsarbete och engagemang i ideella föreningar eller övriga fritidssysselsättningar kan vara stor. I ett förvärvsarbete krävs exempelvis ofta att den enskilde presterar en viss insats i en viss arbetstakt, passar tider, presterar under press och kan förhålla sig socialt och arbetsmässigt till kollegor och andra.⁹⁹ Även moment i anslutning till arbetet, såsom morgonbestyr och transport till arbetet, kan innebära stora krav för den enskilde. Vidare ska prestationen ofta vara jämn över tid. Samma krav ställs inte nödvändigtvis vid exempelvis ideellt arbete och andra fritidsaktiviteter. Omfattningen av sådana sysslor kan ofta i hög grad styras och kontrolleras av den enskilde själv och utföras på tider personen själv väljer och den enskilde kan utan risk för sanktioner lämna återbud eller anpassa omfattningen av sin insats och prestationen i övrigt utifrån dagsform, intresse, ork och kompetens.¹⁰⁰ Ideella engagemang eller fritidssysselsättningar kan alltså överlag vanligtvis vara avsevärt mer flexibla och mindre kravfyllda än förvärvsarbeten. Föreningsarbete kan styras av hur individen mår och orkar vid ett visst tillfälle, men i förvärvsarbete förväntas man prestera bra varje arbetsdag.¹⁰¹

Funktionsrätt Sverige och NSPH anser att ideellt engagemang, såsom exempelvis föreningsarbete, bör betraktas som rehabiliterande aktiviteter. Organisationerna konstaterar att föreningsarbete kan göra att man kommer in i ett socialt sammanhang och känner sig delaktig, vilket är extra viktigt för personer som saknar arbete eller sysselsättning. Vidare beskriver organisationerna att känslan av att kunna bidra och vara en del i ett sammanhang i sig ger bättre hälsa, välmående och framtidstro. Det kan också ge värdefulla erfarenheter som för människor närmare arbetsmarknaden. Organisationerna anger också att upplevelsen av att känna sig förhindrad att engagera sig ideellt, och på så sätt begränsas i sina möjligheter att påverka i samhällsfrågor, däremot kan försämra rehabiliteringsprocessen, vilket också blir ett demokratiproblem. Ett ideellt engagemang kan enligt organisationerna inte jämföras med ett vanligt arbete.¹⁰²

NSPH anser även att det faktum att det inte finns någon motsvarighet till "åttondelen" för andra ersättningsnivåer än hel kan motverka att personer med psykisk ohälsa provar någon form av engagemang, eftersom det finns en osäkerhet om huruvida man på

⁹⁹ Jfr också HFD 2019 ref. 48 om kraven som uppställs i ett förvärvsarbete.

¹⁰⁰ Svar från Funktionsrätt Sverige och RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

¹⁰¹ Svar från Funktionsrätt Sverige, NSPH och RSMH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

¹⁰² Svar från Funktionsrätt Sverige och NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

lång sikt klarar av att arbeta i högre grad. NSPH anger vidare att det faktum att man avstår i sig kan medföra ytterligare problem med ohälsa och passivitet. Som exempel menar NSPH att regelverket borde vara flexibelt så att den med halv sjukersättning kan prova arbete för att se om han eller hon har arbetsförmåga över 50 procent.¹⁰³

Oro hos de försäkrade

I kommittédirektiven beskrivs ett av de nuvarande problemen i försäkringen som att försäkrade som har beviljats ersättning inte känner till vilka förutsättningar som gäller, och utifrån detta avstår från att delta i samhällslivet för att vara säkra på att den egna försörjningen inte påverkas. Detta kan således även beskrivas som att de försäkrade *uppfattar* att det finns en reell risk att de ska förlora delar av eller hela sin ersättning om de försöker arbeta eller på annat sätt delta i samhällslivet; denna uppfattning är alltså skild från den *reella* risken att ersättningen ska påverkas och avser alltså mer mentaliteten hos de som har ersättningarna.

Det verkar finnas en oro hos försäkrade i samtliga tre huvudgrupper för att beviljad ersättning ska komma att påverkas vid fritidsysslor eller ideellt arbete. Utredningen har alltså kunnat finna visst stöd för att en sådan uppfattning hos de försäkrade utgör ett hinder mot att pröva att arbeta eller på annat sätt delta i samhällslivet. I svaren från funktionsorganisationerna i en av utredningens referensgrupper framkommer också uppfattningen att medlemmar i organisationerna upplever oro och rädsla för att få sin ersättning indragen. En viss osäkerhet inför Försäkringskassans dubbla roll kan också sägas finnas där myndigheten både ska agera stöd och kontrollfunktion.

Rädsla för att arbeta ideellt etc.

Det civila samhället är en central del av demokratin. Sådana organisationer kan bl.a. utgöra en plats där människor tillägnar sig demokratiska färdigheter och värderingar, men även en plats som erbjuder offentliga rum och därmed kan öka medborgarnas handlingsut-

¹⁰³ Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

rymme.¹⁰⁴ En förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin är att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt.¹⁰⁵ Således är det viktigt att även personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning samt som har intresse och ork också vågar engagera sig i ideell verksamhet.

Myndigheten för delaktighet har framhållit att det bland personer som beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning dock finns en rädsla för att engagera sig ideellt i organisationer eller politiska partier eftersom det vid sådant engagemang finns en upplevd risk att ersättningen sätts ner eller dras in. Det finns en uttalad oro för att Försäkringskassan ska ifrågasätta arbetsförmågans nedsättning om den enskilde engagerar sig ideellt, även om den enskilde bara engagerar sig när han eller hon orkar. Upplevelsen är alltså att möjligheten att arbeta ideellt eller politiskt inte fungerar i praktiken. För de personer som berörs försvårar det möjligheten att vara aktiv i en förening eller i ett parti och på det sättet utöva inflytande i politiken. Enligt Myndigheten för delaktighet finns därför problem med den demokratiska delaktigheten för personer med psykisk funktionsnedsättning personer som får hel sjuk- eller aktivitetsersättning.¹⁰⁶

Myndigheten för delaktighet menar att kännedomen om möjligheten att även med hel förmån kunna använda en liten del av arbetsförmågan för exempelvis ideellt eller politiskt arbete tycks vara låg och inte heller alltid fungera i praktiken. Informationen kan enligt MFD behöva spridas i lämpliga forum både till beslutsfattarna för sådant stöd och till personer som berörs av ersättningarna.¹⁰⁷

Även enligt Funktionsrätt Sverige vågar många inte arbeta ideellt eller engagera sig i samhället på annat sätt på grund av risken att ersättningen dras in. Organisationen anser vidare att reglernas nuvarande utformning har inläsningseffekter eftersom den enskildes förmåga att utöva fritidsintressen och arbeta ideellt kan ligga till grund för en bedömning att den enskilde har arbetsförmåga.¹⁰⁸ Organisationen NSPH anser att det finns oklarheter i gränsdragningen mellan vilka fritidsaktiviteter som ska bedöms och inte bedöms kunna visa på

¹⁰⁴ Statsrådsberedningen, Framtidens civilsamhälle, Underlagsrapport 3 till Framtidskommissionen, 2012.

¹⁰⁵ SOU 2016:13.

¹⁰⁶ Myndigheten för delaktighet, Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning, s. 5, 7 och 35.

¹⁰⁷ Myndigheten för delaktighet, Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning, s. 9 och 51.

¹⁰⁸ Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

arbetsförmåga. NSPH menar att denna oklarhet påverkar personer som har ersättning eftersom de inte vågar pröva ett ideellt uppdrag på grund av oklara besked från ansvarig handläggare på Försäkringskassan.¹⁰⁹

Funktionsrätt Sverige framhåller vidare att enskilda främst engagerar sig i ideell verksamhet för att det är roligt, som en fritidssyssla. Att arbeta, eller prova på att arbeta, gör enskilda försäkrade för att tjäna pengar. Organisationen framhåller att även personer inom aktivitets- eller sjukersättningen måste kunna få ha hobbyer och en meningsfull fritid.¹¹⁰

Vad ingår i deltagande i samhällslivet?

Människor ägnar sig under sitt liv åt en mängd skiftande sysslor, där en del sker i form av arbete och en del vid sidan av arbetet. Det är inte alltid heller möjligt att göra en strikt uppdelning av vad som ska anses utgöra arbete och vad som är att ses som fritidsverksamhet eller hobby. De varianter av åtaganden inom föreningslivet, ideella arbeten och andra rena fritidssysselsättningar som finns är oräkneliga. Några huvudkategorier kan dock ändå urskiljas.

Med *förvärvsarbete* menas sådant arbete som arbetstagare, uppdragstagare och egenföretagare utför mot ersättning. I begreppet ingår även bisysslor och tillfälliga arbeten av olika slag som utförs mot ersättning. Med uppdragstagare menas den som utför arbete för någon annan utan att det finns ett anställningsförhållande. Som exempel på uppdragstagare kan nämnas ledamöter i styrelser och fullmäktige, nämndemän, utförare av tillfälliga insatser som bouppteckningsförrättare, besiktningmän eller föreläsare.

Ideellt arbete är sådant arbete som utförs utan ersättning. Benämningen arbete gör att det är frågan om insatser av en viss karaktär. Däremot behöver exempelvis prestationskraven inte motsvara de som gäller för förvärvsarbete (jfr HFD 2019 ref. 48) och arbetet präglas ofta av frivillighet och stora möjligheter till individuell anpassning. På så sätt behöver förmågan att utföra ideellt arbete inte motsvara en arbetsförmåga som kan användas i förvärvsarbete. Gränsdragningen mellan ideellt arbete och lönearbete är dock oklar

¹⁰⁹ Svar från NSPH på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

¹¹⁰ Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

och har i arbetsrättslig mening lett till många tvister genom åren. Ideellt arbete innebär att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund, arbetsinsatsen i huvudsak inte görs av personliga ekonomiska skäl, arbetet utförs inom en ideell verksamhet (föreningar eller motsvarande). I Sverige utförs en dominerande del av det ideella arbetet i eller via en ideell organisation, oftast en ideell förening, men också i stiftelser, trossamfund eller ekonomiska föreningar.

Det sker ideellt arbete även på annat sätt i samhället, till exempel i en kommuns äldreomsorg, skola eller liknande. Det ideella arbetet är i huvudsak obetalt. I vissa fall får man ersättning för direkta kostnader och utlägg, ibland också ett arvode. Det är oftast relativt begränsat, men i några fall av ekonomisk betydelse och i några undantagsfall ända upp till motsvarande heltidslön till exempel för ordförande i stora ideella organisationer. Det ideella arbetet skiljer sig alltså på det sättet från lönearbete, som i princip alltid sker på avtalsgrund, och där lönen så gott som alltid är central.

Deltagande i föreningslivet är en central aspekt av möjligheten till ett rikt liv och att kunna delta i samhällslivet. Politiska partier och kultur- och idrottsföreningar utgör bara några exempel på föreningar som personer kan engagera sig i. En viktig roll fyller också intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar, där många med sjuk- eller aktivitetsersättning är aktiva, för att exempelvis kunna bistå andra i liknande situation. Gränsdragningen mellan att vara aktiv i en förening och att utföra ideellt arbete för samma förening är inte helt klar, på samma sätt som gränsdragningen mellan ideellt arbete och förvärvsarbete.

Frågan om *hemarbete* är inte utförligt berörd i senare rättspraxis men ett par avgöranden från HFD (se de i avsnitt 14.2.1 berörda rättsfallen) har behandlat frågan hur hemarbete ska betraktas i frågan om uppvisad arbetsförmåga. Av lagtexten framgår att värdet av arbete med skötsel av hemmet i skäligen omfattning ska likställas med inkomst av arbete.¹¹¹ För att arbete med att sköta hemmet ska påverka bedömningen av rätten till ersättning bör utredningen i ett ärende visa att arbetsinsatsen skulle kunna användas i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga därmed inte kan anses vara helt eller i det närmaste helt nedsatt. Tar den försäkrade till exempel emot ensamkommande flyktingbarn i sitt hem

¹¹¹ 33 kap. 11 § SFB.

mot ersättning eller har uppdrag som familjehem kan detta vägas in i bedömningen av arbetsförmågan. Det beror på vad en sammanvägd bedömning i varje enskilt fall visar när det gäller arbetsinsats, antal personer som uppdraget innefattar och vilken inkomst det ger.

Regelverkets gränser är i dagsläget för otydliga

Utredningen bedömer att nu gällande regelverk är otydligt på många punkter vad gäller frågan om enskildas engagemang och ideellt arbete och gränsen för sådant. Det är inte helt tydligt vad en försäkrad som har beviljats sjukersättning på hel- eller deltid kan göra, utan att ersättningen ska omprövas med eventuellt följd att den minskas eller dras in.

I en av Försäkringskassans vägledningar beskrivs att regelverket kan tolkas som att det innebär att en mängd olika faktorer ska vägas in i denna bedömning.¹¹² De aktuella resonemangen i myndighetens vägledningen avser främst bedömningen av rätt till ersättning, men anmälningsskyldighet föreligger även vid förändringar av arbetsförmågan så dessa avvägningar blir även relevanta för personer som har sjukersättning och därmed kan få ersättningen omprövad om han eller hon uppvisar en förbättrad arbetsförmåga (som inte antogs finnas vid tidpunkten för beslutet).¹¹³

Enligt 110 kap. 46 § första stycket SFB ska den som får en förmån enligt socialförsäkringsbalken anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen. Som exempel på förhållanden som avses i andra stycket bl.a. hälsotillstånd och arbetsförmåga. Detta innebär således att den enskilde kontinuerligt förväntas bedöma om det egna hälsotillståndet har förbättrats och om detta har lett till att även arbetsförmågan har förbättrats, detta även om denna förbättring inte används för att exempelvis förvärvsarbeta. Den som aktiverar sig på fritiden genom exempelvis föreningsarbete, måste kontinuerligt bedöma om åtagandet ska anses motsvara arbetsförmåga. Är så fallet ska den enskilde anmäla detta till Försäkringskassan.

Den som har beviljats sjukersättning har vissa möjligheter att ägna sig åt ideellt arbete och andra uppdrag såsom föreningsengage-

¹¹² Försäkringskassan, Vägledning 2013:1 version 6.

¹¹³ 36 kap. 19 § SFB.

mang och fritidsintressen samtidigt som han eller hon har fortsatt rätt till ersättning. Dessa kan sammanfattas i tre varianter.

- Den som har hel sjukersättning kan arbeta upp till en åttondel av heltid – med eller utan inkomst.
- Oavsett ersättning finns möjlighet att ägna sig åt annat än arbete på fritiden, motsvarande vad en förvärvsarbetande person gör på fritiden.
- Åtaganden som inte motsvarar arbete och inte visar på arbetsförmåga faller också generellt utanför anmälningskyldigheten och medför inte att ersättningen ska omprövas.

”Åttondelen” ger vissa möjligheter till ideella åtaganden för en begränsad grupp

Genom den s.k. åttondelen (se närmare i avsnitt 14.2.2) finns viss möjlighet för den som har beviljats hel sjukersättning att förvärvsarbeta med eller utan inkomst – i upp till en åttondel av heltid, motsvarande fem timmar i veckan. Möjligheten till ideellt arbete och ideella åtaganden är inte begränsad till åttondelen i dagsläget, men i resonemang om åttondelen beskrivs ändå att den försäkrade kan använda denna till exempelvis ideellt arbete. I förarbetena anges att de försäkrade som har hel ersättning ges möjlighet att använda en liten återstående *arbetsförmåga* i t.ex. ideellt eller politiskt arbete utan att det formella kravet för rätt till förmån ifrågasätts.¹¹⁴ Bakgrunden var att det är mycket svårt att konstatera att någon verkligen helt saknar arbetsförmåga och att dessa personer därför bör ha ett visst utrymme att använda en återstående sådan förmåga.

De främsta skillnaderna mellan åttondelen och övriga möjligheter till åtaganden är att den tillåter även arbete med inkomst (dvs. förvärvsarbete), att den är tydligt begränsad i tid samt att den utgör en möjlighet endast för den försäkrade som har hel sjukersättning. Dessa begränsningar utgör hinder om avsikten är att fler försäkrade ska kunna delta i samhällslivet på olika sätt. Den fasta tidsgränsen motsvarande 5 timmar i veckan kan också verka hämmande på övrig tid. Ett godkännande av fem timmars ideellt engagemang i exempelvis föreningslivet kan lätt uppfattas som den försäkrade inte har rätt att

¹¹⁴ Prop. 1997/98:111, s. 69.

göra något på övrig tid. Det faktum att regeln är kopplad till hel ersättning gör också att den blir mindre universell och inte analogt kan tillämpas på den med partiell ersättning.

Möjligheten för en försäkrad med partiell ersättning att utöva fritidsintressen som är att jämställa med förvärvsarbete är mycket begränsad (jfr RÅ 2006 ref. 17). Detta får också till följd att den som har partiell ersättning – och därmed med stor sannolikhet besitter högre förmågor till aktivitet jämfört med en person med hel sjukersättning – har en mer begränsad möjlighet att delta i samhällslivet eller ta tillvara denna förmåga på fritiden än den som har beviljats hel sjukersättning.

Fritidsaktiviteter är tillåtna – men det är oklart vad som utgör fritidsaktiviteter

För den s.k. åttondelen talas alltså om en återstående, faktisk arbetsförmåga som kan användas i ideellt arbete etc. Samtidigt står det klart utifrån nuvarande rättsläge att åtaganden som sker på *fritiden* inte heller ska påverka ersättningen. Även en försäkrad med sjukersättning har rätt till fritid. Fritidsaktiviteter som en yrkesverksam person i normalfallet utför på sin fritid, exempelvis deltagande i föreningslivet eller kursverksamhet, påverkar inte rätten till sjukersättning.¹¹⁵ Enligt förarbetena kan deltagande i visst föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter.¹¹⁶

För denna bedömning blir därför gränsen mellan fritid och andra aktiviteter avgörande. Saker som en arbetande individ kan förväntas utföra på fritiden bör inte utgöra hinder för en försäkrad som har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Bedömningen är kopplad till ett omfattningsbegrepp, dvs. vad en yrkesverksam förväntas kunna och hinna utföra på sin fritid, men är inte helt beroende av omfattningen, som bara utgör en del av bedömningen. En sammanvägd bedömning ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, där exempelvis även eventuella inkomster från fritidsaktiviteterna vägs in.

Problemet uppstår när denna bedömning ska göras i sak. Vad och i vilken omfattning kan en yrkesverksam person utföra på sin fritid

¹¹⁵ Prop. 1997/98:111, s. 36 och Försäkringskassans vägledning 2013:1 version 6, s. 32.

¹¹⁶ Prop. 1997/98:111, s. 36–37 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

i form av exempelvis deltagande i föreningslivet eller politiskt arbete? Försäkringskassan beskriver detta i sin vägledning som att

om fritidsintressen växer i omfattning så att de är mer att jämföra med förvärvsarbete eller näringsverksamhet kan de påverka rätten till sjukersättning. Man kan ha hästar som fritidsintresse och motionsrida en gång i veckan, men om man driver en hästgård med tävlingsverksamhet kan det snarare jämföras med förvärvsarbete.¹¹⁷

Beskrivningen har sin grund i förarbetena, där det anges att det inte är förekomsten av lön eller arvode som avgör om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga. I princip bedöms oavlönat arbete inte på något annat sätt än avlönat arbete. Ideellt arbete, politiska uppdrag och studier som är av den omfattning som yrkesverksamma utför på sin fritid bör emellertid inte leda till att rätten till förmån ifrågasätts.¹¹⁸

Utredningen menar att detta synsätt samtidigt är problematiskt. För det första finns det en skillnad mellan förvärvsarbete, där den försäkrade genomför en prestation någon är villig att betala för. Villkoren i sådant arbete, jämfört med ideellt arbete eller andra oavlönade åtaganden, är ofta väsensskilda. De prestationskrav som ställs upp i förvärvsarbete förekommer sällan i ideellt arbete. För det andra innebär detta att insatser som en försäkrad med sjukersättning skulle kunna göra är begränsade till den omfattning som en yrkesarbetande person utför på sin fritid. En person som skulle hinna och orka göra mer än så (dvs. av åtaganden som inte motsvarar förvärvsarbete, i synnerhet sett till i jämförelse med kraven i ett förvärvsarbete) har alltså inte möjlighet till det enligt detta synsätt.

För studier som genomförs utan att ersättningen förklaras vilande gäller i nuläget att om studierna bedrivs i den studietakt och med de studieresultat som krävs för att få studiestöd, kan det vara en indikation på att det finns en arbetsförmåga som kan tas tillvara. Om studiestöd betalas ut eller inte har dock ingen betydelse. Att den försäkrade har klarat av att studera kan ibland innebära att han eller hon kan antas ha en arbetsförmåga. Försäkringskassan bör då utreda den fortsatta rätten till sjukersättning. Detta gäller oavsett om hälsotillståndet är förbättrat eller inte. Inte heller vad gäller studier finns alltså någon säkerhet i bedömningen, och en försäkrad kan alltså i dagsläget påbörja en period med studier utan att veta om detta kommer att påverka hans eller hennes ersättning. Det enda säkra sättet

¹¹⁷ Försäkringskassan vägledning 2013:1 version 6, s. 33.

¹¹⁸ Prop. 1997/98:111, s. 34 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

att förvissa sig om att studierna inte kommer att påverka ersättningen under studieperioden är att ansöka om att ersättningen ska vilandeförklaras under studietiden.

Övriga möjligheter till ideella åtaganden och engagemang

Ovan har konstaterats att det finns möjligheter till ideellt arbete m.m. inom ramar som innebär tidsbegränsning: åttondelen, som är begränsad till en tidsåtgång på en åttondel av en normal heltid och därutöver vad en förvärvsarbetande person typiskt sett hinner med och kan utföra på fritiden.

Utredningen kan dock konstatera att *regelverket* egentligen inte innehåller någon begränsning till dessa situationer. Så länge den försäkrades åtaganden inte motsvarar uppvisad arbetsförmåga är dessa fullt tillåtna och medför inte heller någon anmälningsskyldighet eller omprövning av ersättningen. På så sätt kan resonemangen om fritidssysslor bli förvirrande eftersom regelverket egentligen inte kopplar utförandet av sådana sysslor till en tidsåtgång eller omfattning; i stället är det fråga om en bedömning av åtagandets natur och om genomförandet kan sägas visa på arbetsförmåga. Det är också en materiell, och inte formell, bedömning eftersom bedömningen enligt gällande regelverk är kopplad till själva prestationen snarare än till exempelvis om åtagandet ger inkomst. Däremot kan ju själva tidsåtgången som ett åtagande innebär också tänkas vägas in när en bedömning görs av om åtagandet ska anses motsvara arbetsförmåga. En försäkrad som exempelvis ägnar sig åt ideellt arbete för en förening 40 timmar i veckan bör rimligen bedömas på annat sätt än någon som är aktiv i föreningen 4 timmar per vecka.

Hur sådana engagemang närmare ska bedömas framgår emellertid inte av regelverket och några klara gränser mellan vilka engagemang som typiskt sett motsvarar förvärvsarbete finns inte heller. Detta bidrar starkt till den osäkerhet som finns i systemet.

Otydlighet i gränsdragningarna innebär osäkerhet och rädsla hos försäkrade inför överväganden att aktivera sig i samhällslivet

Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att regelverket kring fritidssysslor, föreningsliv och uppdrag är mycket svårt att överblicka och bedömningarna behäftade med osäkerhet. Det går enligt utredningens uppfattning inte att med säkerhet sluta sig till huruvida en viss företeelse eller visst åtagande alltid eller aldrig faller inom ramen för vad som påverkar rätten till förmånen för den som får sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är således även omöjligt för en enskild försäkrad att i ett givet fall avgöra om exempelvis ett åtagande i föreningslivet kan komma att påverka dennes ersättning framöver. Undantaget är rent inkomstbringande förvärvsarbete, där kravet på vilande ersättning är tydligt.

Utredningen har kunnat konstatera att otydligheten i regelverket ihop med uppfattningen om en relativt strikt tillämpning innebär stor osäkerhet hos de försäkrade, som ihop med en rädsla för att förlora tryggheten i den ersättning som ofta utgör den grundläggande försörjningen får följderna att många försäkrade avstår från att delta i samhällslivet även om viljan, möjligheterna och förmågorna finns till detta.

Det är inte svårt att konstatera varför nuvarande ordning medför stora oklarhetsfaktorer i bedömningarna och konsekvenser i form av osäkerhet och rädsla för att förlora ersättningen hos de försäkrade. En ordning där den försäkrade är utlämnad till handläggarens bedömning av vad som ska anses motsvara uppvisad arbetsförmåga kommer att få dessa konsekvenser.

Till detta kan noteras att det i dagsläget finns en anmälningsskyldighet om den försäkrades arbetsförmåga förbättras. Detta lägger således ytterligare ett osäkerhetsmoment på den försäkrade genom en skyldighet att ständigt utvärdera den egna arbetsförmågan, också då en sådan inte används i förvärvsarbete.

Den oro många försäkrade känner för att deras arbetsförmåga ska omvärderas vid engagemang i föreningsliv, politik, ideellt arbete eller andra fritidssysselsättningar är således enligt utredningens bedömning det främsta hindret mot ett ökat deltagande i sådana engagemang. Denna oro beror troligtvis åtminstone delvis på det nuvarande regelverkets utformning.

Utredningens slutsatser om uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning eller aktivitetsersättning

Som framgår av avsnitt 14.2.1 ska flera faktorer vägas in vid bedömningen av nedsättningen av en individs arbetsförmåga och om denna uppgår till 25, 50, 75 eller 100 procent. Detta innefattar bl.a. i vilken omfattning en försäkrad kan utföra andra aktiviteter som kan jämföras med arbete. Det är vilken insats som sysslan kräver som är av betydelse. Sysslor som motsvarar en omfattning av sådana fritidsaktiviteter som en yrkesverksam person vanligen utför på sin fritid, såsom att *i viss utsträckning* delta i föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete och politiska uppdrag ska inte beaktas vid bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. Som framgått i nämnda avsnitt finns ingen klar gränsdragning mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som kan anses som fritidsaktiviteter och å andra sidan motsvarande aktiviteter som är av sådan art och omfattning att det kan bedömas visa på arbetsförmåga. M.a.o. kan bedömningen av fritidssysselsättningar även påverkas av och vara svårare att göra om den varierar mycket över tid.

Enligt Försäkringskassan får en sammanvägd bedömning göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Den tid som ägnas åt sysslan och vilken insats som krävs av den försäkrade för att genomföra sysslan ska beaktas vid bedömningen av om en viss syssla ska jämföras med ett förvärvsarbete. Först när sysslan bedöms vara att jämföras med ett arbete kan den anses visa på en arbetsförmåga.

Utredningen bedömer att Försäkringskassans tolkning visserligen är rimlig, men kan konstatera att gränsdragningen inte blir tydligare av att det behövs en sammantagen bedömning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Vidare kan konstateras att även om den försäkrade deltar i en syssla som utifrån en nyss nämnd bedömning visar på arbetsförmåga kan det ändå vara möjligt för den enskilde att beviljas *hel* ersättning. Försäkrade som beviljats *hel* ersättning har nämligen möjlighet att använda en liten återstående arbetsförmåga till exempelvis ideellt eller politiskt arbete inom ramen för den så kallade åttondelen. I bedömningen av om insatsen ryms inom ramen för åttondelen ska arbetstidens omfattning och arbetsinkomsten beaktas.¹¹⁹

¹¹⁹ Se avsnitt 14.2.2.

Utredningen bedömer att det således inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda försäkrade att förstå var gränsen mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som kan anses som fritidsaktiviteter och å andra sidan motsvarande sysslor som kan anses vara av en sådan art och omfattning att det därmed anses visa på arbetsförmåga. Till denna oklara gränsdragning kommer att det dessutom finns möjlighet att delta i sistnämnda sysslor inom ramen för den så kallade åttondelen, vilket riskerar att ytterligare försvåra för en enskild försäkrad att förutse villkoren för möjligheten att arbeta ideellt mm. Detta är enligt utredningen ett exempel på att regelverket är svårt att överblicka.

Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att regelverket kring fritidssysslor, föreningsliv och uppdrag är svårt att överblicka. Mot bakgrund av vad som framkommit om försäkrades rädsla för att engagera sig konstaterar utredningen att regelverket tycks få som konsekvens att enskilda avstår att engagera sig på grund av rädsla för att förlora sin beviljade förmån.

15.4.4 Aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Ett av syftena med aktivitetsersättning är att stimulera unga till aktivitet under tiden med ersättningen. De aktiviteter som avses är bland annat aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB, som ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga. Det har dock i olika sammanhang konstaterats att systemet med dessa aktiviteter har vissa brister. Framför allt handlar det om att det saknas aktiviteter, att Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt samordningsuppdrag, att det saknas uppföljning av aktiviteterna både på individnivå och övergripande nivå och att det finns samordningsproblem.

Det råder brist på aktiviteter

Enligt Riksrevisionen saknar många med aktivitetsersättning insatser.¹²⁰ Enligt myndigheten motsvaras inte behovet av insatser av det utbud som tillhandahålls av kommunernas dagliga verksamhet, Arbetsförmedlingens arbetslivsinriktade rehabilitering eller de aktiviteter enligt

¹²⁰ RiR 2015:7, s. 97.

SFB som Försäkringskassan beviljar särskild ersättning för. Särskilt saknas insatser för de som står långt från arbetsmarknaden.¹²¹

Personer som inte har rätt till daglig verksamhet enligt LSS är enligt Riksrevisionen sannolikt särskilt utsatta. För dessa ansvarar kommunerna enligt socialtjänstlagen för att medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning. Enligt Riksrevisionen skiljer det sig mellan kommuner i vilken utsträckning personer med aktivitetsersättning får stöd inom ramen för socialtjänstlagen. Vidare har endast var fjärde individ av dem som inte omfattas av LSS och som inte har arbetslivsinriktad rehabilitering vid Arbetsförmedlingen (ca 48 procent av gruppen) en aktivitet med stöd från Försäkringskassan. Riksrevisionen bedömer vidare att det är tveksamt om de aktiviteter som erbjuds fungerar som ett steg mot arbetslivet.¹²²

ISF har i en studie av individärenden dokumenterat aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen, aktiviteter i regi av Arbetsförmedlingen eller av kommunen inom ramen för LSS och aktiviteter via samordningsförbunden. Alla former av aktiviteter har dokumenterats, från ekonomiskt bidrag för gymkort till olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Enligt ISF saknas dokumenterade aktiviteter under tiden med aktivitetsersättning för en förhållandevis stor andel av personerna med aktivitetsersättning.¹²³ För en tredjedel av personerna som efter att de fyllt 30 fått avslag på sin ansökan om sjukersättning saknas aktiviteter under hela tiden den enskilde haft aktivitetsersättning. Bland de som beviljats sjukersättning efter att de fyllt 30 saknas dokumenterade aktiviteter under hela tiden med aktivitetsersättning för en femtedel. Enligt ISF verkar det i ärendena där sjukersättning senare beviljats som att beslutet om att bevilja ersättning är rätt vid beslutstidpunkten, men att arbetsförmågan möjligen hade kunnat förbättras om rätt aktiviteter och insatser hade satts in i ett tidigare skede.¹²⁴

Enligt ISF kan förklaringar till att få aktiviteter har genomförts vara att personerna har ansetts vara för sjuka för att kunna tillgo-

¹²¹ RiR 2015:7, s. 99.

¹²² RIR 2015:7, s. 99.

¹²³ ISF, 2017:5, s. 16.

¹²⁴ ISF 2017:5, s. 17. Av ISF:s aktgranskning framgår att bland personer som haft aktivitetsersättning och sedan fått avslag på sin ansökan om sjukersättning fanns det för 67 procent någon form av aktivitet dokumenterad under tiden med aktivitetsersättning. Bland personer som haft aktivitetsersättning och sedan fått sjukersättning beviljad fanns någon form av aktivitet dokumenterad under tiden med aktivitetsersättning för 83 procent. Enligt ISF är det anmärkningsvärt att så många som 33 respektive 17 procent av de som haft aktivitetsersättning inte haft någon form av aktivitet under tiden med aktivitetsersättning. ISF 2017:5, s. 29.

dogöra sig rehabiliterande aktiviteter eller insatser, att personerna kan ha valt att inte delta av olika anledningar och att utbudet av ändamålsenliga aktiviteter är alltför litet. ISF menar att det borde finnas aktiviteter som är bättre anpassade till individens förutsättningar.¹²⁵ ISF framhåller även att det finns en risk att det inte blir några aktiviteter om Försäkringskassan och den försäkrade inte kommer överens om lämpliga sådana. Enligt ISF läggs ansvaret för att ta initiativ till att delta i aktiviteter inte sällan på den försäkrade, vilket i många fall leder till att personen inte deltar i några aktiviteter överhuvudtaget. Detta kan i sin tur medföra att personerna inte ges möjlighet att närma sig studier eller arbetsmarknaden.¹²⁶

Enligt Hultqvist känner många unga med aktivitetsersättning inte till rätten att delta i aktiviteter. Hon menar att ofta finns en koppling till hur kontakten med Försäkringskassan ser ut och att risken för att inte känna till rätten till aktivitet är påtaglig när det inte finns någon relation mellan den försäkrade och handläggaren. Av sjuutton intervjuade försäkrade hade fjorton en relation till sin personliga handläggare.¹²⁷

Försäkringskassan har framhållit att få försäkrade har diskuterat lämpliga aktiviteter och dess syfte tillsammans med sin kontaktperson på myndigheten och att flera intervjuade försäkrade med aktivitetsersättning inte över huvud taget känner till möjligheten till ersättning för olika typer av aktiviteter.¹²⁸ Enligt Försäkringskassan är den vanligaste orsaken till att det inte pågår några aktiviteter att den försäkrade inte vill delta i sådana. Andra orsaker är att planeringen av aktiviteter inte har påbörjats, att Försäkringskassan avvaktar resultatet av medicinsk behandling/rehabilitering eller att daglig verksamhet pågår och att personen på grund av sin sjukdom/funktionsnedsättning därför inte samtidigt kan delta i aktiviteter.¹²⁹

Som förklaring till att det är många med aktivitetsersättning som saknar aktiviteter har lyfts att det är svårt att hitta lämpliga aktiviteter. Eftersom diskussionen om deltagande i aktiviteter förutsätter att individen själv tar initiativ och genomför aktiviteterna på eget ansvar kan det bli svårt att verka för att aktiviteten faktiskt genom-

¹²⁵ ISF, 2017:5, s. 17.

¹²⁶ ISF, 2017:5, s. 17–18.

¹²⁷ Hultqvist, Att göra aktivitetsersättning, s. 107–108.

¹²⁸ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 41.

¹²⁹ Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161, 2011, bilaga 2, s. 16.

förs. Handläggaren kan därför bli osäker på individens förmåga att delta i aktiviteter.¹³⁰

Enligt Mannelqvist har få lyckats stärka sin arbetsförmåga under tiden med aktivitetsersättning. De aktiviteter som genomförs är ofta kopplade till idrottslig verksamhet. Det förekommer dock även arbetslivsinriktade aktiviteter och deltagande i kommunal daglig verksamhet, men utbudet av insatser och aktiviteter som de unga får ta del av motsvarar inte den faktiska efterfrågan som finns. Kunskapen kring huruvida de insatta aktiviteterna är effektiva i just det specifika fallet är också ofta låg. Risken finns därför att det som haft aktivitetsersättning, med eller utan aktiviteter, inte kommit närmare arbetsmarknaden under tiden med ersättning utan möjligen ännu längre ifrån. Flertalet av dem som haft aktivitetsersättning får också sjukersättning efter fyllda 30 år.¹³¹

Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt uppdrag

Försäkringskassan har två samordningsuppdrag för försäkrade med aktivitetsersättning. Det ena uppdraget innebär att myndigheten ska samordna rehabiliteringsinsatser för de med ersättningen. I detta ingår bland annat förberedande eller arbetslivsinriktade insatser. De arbetslivsinriktade insatserna tillhandahålls främst via Arbetsförmedlingen eller via samordningsförbund. Det andra uppdraget innebär att Försäkringskassan ska undersöka om de med ersättningen kan delta i aktiviteter av sysselsättningskaraktär och samordna dessa aktiviteter så att de kan genomföras.¹³²

Riksrevisionen konstaterar att Försäkringskassan har svårt att genomföra sitt samordnings- och tillsynsuppdrag. Handläggarna har begränsat med tid att lägga på varje person och många av dem anser att de har ganska eller mycket dåliga förutsättningar att verka för att den försäkrade får insats efter behov. De personer som i första hand får hjälp och stöd är de som själva hör av sig till sin handläggare.¹³³

Enligt ISF följer Försäkringskassan i alltför låg grad upp resultatet av genomförda aktiviteter. Vid en granskning hade Försäkringskassan

¹³⁰ Jfr SOU 2018:21, s. 108.

¹³¹ Mannelqvist Ruth, Socialmedicinsk tidskrift 2019/5, ”Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar”.

¹³² Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 12.

¹³³ RIR 2015:7, s. 100

genomfört någon form av uppföljning för åtminstone någon av den aktuella personens aktiviteter för endast en tredjedel av alla granskade personer. En uppföljning på individnivå är enligt ISF nödvändig för individärendet.¹³⁴

Enligt Riksrevisionen är det problematiskt att egna initiativ är avgörande för om individerna ska få det stöd som de behöver eftersom personer med aktivitetsersättning är en utsatt grupp där en majoritet har psykiska problem och svårigheter med att ta initiativ till kontakter. Tidigare utredningar visar att unga med aktivitetsersättning upplever långa perioder av inaktivitet och sysslolöshet.¹³⁵

Riksrevisionen bedömer att det finns en risk för att individer som av olika anledningar inte kan eller vill ta egna initiativ går utan insatser. Riksrevisionen konstaterar att bristen på insatser leder till inaktivitet och inlåsning i aktivitetsersättningen, vilket innebär en risk för den enskilde att hamna utanför arbetsmarknaden.¹³⁶

Försäkringskassan har bedömt att samordningsansvaret är resurskrävande. Uppföljningen av enskilda individer behöver utvecklas och sannolikt genomföras mer frekvent. Gränsen för vad som omfattas av Försäkringskassans samordningsuppdrag är vidare svår att placera. Försäkringskassan menar att det finns ett behov att intensifiera insatserna för att stödja de individer som eventuellt kan integreras i in ett normalt arbetsliv.¹³⁷

Försäkringskassan menar vidare att myndigheten är beroende av andra aktörers arbete. Ett utvecklat lokalt samarbete och tydligare ansvarstagande från de offentliga aktörerna i samverkan med det lokala näringslivet skulle kunna skapa förutsättningar för ett bättre stöd för de enskilda individerna. Försäkringskassan menar att de saknar systematisk och aktuell information från såväl kommun som hälso- och sjukvård om individernas status. Försäkringskassan vet för lite om de olika insatser som pågår kring denna grupp, vilket bidrar till att myndigheten i många fall har svårt att klara sitt uppdrag. Exempelvis vet inte Försäkringskassan om en individ har beslut om LSS och ofta inte heller vilka begränsningar/möjligheter som finns för individen. Den främsta informationskällan i nuläget, utöver den information som finns som underlag vid beviljande av ersättningen, är individen själv vid ett planeringsmöte. Långt ifrån alla

¹³⁴ ISF, Rapport 2017:5, s. 18

¹³⁵ RIR 2015:7, s. 100

¹³⁶ RIR 2015:7, s. 97

¹³⁷ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 10–11.

individer som skulle behöva det har tillräcklig kontakt med Försäkringskassan för att myndigheten ska kunna vara tillräckligt insatt och stödjande där det behövs. Slutsatsen blir att Försäkringskassans samordningsinsatser behöver utvecklas för att det ansvar som vilar på myndigheten ska uppfyllas.¹³⁸

Åtgärder för att hantera bristerna

För att hantera bristerna i utförandet av samordningsuppdraget har Försäkringskassan utvecklat arbetssätt och metoder. Bland annat tidigareläggs utredningen av behovet av insatser till att genomföras i samband med utredningen av rätten till ersättning. Enligt Försäkringskassan minskar risken att unga med aktivitetsersättning saknar rehabiliteringsinsatser eller aktiviteter under tiden med ersättning genom att Försäkringskassan tidigt utreder och planerar för insatser. Rehabiliteringsplaner kommer vidare endast upprättas i de fall där det är aktuellt med samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser eller där Försäkringskassan och individen kommer överens om lämpliga aktiviteter under ersättningsperioden. För att säkerställa att behovet av insatser och samordningsbehov har utretts för samtliga individer som beviljas aktivitetsersättning kommer en sådan utredning att göras redan innan beslut om att bevilja ersättning. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver även fortsätta arbetet inom det förstärkta samarbetet för att säkerställa att fler individer får tillgång till ändamålsenliga insatser som leder till arbete. I samband med införandet av ett nytt arbetssätt för utredning och bedömning av behov av insatser och samordning har Försäkringskassan även tagit fram ett arbetssätt för uppföljningar av planerade insatser och individens behov av samordning. Försäkringskassan har vidare vidtagit kompetensutvecklande åtgärder.¹³⁹

Försäkringskassan menar att det saknas ändamålsenliga insatser som tillgodoser hela gruppens behov, särskilt för de som inte är redo för arbetslivsinriktad rehabilitering, och har lyft frågan om det är ändamålsenligt att myndigheten har samordningsansvaret för aktiviteter i form av fritidsaktiviteter och sysselsättning. Försäkringskassan menar att det bör övervägas om ansvaret i stället borde till-

¹³⁸ Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 11.

¹³⁹ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 15–17.

delas kommunerna, som redan tillhandahåller insatser för en stor del av målgruppen.¹⁴⁰

Det saknas övergripande uppföljning

Enligt Riksrevisionen fyller de insatser som samordningsförbunden finansierar en viktig funktion för att aktivera personer med aktivitetsersättning. Det saknas dock samordningsförbund i många kommuner och deras resurser är begränsade. Riksrevisionen menar att det finns en variation av insatser över landet, särskilt för personer som står längst från arbetsmarknaden, när det gäller utbud av insatser, vilket innebär att personer med aktivitetsersättning inte har samma förutsättningar att få insatser efter behov. Riksrevisionen bedömer att dagens system, där aktivering av unga med nedsatt arbetsförmåga i viss utsträckning sker genom projekt, riskerar att skapa brist på kontinuitet, problem med likvärdighet över landet samt innebär ett system som är svårt att överblicka.¹⁴¹

Enligt Försäkringskassan är en svaghet i strukturen med samordningsförbund och annan samverkan mellan myndigheter att en stor del av resurserna kanaliseras via tidsbegränsade projekt. Samordningsförbunden ger stöd åt olika projekt för personer med aktivitetsersättning men implementeringen av framgångsrika projekt är svår. Resurser saknas många gånger och projektperioder med aktiva insatser avlöses ofta med perioder av passivitet. Det finns ingen utvärdering av effekter av denna verksamhet och det saknas evidens för de metoder som tillämpas i projekten.¹⁴²

Riksrevisionen konstaterar vidare att det saknas nödvändig statistik för att Försäkringskassan ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. Det är enligt Riksrevisionen nödvändigt att Försäkringskassan till exempel utvecklar statistik över vilka insatser som gruppen med aktivitetsersättning tar del av för att myndigheten ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. Det är också viktigt för att Försäkringskassan internt

¹⁴⁰ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning, s. 18.

¹⁴¹ RIR 2015:7, s. 99–100. År 2015 saknades enligt Riksrevisionen samordningsförbund i 50 kommuner. Eventuellt finns numer fler samordningsförbund, men inte endast antalet sådana eller kommuner anslutna till ett sådant påverkar likvärdigheten. Även skillnader i vilken typ av insatser som förbunden finansierar och för vilka målgrupper dessa riktas till ger en variation över landet.

¹⁴² Försäkringskassan, Tio år med aktivitetsersättning, s. 11–12.

ska kunna styra handläggningen mot målet om aktivitet för de enskilda individerna.¹⁴³

Enligt ISF är en systematisk uppföljning avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.¹⁴⁴

Vilka aktiviteter genomförs?

I förarbetena nämns kurser, dagverksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter och pryö som exempel på sannolika aktiviteter.¹⁴⁵ Det saknas dock övergripande statistik över vilka aktiviteter som faktiskt genomförs. Här presenteras några studier och andra kunskapsunderlag kring vilka aktiviteter som försäkrade deltar i.

I det brev som skickas ut till försäkrade som beviljats aktivitetsersättning med information om möjlighet till att delta i aktiviteter nämns att gå en kurs via studieförbund eller folkhögskola, vara med i en förening, delta i idrottsaktiviteter och/eller praktisera på en arbetsplats som exempel på aktiviteter som kan bli aktuella.¹⁴⁶

Enligt en aktstudie genomförd av ISF som presenterades 2017 är de vanligaste aktiviteterna arbetsplatsnära aktiviteter, aktiviteter inom ramen för LSS, aktiviteter som innebär träning och aktiviteter som innebär utbildning. Enligt studien har ungefär 60 procent av de personer som överhuvudtaget har deltagit i aktiviteter deltagit i någon form av arbetsplatsnära aktivitet, alltså aktiviteter som utförts på en arbetsplats. Det rör sig ofta om att få vara hos ett mindre företag där det finns enklare sysslor. Aktiviteter inom ramen för LSS är relativt vanliga för personer med aktivitetsersättning, ungefär 9 procent av de personer som deltagit i aktiviteter har deltagit i en aktivitet inom daglig verksamhet. Försäkringskassan betalar för aktiviteter som innebär gymträning, simträning, danskurser eller liknande för ungefär 40 procent av personerna som deltagit i aktiviteter. De aktiviteterna syftar snarare till att öva förmågan att fungera och hantera sitt funktionshinder i samhället. Utbildningar förekommer som aktiviteter i drygt 30 procent av fallen för personer som över huvud taget deltagit

¹⁴³ RiR 2015:7, s. 98.

¹⁴⁴ ISF, Rapport 2017:5, s. 18

¹⁴⁵ Prop. 2000/01:96, s. 87.

¹⁴⁶ Försäkringskassans mall Wimi FK15620.

i aktiviteter. Det kan handla om kurser på Folkuniversitet, komvux, högskolor och universitet eller om att lära sig att spela ett instrument. Enligt ISF bidrar inte de aktiviteter som faktiskt genomförs i tillräcklig utsträckning till en närmare kontakt med arbetsmarknaden och en för låg andel av de aktiviteter som genomförs följs upp.¹⁴⁷

I en aktstudie genomförd av Försäkringskassan i oktober 2010 bland 1 971 personer som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, framkom att av 1 077 personer som deltog i insatser i december 2011 är det 222 personer som deltar i aktiviteter inom aktivitetsersättningen. De flesta deltar i en aktivitet och knappt en fjärdedel deltar i två till fyra aktiviteter samtidigt. I tabell 15.2 redovisas vilken typ av aktivitet som den första aktiviteten är. Den vanligaste aktiviteten är idrottsverksamhet i olika former.¹⁴⁸

Tabell 15.2 Aktiviteter för personer med aktivitetsersättning

	Antal	Andel (procent)
Arbetsorienterad praktik	29	13
Föreningsverksamhet	9	4
Grundläggande utbildning	34	11
Hobbyverksamhet i egen regi	5	2
Idrottsaktivitet	132	60
Kurs	16	7
Annat	7	3
Framgår inte	1	-
Totalt	222	100

Källa: Försäkringskassan 2012.

Hultqvist har intervjuat försäkrade som beviljats aktivitetsersättning om bland annat vilka aktiviteter som förekommer och har delat in de förekommande aktiviteterna i kategorier. Det övergripande målet för samtliga kategorier har ansetts som lönearbete, men det finns också alternativa mål för de olika aktiviteterna.

Olika sorters arbetspraktik har som alternativa mål att fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, följa instruktioner, känna gemen-

¹⁴⁷ ISF, Rapport 2017:5, s. 31–33.

¹⁴⁸ Försäkringskassan 2012, Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport, dnr. 69161/2011, bilaga 2, s. 13.

skap, höja fysisk och psykisk kapacitet och må bättre. Dessa aktiviteter utförs på en arbetsplats tillsammans med lönearbetande.¹⁴⁹

Även kategorin kurser och utbildningar, exempelvis komvuxstudier, har att fungera i ett socialt sammanhang och följa ett schema som alternativa mål.¹⁵⁰

Gymträning är ett exempel ur kategorin idrott, som har som alternativa mål att bli fysiskt och psykiskt stark samt må bättre. Dessa aktiviteter handlar om att röra på kroppen¹⁵¹

Dagverksamhet har som alternativa mål att fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, känna gemenskap, stärka självförtroende och må bättre. Dessa aktiviteter riktar sig enbart till människor som inte har något arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Innehållet i verksamheterna varierar, det kan exempelvis handla om att träffas och laga mat, diskutera ett visst tema, promenader, lyssna på föreläsningar, besöka företag eller ha individuella samtal.¹⁵²

Samordningsproblem förekommer

Enligt Riksrevisionen förefaller det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen avseende personer med aktivitetsersättning fungera väl i vissa delar av landet men att samarbetet fungerar bättre på mindre orter än på större. Riksrevisionen kan också konstatera att det till viss del saknas samsyn hos myndigheterna om det gemensamma uppdraget. Riksrevisionen bedömer att denna brist på samsyn innebär en risk för att personer hamnar i fel insatser eller stannar kvar för länge i insatser där de inte utvecklas, särskilt som handläggare på båda myndigheterna anger att de har svårt att hinna följa upp ärenden.¹⁵³

Enligt Riksrevisionen är det vidare få som tar sig vidare från daglig verksamhet inom kommunen till mer arbetslivsriktade insatser hos till exempel Arbetsförmedlingen. Detta beror bland annat på att vissa kommuner ser daglig verksamhet mer som omsorg än som ett steg mot arbete eller studier, samt att handläggarna på Försäkringskassan inte prioriterar att följa upp hur insatser hos kommunen

¹⁴⁹ Hultqvist, 2014, Att göra aktivitetsersättning, s. 120 och 125.

¹⁵⁰ Hultqvist, s. 125.

¹⁵¹ Hultqvist, s. 113 och 125.

¹⁵² Hultqvist, s. 109 och 125.

¹⁵³ RiR 2015:7, s. 101.

fortlöper. För att de personer som befinner sig i daglig verksamhet ska ha samma möjligheter att komma vidare till studier eller arbete som övriga personer med aktivitetsersättning är det, enligt Riksrevisionen, en förutsättning att handläggarna på Försäkringskassan och handläggarna vid kommunen arbetar utifrån ett arbetslivsinriktat perspektiv med denna grupp. Enligt Riksrevisionen finns det också goda skäl att pröva om Arbetsförmedlingens uppdrag kan utvidgas till att inkludera en mer uppsökande verksamhet gentemot individer i daglig verksamhet. Vidare ser Riksrevisionen det som problematiskt att långa väntetider i hälso- och sjukvården försvårar för myndigheterna att genomföra sina respektive uppdrag. Riksrevisionen konstaterar att det är viktigt att hälso- och sjukvården blir en tydligare aktör i systemet med aktivitetsersättning.¹⁵⁴

Utredningens slutsatser om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Utredningen bedömer sammantaget att det främsta problemet kring aktiviteter enligt SFB är att det finns en brist på sådana. De aktiviteter som genomförs är spridda på många olika anordnare, vilket bland annat gör det svårare att få en samlad bild av dem.

Ett annat problem i sammanhanget är att individen själv måste ta initiativet till att aktiviteter ska genomföras. Detta är särskilt problematiskt eftersom många med aktivitetsersättning har svårt för att ta initiativ till kontakter med exempelvis Försäkringskassan. Att ansvaret ligger på den enskilde kan därmed innebära att denne upplever för långa perioder utan insatser, vilket går emot syftet med aktivitetsersättningen som förmånsform.

Ett tredje problem är att det saknas uppföljning. Detta bidrar till att det är svårt att få en samlad bild av de aktiviteter som genomförs på en sammantagen nivå. Det försvårar också möjligheten för Försäkringskassan att bedöma vilka aktiviteter som fungerat i det enskilda fallet och vilka som kan vara lämpliga för den enskilda försäkrade.

¹⁵⁴ RiR 2015:7, s. 102.

15.4.5 Slutsatser om försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som trädde i kraft den 1 juli 2008 respektive försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

Utredningen bedömer sammantaget att:

- Målkonflikter kan bidra till att försäkrade inte deltar i arbets- och samhällslivet i den omfattning de skulle kunna göra sett till individens hälsa och arbetsförmåga.
- Det är rimligt att anta dessa försäkrade har en stor nedsättning av arbetsförmågan och att det innebär begränsade möjligheter att såväl förvärvsarbeta, studera, engagera sig ideellt m.m. under tiden med ersättning.
- Det kan vara svårt för dessa försäkrade att hitta ett passande arbete.
- Ett hinder mot studier under tid med ersättning utgörs av att det inte är möjligt att få ersättning partiellt vilande vid studier, även om den enskilde avser att studera på deltid, och att försäkrade i stället är hänvisade till vanligt studiestöd.
- Ett hinder mot ideellt arbete eller fritidssysselsättningar utgörs av många försäkrades oro för att deras arbetsförmåga ska omvärderas vid sådana engagemang, trots att regelverket som sådant ger möjlighet även till försäkrade som beviljats hel ersättning att arbeta exempelvis ideellt.
- Det finns en brist på aktiviteter enligt SFB för personer som har aktivitetsersättning. Individen måste vidare själv i stor utsträckning ta initiativ till att sådana genomförs och det saknas uppföljning av aktiviteterna.

Dessa slutsatser utvecklas ytterligare nedan. Utöver detta är utredningens bedömning att en förklaring till att systemet med sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga upplevs som krångligt när det gäller vad en försäkrad kan göra under tid med ersättning är att de olika ersättningarna både har likheter och skillnader. En försäkrad som har beviljats sjukersättning kan uppfatta att hen omfattas av reglerna för steglös avräkning, men dock omfattas av reglerna om vilande ersättning etc. En försäkrad som har aktivitetsersättning kan nås av information om att uppvisad arbetsförmåga

ligger till grund för bedömningen av den fortsatta rätten till ersättningen och av den anledningen undvika att delta i exempelvis aktiviteter enligt SFB som ska uppmuntras för personer med aktivitetsersättning.

Det kan vidare tänkas att det inte alltid är enkelt att på förhand få information om vilka sysslor som kan påverka möjligheten att behålla rätten till ersättning. Exempelvis kan en försäkrad som vill studera tänkas göra detta inom ramen för provotid, vilande ersättning eller som en aktivitet enligt SFB. Om den enskilde vill studera inom ramen för provotid eller som en aktivitet enligt SFB kan han eller hon fortsätta få sin ersättning, men om han eller hon gör det under tid med vilande ersättning så är så inte fallet. Detta kan vara svårt för enskilda att förstå och vara en bidragande faktor till att systemen är svåra att överblicka.

Målkonflikter

Som tidigare nämnts är möjligheter för personer med sjuk- och aktivitetsersättning som får förbättrad arbetsförmåga att återgå till arbetslivet eller samhällslivet i övrigt viktigt både ur ett individuellt och samhällsekonomiskt perspektiv. Detta är också högst relevant sett till förutsättningarna för rätt till ersättning. Bl.a. ska en person ha nedsatt arbetsförmåga med minst 25 procent för att ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Ifall en försäkrad som har sjukersättning får förbättrad arbetsförmåga ska han eller hon ges stöd för att kunna lämna försäkringen och försörja sig genom förvärvsarbete. Exempelvis kan försäkrade pröva sin arbetsförmåga upp till två år med vilande ersättning för studier respektive för arbete. Ifall en person får ett bättre hälsotillstånd kan han eller hon också ha rätt till samordnade rehabiliteringsinsatser enligt 29–31 kap. SFB. Utöver detta är som tidigare konstaterats en annan viktig aspekt att försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning även ska uppmuntras att i görligaste utsträckning delta i samhällslivet.

I samtliga av dessa fall finns vissa målkonflikter, bl.a. att försäkrade kan uppleva att de genom att uppvisa arbetsförmåga riskerar att få sin ersättning minskad eller indragen. Eftersom andra sysslor än förvärvsarbete, exempelvis engagemangen i ideella föreningar kan bedömas motsvara arbetsförmåga, kan det ha en hämmande effekt

för försäkrade som vill och orkar delta i sådana aktiviteter. Samtidigt är en grundförutsättning för rätt till ersättning alltså att man har (en långvarigt) nedsatt arbetsförmåga. Eftersom det handlar om bedömning av förmåga att arbeta, kan denna *förmåga* således *uppvisas* även genom att man utför andra sysslor – som måste vara av viss omfattning och av viss karaktär för att kunna anses motsvara förmågor som kan användas i förvärsarbete – än regelrätt förvärsarbete.

Dessa slags målkonflikter har genom åren uppmärksammats i flera olika sammanhang. Bl.a. har regelverken därför utvecklats genom åren i syfte att skapa balans mellan dessa ofta motstridiga intressen. Exempelvis var ett av syftena när reglerna för vilande ersättning vid arbete ursprungligen trädde i kraft den 1 januari 1999 (för dåvarande förtidspension) att just öka möjligheterna för dessa personer att få mer tid på sig att *pröva* sina möjligheter att arbeta, utan att rätten till ersättning skulle omprövas. Samtidigt framförde regeringen (och flera remissinstanser) vid införandet av dessa regler ståndpunkten att det samtidigt, i de fall försäkrade mer varaktigt skulle få eller återfå arbetsförmåga, behövde finnas kvar en möjlighet att ompröva rätten till ersättning. I annat fall ansågs det föreligga risk att systemets legitimitet skulle kunna urholkas.¹⁵⁵ Dessa principer har kvarstått för försäkrade som har sjukersättning som beviljats enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008 samt för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. De exakta förutsättningarna för försäkrade att behålla sin rätt till ersättning medan de prövar att arbeta eller studera samt de ekonomiska incitamenten för detsamma har emellertid reformerats genom åren. Syftet har mestadels varit att öka såväl tryggheten som de ekonomiska incitamenten för försäkrade att våga pröva sin arbetsförmåga genom förvärsarbete eller studier. Ett exempel på detta är införandet av provotid för studier den 1 februari 2017, som gäller för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. I förarbetena till denna regeländring framgår bl.a. att en provotid om maximalt sex månader bedömdes vara lämplig och väl avvägd med utgångspunkten att förmå fler unga våga pröva att studera samtidigt som regeringen ville värna legitimiteten i försäkringen genom begränsningen till max 6 månaders provotid.¹⁵⁶

När det gäller ideellt arbete etc. är utredningens bedömning att det inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda att förstå var gränsen

¹⁵⁵ Prop. 1997/98:111.

¹⁵⁶ Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

går mellan å ena sidan deltagande föreningsliv, uppdrag etc. som *inte* bedöms motsvara arbetsförmåga, och som å andra sidan *anses motsvara* arbetsförmåga. För en försäkrad kan därmed förutsättningarna för t.ex. ideellt engagemang vara svåra att förutse. Det får ibland som konsekvens att personer avstår att engagera sig i civilsamhället m.m. på grund av rädsla för att förlora sin beviljade ersättning. Även ifall en person upplever en förbättring av arbetsförmågan, kan det vara svårt att bedöma om det så varaktigt att man vågar riskera den försörjningstrygghet som sjuk- och aktivitetsersättning innebär. Utredningen har kunnat finna visst stöd för att en sådan uppfattning hos de försäkrade utgör ett hinder för att delta mer i samhällslivet. I svaren från funktionsorganisationerna i utredningens ena referensgrupp framkommer uppfattningen att medlemmar i organisationerna upplever en rädsla för att få sin ersättning indragen. I sammanhanget kan också noteras att det i lagstiftningen alltså samtidigt finns krav att försäkrade ska anmäla förbättrad arbetsförmåga även ifall de inte använder denna förmåga (till förvärvsarbete eller andra sysslor). En sådan anmälan kan leda till att Försäkringskassan utreder om den försäkrade de facto fått en förbättrad arbetsförmåga och/eller om personen har behov av rehabiliteringsinsatser. Ifall en försäkrad får minskning eller indragning av sin ersättning, men vid denna tidpunkt inte har ett förvärvsarbete, kan han eller hon få fortsatt utbetalning av sin ersättning i upp till sex månader.

Vilande ersättning

Utredningens bedömning är att tiden en person genom vilande ersättning kan pröva sina förmågor med bibehållen rätt till ersättning är generös, inte minst med beaktande av en av grundförutsättningarna för försäkringen; att man ska ha en långvarigt nedsatt arbetsförmåga för rätt till sjuk- och aktivitetsersättning. Ifall en person som fått minskad eller indragen ersättning efter en tid återigen får försämrad arbetsförmåga (och i övrigt också uppfyller villkoren för rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning), kan han eller hon få ett nytt beslut om rätt till ersättning. Visserligen kan försäkrade ha upplevt att det var svårt att beviljas ersättning, vilket kan bidra till en oro för att bli av med ersättningen och behöva ansöka på nytt.

Reglerna vad gäller vilande ersättning för arbete och studier samt provotid för studier bedöms också vara relativt tydliga och enkla att administrera. Emellertid skiljer sig regelverket åt i viss utsträckning för personer som har sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. juli 2008 respektive för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. För personer som har sjukersättning enligt regelverket som gäller *före* juli 2008 skiljer sig dessutom reglerna åt avsevärt v.g. förutsättningar för arbete, studier etc. under tid med ersättning. Även om det kan vara logiskt och väl avvägt med dessa skillnader i regelverken för de tre grupperna, kan det samtidigt göra det svårare för försäkrade och andra relevanta aktörer att fullt ut förstå och ha kunskap om exakt vilka förutsättningar som gäller för en enskild individ i detta avseende.

Vilande ersättning för arbete

Vad gäller användandet av möjligheterna att arbeta under tid med vilande ersättning bedömer utredningen att det framför allt med hänsyn till de försäkrades arbetsförmåga och arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning inte kan förväntas att reglerna används i stor omfattning. För att en försäkrad ska kunna arbeta med vilande sjukersättning behöver det även finnas ett arbete som den försäkrade kan få. Bl.a. blir det en fråga vilken prioritet dessa personer får jämfört med andra personer som också tillhör målgruppen för subventionerade arbeten, arbeten som anpassas till individens förutsättningar och stöds genom olika former av lönebidrag samt skyddat arbete hos Samhall AB eller offentliga arbetsgivare.

Det verkar dock även finnas en utbredd rädsla för att uppvisad arbetsförmåga kommer att leda till att den försäkrade förlorar sin rätt till ersättning.

När det gäller i vilken omfattning man kan pröva att arbeta med vilande ersättning, kan det faktum att man endast kan ha ersättningen vilande med 25, 50, 75 eller 100 procent medföra att försäkrade kan ha svårt att pröva att arbeta på ett mer flexibelt sätt. Det ger också höga marginaleffekter när en person endast kan/vill öka sitt arbetsutbud i ringa omfattning. Utredningens bedömning är att det finns tecken på att mer flexibilitet när det gäller omfattningen man ha vil-

ande ersättning skulle kunna bidra till att fler personer skulle kunna, vilja och våga pröva att arbeta med vilande ersättning.

Vilande ersättning och provotid för studier

Det finns möjlighet för försäkrade som beviljats såväl sjukersättning som aktivitetsersättning att få sin ersättning vilande för att pröva att studera. Ett hinder för försäkrade att faktiskt använda denna möjlighet har dock visat sig vara det faktum att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vid studier, även när den enskilde avser att studera på deltid. Ifall en person exempelvis studerar på halvtid, men har hel sjukersättning får den försäkrade alltså ändå inte behålla utbetalning av sjukersättning på halvtid. Detta torde ha en återhållande effekt för att studera med vilande ersättning. Det har också lyfts att det skulle underlätta för många försäkrade att studera just på deltid, bland annat med hänsyn till deras funktionsnedsättning. En annan återhållande faktor för att våga studera med vilande ersättning bedöms vara frågan om att skuldsätta sig med studielån, med risk/oro att inte ha möjlighet att återbetala lånen.

Avseende just aktivitetsersättningen kan utredningen konstatera att provotiden för studier ger möjlighet för försäkrade att pröva att studera i önskad omfattning utan att ersättningen påverkas. Det har dock lyfts fram att det för många försäkrade är otillräckligt med sex månaders provotid, särskilt för personer med en känslighet mot stress. Provotiden kan vidare bli kortare än motsvarande sex månaders heltidsstudier, beroende på dels hur provotiden beräknas då en av sex provotidsmånader förbrukas oavsett hur många dagar den försäkrade faktiskt studerar denna månad, dels att provotiden är sex månader oavsett i vilken studietakt den försäkrade studera.

Fritidssysselsättning

I utredningsdirektiven anges att regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller och att det annars finns en risk för att de försäkrade avstår från möjligheter att delta i samhällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Utredningen bedömer att denna skrivning är särskilt

träffande när det gäller möjligheterna för försäkrade att engagera sig ideellt och i fritidsverksamhet.

Utredningen bedömer nämligen att det inte nödvändigtvis är enkelt för enskilda att förstå var gränsen går mellan å ena sidan deltagande i studier, föreningsliv eller uppdrag som inte bedöms motsvara arbetsförmåga, och som å andra sidan beaktas vid denna bedömning. För en enskild försäkrad kan det därmed vara svårt att förutse vilka aktiviteter som ska beaktas vid bedömningen av dennes arbetsförmåga och vilka aktiviteter som inte ska det. Detta inte minst med hänsyn till att det inte är förekomsten av lön, utan vilken insats som den aktuella sysslan i det enskilda fallet kräver som är av betydelse. Villkoren för möjligheten att arbeta ideellt kan alltså bli svåra att förutse.

Det har också bekräftats att det finns en oro hos försäkrade för att deras arbetsförmåga omvärderas vid ideella engagemang, trots att regelverket som sådant ger möjlighet även till försäkrade som beviljats hel ersättning att arbeta exempelvis ideellt.

Det faktum att fritidsaktiviteter etc. under vissa förutsättningar kan vägas in vid bedömning av arbetsförmåga begränsar alltså till viss del de försäkrades autonomi. Samtidigt är visserligen det centrala för rätt till ersättning om en försäkrad har arbetsförmåga och inte om den försäkrade de facto förvärvsarbetar eller inte. Noteras kan också att fritidssysselsättning etc. som är av samma omfattning som andra personer som förvärvsarbetar på heltid vanligtvis utför inte ska vägas in vid bedömning av arbetsförmåga.

Det kan vidare vara stora skillnader mellan förvärvsarbete och engagemang i ideella föreningar eller övriga fritidssysselsättningar.

Aktiviteter enligt SFB

Utredningen konstaterar att för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga finns särskilda möjligheter att delta i samhällslivet genom just möjligheten att delta i aktiviteter enligt SFB. Det verkar dock finnas en brist på sådana aktiviteter. Det är vidare inte nödvändigtvis helt enkelt för enskilda att förstå vad som kan räknas som aktiviteter enligt SFB och vad som inte gör det.

15.5 Förutsättningar för förläggning av arbetstid vid partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning

Den rättspraxis som har utvecklats kring hur arbetstiden kan förläggas när partiell sjukersättning är beviljad, och som innebär att arbetstiden inte behöver reduceras i samma utsträckning varje dag, är enligt utredningens uppfattning inte helt klargörande. Det avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen som finns på området, HFD 2011 ref 30, rör endast sjukpenning. Avgörandet innehåller flera skrivningar som tyder på att bedömningen av om partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än den gängse inte ska vara alltför strikt. Det framgår vidare av avgörandet att flera olika faktorer, inte bara medicinska, ska kunna beaktas vid denna bedömning. Klart är också att det tidigare kravet från Försäkringsöverdomstolen, att förläggningen av arbetstiden ska främja den försäkrades rehabilitering för att kunna ligga till grund för partiell sjukpenning, inte längre gäller. Samtidigt anser Högsta förvaltningsdomstolen att förläggningen av arbetstiden måste vara medicinskt motiverad.

I det avgörande från Kammarrätten i Stockholm (5889-18) som berör frågan slås fast att rättspraxis som rör sjukpenningen ska beaktas, men att möjligheterna till annan förläggning av arbetstid är större vid prövning av rätten till sjukersättning. Inte heller kammarrätten frångår dock kravet på att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad. Detsamma gäller avgörandet från Kammarrätten i Jönköping (mål 2591–2592 m.fl.).

15.5.1 Begreppet medicinskt motiverat är inte entydigt

Begreppet ”medicinskt motiverat”, som i rättspraxis har använts som förutsättning för att en annan arbetstidsförläggning än enligt huvudregeln om lika reduktion varje dag ska vara tillåten, är enligt utredningens bedömning inte entydigt. Att en viss förläggning av arbetstiden är medicinskt motiverad kan betyda olika saker. Det kan betyda att förläggningen av arbetstiden är bra för att den försäkrade ska kunna klara arbetet nöjaktigt.¹⁵⁷ Men det kan också betyda att förläggningen av arbetstiden är motiverad av behandlingsskäl, det vill säga

¹⁵⁷ Sannolikt den definition som ligger närmast Högsta förvaltningsdomstolens bedömning i HFD 2011 ref 30; jfr SOU 2020:6, s. 127.

att förläggningen utgör en del av vården och behandlingen av den försäkrades sjukdom. Slutligen kan i begreppet medicinskt motiverad läggas att arbetstidens förläggning inte motverkar eller är skadlig för behandling och rehabilitering, eller inte innebär någon medicinsk risk för försämring av sjukdom eller arbetsförmåga. Begreppet skulle också kunna anses innebära ett mer formellt krav, dvs. att förläggningen av arbetstiden har intygats av läkare.

Försäkringskassan har inom ramen för utredningen SOU 2020:6 lyft fram att det är otydligt vad som menas med att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad och vidare att kravet på att förläggningen ska vara medicinskt motiverad leder till att det är svårt att förutse när partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än genom jämn reducering av arbetstiden varje dag. Kravet riskerar också att leda till att myndigheten inte beaktar den försäkrades hela situation och att dennes kvarvarande arbetsförmåga därmed inte tas tillvara.¹⁵⁸

15.5.2 Nuvarande ordning är inte ändamålsenligt utformad

Frågan om arbetstidens förläggning har avseende sjukpenningens område berörts tidigare. I SOU 2020:6 berörs denna fråga ingående utifrån perspektivet arbetstidsförläggning vid partiell sjukpenning. Där konstateras bl.a. att principen om att arbetsförmågan ska bedömas dag för dag och att därför arbetstiden vid partiell sjukpenning måste reduceras med lika mycket varje dag framgår av ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen och ett avgörande från dåvarande Försäkringsöverdomstolen.

I nämnda betänkande framkommer synpunkter från bl.a. Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter i frågan om arbetstidsförläggning vid partiell sjukskrivning. De arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer som den utredningen hade tillfrågat var alla ense om att dagens undantag för när partiell sjukpenning kan beviljas utifrån en annan förläggning av arbetstiden än genom jämn reducering varje dag inte är tillräckligt flexibelt utformat. Några av organisationerna uttryckte att systemet dessutom motverkar rehabilitering och åter-

¹⁵⁸ SOU 2020:6 s. 122.

gång i arbetet. Även slutsatsen från den utredningen var därför att undantaget i dag inte är ändamålsenligt utformat.¹⁵⁹

Utredningen konstaterar att mycket av det som framkommit i SOU 2020:6 har giltighet även i frågan om förläggning av arbetstid vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning. Principen om att arbetstiden ska fördelas jämnt varje dag är enligt utredningens uppfattning inte ändamålsenlig utifrån målsättningen att i högre utsträckning tillvarata enskildas arbetsförmåga. Det finns också oklarheter kring hur förutsättningarna ser ut för att en annan fördelning av arbetstiden än en reducering varje dag ska godtas. Genom rättspraxis har förutom grundprincipen även möjligheten att avvika från denna slagits fast, men de närmare omständigheterna som krävs är inte särskilt tydligt beskrivna.

15.5.3 Risk för återkrav

En effekt av en ojämn förläggning av arbetstiden är att en sådan förläggning i vissa fall kan leda till återkrav. Ett sådant återkrav baseras alltså på själva förläggningen av arbetstiden och inte på att den försäkrade över tid har arbetat för mycket.

Försäkringskassan gör i dessa återkravsärenden en bedömning av om förläggningen av arbetstiden medför att den försäkrade har uppvisat förbättrad arbetsförmåga jämfört med vid tidpunkten för beslutet om rätt till ersättning. Mot bakgrund av att möjligheten till flexibel förläggning av arbetstiden är begränsad är det inte ovanligt att sådan förlagd arbetstid av Försäkringskassan också bedöms visa på förbättrad arbetsförmåga.

¹⁵⁹ SOU 2020:6, s. 122.

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

Det kan konstateras att det finns ett antal komponenter i utformningen av regelverken som gör att försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga inte till fullo deltar i samhällslivet utifrån sina förutsättningar. Enligt direktivet ska regelverket säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Samtidigt måste andra aspekter såsom möjligheten till kontroll, legitimitet och övriga grundprinciper i försäkringen beaktas.

Nedanstående överväganden och förslag syftar till att ytterligare underlätta arbete, studier och övrigt deltagande i samhällslivet under tid med ersättning jämfört med hur situationen är i dagsläget. Ändringarna föreslås med beaktande av nyss nämnda målkonflikter.

I varje bedömning och beslut om rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning finns det ett mått av osäkerhet kring huruvida nedsättningen av arbetsförmågan kommer att vara bestående. I en enskild persons liv kan mycket hända som påverkar förmågan att förvärvsarbета eller i övrigt delta i samhällslivet. Det är därför nödvändigt att det finns förutsättningar för att ge personer möjlighet att pröva att arbeta, studera etc. för att kunna pröva om en uppkommen förbättring är av mer varaktig karaktär, innan det eventuellt blir aktuellt att ompröva ersättningen. Det finns således goda skäl för att personer som beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning att ha utrymme att kunna pröva sin arbetsförmåga utan att ersättningen omgående minskas eller dras in. Personer som har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning har vidare alla olika förutsättningar att arbeta. Därför är det viktigt att systemet är uppbyggt på ett sätt som både är hanterligt för flertalet och inte försätter människor i en ekono-

misk besvärlig situation enbart för att de vill och kan pröva att använda en förbättrad arbetsförmåga. Utredningen avser att förbättra de nuvarande möjligheterna att bland annat arbeta eller studera under tid med ersättning.

Många som har beviljats sjukersättning kommer även att permanent sakna arbetsförmåga eftersom det krävs långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att den försäkrade ska beviljas ersättningen. Att ha sjukersättning innebär samtidigt sällan att personen helt saknar förmågor eller vilja att delta i samhällslivet, även om hon eller han har nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis kan personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ha en drivkraft att hjälpa andra i samma situation t.ex. genom engagemang i en intresseförening för personer med funktionsnedsättning m.m. Det är förvisso rimligt att anta dessa försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga även har begränsade möjligheter att engagera sig ideellt under tiden de har ersättning. Den kvarvarande förmåga som finns bör dock kunna tas tillvara i möjligaste utsträckning och regelverket bör uppmuntra sådana engagemang. Som tidigare nämnts är det vidare en förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt,¹ se avsnitt 15.4.3.

En viktig utgångspunkt är att också den som har nedsatt arbetsförmåga och ersättning från sjukförsäkringen har möjlighet till en meningsfull fritid. En ytterligare gynnsam effekt som kan förväntas uppkomma över tid är att en försäkrad genom att engagera sig ideellt efter en tid kan återfå arbetsförmåga och då vill och kan pröva att förvärvsarbeta. Han eller hon kan i så fall genom ansökan om vilande ersättning pröva förvärvsarbete och kanske även på sikt mer varaktigt kunna återfå arbetsförmåga och på sikt kunna lämna sjukersättningen.

Det finns således ett antal goda skäl utifrån såväl individens som från samhällets perspektiv till varför människors kvarvarande förmågor i görligaste utsträckning bör tas tillvara. De hinder som motverkar sådana engagemang bör därför så långt det är möjligt undanröjas.

Utredningen har, genom bland annat kontakter med intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar, kunnat konstatera att skälen till att någon väljer att pröva att förvärvsarbeta, studera eller arbeta ideellt kan variera stort mellan olika individer. Det handlar långtifrån alltid om ett ekonomiskt perspektiv, med

¹ SOU 2016:13.

möjligheten att få inkomst genom arbete som den avgörande faktorn. Den försäkrade vill exempelvis ofta försöka närma sig arbetsmarknaden som sådan (genom att exempelvis läsa in ämnen på komvux eller påbörja en utbildning) eller helt enkelt prova på om han eller hon klarar av att arbeta eller studera. Det kan också handla om en vilja att göra en insats i föreningslivet. Bland annat kan en försäkrad vilja engagera sig i en förening som är inriktad på en sjukdom eller funktionsnedsättning som han eller hon själv har, eller vara aktiv i en politisk förening, en idrotts- eller kulturförening eller annan ideell organisation. Det kan handla om en vilja att göra skillnad och dela med sig av sina erfarenheter. Det kan vidare vara ett sätt att bryta den isolering som en funktionsnedsättning eller en sjukdom kan medföra. Ett engagemang i föreningslivet kan dessutom ofta bidra till bättre psykiskt välbefinnande och en bättre livskvalitet i allmänhet. Föreningsengagemang kan göra att man kommer in i ett socialt sammanhang och känner sig delaktig, vilket kan vara extra viktigt för personer som saknar förvärsarbete. Att bli del i ett sammanhang och känna att man kan bidra skapar ofta i sig hälsa, välmående och framtidstro. Det kan också ge andra värdefulla erfarenheter som exempelvis kan föra människor närmare arbetsmarknaden. Att uppleva sig förhindrad att engagera sig ideellt och på så sätt begränsas i sina möjligheter att påverka i samhällsfrågor kan däremot försämra rehabiliteringsprocessen, men kan också bli ett demokratiproblem. Även personer med aktivitetsersättning eller sjukersättning ska kunna ha hobbyer och en meningsfull fritid.²

Det finns ett antal tänkbara hinder för individen att välja att pröva sin arbetsförmåga. Utvecklingen av arbetsmarknaden är en sådan svårighet. Sammantaget gör detta att det är svårare än tidigare för försäkrade som vill pröva att arbeta att hitta lämpliga arbetsuppgifter och en arbetsgivare som är villigt att ta emot dem, under förhållanden som gör det hållbart att pröva arbetet och därmed också i någon mening riskera den ersättning i form av sjukersättning eller aktivitetsersättning som den försäkrade har.

² Svar från Funktionsrätt Sverige på fråga från utredningen, se avsnitt 2.2.

Det måste till fler åtgärder för att en förändring ska kunna ske

Mot bakgrund av utredningens ovan beskrivna synsätt och de problem som uppmärksammats i avsnitt 15.3 och 15.4 är utredningens bedömning att det behövs åtgärder i form av generösare villkor och framför allt enklare respektive mer flexibla regler, för att fler personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ska våga pröva att arbeta, studera, engagera sig i föreningsliv etc.

Ett tillvägagångssätt att skapa ett system som är både enkelt och transparent skulle kunna vara att ta bort alla kontrollfunktioner och ge försäkrade full frihet att arbeta, studera etc. utan att det påverkar deras rätt till ersättning. Ett sådant system skulle troligtvis användas av fler personer som har ersättning. Samtidigt skulle en sådan lösning kunna uppfattas som alltför generös och därmed på sikt kunna urholka förtroendet för försäkringen. En målkonflikt är alltså att samtidigt som regelverket bör uppmuntra till deltagande i arbete, studier och samhällsliv för den som kan, måste legitimiteten för försäkringen behållas. Förutsättningarna för arbete och andra åtaganden för de grupper som har beviljats ersättning för nedsatt arbetsförmåga får inte uppfattas som alltför generösa.

En annan målkonflikt består i strävan efter ett enkelt system att förstå och administrera, samtidigt som olika regler och undantag för olika grupper och situationer kan ha ett relevant syfte, särskilt när reglerna ska täcka så många olika personer i olika situationer i livet och med olika typer av ersättningar.

I nedan presenterade förslag har utredningen strävat efter att hantera målkonflikterna genom att balansera nämnda intressen på olika sätt. Vad gäller regelverket för arbete och studier bedömer utredningen att dagens regelverk behöver reformeras för ökade möjligheter att anpassa ersättningen efter individens förutsättningar för arbete och eller studier, detta eftersom utgångspunkten för utredningen enligt direktiven är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Det innebär att regelverket inte kommer vara lika överskådligt som i nuläget, men förändringarna bedöms likväl vara motiverade eftersom de ger ökade möjligheter och incitament för personer att pröva sin förmåga att arbeta eller studera. Vad gäller möjligheterna till ideellt arbete bedömer utredningen i stället att förutsebarheten i regelverket snarare bör ökas genom undantag i

nuvarande regelverk som ska vara enkla att förstå och tillämpa. Här är utgångspunkten att reglerna i ökad utsträckning behöver uppmuntra till ideella engagemang. Liksom i analysen av regelverket och dess tillämpning utgår förslagen nedan från de tre huvudgrupperna: försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gällde före 1 juli 2008, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008 samt de yngre försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Dessa tre grupper har olika förutsättningar för arbete och studier, omfattas i dagsläget av olika regelverk och det kan sägas finnas olika syften för att underlätta för respektive grupp.

Studier innebär mer än ett närmande till arbetsmarknaden

Ofta lyfts studier som en väg för enskilda att närma sig arbetsmarknaden. Så är naturligtvis fallet, men att studera kan även fylla fler syften och kan därmed vara bra för individen och samhället oavsett om de i förlängningen leder till att den försäkrade börjar arbeta eller inte. Studier kan i sig ses som en form av sysselsättning. Studier kan underlätta för den enskilde att få rutiner i vardagen, att stimulera sitt intellekt och utmana sin förmåga. De kan också leda till ökade sociala kontakter. Studier kan alltså, förutom att vara en väg till arbete, i sig bidra till att en person får en meningsfull sysselsättning. Utredningen anser därmed att studier bör uppmuntras.

Den direkta kostnaden för sysselsättning i form av studier är kostnaden för en studieplats. En studieplats är inte nödvändigtvis en billig form av sysselsättning, men kostnaden bör ur detta perspektiv jämföras med direkta kostnader för andra sysselsättningar, såsom daglig verksamhet etc.

Den indirekta kostnaden för denna sysselsättning är kostnaderna som uppstår av utträngningseffekter. Personer som beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning söker studieplatser på samma premisser som personer som inte har beviljats någon av förmånerna. Personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning har alltså inte någon särskild fördel i konkurrensen om utbildningsplatser, men vid populära utbildningar är det tänkbart att en hård konkurrens leder till att inte alla som sökt en viss studieplats får denna. Studier som sysselsättning kan därmed tänkas leda till ökade kostnader för studie-

anordnare, med hänsyn till utträngningseffekter när det uppstår brist på studieplatser.

Utredningen konstaterar i detta sammanhang att konkurrensen om studieplatser hårdnar. Många arbetslösa söker kompletterande ekonomiskt bistånd för att kunna genomföra studier, bland annat utifrån de förändringar som möjliggjort för fler att studera med bi-behållet aktivitetsstöd från Arbetsförmedlingen. Kommunal vuxenutbildning förväntas vidare i allmänhet spela en avgörande roll för flera stora samhällsutmaningar, såsom etableringen för nyanlända, enskildas möjlighet att byta yrke och kompetensförsörjningen till arbetslivet. SKR har i dialog med utredningen anfört att behovet av utökad stöd inom komvux har ökat, bland annat mot bakgrund av att målgruppen för dessa studier vuxit och förändrats, med fler elever med exempelvis psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som kräver anpassningar för att individen ska kunna fullfölja utbildningen. Kraven på denna sorts utbildning har alltså ökat och kan förväntas öka ytterligare under kommande år. Därtill har Arbetsförmedlingen ett förtydligt uppdrag om att anvisa fler individer till reguljära studier.

Mot denna bakgrund kan det anses att studieplatser i första hand bör gå till personer som avser att och har förutsättningar att ta till sig utbildningen i sitt yrkesliv. Utredningen konstaterar dock att det står var och en fritt att ansöka om och bedriva studier utan att ett sådant syfte finns och att det inte går att undersöka dessa aspekter på förhand, vid antagningen till en viss utbildning eller kurs. Utredningen anser därmed att det är önskvärt att studier uppmuntras, även om det inte alltid kan garanteras att de kan leda till sysselsättning. De förslag som presenteras av utredningen i detta avsnitt innebär syftar till att försäkrade som beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning ska få utökade förutsättningar att studera på liknande villkor som personer utan dessa förmåner. I konsekvensavsnittet utvecklas de konsekvenser som kan uppstå för komvux, folkhögskola och andra studieanordnare till följd av utredningens förslag.

16.1 Huvudgrupp 1, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning kan förvärvsarbeta, studera, arbeta ideellt etc. utan att det påverkar rätten till sjukersättning. Det är endast om dessa personer arbetar med inkomst som de ska ansöka om omräkning av sjukersättningen enligt reglerna för steglös avräkning. Således är reglerna gällande möjligheter att ta uppdrag, arbeta ideellt och fritidsverksamhet i övrigt redan generösa och därmed föreslås inga förändringar i dessa delar. När det gäller arbete enligt reglerna för steglös avräkning föreslås ett antal förändringar, dels för att förenkla detta regelverk, dels för att öka incitamenten att arbeta enligt steglös avräkning.

16.1.1 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning

Utredningens förslag: Fribeloppen ska baseras på inkomstbasbeloppet.

- Hel sjukersättning: 1 inkomstbasbelopp.
- Tre fjärdedels sjukersättning: 2,6 inkomstbasbelopp.
- Halv sjukersättning: 4,2 inkomstbasbelopp.
- En fjärdedels sjukersättning: 5,8 inkomstbasbelopp.
- Två tredjedels sjukersättning (enligt bestämmelserna före den 1 juli 1993): 3,6 inkomstbasbelopp.

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

Skälen för utredningens förslag: Många personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning har inkomster som inte överstiger det för individen aktuella fribeloppet. På så sätt riskerar de försäkrade inte att arbetsinkomsten påverkar deras utbetalning av sjukersättningen samt minskar även risken för att de ska bli återbetalningskyldiga vid avstämningen som sker först två år efter att de har arbetat

enligt reglerna för steglös avräkning. För att ge incitament att dessa personer ska arbeta i högre omfattning är förslaget att fribeloppen ska beräknas baserat på inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken. Enligt nuvarande lagstiftning beräknas fribeloppen för steglös avräkning på prisbasbeloppet (PBB). Eftersom fribeloppen avser inkomster, följer nuvarande beräkning av dessa belopp med PBB dock inte i så hög utsträckning den allmänna löneutvecklingen. Fribeloppen har över tid i stället urholkats eftersom inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det medför att en person som i dag arbetar enligt reglerna för steglös avräkning i praktiken kan arbeta med en *lägre* inkomst innan han eller hon når upp till fribeloppet, jämfört med vad som gällde när systemet infördes 2009. Eftersom fribeloppen avser inkomster är bedömningen att det är relevant att använda inkomstbasbeloppet för denna beräkning även om sjukersättningen beräknas med PBB.

För att fribeloppen bättre ska följa löneutvecklingen föreslås således att inkomstbasbeloppet enligt 58 kap. SFB³ också ska användas för beräkning av fribeloppen för steglös avräkning. Detta innebär också att fribeloppen årligen kommer räknas om med inkomstbasbeloppet enligt 58 kap. SFB. Eftersom fribeloppen avser inkomster, kommer denna omräkning alltså även framöver bättre följa löneutvecklingen.

Denna förändrade beräkning baserat på IBB kommer möjligtvis också kunna förmå vissa personer som i dag inte arbetar alls enligt reglerna för steglös avräkning att *börja* arbeta, eftersom de tack vare denna förändring får högre marginaler innan utbetalningen av sjukersättningen påverkas. Således är det framför allt marginaleffekterna för personer som har låga inkomster som kommer minska med detta förslag.

16.1.2 Utveckling av beräkningsstöd

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen.

³ Inkomstbasbeloppet fastställs inför varje kalenderår och används i dag för att beräkna pensionsgrundande inkomster. Inkomstbasbeloppet ska spegla inkomstutvecklingen i Sverige genom att det följer inkomstindex.

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

Ett beräkningsstöd för steglös avräkning kan minska osäkerheten kring de ekonomiska effekterna för den enskilde av att arbeta enligt aktuellt regelverk samt kan göra att fler personer vågar arbeta enligt reglerna för steglös avräkning. Därför är bedömningen att regeringen ska ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla ett beräkningsstöd för steglös avräkning av sjukersättningen. Beräkningsstödet bör inte bara ge en indikation om hur ersättningen påverkas av inkomst. För den enskilde individen är det de samlade inkomsterna som är av intresse. Det är därför viktigt att beräkningsstödet utifrån de inkomstuppgifter som den enskilde anger även kan göra ungefärliga beräkningar om hur skatter och andra bidragssystem påverkas av arbete så att effekterna för den enskildes ekonomi belyses på ett mer allsidigt sätt.

Ett beräkningsstöd kan visserligen inte visa på (i alla avseenden) exakta utfall för den enskilde, men kan ändå ge en relevant indikation. Det finns också redan i dag beräkningsstöd för exempelvis bostadstillägg för personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning som just visar på preliminära, ungefärliga förutsättningar för ersättning.

Möjligheten att arbeta inom regelverket för steglös avräkning kommer att upphöra inom överskådlig tid, men ännu ett tag kommer det finnas försäkrade som omfattas av lagstiftningen och vid en sammanvägd bedömning anser utredningen att det därför ändå kan vara relevant att utveckla ett beräkningsstöd.

Det har till utredningen lyfts farhågor kring att ett beräkningsstöd även kan skapa problem för den enskilde. Risken finns t.ex. att otillräckliga uppgifter matas in av den försäkrade i beräkningssnurrar och att den beräknade ersättningen tolkas som ett beslut och därmed ger individen felaktiga förhoppningar. Utredningen kan emellertid konstatera att denna typ av beräkningshjälp redan i dag finns för

bostadsbidrag för unga och för bostadstillägg. Det är således inget nytt problem som i så fall uppstår enbart för steglös avräkning. I de befintliga it-systemen med beräkningshjälp framgår tydligt att det endast är ett exempel som visas och att de bygger på att den enskildes uppgifter är korrekta och att personen även behöver uppfylla samtliga krav för rätt till den aktuella ersättningen. Utredningen anser därmed att med liknande formuleringar som de nyss nämnda, kan risken för missförstånd begränsas även för beräkningsstöd gällande steglös avräkning. Utredningen anser därför att fördelarna med ett it-stöd för beräkningshjälp överväger nackdelarna.

16.1.3 Inriktningsförslag – steglös avräkning och arbetsgivardeklaration på individnivå

Som tidigare konstaterats är regelverket för steglös avräkning administrativt mödosamt. Bl.a. måste den försäkrade uppskatta vilka inkomster han eller hon kommer ha och löpande anmäla om det uppstår förändringar. Ett resultat av att det kan vara svårt att uppskatta inkomsterna i förväg är att vissa personer får stora återkrav som ska regleras först två år efter att de har arbetat. Administrationen av regelverket är också betydande för Försäkringskassan. Det handlar bl.a. om att i förekommande fall få fram kompletterande information om anmälda inkomstuppgifter, hantering av återkrav m.m.

Samtidigt är det i dag relativt få personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning (2019 var det ca 5 800 personer), ett flertal av personerna är äldre och det finns inget inflöde till den grupp som omfattas av detta regelverk. Således kommer möjligheten att arbeta inom regelverket för steglös avräkning att upphöra inom över-skådlig framtid.

I ljuset av nyss nämnda faktorer lämnar utredningen ett *övergripande inriktningsförslag* gällande en alternativ reformering av reglerna för steglös avräkning. En sådan reform bedöms dock vara omfattande, bl.a. sett till att Försäkringskassan i fall behöver använda AGI som underlag för beslut om just steglös avräkning. Det torde både kräva juridiska analyser av nuvarande regelverk för steglös avräkning och om regler kring sekretess m.m. Dessutom kan införande-kostnaderna avseende bl.a. utveckling av it-system för sådana förändringar bli relativt omfattande. Det torde också innebära att regelverket först skulle kunna träda i kraft om några år. Därmed blir

frågan hur många personer som vid den tidpunkten fortfarande omfattas av regelverket samt det förväntade antal som kommer använda sig av de nya reglerna också viktiga aspekter att beakta.

Närmre om AGI m.m.

Sedan den 1 januari 2019 ska alla arbetsgivare i Sverige månadsvis redovisa utbetalda löner och avdragen skatt på individnivå för alla sina anställda till Skatteverket. Detta redovisas i arbetsgivardeklarationen och kallas för arbetsgivardeklaration på individnivå, AGI. Således är det inkomst av tjänst som redovisas i detta system. Alltså framgår exempelvis genom dessa AGI:er inte vilka inkomster personer med inkomst av näringsverksamhet har.

Skulle hela tillämpningen av systemet med steglös avräkning ändras till en hantering genom AGI krävs mycket utveckling, och det kan ifrågasättas om kostnaderna för sådan utveckling är motiverade om de endast kommer systemet med steglös avräkning till gagn.

Vid steglös avräkning skulle AGI kunna användas för att löpande få information om den försäkrades faktiska inkomst, dvs. senast i slutet av månaden efter respektive månad den försäkrade haft inkomst. Ifall det blir aktuellt att gå vidare med en sådan lösning finns det emellertid flera frågor som behöver analyseras ytterligare. Det handlar bl.a. om hantering av eventuella fel i inrapporterad AGI samt hur arbetsinkomster som inte redovisas genom AGI ska hanteras. Det sistnämnda gäller bl.a. egenföretagare och försäkrade som arbetar i ett annat land än Sverige. Ifall AGI ska användas för mer löpande justering behöver även dagens beräkningssystem med steglös avräkning ses över i grunden. Det beror bl.a. på att själva avräkningen med steglös avräkning, inkomster, fribelopp, etc. i dag beräknas utifrån hela kalenderår.

Sammanfattningsvis har AGI alltså potential att förenkla administrationen både för (anställda) försäkrade och Försäkringskassan när det gäller arbete enligt reglerna för steglös avräkning. Emellertid löser AGI inte hanteringen för egenföretagare, personer som arbetar i ett annat land än Sverige etc. Nuvarande beräkningssystem för steglös avräkning behöver i så fall också reformeras, eftersom systemet i dag baseras på beräkningar sett till hela kalenderår. Dessutom är en viktig faktor att det tar relativt lång tid, troligen flera år, innan regel-

verket kan finnas på plats. Därmed bör även beaktas hur många försäkrade som vid den eventuella införandetidpunkten fortfarande omfattas av regelverket och hur många av dem som är troligt att de kommer arbeta med steglös avräkning.

16.2 Huvudgrupp 2, försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008

16.2.1 Flexibla möjligheter till arbete med vilande sjukersättning

Utredningens förslag: Vilandeförklaring av sjukersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar. Den minsta period som ersättningen ska kunna förklaras vilande är en timme per kalendermånad.

Vid vilandeförklaring av sjukersättning för en viss kalendermånad ska ersättningen betalas ut med ett preliminärt belopp. Ersättningen ska slutligt bestämmas utifrån det antal timmar som den försäkrade har förvärvat arbetat under kalendermånaden. Detta mått ska utgöra den försäkrades reduceringstid och uppgår till 1/168 för varje arbetad timme. Den slutligt bestämda ersättningen för en viss kalendermånad ska beräknas genom att reduceras med reduceringstiden. Reglering av ersättningen ska ske vid efterföljande utbetalningstillfälle, eller om detta inte är möjligt, vid utbetalning så snart som möjligt därefter. Försäkringskassan ska vid denna utbetalning få besluta att dra av ett belopp i avräkning på vad som betalats ut för mycket.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade i dagsläget använder sig av möjligheten att förvärvsarbeta med vilande ersättning. En av de främsta förklaringarna till det låga användandet är att de som beviljats sjukersättning överlag har mycket begränsad arbetsförmåga som inte heller förbättras över tid. En annan viktig förklaring är att arbetsmarknaden är så beskaffad att dessa försäkrade ofta har svårt att hitta ett arbete som passar dem och en arbetsgivare som är villig att ta emot dem.

Det finns vidare en oro bland många försäkrade att deras ersättning kan dras in eller minskas vid eller efter arbete med vilande ersättning samt en rädsla för att inte klara av att arbeta mer än kortare perioder i taget. Omständigheten att systemet med vilande ersättning vid arbete inte är särskilt flexibelt utgör ytterligare en faktor som kan göra det svårare för försäkrade att arbeta under tid med ersättning, eftersom det inte ger utrymme att arbeta kortare perioder. Ersättningen behöver enligt gällande regelverk vilandeförklaras under hela kalendermånader, som minst under en hel månad och som längst med 25 procent av heltid.

Med ett system för vilande ersättning som tillåter även kortare arbetsinsatser utan att ersättningen måste förklaras vilande en hel månad kan fler försäkrade ges utrymme för att använda en restarbetsförmåga också i mer tillfällig arbete. Detta kan öka möjligheterna att varje person kan använda den restarbetsförmåga som denne de facto besitter. Det är också tänkbart att det skulle göra det lättare för försäkrade att tacka ja till en arbetsmöjlighet som passar dem även om det är av mer tillfällig och mindre omfattande karaktär. Sådana arbetsmöjligheter visar sig ofta med kort varsel. Det kan för denna grupp vara särskilt viktigt med en möjlighet att agera när motivation och möjlighet finns, i stället för att långt i förväg och under minst en månads tid förklara ersättningen vilande till minst en fjärdedel.

Utredningen ser mot denna bakgrund ett behov av att regelverket utformas så att det fungerar även i sådana situationer. Utredningen anser att det vore till fördel om systemet kan anpassas efter det arbetstillfälle som individen fått möjlighet till, inte tvärtom. Omfattningen på det arbete som den enskilde ska utföra bör vara en överenskommelse mellan arbetsgivare och arbetstagare utifrån de möjligheter som arbetet ger. Arbete bör uppmuntras, särskilt för dessa grupper, och inte styras av fasta gränser i systemet för vilande ersättning. Resultatet av en sådan mer flexibel regel bedömer utredningen kunna bli ett mer anpassat och mer förutsebart system för såväl enskilda försäkrade som potentiella arbetsgivare. Genom att dessa inte behöver dela upp arbetet i kvartiler kommer förutsättningarna för att kunna arbeta bli mer flexibla och enskilda försäkrade bör i större utsträckning än i dag kunna pröva arbete och använda den arbetsförmåga som eventuellt återstår. Ett system som tillåter mindre omfattning för vilande ersättning bör vidare kunna bli mindre komplext

för enskilda och arbetsgivare eftersom systemet anpassas till arbetstiden i stället för tvärtom. Den beräkningstekniska delen som vilar på Försäkringskassan kommer visserligen att bli mer komplex. Denna bör dock underlättas genom en utvecklad it-lösning som utredningen menar kommer att behövas för att underlätta administrationen.

En mer flexibel möjlighet till vilande ersättning skulle också kunna bidra till att minska oron hos de försäkrade över att arbete med vilande ersättning riskerar att leda till att förmånen dras in eller minskas. Detta inte minst eftersom mer flexibla möjligheter i vart fall kan upplevas uppmuntra till att steg för steg, i en omfattning som passar individen, pröva att arbeta och eventuellt öka omfattningen om möjligheten finns.

Utredningens uppfattning är därför att regelverket om vilande sjukersättning behöver modifieras och göras mer flexibelt. Regelverket bör inte bara underlätta för, utan även understödja, försäkrades möjligheter att förvärvsarbeta även under kortare perioder eller vid mer tillfälliga arbetstillfällen. Det måste finnas utrymme för försäkrade att mer flexibelt kunna närma sig arbetslivet och pröva sin arbetsförmåga. Vid kortare arbetsinsatser ska det vara möjligt att ha ersättningen vilande under den aktuella månaden men få avdrag från ersättningen endast motsvarande den tid som arbetet faktiskt pågår. Detta kräver bl.a. förändringar i konstruktionen av regelverket för hur ersättningen ska beräknas och hur avdrag från ersättningen för arbetad tid ska kunna göras i efterhand och på flexibelt sätt.

Ett system med flexibel vilande ersättning, som även inkluderar möjlighet till vilande i kvartiler

Dagens system för vilande ersättning vid arbete är kopplat till att sjukersättningen, under en eller flera hela månader framåt i tiden, ska minskas med 25, 50, 75 eller 100 procent. Det innebär att en försäkrad som vill arbeta under kortare tid än en månad, exempelvis en vecka eller några dagar, får minskad ersättning i en större omfattning och längd än vad denne faktiskt arbetar. Detta minskar avsevärt de ekonomiska incitamenten för den försäkrade, som kanske inte har förmåga eller möjlighet att arbeta i en större omfattning.

Dagens system med vilande ersättning svarar enligt utredningens bedömning inte mot den utveckling på arbetsmarknaden som åtminstone i vissa branscher gått mot ett större inslag av kortare anställ-

ningar. Utredningen ser det som eftersträvansvärt att även personer med sjukersättning ska kunna ta del av de arbeten som dessa delar av ekonomin erbjuder. Många av dessa arbeten är till sin karaktär utformade som kortare tidsbegränsade anställningar och där framförhållningen för dessa uppdrag ofta kan vara ganska kort. Det ställer således ytterligare krav på flexibiliteten i systemet för vilande ersättning.

Utredningens förslag innebär mot denna bakgrund att ersättningen utöver dagens möjligheter också ska kunna förklaras vilande till mindre del än dagens kvartiler. En fråga som då uppkommer är under hur kort arbetstid sådan vilandeförklaring ska kunna göras. Utredningen är här av uppfattningen att ersättningen ska kunna förklaras vilande för enskilda dagar eller delar av dagar så länge det är fråga om hela timmar. De minsta tidsenhet som en ersättning kan förklaras vilande under en månad ska således vara en timme.

Det mer flexibla systemet ska dock inte innebära att den översiktlighet som dagens system kan anses innebära går förlorad. Även om ersättningen kan förklaras vilande motsvarande den omfattning den försäkrade arbetar, ska det även fortsättningsvis vara möjligt för en försäkrad att ha vilande ersättning enligt nuvarande system. En försäkrad som exempelvis har en regelbunden arbetstid, och där systemet med en månadsvis vilandeförklaring om 25, 50, 75 eller 100 procent av förmånen är relevant, ska även fortsättningsvis kunna ha sin ersättning vilande i en sådan omfattning. Utredningens förslag innebär alltså att det ska vara möjligt, men inte nödvändigt, att precisera omfattningen på hur stor del av ersättningen som ska vara vilande på ett närmare sätt än en hel månad och en viss kvartil av ersättningen.

Vid bestämmande av med vilken kvotdel ersättningen ska vilandeförklaras ska utgångspunkten vara den omfattning som den försäkrade avser att arbeta. Försäkringskassan kan i dagsläget inte på eget initiativ, mot den försäkrades vilja, fatta beslut om vilandeförklaring och detta ska också gälla avseende frågan om på vilken andel vilandeförklaring ska ske.

Ansökan om vilande ersättning ska även fortsättningsvis göras på förhand

Enligt nuvarande regelverk ska den försäkrade ansöka om vilande ersättning innan arbetet påbörjas. Detta beror på att ersättningen ska kunna beräknas på ett så korrekt sätt som möjligt så att utbetalningen också blir korrekt.

För att öka flexibiliteten i systemet har utredningen övervägt möjligheten att göra det möjligt för försäkrade att i efterhand informera Försäkringskassan att de har arbetat. På så sätt skulle det bl.a. bli lättare för försäkrade att tacka ja till arbete med kort varsel. Utredningen bedömer att ett så pass flexibelt system vore önskvärt, inte minst för att arbetstillfällen kan uppstå plötsligt och oväntat. Ett sådant system medför dock ett behov av att bevilja samtliga ersättningar preliminärt, på ett liknande sätt som vid systemet med steglös avräkning (se avsnitt 14.2.4). Detta behövs för att det ska vara möjligt att justera utbetald ersättning i efterhand. Ett sådant system kan ge en viss form av trygghet för den enskilda försäkrade eftersom risken för återkrav minskar.

Utredningen bedömer dock att ett införande av ett sådant system innebär en alltför stor ökning av administrationsbördan för såväl den försäkrade som för Försäkringskassan. Den konsekvens som innebär att samtliga utbetalningar av sjukersättning och aktivitetsersättning endast blir preliminära är också en oönskad effekt av en sådan lösning. Den försäkrade ska därför liksom i dag ansöka om vilande ersättning innan arbetet påbörjas.

Det sagda innebär dock att det krävs en flexibilitet för att den försäkrade ska kunna ta ett arbete och ansöka om vilande ersättning hos Försäkringskassan. Möjligheten till att kunna ta ett jobb som kan fungera för den enskilde kan komma med kort varsel. Det är därför viktigt att ett beslut om vilande ersättning inte är beroende av att Försäkringskassan, som i vissa fall har långa handläggningstider, ska hinna fatta ett formellt beslut i frågan innan arbetet påbörjas.

I stället ska det enligt utredningens förslag räcka med att den försäkrade har ansökt om att ersättningen ska vilandeförklaras innan arbetet påbörjas.

Ett nytt system för reglering av utbetalad ersättning behöver införas

Utredningens förslag bygger på att en försäkrad ska kunna förvärvs-arbeta med sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilande på ett mer flexibelt sätt än i dag. Dessa ersättningar är månadsersättningar och betalas enligt huvudregeln ut varje månad för en period som avser den innevarande månaden.⁴ I denna fråga avser inte utredningen att göra några förändringar; det är till exempel inte aktuellt att förändra ersättningarnas karaktär och göra om dem till dagersättningar.

Inte heller är det aktuellt att fatta beslut om återkrav i alla de fall där en försäkrad har arbetat en viss månad och ansökt om att få sin ersättning vilande motsvarande arbetstiden. Återkrav utgör en speciell typ av betungande beslut där Försäkringskassan har bevisbördan och där den försäkrade inte har fullgjort en anmälningsskyldighet eller medverkat till att ersättning har utgått felaktigt. Ett användande av återkravsinstitutet i ett sammanhang som detta framstår som olämpligt, där den omfattande administration som en återkravsprocess innebär utgör bara ett av flera tungt vägande skäl emot ett användande av återkrav i dessa fall.

För att systemet ska vara så flexibelt som utredningens redogjort för och samtidigt möjligt att administrera på ett rimligt sätt krävs således att en möjlighet för justerande av ersättning i efterhand införs. I dagsläget saknas rättsligt stöd för sådana korrigeringar av ersättning genom minskande av senare utbetalningar av månadsersättning, men som samtidigt inte innebär en återkravsutredning.

En möjlighet till sådan kompensation kräver enligt utredningens bedömning en ordning med beslut om preliminär ersättning och beslut om slutlig ersättning, på sätt som liknar dagens regler om steglös avräkning. I detta fall är det emellertid endast den som ansöker om vilande ersättning, och inte samtliga personer som får utbetalning av sjukersättning eller aktivitetsersättning, som får preliminär ersättning, vilket innebär en betydligt mindre ingripande förändring. Utredningen menar att viss ledning i denna fråga därför bör kunna hämtas från detta system. Enligt detta regelverk lämnas sjukersättning med preliminärt belopp utifrån den försäkrades ansökan och därin angivna uppgifter och ett beslut om slutlig sjukersättning fattas först i efterhand. Den preliminära sjukersättningen vid steglös avräkning avser upp till tolv månader. Ett regelverk som avser vilande

⁴ 36 kap. 29 § SFB.

ersättning vid förvärvsarbete bör emellertid utgå från månader. Nedan redogörs i detalj för de olika moment som regelverket med vilande ersättning vid förvärvsarbete föreslås innehålla.

En vilandeförklaring ska avse viss del av ersättningen under en viss kalendermånad

En försäkrad som ansöker om vilande ersättning för arbete för en viss månad, som kan vara den innevarande eller en kommande, kommer att få sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilandeförklarad till denna del för hela den kalendermånad som arbetsinsatsen avser. Det medför att ersättningen för hela den anmälda månaden också blir preliminär. Slutlig ersättning för månaden kommer att regleras vid efterföljande månadsutbetalning. Samtidigt påbörjas den ramperiod om maximalt 24 månader under vilken den försäkrade kan ha sin ersättning vilande.

Precis som gäller i dag ska det vara möjligt att ansöka om vilandeförklaring för flera månader framåt i tiden.

Avdrag från ersättningen ska göras utifrån en reduceringstid som baseras på den försäkrades arbetade timmar

Till skillnad från reglerna om steglös avräkning är reglerna om vilande ersättning vid arbete uppbyggda på den *tid* som den försäkrade väljer att ha ersättningen vilande för arbete. Vilken *inkomst* förvärvsarbetet ger är däremot inte relevant för den vilande ersättningen.

Utbetalning av sjuk- och aktivitetsersättning sker månadsvis och reducering av månadsbeloppet sker vid vilande ersättning i dagsläget i kvartiler. Med den flexibilitet i systemet som utredningen föreslår kan ersättningen vara vilande upp till 100 procent av en normal heltidstjänst. Av administrativa skäl föreslås också att en lägsta nivå sätts. Utredningen menar att en rimlig sådan gräns är att arbetet måste uppgå till minst en timmes arbete per kalendermånad. Det anmälda arbetet ska också avrundas uppåt till hela timmar och avdraget från ersättningen ska justeras utifrån hela timmar för en viss kalendermånad. En mindre tidsenhet än en timme bedöms medföra för stora administrativa hinder, samtidigt som flexibiliteten får anses uppfylld genom att försäkrade har möjlighet att arbeta enskilda timmar.

För att bestämma hur den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning ska påverkas till följd av att ersättningen förklaras vilande i viss omfattning för förvärvsarbete behövs en reglering av den tid som den försäkrade arbetar. Ett nytt begrepp införs för detta ändamål: *reduceringstid*. Det antal timmar som en försäkrad har förvärvsarbetat under en viss kalendermånad utgör hans eller hennes reduceringstid. För varje arbetad timme en viss kalendermånad ska ersättningen den månaden reduceras med en etthundrasextioåttendel ($1/168$), ett mått som grundas i ett antagande om 21 arbetsdagar under en månad och åtta timmars arbete per arbetsdag.

Det finns i dagsläget några system som liknar det utredningen nu föreslår. Ett är systemet med steglös avräkning. Ett annat är regelverket för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som vistas på institution. Vid institutionsvistelse görs avdrag från försäkrades sjuk- eller aktivitetsersättning. Ska sjukersättning eller aktivitetsersättning inte betalas ut för del av en kalendermånad, beräknas förmånen för varje dag till en trettiondel av månadsbeloppet och avrundas till närmaste högre krontal.⁵ Försäkringskassan gör således redan i dagsläget avdrag från månadsersättningar som sjukersättning och aktivitetsersättning i vissa fall och avdragen baseras på hur stor del av kalendermånaden som ersättningen inte ska betalas ut. I fallet med institutionsvistelse används en schablon om 30 kalenderdagar per månad.

Utredningen har övervägt ett avdrag motsvarande det som görs för institutionsvistelse. Det avdraget baseras dock på hela dagar och utgår från samtliga kalenderdagar under en månad. Det avdrag som ska göras för vilande ersättning vid arbete behöver p.g.a. förslagets utformning i stället motsvara arbetstimmar under en månad. En parallell kan här anses vara en anställd som beviljas partiell tjänstledighet utan lön. Avdraget från lönen motsvarar då de timmar som personen inte arbetar, relaterat till anställningens omfattning.

Det är inte angett i lag hur många timmar en försäkrad ska arbeta per månad för att arbetet ska anses uppgå till heltid. Arbetstiden får som huvudregel inte uppgå till mer än 40 timmar per vecka enligt 5 § arbetstidslagen (1982:673). Arbetsgivaren kan dock bestämma en kortare arbetstid, och inom vissa branscher regleras detta i kollektivavtal om ett sådant finns. Eftersom arbetstiden inte får vara längre än 40 timmar per vecka, så är ca 160 timmar per månad att anse som

⁵ 106 kap. 37 § SFB.

heltid, med utgångspunkten i att en månad innehåller fyra arbetsveckor. Det närmre antalet verkliga arbetstimmar kan dock variera från månad till månad, beroende på hur många arbetsdagar som finns den aktuella månaden.

Hur många arbetstimmar en heltidstjänst omfattar per månad varierar således mellan olika branscher och avtal och de faktiska månadernas längd. Utredningen konstaterar att det således finns flera sätt att räkna ut hur många arbetstimmar en kalendermånad utgör. Utredningen bedömer att en rimlig utgångspunkt är att heltidsarbete ska bedömas på samma sätt som vid prövning av rätt till sjukersättning. Således bör heltid avse en arbetstid om 40 timmar i veckan om det inte finns kollektivavtal inom arbetsområdet som anger annat.⁶ Vidare kan konstateras att antal arbetade timmar varierar mellan olika månader. För att systemet ska vara tillräckligt överskådligt och förutsebart anser dock utredningen att avdrag bör göras enligt en schablon om arbetstid per månad, oavsett hur många dagar den aktuella månaden innehåller.

Vid beräkningen av en försäkrads sjukpenning används den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI). En försäkrads SGI utgörs av den årliga inkomst i pengar som en han eller hon tills vidare kan antas få. För beräkning av SGI beräknas den arbetade tiden utifrån en schablon om 260 arbetsdagar eller 2 080 arbetstimmar per år för en heltidsarbetande försäkrad. Detta motsvarar också 40 arbetstimmar i 52 veckor. Beräkningen inkluderar semester och utgör således en bruttoarbetstid. Per månad skulle det innebära en schablon om ca 173 timmar per månad, efter avräkning för semester och avrundat nedåt till närmaste hel timme. En sådan schablon har dock nackdelen att den inte är jämnt delbar med fyra och de kvartiler som vilande ersättning alltså även fortsättningsvis ska kunna baseras på. Ett annat sätt att beräkna månadsarbetstid är att utgå från att varje månad har 4 veckor. Utifrån en sådan beräkning har en månad 160 arbetstimmar. Fördelen med en sådan schablon är att antalet timmar är jämnt och lätt att räkna på, medan nackdelen är att antalet möjliga arbetstimmar under de flesta faktiska månader blir färre än i realiteten. Vid beräkning av semestertillägg används att mått på arbetstid som utgår från 21 arbetsdagar per månad.⁷

⁶ Försäkringskassans RAR 2002:17 till 33 kap. 11 SFB.

⁷ Prop. 2009/10:4, s. 49.

För att systemet ska bli administrativt hanterbart, anser utredningen att det krävs en schablon för avräkning från ersättningen utifrån arbetade timmar. Baserat på detta innebär förslaget att antalet arbetsdagar under en månad ska vara 21 och att heltidsmättet om åtta timmars arbete per arbetsdag ska användas. Det ger ett mått om 168 arbetstimmar per månad.

Sjuk- eller aktivitetsersättning ska bestämmas slutligt utifrån en försäkrads reduceringstid

En försäkrad som har fått sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilande efter en ansökan och har fått sin ersättning utbetald som preliminär ersättning för en viss kalendermånad kommer senare att få ersättningen för samma månad slutligt bestämd. Detta beslut om slutlig ersättning ska göras utifrån den försäkrades reduceringstid.

Den ersättning som en försäkrad har fått utbetald som preliminärt belopp, och som senare slutligt bestämts genom att reduceringstiden i form av arbetade timmar har dragits av från ersättningen, ska regleras vid efterföljande utbetalning.

Utredningen kan konstatera att i samband med att en försäkrad ansöker om att arbeta med vilande ersättning kan avdrag sällan göras på ersättningen för samma månad som förvärvsarbetet utförs. Därmed kommer avdraget i dessa fall tidigast att kunna göras vid närmast följande månads utbetalning.⁸ Det innebär att det blir en förskjutning av avdraget på ersättningen, dvs. om avdrag kan göras först på ersättningen för månaden efter den då förvärvsarbetet genomfördes beräknas avdraget på det månadsbelopp som den vilande ersättningen avser.

Regleringen av den sjuk- eller aktivitetsersättning som betalats ut under tid med vilande ersättning för förvärvsarbete kommer enligt utredningens förslag att ske tidigast månaden efter att förvärvsarbetet har utförts. Utredningens förslag innebär att detta bör ske så snart som möjligt och helst redan vid den utbetalning som avser månaden efter den aktuella kalendermånaden. Vid denna utbetalning minskas den utbetalda ersättningen med skillnaden mellan det preliminära och slutliga ersättningsbeloppet. Om detta inte är möjligt ska regleringen ske så snart som möjligt vid efterföljande utbetalningar.

⁸ Jfr Försäkringskassans vägledning 2013:3 version 6, s. 96 och prop. 1988/89:33, s. 17–18.

I de mer ovanliga fall där det inte finns någon efterkommande månad där ersättning kan slutregleras, till exempel då den försäkrade har nått den ålder då sjukersättning inte längre kan utbetalas eller om en försäkrad med aktivitetsersättning har nått sista månaden i en ersättningsperiod, får del delen av slutregleringen som ska återbetalas ske genom en återkravsprocess som Försäkringskassan initierar.

Utredningen menar, i likhet med Försäkringskassan, att det inte kommer att vara hanterbart att tillämpa 108 kap. 22 § SFB, då tillämpningen av den bestämmelsen kräver att en skälighetsbedömning ska göras vid varje kvittning, vilket inte blir praktiskt möjligt att hantera. I stället behöver en ny kvittningsregel införas. Utredningen föreslår därför att en särskild bestämmelse ska införas som gör det möjligt för Försäkringskassan att vid senare utbetalning göra ett avdrag på utbetald ersättning motsvarande vad som betalats ut för mycket.

Ansöknings- och beslutsprocessen

En försäkrad som avser att arbeta med vilande ersättning behöver ansöka om vilandeförklaring av sjuk- eller aktivitetsersättningen på motsvarande del som man ska arbeta, innan arbetet påbörjas. Den försäkrade måste dock inte ha fått beslutet om vilandeförklaring innan arbetet påbörjas. Försäkringskassan fattar sedan ett beslut om vilandeförklaring och preliminär ersättning för arbete utifrån de uppgifter som angetts i den försäkrades ansökan.

Det är viktigt att ansökan görs i förväg. Om den försäkrade inte ansöker innan han eller hon börjar arbeta kan det bli aktuellt för Försäkringskassan att ompröva rätten till ersättning eftersom han eller hon då har arbetat med nyttjande av en arbetsförmåga som han eller hon inte antogs ha vid tidpunkten för beslutet om ersättning.

Ansökan ska omfatta den tid den försäkrade avser arbeta, detta oavsett om det är fråga om exempelvis halvtidsarbete det närmaste året eller en engångsinsats 4 timmar kommande vecka. Vid ansökan ska den försäkrade ange i stort sett samma uppgifter som i dagsläget, men med hänsyn till att reglerna är mer flexibla krävs mer detaljer. Vid frågan om i vilken omfattning ersättningen ska vara vilande kan den försäkrade ange 25, 50, 75 eller 100 procent, precis som i nuläget. Den försäkrade kan också ange någon annan procentsats. Den försäkrade ska också ange vilken tidsperiod ansökan gäller, förslagsvis

mellan vilka datum. Om den försäkrade endast avser att arbeta några timmar en viss dag, kan antal timmar och det aktuella datumet anges i ansökan. Vill den försäkrade arbeta i varierande omfattning varje dag i en vecka, kan han eller hon ange det totala antalet arbetstimmar, ange datum för när veckan börjar respektive slutar samt beskriva hur han eller hon planerar att lägga upp sin arbetstid. Liksom i dagsläget bör den försäkrade även ange ytterligare information om arbetet, exempelvis uppgifter om arbetsgivare, första arbetsdag och arbetstid.

Den försäkrades ersättning under innevarande kalendermånad påverkas inte, men denna ersättning kommer i och med den försäkrades ansökan att utgöra en preliminär ersättning. I stället kommer det avdrag för den tid som ersättningen har förklarats vilande att belasta nästkommande månads utbetalning.

Justering av ansökt period

Utredningen menar att det även fortsättningsvis, precis som i dagsläget, ska vara möjligt att avbryta en vilandeperiod i förtid. Den försäkrade kan själv begära att en pågående vilandeperiod avbryts.⁹ Även Försäkringskassan kan avbryta en vilandeperiod på grunderna i 36 kap. 17 § SFB. Detta ska också fortsättningsvis vara möjligt.

Justeringar kan bli aktuella om arbetet helt upphör (genom exempelvis uppsägning eller permittering) eller om förutsättningarna för arbete ändras helt. Det kan även uppstå anledningar till att perioden med vilande ersättning behöver justeras, utan att för den delen avbrytas helt. Anledningarna till att en sedan tidigare ansökt period behöver justeras kan vara flera. Det kan exempelvis tänkas att ett planerat arbetstillfälle ställs in eller att den försäkrade blir tillfälligt sjuk. Med det mer flexibla system som utredningen föreslår blir också justeringar av vilandeperioden enklare. Så länge den ansökta perioden med vilande ersättning inte har inträffat kan den försäkrade korrigera ansökan genom att kontakta Försäkringskassan, exempelvis via Mina sidor, och då modifiera eller ta bort de dagar som avsetts vara vilande enligt tidigare ansökan.

Det kan exempelvis tänkas att en försäkrad har en så kallad behovsanställning och förväntar sig kunna arbeta i en omfattning om 50 procent en viss månad. Antalet arbetspass visar sig dock vara lägre

⁹ 36 kap. 16 § SFB.

än beräknat och den anställde får endast arbeta i en omfattning om 40 procent. I en sådan situation kommer det inte vara möjligt för den försäkrade att få kompensation för de förlorade 10 procenten om han eller hon inte anmäler förändringen i förväg.

Som konstaterats ovan kan ersättningen, om det visar sig att den försäkrade har arbetat mer än vad ansökan avser, komma att omprövas, då den försäkrade har nyttjat arbetsförmåga som inte förklarats vilande och som inte antagits föreligga vid tidpunkten för beslutet om ersättning. Det är därför viktigt att den försäkrade korrigerar sin angivna arbetstid i god tid innan arbetet är tänkt att påbörjas, eftersom risken annars är att Försäkringskassan beslutar utifrån uppgifter som inte stämmer överens med hur den försäkrade faktiskt har arbetat.

Eftersom ersättningen bestäms utifrån en viss kalendermånad, och blir preliminär för en sådan månad efter att den försäkrade har ansökt om vilandeförklaring, kan en justering av tiden ske under den innevarande månaden. När månaden har passerat kan inte korrigeringar av denna månad längre göras.

Sjuklön och sjukpenning vid vilande sjukersättning för arbete

I dagsläget kan en person som har beviljats sjukersättning och har förmånen vilande för arbete få såväl sjuklön som sjukpenning vid kortare sjukdom som avser den del den försäkrade arbetar, om övriga förutsättningar för sådan ersättning föreligger. Utredningen ser inte skäl att ändra denna ordning. Reglerna torde dock i första hand avse de försäkrade som har sin ersättning vilande under en lägre period och i kvartiler.

Vid mycket korta perioder med vilandeförklarad ersättning torde det i normalfallet vara enklast för den försäkrade att justera ansökan om vilandeförklaring innan perioden påbörjas. På sätt kommer den försäkrade att behålla sjuk- eller aktivitetsersättningen för den aktuella perioden. Det är inte säkert att det arbete den försäkrade utför medför rätt till sjuklön om det exempelvis är fråga om ett kortare arbetstillfälle. Inte heller alla arbeten medför att den försäkrade kan få en fastställd SGI.

I de fall rätt till fastställd SGI finns och den försäkrade har rätt till sjukpenning kan sådan beviljas för den del som den försäkrade

skulle ha arbetat med vilande ersättning om han eller hon inte hade blivit tillfälligt sjuk. Sjukpenning utges i kvartiler. Sjukpenningen kommer i dessa fall att baseras på den försäkrades arbetstid och fastställda SGI.

Typfall – vilande ersättning vid förvärvsarbete

Exempel 1

En försäkrad har sjukersättning på 50 procent och arbetar på resterande 50 procent. Hon vill försöka gå upp i arbetstid. Hon provar att arbeta ytterligare en hel dag i veckan, dvs. 20 procent av heltid. Hon avser att pröva att arbeta i denna omfattning under en månads tid och ansöker om att få sin sjukersättning vilande till motsvarande del, 20 procent av heltid (vilket motsvarar 40 procent av hennes sjukersättning på 50 procent). Det är med förslaget fortfarande möjligt att begära ersättningen vilande för en månad vilket hon också gör i detta fall. Hennes sjukersättning minskas med den del som är vilande, dvs. 40 procent av den sjukersättning hon har på 50 procent. Hon får behålla 25 procent av den del av sjukersättningen som är vilande.

Exempel 2

En försäkrad har hel aktivitetsersättning. Efter att ha haft ersättningen under 12 månader får den försäkrade ett erbjudande om att hjälpa till vid en konferens för den intresseorganisation han är aktiv i. Arbetet, som är betalt, motsvarar halvtid under fyra dagar. Den försäkrade vill gärna pröva sin arbetsförmåga under detta tillfälle och ser detta som en möjlighet. Senast dagen innan arbetet påbörjas anmäler han under Mina sidor på Försäkringskassans hemsida att han ska förvärvsarbeta och ansöker om vilande aktivitetsersättning för fyra timmar per dag dessa fyra dagar. För dessa sexton arbetade timmar reduceras månadens ersättning med 16/168. Den inkomst den försäkrade får påverkar inte hans aktivitetsersättning för innevarande månad men ett avdrag på kommande utbetalning görs utifrån den tid som aktivitetsersättningen förklarats vilande under månaden.

De ekonomiska incitamenteten för arbete med vilande sjukersättning framstår som väl avvägda

Utredningen har inte funnit stöd för att det skulle vara de ekonomiska incitamenten *i sig* – dvs. uppfattningen att arbete inte skulle löna sig – som gör att få försäkrade väljer att arbeta med vilande sjukersättning.

I dagens system med vilande ersättning vid arbete får den försäkrade en utbetalning av ett belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som är vilande. Utredningen menar att detta är ett viktigt inslag i systemet för vilande ersättning. Med en flexiblare möjlighet till arbete kan emellertid andelen arbete bli så låg att den 25 procentiga beloppet *i sig* knappast ger något ytterligare ekonomiskt incitament till arbete. Utredningen har övervägt en undre beloppsgräns eller undre gräns för i vilken omfattning ersättningen förklaras vilande för att utbetalning av månadsbeloppet ska ske. En sådan gräns skulle minska administrationen kring att utbetala små belopp. Sammantaget framstår emellertid det enklaste alternativet som att månadsbeloppet ändå betalas ut, oavsett omfattning på arbetet vid vilande ersättning. Det är inte heller möjligt att undvika en gränsdragningsproblematik för när utbetalningen ska göras respektive inte göras oavsett vilken nedre gräns som sätts. Mot denna bakgrund anser utredningen att månadsbeloppet bör betalas ut oavsett storlek och oavsett i vilken omfattning ersättningen är vilandeförklarad.

Det ska även fortsättningsvis krävas att den försäkrade haft ersättningen i minst tolv månader

Den försäkrade kan få vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning först när han eller hon under minst tolv månader omedelbart dessförinnan har haft sjukersättning eller aktivitetsersättning. Denna begränsning är enligt utredningens uppfattning väl avvägd. Tyngdpunkten i bedömningen ska ligga på beslutet om rätt till ersättning. Avsikten är naturligtvis inte att en försäkrad ska kunna beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning och omedelbart därefter kunna börja arbeta med vilande ersättning. Några förändringar föreslås därför inte i denna del och det kommer således även i fortsättningen att krävas att den försäkrade har haft ersättningen i minst tolv månader innan den kan förklaras vilande.

*Begränsningen om maximalt 24 månader
med vilande ersättning kvarstår*

Enligt gällande regelverk upphör möjligheten att arbeta med vilande ersättning efter 24 månader. Den fortsatta rätten till ersättning ska omprövas om den försäkrade fortfarande arbetar som tidigare eller förändrar sin arbetsinsats i samband med att vilandeperioden tar slut.¹⁰

Utredningen har inte hittat stöd för att begränsningen i tid utgör en väsentlig del av problembilden med vilande ersättning. Dagens period om 24 månader framstår därmed som väl avvägd. Vid denna tidpunkt bör det för den försäkrade gå att bilda sig en uppfattning om arbetsförmågan har förbättrats mer varaktigt eller inte. Inga förändringar föreslås därför i frågan om hur länge en försäkrade kan ha sin ersättning vilande. Försäkrade ska vidare även fortsättningsvis åter kunna arbeta med vilande sjukersättning efter att 12 månader har gått sedan senaste 24-månadersperioden med vilande ersättning.

Den nuvarande ordningen är att 24-månadersperioden räknas från och med den månad i vilken den försäkrade väljer att arbeta och får delar eller hela ersättningen vilandeförklarad.¹¹ Också i de fall där en försäkrad endast arbetar några dagar eller veckor en viss månad ska månaden räknas som en av de tjugofyra månader som ersättningen kan vara vilande. Administrativa skäl och förutsebarhet för den enskilde och Försäkringskassan talar enligt utredningen för att så ska vara fallet även fortsättningsvis. Det är möjligt att ha vilande ersättning i upp till två år, och sedan efter ett år återigen ha vilande ersättning. Den försäkrade förlorar alltså inte möjligheten att arbeta i en större omfattning i framtiden på ett långsiktigt plan genom att arbeta i begränsad omfattning en viss månad. Med hänsyn till den stora flexibilitet som föreslås skulle det vidare kunna uppstå svårigheter kring att beräkna hur lång tid den försäkrade har kvar att ha sin ersättning vilande om hänsyn ska tas till att en försäkrad arbetat några dagar vid ett visst tillfälle, eller några veckor ett annat. Det skulle vidare medföra ökad administration för Försäkringskassan.

Om den försäkrade redan har påbörjat en period med vilande ersättning och det när regeländringarna träder i kraft ännu inte gått tjugofyra månader från och med den första månad som en försäkrad haft vilande ersättning, ska denna föreslagna regeländring inte inne-

¹⁰ Prop. 1999/00:4, s. 27 och prop. 2002/03:89, s. 49.

¹¹ 36 kap. 14 § SFB.

bära att den försäkrade får möjlighet till en längre period med vilande ersättning än vad som annars vore fallet. Den tid som den försäkrade redan haft vilande ersättning ska därmed räknas in i den totala perioden med vilande ersättning som den försäkrade kan ha. Detta gäller även om den försäkrade under perioden med vilande ersättning ändrar omfattningen av arbetet och/eller sina studier i enlighet med de nya reglerna.

Något annat alternativ, exempelvis att från och med tidpunkten för när förändringarna trätt i kraft ska den försäkrades historik av vilande ersättning bortses ifrån, framstår inte som ändamålsenligt med hänsyn till syftena med begränsningen till maximalt 24 månader med vilande ersättning. Exempelvis betyder det att en försäkrad som haft vilande ersättning i 20 månader direkt innan de nya reglerna ska börja tillämpas alltså kan ha ytterligare fyra månader med vilande ersättning enligt de nya reglerna. Utöver detta ska det liksom i dag vara så att en försäkrad kan få 24 nya månader med vilande ersättning om den försäkrade har fått sin ersättning utbetalad i minst tolv månader sedan den senaste perioden med vilande ersättning avslutades.

Efter perioden med vilande ersättning

Under tiden med vilande ersättning har den försäkrade kompensrats utifrån den faktiska arbetstiden, men efter vilandeperiodens slut måste han eller hon bestämma på vilken nivå, sett till kvartiler, personen ska fortsätta sitt arbete. Om den försäkrade använder möjligheterna att ha ersättningen vilande och vill fortsätta arbeta under längre tid än de 24 månader det är möjligt att ha ersättningen vilande så kommer den försäkrade arbetsförmåga nämligen att prövas gentemot kvartiler, precis som vid prövningen av rätten till ersättning. Övergången kan upplevas som inkonsekvent, särskilt med hänsyn till att utredningen inte föreslagit någon ändring av bedömningen utifrån fjärdedelars nedsättning av arbetsförmågan vid prövningen av rätten till ersättning.

Förslaget syftar dock till att öka möjligheterna för försäkrade att förvärvsarbeta och pröva sin arbetsförmåga på ett mer flexibelt sätt under tiden med ersättning. En försäkrad som kunnat testa sin förmåga i varierande grad har mer underlag för sin bedömning av hur mycket han eller hon klarar av att arbeta. Under tiden med sjukersätt-

ning kanske den försäkrade började arbeta vid enstaka tillfällen för att våga testa på mer regelbundna uppgifter och kanske till och med en anställning om exempelvis en fjärdedel av heltid. Den försäkrade kan sedan ha fortsatt öka sitt arbetsutbud, både genom ytterligare tillfälliga insatser och stadigvarande och återkommande uppgifter, men det har inte fungerat med hänsyn till den försäkrades arbetsförmåga. Genom utredningens förslag ges individen möjlighet att på liknande sätt pröva sin arbetsförmåga i varierande grad och på olika sätt under tiden med ersättning. När det inte längre är möjligt att ha ersättningen vilande kommer det finnas ett bättre underlag för vilken arbetsförmåga individen har. Individen i exemplet skulle således kunna beviljas ersättning i en omfattning om tre fjärdedelar och arbeta motsvarande en fjärdedel. Det kan visa sig att en försäkrad genom upprepade försök att arbeta även i mindre omfattande insatser inte har någon arbetsförmåga alls. En försäkrad som kan arbeta i en omfattning om exempelvis 40 procent kan beviljas halv ersättning, på samma sätt som vid den ursprungliga bedömningen av rätten till ersättning. Genom att den försäkrade haft tryggheten att kunna jobba flexibelt (med sin främst inkomst i form av sjukersättning) kan han eller hon utvärdera sin förmåga att när vilandeperioden är slut ha en mer stadigvarande arbetstid.

16.2.2 Partiellt vilande sjukersättning vid studier

Utredningens förslag: Det ska vara möjligt att ha sjukersättningen partiellt vilandeförklarad under tid med studier. Vid studier ska sjukersättningen förklaras vilande i en omfattning som motsvarar studiernas omfattning, dock med vilande ersättning på någon av nivåerna hel, tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel.

Skälen för utredningens förslag: Förslaget att det ska vara möjligt att förklara sjukersättningen partiellt vilande vid studier syftar till att det ska bli möjligt för försäkrade att studera på deltid och enbart ha den del av sjukersättningen vilande som motsvarar studiernas omfattning och få resterande del av ersättningen utbetald.

Direktiven betonar att fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör underlättas. Utredningen menar att det inte vore lämpligt att begränsa lättnader i form av exempelvis

möjligheter att studera till en viss besvärssbild eller vissa diagnoser. Detta skulle, utöver att medföra svåra handläggnings- och bedömningsfrågor, medföra ett avsteg från grundprincipen om den individuella bedömningen och att det inte är sjukdomens i sig, utan sjukdomens eller tillståndets påverkan på arbetsförmågan i det enskilda fallet som är avgörande för om en person ska beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Ett underlättande av möjligheter till studier måste därför enligt utredningens mening vara kopplad till ersättningsformen i sig, snarare än de underliggande faktorer som har medfört att en viss individ har beviljats ersättningen. Detta innebär emellertid enligt utredningens uppfattning inga nackdelar; även personer med intellektuell funktionsnedsättning kommer vara behjälpta av nu föreslagna förändringar av regelverket som syftar till att underlätta möjligheten att genomföra studier för samtliga personer som har sjukersättning.

Som framgått av avsnitt 15.2.1 är det mycket få försäkrade som beviljats sjukersättning som använder sig av möjligheten att få förmånen vilandeförklarad för studier. Utredningen bedömer att det är önskvärt att fler försäkrade prövar sin förmåga att studera, bland annat mot bakgrund av att studier både kan vara en väg till arbetslivet och ett mål i sig för en ökad livskvalitet. Som framgått i avsnitt 15.4.5 bedömer utredningen att ett hinder för försäkrade att använda möjligheten till vilande sjukersättning för studier är att det inte är möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande vid studier, även när den enskilde avser att studera på deltid. Att hela ersättningen ska förklaras vilande, oavsett studiernas omfattning, bedöms som ett stort hinder för att fler ska våga använda möjligheten att studera med vilande ersättning och har en återhållande effekt. Det har nämligen exempelvis lyfts att det skulle underlätta för många försäkrade att studera just på deltid, bland annat med hänsyn till deras funktionsnedsättning.

I likhet med Försäkringskassan bedömer utredningen att fler skulle välja att studera med vilande ersättning om förslaget införs. En övervägande andel av personer med sjukersättning har hel förmån. För många kan heltidsstudier uppfattas som ett ouppnåeligt, men under rätt förhållanden kan deltidstudier vara möjligt.¹²

Ett framträdande problem är således att dagens regelverk hindrar personer med sjukersättning att studera på deltid, eftersom den försäkrades hela sjukersättning måste förklaras vilande oavsett den om-

¹² Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.

fattning som den försäkrade studerar. En försäkrad med hel sjukersättning som väljer att studera på halvfart kommer alltså få hela sin sjukersättning vilandeförklarad.

Detta regelverk motverkar enligt utredningens uppfattning kraftigt de försäkrades möjligheter och motivation att studera. Det bör också beaktas att få försäkrade som är beviljade hel sjukersättning enligt reglerna fr.o.m. juli 2008 kan förväntas ha förmåga till studier på heltid. Ett betydligt rimligare antagande är att dessa personer kommer att pröva och klara av studier på deltid. En sådan önskan om utökade möjligheter till deltidsstudier har också uttryckts från flera av de organisationer för funktionshindrade som utredningen har varit i kontakt med.

Utredningen har inte heller kunnat finna några starka skäl som motiverar den nuvarande ordningen att hela ersättningen måste förklaras vilande också då den försäkrade endast kommer att studera på deltid. De enda motiv som utredningen har kunnat hitta till denna ordning är att regeringen ansåg att ett månadsbelopp om 25 procent av aktivitetsersättningen inte skulle betalas ut vid vilande ersättning under studier mot bakgrund av regeringen bedömde det som rimligt att försäkrade som fått sin ersättning vilande för studier har samma studievillkor som övriga studerande när det gäller bland annat beviljande av studiemedel och vid återbetalning av studielån.¹³ Utredningen har alltså inte kunnat hitta någon uttrycklig motivering till varför det inte ska vara möjligt för försäkrade att få sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande på deltid vid deltidsstudier, annat än att denna ordning framgår av ordalydelsen i 36 kap. 12 § SFB. Att motivet till lagstiftningens nuvarande utformning är att alla ska ha samma förutsättningar att studera är visserligen rimligt, men utredningen bedömer att det skulle kunna vara motiverat med en regellättnad, inte minst mot bakgrund av att personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning på ett övergripande plan har sämre förutsättningar än andra studerande, med hänsyn till sina funktionsnedsättningar.¹⁴

Mot bakgrund av vad som anförts i avsnitt 15.4.2 framstår alltså inte nuvarande ordning som motiverad. I likhet med vad som anförts av bland andra Försäkringskassan anser utredningen att det är ologiskt

¹³ Se prop. 2012/13:1 utg.omr. 10, s. 49 avseende aktivitetsersättningen och prop. 2005/06:159 s. 22 avseende såväl sjukersättningen som aktivitetsersättningen.

¹⁴ Riksrevisionen gör samma bedömning avseende personer med aktivitetsersättning, se RiR 2015:7, s. 103.

att möjligheten att studera med vilande ersättning inte är anpassad till möjligheten att få studiemedel för deltidstudier.¹⁵

Utredningen föreslår därför att det ska vara möjligt för en försäkrad att få sin sjukersättning vilande i en omfattning om en fjärdedel, halv eller tre fjärdedelar, utöver dagens möjlighet till helt vilande förmån, på samma sätt som nuvarande regelverk vid vilande ersättning för arbete. Denna möjlighet ska gälla alla försäkrade, men utifrån de synpunkter och förslag som utredningen tagit del av är bedömningen att särskilt personer med intellektuell funktionsnedsättning kommer få lättare att studera med vilande ersättning om denna möjlighet införs. Vilken omfattning ersättningen ska förklaras vilande ska bedömas utifrån vilken studietakt den försäkrade studerar.

Det finns i dagsläget vissa möjligheter att studera utan att ha ersättningen vilande. Sjukersättningen ska nämligen förklaras vilande bara när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.¹⁶ Det har inte framkommit skäl för utredningen att föreslå ändringar i denna ordning. Det ska dock givetvis stå den försäkrade fritt att ansöka om vilande ersättning för studier, även om de tänkta studierna inte förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när ersättningen beviljades.

Det ska alltså fortsättningsvis krävas att ersättningen förklaras vilande när studierna är av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.¹⁷ Om den försäkrade studerar utan att ha sin ersättning vilande ska Försäkringskassan utreda om det finns skäl att ompröva rätten till ersättningen på grund av att den försäkrade studerar. I så fall kan studierna vara en indikation på att den försäkrade har arbetsförmåga. Så ska vara fallet oavsett om den enskilde får ut studiemedel för studierna eller inte.

Det har inte framkommit skäl att ändra vilken typ av studier som ska kunna bedrivas med vilande ersättning. Vilandeförklaring för studier föreslås därmed omfatta samma typer av studier som i dagsläget. Det ska alltså i allmänhet vara fråga om studier på lägst gym-

¹⁵ Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 34.

¹⁶ Prop. 2005/06:159 s. 33.

¹⁷ Prop. 2005/06:159 s. 33.

nasienivå, men det ska även vara möjligt att bedriva grundläggande studier.¹⁸

Utredningen har vidare övervägt frågan om den försäkrade även fortsättningsvis behöver ha fått ersättning utbetald under minst ett år innan det ska vara möjligt att få ersättningen vilande. Eftersom det inte har framkommit att denna begränsning medfört särskilda problem bedöms någon förändring i detta avseende inte vara motiverad.

Utredningen har beaktat möjligheten att också för studier införa de än mer flexibla regler för vilande ersättning för arbete som föreslås i avsnitt 16.2.1. Dessa regler är emellertid framtagna för att öka möjligheten för försäkrade att tacka ja till tillfälliga eller oregelbundna arbetstillfällen som dessutom kan uppstå med kort varsel. Studier är enligt utredningens uppfattning typiskt sett betydligt enklare att planera för långsiktigt, inte minst med hänsyn till att kurser och utbildningar ofta följer terminer och till att en ansökan om en studieplats ofta behöver göras med viss framförhållning. Vidare vet ofta den försäkrade på förhand i vilken studietakt den aktuella kursen eller utbildningen kommer ges. De flesta kurser löper under en viss förbestämd tid, exempelvis en eller en halv termin, och studietakten motsvarar ofta sjukersättningens fjärdedelsnivåer om bland annat helfart eller halvfart. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att samma flexibilitet som vid vilande ersättning för arbete inte behövs vid vilande ersättning för studier.

Regelverket för studiemedel och ekonomiska incitament

Av 3 kap. 25 § första stycket tredje punkten studiestödslagen (1999:1395) framgår att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det lämnas sjukersättning, aktivitetsersättning eller rehabiliteringsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av paragrafens femte stycke framgår vidare att regeringen får meddela föreskrifter som avviker från första stycket.

Enligt bestämmelsens förarbeten infördes den för att undvika att enskilda får stöd från olika system för samma tid och som exempel

¹⁸ Av förarbetena framgår att det i allmänhet är fråga om studier på lägst gymnasienivå, men att det inte finns anledning att utesluta den som vill bedriva grundläggande studier, prop. 2005/06:159, s. 22.

angavs att statligt studiestöd inte bör kunna lämnas för samma tid som sjuk- och aktivitetsersättning utges.¹⁹

Utredningen konstaterar att en försäkrad alltså inte under samma period som han eller hon får hel sjukersättning även kan få studiemedel. Utredningen bedömer dock att en försäkrad som beviljats halv ersättning kan få studiemedel på kvarvarande halva, om denne studerar på denna tid och i övrigt uppfyller de krav som ställs för att kunna beviljas studiemedel.

I den utsträckning en försäkrad vill studera i en omfattning om exempelvis 50 procent bör han eller hon alltså kunna begära att ersättningen blir vilande i denna omfattning. Eftersom den försäkrade då endast kommer få sjukersättning i en omfattning om motsvarande halv förmån bör han eller hon kunna få studiemedel för de 50 procent som han eller hon avser att studera.

Utredningen konstaterar dock att det inte är möjligt att få studiemedel för studier som understiger halvtid, se 3 kap. 5 § studiestödslagen. Utredningen bedömer likväl att förslaget underlättar också för försäkrade som vill studera i en omfattning som understiger halvtid. En försäkrad som vill studera på 25 procent kommer varken kunna finansiera studierna med studiemedel eller med sjukersättning. I den utsträckning en försäkrad vill studera i denna omfattning kan han eller hon begära att ersättningen förklaras vilande i en omfattning om en fjärdedel men få sjukersättning i en omfattning om tre fjärdedelar utbetald. För den som vill studera på 25 procent innebär förslaget alltså att den försäkrade kan få viss försörjning i form av sjukersättning. Med dagens regler hade den försäkrade inte fått någon utbetalning alls.²⁰

I likhet med Försäkringskassan anser utredningen inte att det finns skäl att göra någon särreglering av möjliga nivåer utifrån vad som är möjligt med hänsyn till studiemedel. Den försäkrade får på så sätt frihet att själv utforska vilket alternativ som passar honom eller henne och ansöka om det alternativ som passar bäst.²¹

Utredningen bedömer vidare att frågan om vilken omfattning ersättningen ska vara vilande bör bestämmas i förhållande till vilken studietakt den försäkrade formellt studerar. Studietakten är ett mått som visar hur mycket en studerande läser i genomsnitt under en ter-

¹⁹ Prop. 2005/06:159, s. 22.

²⁰ Jfr Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.

²¹ Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 35.

min eller studieperiod. I dagsläget beräknar CSN studietakten genom att dela antalet poäng med antalet veckor som den studerande läser. Är den försäkrade inskriven på kurser och beviljad studiemedel för heltidsstudier ska hela ersättningen förklaras vilande, studerar den försäkrade kurser i en omfattning om halvtid ska ersättningen förklaras vilande i motsvarande omfattning. Utredningen bedömer att studietakten är det administrativt minst betungande sättet att bedöma i vilken omfattning en försäkrad ska ha sin ersättning vilande.

Studerande som har en funktionsnedsättning som gör att studierna tar längre tid kan i vissa fall sänka studietakten till en långsammare takt, men ändå få studiemedel för samma takt som tidigare. En studerande kan till exempel kan läsa på 75 procent, men få studiemedel för studier på 100 procent. Försäkrade som studerar på 75 procent kommer dock genom utredningens förslag kunna ägna tid motsvarande heltid utan att behöva använda möjligheten att få studiemedel motsvarande hundra procent. Detta eftersom kvarvarande tid finansieras genom sjukersättningen.

Det är vidare tänkbart att situationen uppstår att en försäkrad studerar i en annan studietakt än motsvarande en fjärdedel, en halv, tre fjärdedelar eller hel ersättning. Utredningen bedömer att vid en sådan situation ska motsvarande perspektiv som i dag gäller för vilande ersättning för arbete gälla. Om en försäkrad studerar i en studietakt om 33 procent ska ersättningen förklaras vilande i en omfattning om 50 procent. Om en försäkrad studerar i en omfattning om 90 procent ska ersättningen förklaras helt vilande.

Utredningen anser vidare att det även fortsättningsvis ska vara möjligt för en försäkrad att behålla sitt bostadstillägg vid vilande ersättning för studier, oavsett i vilken studietakt och omfattning den enskilde avser studera. En försäkrad ska dock inte beviljas 25 procent av den ersättning som förklarats vilande för studier, vilket är fallet vid vilande ersättning för arbete.

Vilande ersättning för både studier och arbete samtidigt

Om den försäkrade under samma period både arbetar deltid och studerar på deltid blir hela ersättningen vilande på grund av studierna enligt dagens regler. Utredningen bedömer att det ska vara möjligt för en försäkrad att samtidigt ha ersättningen *partiellt* vilande vid

studier och *partiellt* vilande vid arbete. Vid bedömningen av hur mycket den försäkrade avser att arbeta respektive studera kan samma principer för bedömningen av arbetets omfattning användas som i dagsläget. Vid bedömningen av hur stor omfattning den försäkrade avser att studera bör studietakten i de kurser eller utbildningar som denne avser att delta i också kunna användas som utgångspunkt.

Om den enskilde har vilande ersättning för såväl arbete som studier ska denne även fortsättningsvis få ett månadsbelopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet. Som angetts ovan anser dock utredningen att det liksom i dag inte ska ske motsvarande utbetalning av månadsbeloppet på den del av ersättningen som är vilande för studier. Om den försäkrade under en och samma månad studerar och arbetar i en omfattning som tillsammans överstiger heltid ska månadsbeloppet betalas ut för den del som hänför sig till arbetet.

För att förtydliga kan tre exempel ges, alla gäller en försäkrad som beviljats hel sjukersättning.

Om den försäkrade arbetar i en omfattning om 25 procent och studerar i en omfattning om 50 procent ska han eller hon få sjukersättningen vilandeförklarad i en omfattning om tre fjärdedelar. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 25 procent, ska likväl betalas ut som månadsbelopp.

Om den försäkrade arbetar i en omfattning om 50 procent och studerar i en omfattning om 50 procent ska hela sjukersättningen vilandeförklaras. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 50 procent, ska dock betalas ut till den försäkrade.

Om den försäkrade i stället arbetar i en omfattning om 75 procent och dessutom studerar i en omfattning om 50 procent ska hela sjukersättningen förklaras vilande. 25 procent av den ersättning som förklarats vilande på grund av arbetet, alltså 75 procent, ska betalas ut som månadsbelopp.

Två års vilande ersättning för studier är en väl avvägd tid

Utredningen har beaktat förslag om att det ska vara möjligt att ha vilande ersättning för studier under en längre period om 24 månader i taget. Utredningen konstaterar här att det är möjligt för den för-

säkrade att få en ny period med vilande ersättning, under förutsättning att han eller hon fått sin ersättning utbetald under minst tolv månader mellan perioderna med vilande ersättning. Mot denna bakgrund anser utredningen inte att det behövs en förlängning av perioden under vilken det är möjligt att ha vilande ersättning. Begränsningen om 24 månader gäller oavsett om den försäkrade studerar under sin tid med vilande ersättning, arbetar under denna tid eller både studerar och arbetar under denna tid. Beräkningen görs alltså inte på så sätt att den försäkrade har möjlighet att ha vilande ersättning för studier i 24 månader och sedan vilande ersättning för arbete i 24 månader.

Liksom för vilande sjukersättning vid arbete ska gälla att ifall en försäkrad redan påbörjat en period med vilande ersättning vid studier och det när regeländringarna träder i kraft ännu inte gått tjugofyra månader från och med den första månad som den försäkrade haft vilande ersättning, ska denna föreslagna regeländring inte innebära att den försäkrade får möjlighet till en längre period med vilande ersättning än vad som annars vore fallet, se vidare avsnitt 16.2.1.

Ingen provotid för studier för försäkrade med sjukersättning

Utredningen har övervägt om det liksom för aktivitetsersättning bör vara möjligt med provotid för studier för personer som har sjukersättning. En sådan ordning skulle sannolikt bidra till att fler försäkrade skulle pröva sin studieförmåga.

Utifrån regelverkets nuvarande utformning, att personer med sjukersättning endast har möjlighet att pröva att studera med helt vilande sjukersättning, är vidare steget att börja studera och pröva studieförmågan större för personer med sjukersättning än för personer med aktivitetsersättning. Det kan verka avskräckande för personer med sjukersättning att behöva söka om alternativ försörjning redan från början vid ett studieförsök.

Mot bakgrund av att sjukersättningen och aktivitetsersättningen är olika förmåner med olika syften bedömer utredningen dock att möjligheten till provotid för studier är bättre lämpad i aktivitetsersättningen, där det finns ett större rehabiliteringsperspektiv och fokus på att den försäkrade ska återgå i arbete, än i sjukersättningen. Aktivitetsersättningen är en tidsbegränsad förmån som på ett övergripande plan innehåller fler incitament för de försäkrade att aktivera

sig, bland annat genom aktiviteter. För rätt till sjukersättning krävs däremot att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga. Dessutom har personer som beviljats aktivitetsersättning ofta ingen eller ringa arbetslivserfarenhet, varför denna grupp generellt behöver fler vägar och alternativ för att närma sig arbetsmarknaden, exempelvis genom studier. Utredningen konstaterar vidare att med den föreslagna möjligheten till vilande ersättning på deltid för studier får även försäkrade med sjukersättning ökade möjligheter att pröva sin förmåga till studier i en takt som passar den enskilde. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att den nuvarande ordningen, med en mer generös möjlighet till studier genom provotid för personer med aktivitetsersättning än för personer med sjukersättning, är väl avvägd.

16.2.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning

Utredningens förslag: Deltagande i sysslor av ideell karaktär ska inte medföra omprövning av rätten till sjukersättning om det inte innebär att den försäkrade uppvisar arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. För äldre försäkrade ska endast beaktas sådana normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av.

En försäkrad ska dock alltid, utöver möjligheten enligt första stycket, ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär, så länge omfattningen av detta sammantaget understiger tio timmar i veckan och förutsatt att sysslorna inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan.

Skälen för utredningens förslag: Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag som underlättar arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning. Det befintliga regelverket är svårt att överblicka och behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller. Annars finns det en risk att de avstår från möjligheter att delta i sam-

hällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Utgångspunkten för uppdraget är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Utredningen menar att det därför finns behov av att regelverket görs enklare och mer förutsebart för både den försäkrade och Försäkringskassan.

I utredningens analys av den utsträckning i vilken försäkrade med sjukersättning eller aktivitetsersättning deltar i samhällslivet redogjordes för vilken typ av sysslor detta kan röra sig om och möjliga förklaringar till att deltagandet är begränsat (se avsnitt 15.4.3). Bland annat kunde utredningen konstatera att det finns stora otydligheter i de gränser som avgör vad en försäkrad med beviljad sjuk- eller aktivitetsersättning kan göra och samtidigt kunna behålla ersättningen samt osäkerhetsfaktorer i bedömningarna. Överlappande system med begränsade möjligheter till olika typer av sysslor gör att det enligt utredningens uppfattning blir svårt för Försäkringskassan att bedöma frågorna och inte minst svårt för den enskilde att kunna avgöra vilka former av deltagande i samhällslivet som är tillåtna utan att rätten till ersättning påverkas. Dessa oklarheter får i sin tur ofta effekten att försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning drar sig för att delta i t.ex. politiskt arbete eller i föreningslivet. Detta utgör ej önskvärda konsekvenser av dagens regelverk och de osäkerhetsfaktorer det innehåller.

Utredningen är därför av uppfattningen att det krävs förändringar av regelverket som underlättar för försäkrade att delta i samhällslivet utan risk för att sådana åtaganden ska medföra att deras sjukersättning riskerar att omprövas och dras in. Det finns vidare ett behov av att regelverket tydliggörs och att förutsättningarna för att kunna delta i samhällslivet blir mer klara och transparenta.

Frågan uppstår då på vilket sätt regelverket bäst behöver förändras för att komma tillrätta med de konstaterade problemen, samtidigt med beaktande av målkonflikterna det innefattar (se ingressen till kapitel 16). Regelverket bör i möjligaste utsträckning undvika svår gränsdragningsproblematik och att svåra avvägningar måste göras där utgången till stor del hänger på oklara omständigheter i det enskilda fallet. Här kan man tänka sig ett antal olika lösningar. En utökning av den s.k. åttondelen vore en sådan lösning. Det skulle också gå att precisera ytterligare vilka sysslor som är tillåtna och var gränsen går för när det inte längre är rimligt att den försäkrade utför sysslan sam-

tidigt som ersättning betalas ut. Slutligen finns lösningen att släppa möjligheterna till deltagande i denna typ av sysslor – utöver förvärvsarbete eller studier – fria.

Här behöver en avvägning göras mellan å ena sidan utökade möjligheter som uppmuntrar enskilda försäkrade att i större utsträckning delta i samhällslivet, och å andra sidan legitimitetsaspekten i att personer som uppvisar stora förmågor och förbättringar jämfört med när beslutet om ersättning fattades inte utan vidare bör kunna behålla sin ersättning.

Många som har beviljats sjukersättning kommer även att permanent sakna arbetsförmåga eftersom det krävs långvarigt nedsatt arbetsförmåga för att den försäkrade ska beviljas ersättningen. Att ha sjukersättning innebär samtidigt sällan att personen helt saknar förmågor eller vilja att delta i samhällslivet, även om hon eller han har nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis kan personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning ha en drivkraft att hjälpa andra i samma situation t.ex. genom engagemang i en intresseförening för personer med funktionsnedsättning m.m. Det är förvisso rimligt att anta dessa försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga även har begränsade möjligheter att engagera sig ideellt under tiden de har ersättning. Den kvarvarande förmåga som finns bör dock kunna tas tillvara i möjligaste utsträckning och regelverket bör uppmuntra sådana engagemang. Som tidigare nämnts är det vidare en förutsättning för civilsamhällets roll i demokratin att alla människor har möjlighet att engagera sig ideellt.²²

Det är en viktig utgångspunkt att också den som har nedsatt arbetsförmåga och ersättning från sjukförsäkringen har möjlighet till en meningsfull fritid. En ytterligare gynnsam effekt som kan förväntas uppkomma över tid är att en försäkrad genom att engagera sig ideellt efter en tid kan återfå arbetsförmåga och då vill och kan pröva att förvärvsarbeta. Han eller hon kan i så fall genom ansökan om vilande ersättning pröva förvärvsarbete och kanske även på sikt mer varaktigt kunna återfå arbetsförmåga och på sikt kunna lämna sjukersättningen.

Det finns således ett antal goda skäl utifrån såväl individens som från samhällets perspektiv till varför människors kvarvarande förmågor i görligaste utsträckning bör tas tillvara. De hinder som motverkar sådana engagemang bör därför så långt det är möjligt undanröjas.

²² SOU 2016:13.

Det ska krävas att den försäkrad har uppvisat arbetsförmåga i normalt förekommande arbete för att sjukersättning ska kunna omprövas

Enligt gällande regelverk kan en försäkrads rätt till sjukersättning omprövas om arbetsförmågan har förbättrats. Arbetsförmågan ska anses förbättrad om den försäkrade har uppvisat en arbetsförmåga som antogs saknas när beslutet om sjukersättning fattades.²³ Det innebär att en bedömning enligt detta regelverk är beroende av vilket arbetsmarknadsbegrepp som var gällande när sjukersättningen beviljades. För en försäkrad som har beviljats sjukersättning enligt nu gällande regler är arbetsmarknadsbegreppet ”förvärvsarbete”. Det innebär att en försäkrad som har uppvisat arbetsförmåga i förhållande till sådant arbete ska anses ha fått förbättrad arbetsförmåga.

I avsnitt 8.1 och 12.1 föreslår utredningen en förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot vid prövning av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. Förslaget innebär i korthet att det ska räcka att arbetsförmågan är nedsatt i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (nedan normalt förekommande arbeten). För äldre försäkrade ska endast beaktas den försäkrades arbetsförmåga i sådant normalt förekommande arbete som den äldre har erfarenhet av (se avsnitt 8.4). Lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade ingår också i bedömningen.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att om en försäkrads arbetsförmåga fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana normalt förekommande arbeten som nämns ovan, inklusive begränsningen till arbeten den försäkrade har erfarenhet av för äldre försäkrade, ska rätten till förmånen sjukersättning inte omprövas. Det främsta skälet för detta förslag är att försäkrade som har beviljats sjukersättning med nuvarande regler annars skulle riskera att få sin ersättning omprövad vid uppvisad arbetsförmåga i ”förvärvsarbete”, men direkt åter kunna söka och beviljas sjukersättning enligt de nya regler med ett mer generöst arbetsmarknadsbegrepp som utredningen föreslår. En sådan konsekvens är önskad.

Förslaget innebär att det finns ett något större utrymme för försäkrade att förbättras i sin arbetsförmåga utan att få sin rätt till sjuk-

²³ 36 kap. 19 § SFB.

ersättning omprövad. Denna förmåga ska också kunna användas till att delta i samhällslivet på olika sätt utan att den försäkrade får sin ersättning minskad eller indragen.

Utredningens förslag om ett förändrat arbetsförmågebegrepp kommer att medföra utökade möjligheter att delta i samhällslivet

De föreslagna förändringarna av arbetsmarknadsbegreppet innebär en mer generös bedömning vid prövningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. I det fall dessa regler införs innebär det att ett antal försäkrade rimligtvis kommer att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning trots att det hos dessa individer kan finnas en viss återstående arbetsförmåga. Denna förmåga kommer visserligen inte att vara tillräcklig för att användas i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, men det är inte orimligt att tänka sig att förmågan skulle kunna användas i olika former av ideellt arbete eller i föreningslivet, där kraven på prestation och annat typiskt sett är betydligt lägre än i normalt förekommande förvärvsarbeten.

Det vore enligt utredningens mening inte rimligt att regelverket hindrar att en försäkrad använder en sådan återstående förmåga genom deltagande i samhällslivet. Att en sådan förmåga inte är tillräcklig för att försörja sig i normalt förekommande förvärvsarbete innebär inte nödvändigtvis att den inte kan användas på andra sätt.

Detta innebär i sak att en försäkrad som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning enligt de regelförändringar som utredningen föreslår har rätt att nyttja en återstående, begränsad förmåga i exempelvis ideellt arbete eller föreningsverksamhet så länge åtagandena inte når upp till kraven på förvärvsarbete i normalt förekommande arbete, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Skillnaden mot dagens regelverk blir därmed att fler typer av engagemang kommer att kunna rymmas inom ramen för samhällsengagemang som inte innebär uppvisad arbetsförmåga. En försäkrad som hjälper till i en förening med att exempelvis vattna blommorna och duka bör enligt utredningens bedömning inte anses ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete baserat på dessa sysslor, men hade möjligen kunnat anses uppvisa viss arbetsförmåga enligt det nuvarande arbetsmarknadsbegreppet förvärvsarbete på (hela) arbetsmarknaden, som också inkluderar exempelvis skyddade anställningar. Exemplet visar dock på hur svåra dessa gränsdragningar är och svå-

righeten i att avgöra vad som ska anses innebära uppvisad arbetsförmåga.

En tydlig effekt av den föreslagna förändringen av arbetsmarknadsbegreppet blir således att utrymmet för en försäkrad att delta i samhällslivet på olika sätt blir betydligt större än vad som är fallet i dagsläget. Detta borde enligt utredningens mening flytta gränsen för bedömningen i en för den enskilde generösare riktning tillräckligt långt för att det ska finnas en reell möjlighet att delta i samhällslivet i önskvärd omfattning. En sådan förskjutning torde också, kombinerat med information till de försäkrade som berörs, innebära att oron för att få ersättningen omprövad vid deltagande i samhällslivet minskar. Förändringen är således viktig även utifrån perspektiven som hanteras i detta avsnitt.

Det kommer även med de föreslagna förändringarna finnas fall där den försäkrade uppenbart uppvisar en mer varaktig arbetsförmåga med minst en fjärdedel men ändå inte har inkomst, eller situationer där en försäkrad utför arbetsuppgifter som uppenbart motsvarar förvärvsarbete, med den enda skillnaden att den försäkrade inte får betalt och då med syfte att kringgå systemet (i ett sådant fall utöver socialförsäkringen även t.ex. skatterättsliga regler). Sådana situationer bör dock uppkomma mer sällan. Det ska då vara fråga om uppenbara situationer där den försäkrade arbetar i vad som motsvarar normalt förvärvsarbete och helt klart uppvisar en arbetsförmåga han eller hon har bedömts sakna när han eller hon beviljades ersättning.

Ett exempel på en sådan situation skulle kunna vara att en försäkrad med sjukersättning arbetar i en makes eller makas verksamhet utan att själv få inkomst eller att den försäkrade är delägare i ett aktiebolag som han eller hon inte tar ut lön ifrån trots att han eller hon uppenbart arbetar i verksamheten med de krav på prestation och självständighet som ett förvärvsarbete ställer.

Utredningen menar att det vid sådant förhållande fortfarande måste finnas en möjlighet för Försäkringskassan att utreda och ompröva den försäkrades rätt till ersättning. Legitimitetsskäl talar också för en sådan möjlighet, där det annars i princip skulle finnas en fri möjlighet till exempelvis "svartarbete" för en försäkrad med sjukersättning. En sådan möjlighet finns enligt nuvarande regelverk även för huvudgrupp 1. I Försäkringskassans vägledning beskrivs detta som att "Om den försäkrade arbetar med sådana arbetsuppgifter där det i normalfallet kan förväntas att arbetsprestationen avlönas men det

inte finns någon redovisad inkomst ska den försäkrade inte omfattas av 37 kap. SFB²⁴. Detta innebär att den som förvärvsarbetar i arbetsuppgifter som tydligt motsvarar vad som annars motsvarar förvärvsarbete men utan att redovisa inkomst kan få sin ersättning omprövad.

Ovan har redogjorts för att möjligheten att delta i samhällslivet kommer att öka med förändrade regler för arbetsförmåga vid prövningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är emellertid mycket svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Också då det faktiska utrymmet för att delta i samhällslivet på sådant sätt att det till viss del motsvarar mer än endast en tillfälligt förbättrad arbetsförmåga blir större kommer det alltid att finnas en gräns, och var denna gräns ska gå blir föremål för en bedömning i det enskilda fallet. Det är också osäkerheten i dessa gränsdragningsfrågor som till stor del är anledningen till att försäkrade avstår från att delta i samhällslivet. Utredningen är därför av uppfattningen att den generella utvidgning av utrymmet för ideellt arbete och engagemang som blir fallet genom förändringen av arbetsförmågebegreppet bör förenas med ett tydliggörande av reglerna kring i vilket omfattning en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning kan ägna sig åt fritidsverksamhet utan att riskera att ersättningen omprövas. I nästa avsnitt redogörs därför för utredningen förslag om en skyddsregel med en tydligt angiven gräns för när en sådan bedömning över huvud taget inte ska behöva ske.

Tiotimmarsregeln – en skyddsbestämmelse för begränsade ideella åtaganden som inte ska kunna medföra omprövning av ersättningen

Utredningen föreslår att ideella åtaganden som inte ger inkomst och vars omfattning understiger tio timmar per vecka inte ska kunna medföra att den försäkrade ska anses ha uppvisat arbetsförmåga och att ersättningen därmed kan omprövas. Denna ”tiotimmarsregel”, som avser utgöra en precisering av vad en försäkrad typiskt sett kan anses hinna med under sin fritid, utgör således en sorts skyddsregel med en tydligt angiven gräns för när en omprövning av arbetsförmågan inte

²⁴ Försäkringskassan vägledning 2013:1 version 6, s. 96.

ska kunna ske. Regeln föreslås gälla för såväl försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning som för de med partiell ersättning.

Det sagda innebär inte att tio timmar i veckan utgör en gräns för vad en försäkrad har möjlighet att göra under tid med ersättning, utan utgör en skyddsregel som beskriver förutsättningarna för när en prövning av uppvisad arbetsförmåga över huvud taget inte ska ske.

Utredningen har i analysen i avsnitt 15.4.3 redogjort för att försäkrades åtaganden som sker på fritiden och inte motsvarar arbetsförmåga visserligen inte heller enligt nu gällande regelverk ska påverka ersättningen, men att det samtidigt kan vara svårt att bedöma vad som ska anses omfatta fritid och i hur stor omfattning sådana åtaganden kan ske. Osäkerheten i denna bedömning utgör ett hinder för försäkrade att delta i samhällslivet.

Enligt förarbetena kan deltagande i visst föreningsliv, kursverksamhet, ideellt arbete, politiska uppdrag och studier utgöra sådana fritidsaktiviteter som också en arbetande person utför och hinner med på fritiden. Ideellt arbete, politiska uppdrag och studier som är av den omfattning som yrkesverksamma utför på sin fritid bör enligt förarbetena inte heller leda till att rätten till ersättning ifrågasätts.²⁵ Försäkringskassan har i sin vägledning tolkat bedömningsutrymmet som att fritidsintressen är accepterade så länge de inte växer i omfattning så att de mer är att jämföra med förvärvsarbete, men någon närmare precisering av var gränsen går finns inte i vägledningen. Det exempel Försäkringskassan anger är att en försäkrad kan ha hästar som fritidsintresse och motionsrida en gång i veckan, men om samma person driver en hästgård med tävlingsverksamhet kan det snarare jämföras med förvärvsarbete.²⁶ Även med nuvarande regelverk får en försäkrad således delta i samhällslivet i en omfattning som motsvarar vad en arbetande person hinner med och utför på fritiden utan att riskera sin ersättning. Det finns dock ingen precisering av den omfattning på de åtaganden som en försäkrad kan förväntas klara av och hinna med på sin fritid. Detta utgör enligt vad som framkommit för utredningen också ett problem och en av oklarhetsfaktorerna vid bedömningen. Det finns således enligt utredningens uppfattning ett behov av att precisera utrymmet för fritidsaktiviteter, dvs. det utrymme som en försäkrad garanterat har utan att någon risk för omprövning av ersättning ska föreligga.

²⁵ Prop. 1997/98:111, s. 34 och bet. 1997/98:SfU11, s. 21 f.

²⁶ Försäkringskassan, Vägledning 2013:1 version 6.

Det är i och för sig mycket svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Också då det faktiska utrymmet för att delta i samhällslivet på sådant sätt att det till viss del motsvarar mer än endast en tillfälligt förbättrad arbetsförmåga blir större kommer det alltid att finnas en gräns, och var denna gräns ska gå blir föremål för en bedömning i det enskilda fallet. Det är också osäkerheten i dessa gränsdragningsfrågor som till stor del är anledningen till att försäkrade avstår från att delta i samhällslivet. Utredningen är därför av uppfattningen att den generella utvidgning av utrymmet för ideellt arbete och engagemang som blir fallet genom förändringen av arbetsförmågebegreppet bör förenas med ett tydliggörande av reglerna kring i vilket omfattning en försäkrad som får sjuk- eller aktivitetsersättning kan ägna sig åt fritidsverksamhet utan att riskera att ersättningen omprövas.

Utredningen menar att en rimlig utgångspunkt för bedömningen av vad en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning garanterat ska kunna utföra utan att rätten till ersättning påverkas eller att han eller hon ska behöva få sina åtaganden bedömda sett till eventuell förbättrad arbetsförmåga är vad en aktiv, heltidsarbetande person hinner med på fritiden. Omfattningen av dessa insatser varierar naturligtvis från person till person, men en fritidsinsats som omfattar som mest strax under två timmar per vardag, och understigande tio timmar per vecka, framstår enligt utredningen som en väl avvägd precisering av en gräns för vad en person vanligtvis bör kunna utföra utöver förvärvsarbete på heltid.

Så länge en försäkrads sammantagna åtaganden i form av ideellt arbete, politiska uppdrag, föreningsarbete, övriga fritidsaktiviteter etc. sammantaget *understiger tio timmar i veckan* bör de inte leda till en möjlig omprövning av ersättningen. Genom att insatsen sammantaget ska *understiga* tio timmar i veckan finns också en koppling till att insatsen inte får komma upp i vad som skulle motsvara en fjärdedels arbetsförmåga, i de fall sysslorna till sin natur skulle kunna anses motsvara arbetsförmåga.

Åtaganden som faller inom denna gräns får inte heller medföra att den försäkrade får inkomst; om någon form av inkomst/arvode betalas ut ska sysslorna bedömas enligt de sedvanliga reglerna och därmed bl.a. anmälas till Försäkringskassan. Gränsen mellan ideella

åtaganden och vad som snarast påminner om förvärvsarbete blir enligt utredningens uppfattning annars svår att dra.

Någon bedömning av sysslans karaktär ska inte ska göras så länge den inte uppgår till minst tio timmar i veckan. Det innebär också att sysslan i och för sig kan vara av typ som generellt sett innebär uppvisad arbetsförmåga, men ändå vara godtagen så länge omfattningen understiger tio timmar i veckan. Genom att begränsa sysslan i tid i stället för art ökar förutsebarheten.

Fördelen med en sådan precisering är att försäkrade mer säkert kommer kunna veta i vilken omfattning de kan ägna sig åt ideellt arbete, deltagande i föreningslivet m.m. utan att behöva anmäla sysslan till Försäkringskassan och ej heller riskera sin rätt till ersättning. Det är också en tydlig gräns som bör vara relativt lätt för Försäkringskassan att tillämpa. Så länge en försäkrad begränsar sin fritidsverksamhet till mindre än tio timmar i veckan kommer han eller hon inte riskera att behöva få sin sjukersättning omprövad. Utredningen bedömer att detta kommer att innebära tillräckligt med tid för de allra flesta försäkrade för ett aktivt deltagande i samhällslivet och samtidigt eliminera de osäkerhetsfaktorer som i dagsläget utgör ett hinder för sådant deltagande. Denna förändring är fristående från det utökade utrymme som följer av de föreslagna förändringarna av arbetsförmågebegreppet och kan tillämpas oberoende av om denna regeländring kommer att införas eller inte.

Utredningen vill även här betona att tiotimmarsregeln inte utgör någon gräns för vilka åtaganden en försäkrad kan eller får utföra, utan bara en gräns för när någon bedömning av arbetsförmågan inte ska ske. Försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning är således fria att ägna sig åt sysslor utan begränsning i tid så länge dessa inte medför uppvisande av arbetsförmåga. Den som ägnar sig åt sysslor i en omfattning om tio timmar eller mer i veckan får dock finna sig i att han eller hon ska anmäla detta till Försäkringskassan samt att det då kan göras en bedömning av om arbetsförmåga föreligger. Tiotimmarsregeln är avsedd att vara en skyddsregel för försäkrade, vilka är garanterade att få behålla sin ersättning så länge det ideella engagemanget understiger denna gräns. Regeln kan också uttryckas som att den försäkrade inte behöver fundera på om engagemanget utgör arbetsförmåga eller inte så länge tidsåtgången understiger tio timmar i veckan. Den vars sammanlagda insatser överstiger tio timmar i veckan måste däremot överväga om engagemanget motsvarar arbetsförmåga

i normalt förekommande arbete och behöver också i så fall anmäla den förbättrade arbetsförmågan till Försäkringskassan.

Utredningen konstaterar att även med införandet av den föreslagna tiotimmarsregeln kommer bedömningar i det enskilda fallet behöva göras. För att tiotimmarsregeln ska kunna tillämpas i det enskilda fallet krävs nämligen en bedömning av om individens sysselsättning är att anse som ideell eller inte. Det är svårt att komma ifrån frågan att en värdering av arbetsförmåga – och i utsträckningen också vilka åtaganden som ska sägas motsvara arbetsförmåga – alltid kommer att innefatta ett mått av bedömning i det enskilda fallet. Med sysslor av ideell karaktär avses insatser som utförs utan ersättning. Det innebär även att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund. Med utredningens förtydliganden om vad som innefattar begreppet sysslor av ideell karaktär är förväntningen att regelverket kommer upplevas som mer förutsebart och att fler försäkrade därmed kommer känna större trygghet i att delta i sådana engagemang som vissa i dag avstår från på grund av att de i så fall kan få sin ersättning minskad eller helt indragen.

Åttondelen absorberas av tiotimmarsregeln

En försäkrad som har beviljats hel sjuk- eller aktivitetsersättning omfattas av regeln om den s.k. åttondelen (se avsnitt 14.2.2.). Den innebär att den försäkrade kan använda en begränsad förmåga till arbete eller andra åtaganden utan att rätten till ersättning påverkas. Den som har beviljats hel ersättning har alltså redan i dag ett visst utrymme att under tiden med ersättning ha bisysslor, uppdrag eller ägna sig åt annat som kan jämföras med förvärvsarbete.

Utredningens förslag om tiotimmarsregeln innebär till viss del en utvidgning av åttondelen. Tiotimmarsregeln är dock uteslutande avsedd för ideella åtaganden som inte ger inkomst medan den som arbetar eller har andra sysslor inom ramen för åttondelen kan ha vissa inkomster. En försäkrad med hel ersättning som omfattas av åttondelen är även avsedd att omfattas av den nya tiotimmarsregeln. Detta innebär emellertid inte att den enskilde fritt kan använda en kvarvarande förmåga till sysslor både inom åttondelen och tiotimmarsregeln för att exempelvis arbeta ideellt femton timmar i veckan; även för en försäkrad som har beviljats hel ersättning utgör tiotim-

marsregeln taket för ideella åtaganden utan att kunna bli föremål för omprövning av rätten till ersättning. Åttondelen är således avsedd att absorberas av tiotimmarsregeln. Det sagda innebär att en försäkrad med hel sjukersättning skulle kunna arbeta med viss inkomst inom ramen för åttondelen och utöver detta även ha ideella åtaganden, med en sammanlagd tidsåtgång understigande tio timmar i veckan.

Överväganden om andra lösningar för att utöka möjligheterna för deltagande i samhällslivet

Ett generellt utökande av ”åttondelen” är inte en lämplig lösning

Utredningen har övervägt även andra alternativ för att tydliggöra gränser och samtidigt uppmuntra försäkrade att delta i samhällslivet. Ett alternativ skulle kunna vara att förändra regelverket genom att utöka den s.k. åttondelen, så att försäkrade fick mer tid att ägna åt exempelvis ideellt arbete. Denna del skulle t.ex. kunna dubblas till att omfatta en fjärdedel av heltidsmättet, eller 10 timmar i veckan. Detta har föreslagits bl.a. av företrädare för åtta intresseorganisationer för personer med psykisk ohälsa som också föreslår att åttondelen ska gälla för personer med partiell ersättning.²⁷ Fördelen med en sådan lösning är att den tydligt skulle kunna precisera – i tid räknat – vilket utrymme en försäkrad med sjuk- eller aktivitetsersättning har att ägna sig åt fritidsintressen och samhällsengagemang.

En sådan lösning som kopplar gränsen för åtaganden till nuvarande regelverk och åttondelen skulle emellertid enligt utredningens bedömning innebära flera problem. Arbete inom åttondelen tar exempelvis inte ställning till om arbeten sker med inkomst eller om det är ideellt. En generell utökning av åttondelen skulle alltså innebära att även den med hel sjukersättning skulle kunna arbeta 10 timmar i veckan (25 procent) med inkomst utan att begära sjukersättningen vilande. Detta är inte förenligt med att arbetsförmågan ska vara nedsatt. Möjligheten att få sjukersättning på tre fjärdedelars nivå skulle också framstå som inkonsekvent om det ändå var möjligt att arbeta i en omfattning motsvarande en fjärdedel med hel sjukersättning. Det framstår inte heller som en görbar lösning att koppla

²⁷ Skriftlig synpunkt till utredningen den 15 februari 2021. Organisationerna är RSMH, Svenska OCD-förbundet, Riksförbundet Balans, Sveriges Fontänhus Riksförbund, Föreningen SHEDO, Schizofreniförbundet samt NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa.

endast en del av åttondelen till arbete med inkomst, medan återstående del skulle innebära en möjlighet till ideellt arbete. En sådan uppdelning skulle medföra svåra praktiska gränsdragningsproblem och syftet med åttondelen som ett undantag för viss arbetsförmåga skulle förfelas.

Åttondelen är vidare kopplad till *hel* ersättning. Det är uttalat att en försäkrad för att kunna få hel sjukersättning eller aktivitetsersättning ska ha en helt eller i det närmaste helt nedsatt arbetsförmåga. Det finns således redan i lagtexten ett visst utrymme för att kunna använda en begränsad återstående förmåga. Sådana uttalanden saknas för den som har beviljats partiell ersättning. Där är gränsen tydligt den beviljade ersättningen och arbete förväntas ske på den del där ersättning inte är beviljad. Bakgrunden till skillnaden är bl.a. att det har bedömts vara mycket svårt att säga att en person verkligen helt saknar arbetsförmåga. Mot denna bakgrund framstår det inte som görbart – eller i vart fall som olämpligt – med en utökning av åttondelen till att även gälla de med partiell ersättning. För dessa personer har redan en avvägning av till vilken del arbetsförmågan är nedsatt gjorts, och samma svårighet som vid hel ersättning gör sig inte gällande för en person som bedöms ha en återstående partiell förmåga.

Ett förslag som innebär en ökad tidsgräns för den försäkrade att fritt kunna ägna sig åt arbete, även om det endast är arbete av ideell karaktär, skulle också innebära en kvarstående gränsproblematik. I stället för 5 timmar i veckan skulle gränsen gå vid 10 timmar och att avgöra om en viss insats eller ett visst åtagande skulle falla inom denna tidsgräns skulle vara lika svårt som i dagsläget. Mer administrativa åtgärder som utförs i hemmet är t.ex. svåra att mäta och värdera.

Utredningen finner mot denna bakgrund att det inte är görbart att koppla eventuella utökade möjligheter att arbeta ideellt eller engagera sig i föreningslivet till konceptet med åttondelen; en annan lösning som är fristående från denna undantagsmöjlighet måste i stället till.

Åttondelen föreslås således kvarstå i samma form som i dagsläget. Det innebär att en försäkrad som har beviljats hel sjukersättning fortfarande kommer att ha vissa möjligheter att använda en eventuellt kvarvarande, begränsad arbetsförmåga till förvärvsarbete med inkomst. Gränsen ska fortfarande för detta vara en åttondel av heltid. Mot bakgrund av vad som i övrigt föreslås kommer åttondelen främst blir aktuell för förvärvsarbete som ger inkomst. För annat,

ideellt arbete kommer den försäkrade inte begränsas av åttondelen, utan av förslaget om begränsat fritidsengagemang.

Koppling till krav på inkomst är svårförenligt med kravet på nedsatt arbetsförmåga

Utredningen har även övervägt en lösning där möjligheten till ideella engagemang är kopplade just till frågan om *inkomst*, utan någon begränsning vad gäller antal timmar sysslorna utförs. Arbete och förtroendeuppdrag, föreningsliv, hemarbete och andra fritidsaktiviteter skulle enligt ett sådan princip således inte medföra att sjukersättningen påverkas förutsatt att sysslorna inte ger inkomst – oavsett hur i liten eller stor omfattning det utförs. Vid en sammanvägd bedömning har utredningen emellertid funnit att ett förslag som kopplar åtaganden endast till inkomst är svårförenligt med grundkravet i försäkringen om att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga.

Ett sådant förslag skulle innebära att en försäkrad utan att riskera omprövning av sin ersättning i hur stor utsträckning som helst skulle kunna vara aktiv i föreningslivet, arbeta ideellt eller ägna sig åt olika typ av fritidsverksamheter. Exempelvis skulle en försäkrad i så fall regelbundet kunna utföra arbete av sådan omfattning och sådant värde för uppdragsgivaren att en person skulle behöva anställas om den försäkrade eller någon annan motsvarande person inte utförde sysslorna. Genom att undanta de engagemang som inte ger inkomst skulle en klar skiljelinje etableras för vad som är möjligt att ägna sig åt för en försäkrad som har sjuk- eller aktivitetsersättning. Rätten till sjukersättning skulle i så fall alltså inte påverkas av att den försäkrades hälsotillstånd eller arbetsförmåga förbättras, så länge en sådan förmåga endast används till ideella engagemang.

Med ett sådant förslag skulle möjligheten till ideella engagemang närma sig vad som gäller för huvudgrupp 1, där endast åtaganden som medför inkomster aktualiserar en ansökningskyldighet för den enskilde. För denna grupp gäller att den försäkrade kan ägna sig åt ideellt arbete med mera utan att det på något sätt påverkar rätten till, eller utbetalningen av sjukersättningen, så länge det inte ger inkomster.

Fördelen med en lösning som kopplar bedömningen till inkomst är att den innebär en tydlig gräns för vad som är tillåtet att utföra under tid med ersättning. Problemet med en sådan lösning är samtidigt att grundförutsättningarna för att ha rätt till sjukersättning eller aktivitets-

ersättning är att arbetsförmågan ska vara nedsatt. Det försäkringsjuridiska begreppet är således arbetsförmåga, och inte förmågan att kunna skaffa sig inkomst genom arbete. Bedömningen av arbetsförmåga är en helhetsbedömning av den enskildes förmågor och hur dessa kan användas i ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Detta gäller även för tid med ersättning; en försäkrad har enligt regelverket en skyldighet att anmäla om arbetsförmågan har förbättrats också om en sådan förmåga inte har använts i faktiskt förvärvsarbete, och de regelbundna uppföljningar av arbetsförmågan som Försäkringskassan har att göra handlar också om att beakta den försäkrades arbetsförmåga.

Utredningen har även övervägt att kombinera förslaget om möjligheten till sysslor av ideell karaktär med omfattning under 10 timmar per vecka med ett fribelopp. Det skulle t.ex. kunna gälla ifall den försäkrade får ett arvode för exempelvis styrelseuppdrag i en bostadsrättsförening. Utredningens bedömning är dock att i syfte att göra regelverket tydligt och enkelt att förstå bör bestämmelsen att en försäkrad ska ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete, övrig fritidsverksamhet etc. så länge omfattningen av det sammantaget understiger tio timmar inte kombineras med fribelopp. På så sätt är det alltid aktuellt att anmäla sysslor som ger inkomst till Försäkringskassan, oavsett storleken på ersättningen. Mindre omfattande sysslor kommer rimligtvis inte påverka rätten till ersättning, även om de ger inkomster eller arvode.

Kombinationen av ett förändrat arbetsförmågebegrepp och precisering av omfattningen av tillåtet fritidsengagemang medför tillräckliga åtgärder för möjligheten till ett ökat samhällsengagemang

Det huvudsakliga syftet med utredningens förslag är att uppnå ett högre deltagande i samhällslivet för försäkrade med sjuk- eller aktivitetsersättning. Utredningen har gjort en avvägning mellan mer generösa regler för att åstadkomma en sådan förändring och det legitimitetsproblem som kan uppstå om försäkrade har möjlighet att ägna sig åt mer krävande åtaganden som kan likställas med mer varaktig arbetsförmåga och samtidigt kunna behålla sin ersättning. Vid denna avvägning har utredningen bedömt att behovet av den enskildes möjligheter att delta i samhällslivet utan att riskera förlorad trygghet väger tyngst. Risker för att regelverket skulle missbrukas i någon större

utsträckning och att stora grupper försäkrade endast skulle använda en förbättrad arbetsförmåga i ideella sammanhang bedömer utredningen som liten.

Viktigt i sammanhanget är att det rör sig om försäkrade som av Försäkringskassan bedömts ha en långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Tyngdpunkten i bedömningen måste också fortsättningsvis ligga på beslutet om rätt till ersättning. De fall där en försäkrads arbetsförmåga förbättras efter beslut om ersättning och den försäkrade ändå väljer att använda denna förmåga endast till att vara aktiv i föreningslivet torde vara relativt få. Vanligare är sannolikt att den försäkrade besitter någon form av förmåga, men som inte är tillräcklig i art, omfattning och varaktighet för att kunna försörja sig i förvärsarbete. Det är användandet av dessa förmågor som utredningen menar att regelverket måste underlätta.

Genom kombinationen av ett nytt, snävare arbetsmarknadsbegrepp och ett tydliggörande av vad en enskild försäkrad utan att behöva riskera sin ersättning har möjlighet att utföra på sin fritid bedömer utredningen att förutsättningarna för försäkrade som har sjuk- eller aktivitetsersättning att delta i samhällslivet förbättras i stor utsträckning, samtidigt som det inte är allt för generöst jämfört med sjukförsäkringens grundprincip att en försäkrad ska ha sjukersättning endast om arbetsförmågan är långvarigt nedsatt.

16.3 Huvudgrupp 3, försäkrade som har beviljats aktivitetsersättning

16.3.1 Flexibla möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Vilandeförklaring av aktivitetsersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar. Den minsta period som ersättningen ska kunna förklaras vilande är en timme per kalendermånad.

Vid vilandeförklaring av aktivitetsersättning för en viss kalendermånad ska ersättningen betalas ut med ett preliminärt belopp. Ersättningen ska slutligt bestämmas utifrån det antal timmar den försäkrade har förvärsarbetat under kalendermånaden. Detta mått ska utgöra den försäkrades reduceringstid och uppgår till

1/168 för varje arbetad timme. Den slutligt bestämda ersättningen räknas fram genom att reduceras med reduceringstiden. Reglering av ersättningen ska ske vid efterföljande utbetalningstillfälle, eller om detta inte är möjligt så snart som möjligt därefter. Försäkringskassan ska vid denna utbetalning få besluta att dra av ett belopp i avräkning på vad som betalats ut för mycket.

Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar ska perioden med aktivitetsersättning även fortsättningsvis förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen får endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar.

Skälen för utredningens förslag: I dagsläget är möjligheterna till vilande ersättning för arbete likadana för sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Utredningen ser inte skäl att frångå denna ordning. Den nu föreslagna ökade flexibiliteten vid vilande ersättning för arbete torde också ge bättre förutsättningar för gruppen unga med aktivitetsersättning som ofta har ringa eller ingen arbetslivserfarenhet, att vilja och våga pröva att arbeta om de får eller återfår arbetsförmåga. När det gäller förslaget om ökad flexibilitet för vilande aktivitetsersättning vid arbete hänvisas därför till avsnitt 16.2.1.

Prövning av arbetsförmåga efter tid med vilande aktivitetsersättning

Enligt nuvarande regelverk får en försäkrads arbetsförmåga som uppvisats under vilandeperioden inte ligga till grund för omprövning.²⁸ Arbetsförmåga som uppvisats under vilande aktivitetsersättning kan dock beaktas vid en ansökan om sjukersättning eller om en ny period

²⁸ 36 kap. 21 och 23 §§ SFB.

med aktivitetsersättning. Utredningen föreslår inga förändringar avseende denna fråga.

Förlängning av aktivitetsersättning vid förvärvsarbete

Frågan uppstår hur utredningens förslag om mer flexibla regler för vilande ersättning vid förvärvsarbete ska påverka möjligheten att få ersättningen förlängd. Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska enligt dagens regler perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete.²⁹ Utredningen anser inte att det ska vara möjligt att få ersättningen förlängd i någon annan omfattning än på de nivåer som anges i 33 kap. 9 § SFB. Utredningen har inte lämnat förslag att det ska vara möjligt att bevilja ersättningen på någon annan än dessa nivåer i det ursprungliga beslutet om beviljande av aktivitetsersättning och det är därför inte rimligt att få ersättningen förlängd med någon annan av dessa nivåer.

Utredningen bedömer att samma principer som vid bedömningen av den försäkrades rätt till ersättning kan användas. När den försäkrade beviljats hel förmån ska således förlängningen av aktivitetsersättningen endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete enligt principen att hel aktivitetsersättning ska lämnas när hela den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete, tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än hela men minst tre fjärdedelar av den försäkrades arbetsförmågan används för förvärvsarbete och halv aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än tre fjärdedelar men minst halva den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete.

När den försäkrade använt mindre än halva arbetsförmågan har utredningen vägt mellan två alternativ. Ett alternativ är att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när den försäkrade använt mindre än halva men minst en fjärdedel av arbetsförmågan och att ingen

²⁹ Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 15 b § SFB.

förlängning av aktivitetsersättningen ska göras om den försäkrade använt mindre än en fjärdedel av arbetsförmågan. Det andra alternativet är att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när den försäkrade använt mindre än halva arbetsförmågan och så även om den försäkrade använt mindre än en fjärdedels arbetsförmåga men ändå arbetat något.

Utredningen bedömer att det främsta argumentet för det första alternativet är att det utan utredningens förslag inte är möjligt att ha vilande ersättning i en mindre omfattning än en fjärdedel. Att försäkrade som haft ersättningen vilande i en sådan omfattning innebär således ingen försämring jämfört med dagens regler. Avsikten med möjligheten att arbeta i en mindre omfattning än en fjärdedel är inte att underlätta för arbete i en sådan omfattning på alla sätt.

Utredningen konstaterar dock att försäkrade i dagsläget har möjlighet att få ersättningen förlängd om ersättningen förklarats vilande enligt 36 kap. 15 § tredje stycket SFB och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Att utredningen föreslår att möjligheterna att ha vilande ersättning utökas på så sätt att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande även i en mindre grad än en fjärdedel ska inte innebära att de som vill arbeta i en sådan omfattning ska ha mindre incitament att förvärvsarbete än försäkrade som arbetar i en högre omfattning. Om inte också de som förvärvsarbetar i en mindre omfattning än en fjärdedel får möjlighet att få ersättningen förlängd på en viss minsta förmånsnivå kommer i praktiken inte alla försäkrade ta del av de förlängningsregler som syftar till att öka incitamenten att förvärvsarbete under tiden med ersättning.

Utredningen anser att allt förvärvsarbete under tid med ersättning bör uppmuntras, även sådant arbete som görs i en mindre omfattning än en fjärdedel av heltid. Även de som arbetar i en sådan omfattning ska därför omfattas av möjligheten till förlängd ersättning. Med hänsyn till syftet med att möjligheterna till förlängd ersättning infördes anser utredningen mot denna bakgrund att det mest rimliga är att alla försäkrade som arbetar under tid med ersättning ska omfattas av möjligheten att få ersättningen förlängd. Mot denna bakgrund och vid en sammantagen bedömning anser utredningen alltså att en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när mindre än halva men minst någon del av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

När den försäkrade beviljats partiell förmån ska naturligtvis inte aktivitetsersättning lämnas i en högre omfattning än enligt det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare enligt dagens regler aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning lämnas inte till en försäkrad till den del denne förvärvsarbetar.³⁰

Med samma utgångspunkter som ovan anser utredningen att aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande ska lämnas enligt följande beräkningssätt: Hel aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad helt vilande, tre fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hel förmån men med minst tre fjärdedelar, halv aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än tre fjärdedelar men med minst hälften och en fjärdedels aktivitetsersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hälften.

16.3.2 Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd provotid vid studier

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

Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar ska aktivitetsersättningen inte nödvändigtvis förlängas i sin helhet. Förlängningen ska endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för studier.

³⁰ Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 18 a § SFB.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning för studier har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran ska aktivitetsersättning vidare kunna lämnas för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne studerar.

Prövotiden för studier ska förlängas från 6 till 12 månader.

Skälen för utredningens förslag: I dagsläget är möjligheterna för vilande ersättning för studier likadana för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Utredningen ser inte skäl att frångå denna ordning. Tvärtom anser utredningen liksom Försäkringskassan att det saknas anledning att enbart rikta möjligheten till en av förmånerna. Den som vill studera med vilande ersättning ställs inför samma överväganden om hur studierna slutligen ska finansieras oavsett om han eller hon har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning. Den enskildes förmåga att studera på heltid eller deltid är inte heller beroende av vilken förmån han eller hon får.³¹

Avseende förslaget att införa möjligheten att förklara aktivitetsersättningen vilande endast i motsvarande omfattning som studierna bedrivs hänvisas därför till motsvarande resonemang i avsnitt 16.2.2. Att hela ersättningen förklaras vilande vid studier innebär vidare att en försäkrad som genom prövotiden hittat en studieform och studietakt som passar denne får svårt att utvärdera förmågan under prövotiden och sedan fortsätta med vilande ersättning, eftersom det är enklare att studera på deltid under prövotiden än under tiden med vilande ersättning.

Förlängning av aktivitetsersättningen vid studier

Frågan uppstår hur utredningens förslag att det ska vara möjligt att ha aktivitetsersättningen vilande partiellt vid studier ska påverka möjligheten att få ersättningen förlängd. Om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar, ska enligt dagens regler

³¹ Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 9030-2014, s. 34.

perioden med aktivitetsersättning förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen. Förlängningen av aktivitetsersättningen får dock endast avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete. Vid studier ska alltid aktivitetsersättningen förlängas i sin helhet.³² När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran lämnas vidare enligt dagens regler aktivitetsersättning för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning lämnas dock inte till en försäkrad som studerar.³³

Eftersom det enligt utredningens förslag kommer vara möjligt att ha aktivitetsersättningen partiellt vilande för studier på motsvarande sätt som det enligt dagens regler är möjligt att ha förmånen partiellt vilande för förvärvsarbete anser utredningen att nämnda regler ska ändras på så att de villkor som gäller i dagsläget för förvärvsarbete ska gälla även för studier.

Aktivitetsersättningen ska därmed inte nödvändigtvis förlängas i sin helhet om ett beslut om vilandeförklaring avser en period som är längre än den period som återstår enligt beslutet om aktivitetsersättning och den försäkrade fortfarande studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar. När den försäkrade haft ersättningen vilande för studier ska förlängningen av aktivitetsersättningen alltså endast få avse den del av arbetsförmågan som fortfarande används för studier.

När tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning för studier har löpt ut eller beslutet har upphävts på den enskildes begäran ska aktivitetsersättning vidare alltså lämnas för en period om tre månader i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Ersättning ska dock inte lämnas till en försäkrad till den del denne studerar.

Tolv månaders prøvotid för studier

Som framgått i avsnitt 15.4.5 konstaterar utredningen att prøvotiden för studier ger möjlighet för försäkrade att pröva att studera i önskad omfattning utan att ersättningen påverkas. Det har dock lyfts fram

³² Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 15 b § SFB.

³³ Se avsnitt 14.2.3 och 36 kap. 18 a § SFB.

att det för många försäkrade är otillräckligt med sex månaders provotid, särskilt för personer med en känslighet mot stress. Provotiden kan vidare bli kortare än sex månaders studier, då en kalendermånad förbrukas oavsett hur många dagar den försäkrade faktiskt studerar denna månad. Det kan vidare uppfattas som orättvist att provotiden är sex månader oavsett vilken studietakt den försäkrade studerar, eftersom försäkrade som studerar heltid kan uppfattas få ut mer studietid under denna period än försäkrade som studerar på deltid.

För att komma tillrätta med nämnda problem har utredningen övervägt att förtydliga att provotiden ska gälla sex månaders heltidsstudier. Provotiden skulle kunna beräknas på något annat sätt än sex månader, exempelvis kunde den utgå från 180 dagars heltidsstudier. Ett sådant alternativ skulle bl.a. kunna hantera problemet att en månads provotid förbrukas även om den försäkrade endast studerat några dagar under denna månad. Det skulle också korrigera en tänkbar upplevd orättvisa kring att personer som studerar deltid förbrukar tid på samma sätt som personer som studerar heltid. Tillvägagångssättet skulle dock innebära mer detaljerad styrning för hur provotiden ska beräknas i det enskilda fallet, vilket i sin tur skulle innebära en ökad administration. En sådan lösning skulle vidare vara mindre överblickbar för den enskilde. Utredningen har även övervägt möjligheten att förlänga provotiden i enskilda fall efter en individuell bedömning, men bedömer liksom regeringen vid införandet av möjligheten till provotid för studier att ett sådant alternativ inte är aktuellt eftersom det skulle innebära komplicerade bedömningar och risk för olikformig rättstillämpning.³⁴

Vid införandet av den nu gällande tidsperioden för provotid för studier framhöll vidare flera remissinstanser att perioden skulle kunna vara längre än sex månader. Regeringen bedömde dock att en provotid om maximalt sex månader var lämplig och väl avvägd. Utgångspunkten vid denna bedömning var att förmå fler unga att våga pröva studier samtidigt som försäkringens legitimitet inte skulle urholkas. En för generös provotid bedömdes kunna uppfattas som orättvis av andra studerande som finansierar sina studier med studiemedel. Även om en längre provotid än sex månader skulle kunna vara till nytta för vissa så bedömde regeringen alltså att sex månader för de allra flesta

³⁴ Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

skulle vara en tillräcklig tid för att kunna utvärdera om de är redo att fortsätta studera.³⁵

Utredningen konstaterar att för vissa försäkrade kan nuvarande sex månader anses vara tillräckligt med tid för att prova studier och ta ställning till eventuella fortsatta studier med vilande aktivitetsersättning. För många försäkrade torde tiden dock vara för kort för att den enskilde försäkrade ska hinna uppnå en fungerande studiesituation som kan utvärderas ordentligt. För exempelvis personer med psykisk ohälsa som aldrig eller endast i ringa omfattning tidigare har studerat eller arbetat kan det ta tid innan den enskilde funnit sig till rätta med studierna och exempelvis fått adekvat stöd från studieanordnaren. Som anförts ovan bedömer utredningen vidare att personer med aktivitetsersättning på ett övergripande plan har sämre förutsättningar än andra studerande, bland annat med hänsyn till att de har funktionsnedsättningar som sätter ner deras arbetsförmåga under minst ett år. Detta kan innebära att även studieförmågan är nedsatt, med hänsyn till att många utbildningar ställer krav på att kunna passa tider, träffa andra studenter och fungera i grupp. För många kan det därför krävas två studioterminer för en ordentlig utvärdering av om det fungerar att studera. Att jämföra studerande som uppfyller kraven för att beviljas aktivitetsersättning med andra studerande är enligt utredningen inte skäligt.

I sammanhanget måste beaktas att studerande som inte får aktivitetsersättning själva måste finansiera sina studier, antingen med studiemedel eller på annat sätt. Genom en förlängd provotid för studier kan det därmed tänkas att personer motiveras att söka aktivitetsersättning för att kunna få sina studier finansierade. Utredningen konstaterar dock att det är svårt för en enskild försäkrad att beviljas aktivitetsersättning endast för att kunna studera, även mot bakgrund av de i avsnitt 8 föreslagna förändringarna i regelverket avseende rätten till ersättningen. Att möjligheterna att studera under tid med aktivitetsersättning blir större medför därmed inte enligt utredningens bedömning att fler kommer beviljas förmånen. Med hänsyn till de krav som ställs för att en försäkrad ska beviljas aktivitetsersättning, till att studier bör uppmuntras, om inte annat som en väg ut ur förmånen och till de problem som dagens begränsning till sex månader innebär, bedöms inte heller de utökade möjligheterna leda till att försäkringens legitimitet urholkas.

³⁵ Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag enligt direktiven att underlätta studier och utifrån de problem som framförts om provotid för studier bedömer utredningen att sex månaders provotid inte är tillräckligt. Genom en generell ökning av tidsperioden till tolv månader får alla försäkrade en längre tid att bedöma sin studieförmåga, vilket inte minst bedöms gynna försäkrade som har en stressproblematik. Även denna förändring bedöms särskilt underlätta för personer med intellektuell funktionsnedsättning att få lättare att pröva sin förmåga att studera. Att en hel månads provotid förbrukas även om den försäkrade endast studerat några få dagar denna månad blir vidare ett mindre problem eftersom provotiden omfattar fler månader. En generell höjning torde vidare vara en mindre kostsam administrativ förändring. Försäkrade som studerar på heltid kan visserligen även fortsättningsvis anses ha möjlighet att få ut ”mer” av provotiden än försäkrade som studerar deltid. Även försäkrade som avser att studera deltid får likväl genom förslaget en längre tid att pröva sin förmåga. Genom en generell höjning behöver vidare inte en möjlighet att ha sex månaders provotid flera gånger införas, vilket också varit ett förslag som övervägts av utredningen. Den som exempelvis prövar att studera en termin men som märker att det av någon anledning inte fungerar har möjlighet att en tid senare, kanske flera år, göra ett nytt försök och på nytt pröva sin studieförmåga.

Avseende samordningen mellan provotid för studier och vilande ersättning för studier bedömer utredningen att ett beslut om vilandeförklaring även fortsättningsvis ska uppgå till högst 24 månader inklusive med provotidsperioden. Provotiden ska dock, liksom i nuläget, endast beaktas om den försäkrade under en period om tolv månader före den första månad som vilandeförklaringen avser har fått aktivitetsersättning under provotid.

Genom utredningens förslag ska det vara möjligt för försäkrade som haft sex månaders provotid att beviljas ytterligare sex månaders provotid. Den försäkrade ska dock inte kunna få längre än totalt 12 månaders provotid, ifall hela eller delar av provotiden förlagts innan de nu föreslagna reglerna börjar tillämpas. Något annat alternativ, exempelvis att bortse från den försäkrades historik av provotid för studier vid tidpunkten för när förändringarna träder i kraft, framstår inte som ändamålsenligt med hänsyn till syftet med de maximala 12 månaderna.

Förslaget innebär t.ex. att en försäkrad som när reglerna ska börja tillämpas redan haft 6 månader med provotid för studier alltså kan få ytterligare maximalt 6 månader med provotid för studier.

16.3.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Deltagande i sysslor av ideell karaktär ska inte medföra omprövning av rätten till aktivitetsersättning om det inte innebär att den försäkrade regelbundet och under en längre tid, uppvisar arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

En försäkrad ska dock alltid, utöver möjligheten enligt första stycket, ha rätt att ägna sig åt sysslor i form av ideellt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär, så länge omfattningen sammanlagt understiger tio timmar i veckan och förutsatt att sysslorna inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan.

Skälen för utredningens förslag: Villkoren för den försäkrade som har aktivitetsersättning är i denna fråga desamma för huvudgrupp 2 (försäkrade som är beviljade sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. den 1 juli 2008). Se avsnitt 16.2.3 ovan om motsvarande förslag för denna grupp.

De argument som är giltiga för gruppen som har sjukersättning är även starkare för gruppen med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. I förarbetena anges att socialförsäkringssystemet kan och ska öppna möjligheter för en positiv utveckling för unga personer, men kan givetvis inte ensamt ta ansvar för att också realisera målet om aktivitet och självständighet hos de enskilda individerna.³⁶

Förutom utsikter för ett självständigt, aktivt liv finns här dessutom en ambition om att målgruppen ska kunna komma in på eller återkomma till arbetsmarknaden. Exempelvis ideellt arbete kan vara ett steg i denna riktning.

³⁶ Prop. 2000/01:96, s. 71–72.

De utökade möjligheterna till att ta uppdrag, ideellt arbete och andra fritidssysselsättningar förenas för denna grupp också med möjligheten till aktiviteter enligt 33 kap. 21 § SFB.

Denna grupp har rent faktiskt mindre sannolikhet att få sin ersättning omprövad till följd av ideellt arbete eller andra åtaganden jämfört med de personer som har sjukersättning i grupp 2. Detta beror på att den med aktivitetsersättning ska ha en *väsentligt förbättrad* arbetsförmåga för att rätten till ersättning ska kunna omprövas, medan personer med sjukersättning (grupp 2) endast ska ha en *förbättrad* arbetsförmåga för att ersättningen ska kunna omprövas. För att en försäkrad med aktivitetsersättning ska anses ha fått en väsentligt förbättrad arbetsförmåga krävs att han eller hon regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades.

16.3.4 Ökat fokus på rätten till insatser till personer med aktivitetsersättning – nytt arbetsmarknadspolitiskt program

Utredningens förslag: Ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning.

Klarläggande om den försäkrade kan delta i samt anvisning till ramprogrammet ska ske i samråd mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Klarläggande av om den försäkrade kan delta i programmet ska ske snarast och senast 60 dagar efter att beslutet om rätt till aktivitetsersättning har fattats.

I de fall en försäkrad inte bedöms vara redo att delta i ramprogrammet vid den första utredningen, kan det i stället bli aktuellt att påbörja deltagande i programmet längre fram. Nya bedömningar om möjlighet till deltagande i programmet ska göras fortlöpande under tiden den försäkrade får ersättning.

Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver Försäkringskassan inte initiera ett klarläggande

med Arbetsförmedlingen om möjligheterna för deltagande i programmet.

Befintligt regelverk i socialförsäkringsbalken vad gäller krav på den enskilde att delta i rehabilitering ska även gälla för deltagande i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning. Det innebär bl.a. att den försäkrade är skyldig att efter bästa förmåga aktivt medverka i programmet. Om en försäkrad vägrar delta och inte har giltig anledning till detta kan hans eller hennes aktivitetsersättning minskas eller dra in.

Utredningens bedömning: Ramprogrammet bör innefatta insatser som avser arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som är anpassade till den försäkrades behov.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: I direktivet till utredningen konstateras att de individer som ansöker om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är unga och ofta både har psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Detta är en utsatt grupp som på ofta har stora behov av stöd för att kunna få arbetsförmåga och möjligheter att kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Som tidigare nämnts har aktivitetsersättningen dock inte kommit att präglas av det aktiva förhållningssätt som var avsikten när förmånen infördes. Det handlar bl.a. om att utbudet av insatser som de unga får inte motsvarat den faktiska efterfrågan och de behov som finns. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. Inte minst eftersom kraven att beviljas aktivitetsersättning enligt förslagen i detta betänkande kommer bli aningen mer generösa behöver dock än mer göras i detta avseende. I dag är det också få av de försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan AF och FK. 2020 var det 1 735 personer med aktivitetsersättning som fick en gemensam kartläggning.³⁷ Dessa försäkrade hade haft aktivitetsersättning i 1 636 dagar (ca fyra år och sex månader) vid tidpunkten för gemensam kartläggning.

Andelen individer som efter gemensam kartläggning påbörjade rehabiliteringsinsatser var 62 procent. Andelen för 2020 kan ha på-

³⁷ Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2020, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

verkats av pandemin och svårigheten för både Arbetsförmedlingen och dess fristående aktörer att hitta relevanta arbetsträningsplatser och övriga aktiviteter hos arbetsgivare.

Under 2020 var det 6 860 personer som nybeviljades aktivitetsersättning och 23 800 personer som i december 2020 hade aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Utredningens bedömning är att det bör vara fler personer som har medicinska förutsättningar att ta del av insatser hos Arbetsförmedlingen.

Mot bakgrund av ovan anförda skäl föreslår utredningen att Arbetsförmedlingen ska få ett utökat ansvar att tillhandahålla relevanta insatser för personer som får beslut om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Under tiden personen får ersättning ska han eller hon ha rätt att ta del av relevanta insatser i syfte att få eller återfå arbetsförmåga. Utredningen bedömer att detta bör ske genom ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram. Genom detta format kan det bli ett än tydligare fokus på insatser för målgruppen. Inom ett sådant program kan flera olika insatser erbjudas utifrån vad som bedöms vara mest lämpligt för individen. Genom att inrätta ett ramprogram förtydligas även Arbetsförmedlingens ansvar för dessa försäkrade. Därigenom kan det också ges ett mer sammanhållet stöd till målgruppen från Arbetsförmedlingens sida. Huvudalternativet som övervägts är att föreslå åtgärder för att utveckla det befintliga förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Utredningen bedömer dock att det behövs ett annat format för denna målgrupp där det blir ett än tydligare fokus på insatser för dessa försäkrade.

Förslaget innebär att Försäkringskassan efter ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga snarast, i samråd med Arbetsförmedlingen ska klarlägga om en försäkrad kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram för unga med aktivitetsersättning i syfte att få eller återfå arbetsförmåga. I utredningen kan det i vissa ärenden också vara relevant att samråda med sjukvården så att det inte finns medicinska hinder för den försäkrade att delta i programmet.

I de fall en försäkrad inte bedöms vara redo att delta i ramprogrammet vid den första utredningen, kan det i stället bli aktuellt för honom eller henne att påbörja deltagande i programmet längre fram.

Eftersom det föreslagna ramprogrammet är avsett att ha unga personer med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som mål-

grupp, anser utredningen inte att programmet ska utökas och även gälla personer som är äldre än 30 år, dvs. när de inte längre kan få aktivitetsersättning. Eftersom denna förmån är tidsbegränsad är det därmed ytterst viktigt att planera insatser inom programmet sett till hur länge den försäkrade har rätt till aktivitetsersättning. Detta är inte minst viktigt när den försäkrade har beslut om aktivitetsersättning t.o.m. det att han eller hon fyller 30 år. Om dessa försäkrade vid tidpunkten då de fyller 30 år fortfarande har behov av insatser från Arbetsförmedlingen bör de från denna tidpunkt i stället kunna få stödet exempelvis via det förstärkta rehabiliteringssamarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

I de fall en försäkrad får beslut om flera perioder med aktivitetsersättning kan det vara aktuellt att delta i programmet först i samband med att en ny ersättningsperiod inleds. Exempelvis är det vanligt att personer i denna målgrupp behöver tid på sig att utveckla sina förmågor, innan de är redo för arbetsförberedande och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Införandet av ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inte påverka de möjligheter som i dag finns för personer med aktivitetsersättning att få ersättning för aktiviteter enligt SFB. Programmet är ytterligare en möjlig åtgärd för unga med aktivitetsersättning. För vissa personer kommer det t.ex. i stället vara relevant att delta i ett Finsam-projekt, för andra kan det vara aktuellt att delta i det nya programmet på deltid och utöver det även utföra aktiviteter enligt SFB eller delta i insatser i kommunal regi m.m.

Liksom i dag ska gälla att om den försäkrade får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning kan dessa ersättningar inte utbetalas för en tidsperiod för vilken deltagaren samtidigt får rehabiliteringspenning, rehabiliteringspenning i särskilda fall, hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Process för anvisning till ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Utredning om den försäkrade kan delta och anvisning till ramprogrammet ska ske i samråd mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Arbetsförmedlingen har ansvar för själva programmet och Försäkringskassan ansvarar för samordningen av rehabiliteringen.

Klarläggandet av möjligheterna för deltagande i programmet ska ske snarast, och senast efter 60 dagar efter att beslut om rätt till aktivitetsersättning har fattats. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen inte ske.

Målet med den tidsbegränsade förmånen är att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tid med ersättning. Utredningen anser att det därför är angeläget att utredning om behov av rehabiliteringsinsatser sker skyndsamt när en försäkrad fått beslut om rätt till ersättning. Detta för att relevanta insatser ska identifieras samt kunna inledas snarast möjligt.

Utredningen bedömer att det är lämpligt att ansvariga myndigheter själva utformar detaljerna för urvalet till programmet, men att viss ledning kan ges av den metod som i dag används inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i form av så kallade gemensamma kartläggningar. I klarläggandet kan även avstämning med vårdgivare vara relevant för att få in information om eventuella medicinska hinder för den försäkrade att delta i programmet. Liksom i dag kan det också vara aktuellt med parallella rehabiliterande insatser, exempelvis då den försäkrade även behöver medicinsk rehabilitering för att kunna genomföra arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som ingår i programmet.

Eftersom försäkringen har en viss inbyggd motsägelse i regelverket, genom att den försäkrade för rätt till ersättning ska ha nedsatt arbetsförmåga medan fokus när en person väl får rätt till ersättningen är att genomföra insatser och åtgärder (som syftar till att få eller återfå arbetsförmåga), är det viktigt att föra en tydlig dialog med den försäkrade om syftet med försäkringen och därmed med de aktuella insatserna. På så sätt kan det även bli tydligare för den försäkrade om skälen till att det i samband med beslut som rätt till ersättning även behöver klarläggas om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet.

När det gäller försäkrade som inte bedöms vara redo för programmet vid första utredningen, är det viktigt att Försäkringskassan följer upp de försäkrade under tid med ersättning, för att se om förutsättningarna förändras. Nya utredningar om möjligheterna till deltagande i programmet ska därför göras fortlöpande under tiden den försäkrade har ersättning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte

kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen inte ske.

För personer som inte anvisas till deltagande i det arbetsmarknadspolitiska programmet är det även viktigt att det utreds hur den försäkrades behov bäst kan tillgodoses på andra sätt, exempelvis via en insats finansierad av samordningsförbund, ett ESF-projekt eller stöd som tillhandahålls av kommunen exempelvis i form av daglig verksamhet enligt LSS.

De försäkrade som när reglerna ska börja tillämpas har pågående insats inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska då föras över till ramprogrammet.

Innehåll i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Innehållet i ramprogrammet föreslås regleras i en förordning. Programmet ska innefatta arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Insatserna ska vara flexibla och anpassas till individens behov och förutsättningar. Relevanta insatser kan vara:

- vägledning och kartläggning av den försäkrades behov av stöd och insatser,³⁸
- arbetspraktik,
- arbetsträning,
- förstärkt arbetsträning,³⁹
- jobbsökaraktiviteter,
- andra insatser som kan öka förutsättningarna för den försäkrades möjligheter till att få eller återfå arbetsförmåga.

En försäkrad får inom ramen för programmet även ta del av sådana insatser som följer av 5 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten förutsatt att den försäkrade uppfyller förutsättningarna för dessa.

³⁸ Vid denna kartläggning ska även sådan utredning som Försäkringskassan har gjort före anvisningen till programmet beaktas.

³⁹ Med detta avses att den försäkrade erbjuds en arbetsplats för utredning av arbetsförmåga eller för arbetsträning.

I och med införandet av ramprogrammet samlas de arbetsförberedande och rehabiliterande insatserna som i dag genomförs av Arbetsförmedlingen inom ramen för det förstärkta samarbetet med Försäkringskassan för personer med aktivitetsersättning i stället inom programmet. De arbetsförberedande insatserna kommer i många fall inledningsvis vara mer i fokus för målgruppen. Dessa slags insatser kommer också behöva ha ett visst mått av förrehabiliterande karaktär och innehåll. De försäkrade kan delta i programmet så länge de har behov av det, förutsatt att han eller hon har rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Bedömningen av behovet görs i samråd mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Skyldighet för den försäkrade att delta i ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning

Det befintliga regelverket i socialförsäkringsbalken vad gäller krav på den enskilde att delta i rehabilitering ska även gälla för deltagande i ramprogrammet. Det innebär bl.a. att den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.⁴⁰ Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar detta kan Försäkringskassan besluta att minska eller dra in aktivitetsersättningen.⁴¹ Det är i ett sådant fall emellertid mycket viktigt att ta reda på varför den försäkrade inte vill delta. Exempelvis kan vissa typer av funktionsnedsättningar yttra sig som att den försäkrade skulle ha bristande motivation för att delta i rehabiliteringsinsatser. Det kan också bero på att den försäkrade inte har förstått innehållet eller syftet med de planerade insatserna. Dessa slags aspekter är således ytterst viktiga att utreda och beakta ifall en försäkrad som har aktivitetsersättning inte vill delta i ramprogrammet. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan behöver ha löpande kontakt i ärenden där försäkrade deltar i ramprogrammet, bl.a. för att följa hur arbetsförmågan utvecklas genom insatserna och ifall den försäkrade uteblir från insatser etc.

⁴⁰ 30 kap. 7 § SFB.

⁴¹ 110 kap. 57 § SFB.

16.3.5 Uppdrag att sammanställa statistik om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt 33 kap. 21–23 §§ SFB försäkrade deltar i.

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

Skälen för utredningens bedömning: Som framgått av avsnitt 15.4.4 och 15.4.5 bedömer utredningen att de främsta problemen kring aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB är att det finns en brist på sådana, att den enskilda försäkrade i stor utsträckning själv behöver ta initiativ till att de genomförs, att det saknas uppföljning av aktiviteterna (bland annat eftersom de är spridda på många olika anordnare) och att det inte nödvändigtvis är helt enkelt för enskilda att förstå vad som kan räknas som aktiviteter enligt SFB och vad som inte gör det. Att ansvaret i praktiken ligger på den enskilde kan innebära att denne får genomgå långa perioder utan insatser, vilket går emot syftet med aktivitetsersättningen som förmånsform i allmänhet och aktiviteter enligt SFB i synnerhet. Att det saknas uppföljning och utvärdering av genomförda aktiviteter och deras effekt bidrar till att det är svårt att få en samlad bild av de aktiviteter som genomförs på en aggregerad nivå. Det försvårar också möjligheten för Försäkringskassan att bedöma vilka aktiviteter som har fungerat i det enskilda fallet och vilka som kan vara lämpliga för den försäkrade. I uppdraget behöver också ingå uppdrag att se över förutsättningar för sekretess, informationsöverföring etc. för insamling av relevant statistik.

Utredningen har dessutom bedömt att om fler försäkrade deltar i insatser som kan utveckla deras arbetsförmåga under tid med aktivitetsersättning är det möjligt att fler försäkrade skulle kunna använda reglerna om vilande ersättning för arbete, se avsnitt 15.4.1.

För att komma tillrätta med nämnda problem har utredningen övervägt en rad förslag. Riksrevisionen har rekommenderat Försäkringskassan att komplettera den nuvarande styrningen mot handläggning av ansökningsbeslut med lämpliga prestationer och parametrar som rör uppföljning av individer med aktivitetsersättning. En förutsätt-

ning för detta är att Försäkringskassan utvecklar statistik över vilka insatser gruppen med aktivitetsersättning tar del av.⁴² Riksrevisionen har även rekommenderat regeringen att se över ansvariga aktörers uppdrag när det gäller samordning av insatser till personer med aktivitetsersättning. Enligt Riksrevisionen bör regeringen också bland annat se över utbudet av insatser för gruppen och utreda vilken aktör som bör tillhandahålla dessa.⁴³

DHR har föreslagit att när Försäkringskassan beviljar aktivitetsersättning ska myndigheten fastställa en plan om vad som ska hända under ersättningsperioden. RSMH har föreslagit införandet av ett introduktionsprogram för de som är aktuella för aktivitetsersättning, vilket bland annat kan innehålla individuella mål för tiden med aktivitetsersättning och aktiviteter som kan öka arbets- eller studieförmågan. Organisationen har vidare framhållit att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bör lägga större vikt vid att motivera och förbereda personer inför aktiviteter. SKR har bland annat föreslagit en ökad arsenal av åtgärder från Försäkringskassan och/eller att Arbetsförmedlingen får ett tydligare uppdrag kring unga med aktivitetsersättning samt att kommuner och/eller det civila samhället får större roller kring frågan.

Utredningen bedömer att nämnda förslag inte enbart tar sikte på aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB. Problematiken och lösningsförslagen tar snarast sikte på en bredare dimension vad gäller att försäkrade som beviljats aktivitetsersättning behöver fler insatser och mer stöd under den tid de har förmånen.

Med beaktande av nämnda förslag och för att genom ett samlad ansats komma tillrätta med den underliggande problematik som de inledningsvis nämnda uppmärksammade problemen kring aktiviteter och annat stöd samt insatser till målgruppen föreslås införandet av ett nytt arbetsmarknadspolitiskt program för personer som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Ett ramprogram löser alltså inte specifikt nyss nämnda problem med aktiviteter (enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB) som sådana, men genom ett ramprogram erbjuds försäkrade som beviljats aktivitetsersättning fler insatser och mer stöd.

Genom ramprogrammet tillkommer nämligen rehabiliterande och arbetsförberedande insatser för personer med aktivitetsersättning.

⁴² RiR 2015:7, s. 107.

⁴³ RiR 2015:7, s. 106.

Insatser genom ramprogrammet kommer dessutom att kunna följas upp på ett bättre sätt. Det är vidare inte heller beroende av den enskildes initiativ att programmets insatser genomförs.

Utredningen bedömer därmed att många av de identifierade problemen kring aktiviteter enligt 33 kap. 21–25 §§ SFB hanteras genom ramprogrammet. Utredningen bedömer dock inte att det finns anledning att ta bort den nuvarande möjligheten till aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken för personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Aktiviteter kan även fortsättningsvis fylla en funktion, men med hänsyn till ramprogrammets arbetslivsanknytning kommer dessa möjligtvis fortsättningsvis främst ta sikte på sysslor som framför allt har karaktär av fritidssysselsättningar, såsom träning, eller utbildningsinsatser.

Försäkringskassan bör få i uppdrag att utveckla statistik över aktiviteter

Regelverket kring aktiviteter är relativt tydligt. Av 33 kap. 21–24 §§ SFB framgår att en försäkrad som har beviljats aktivitetsersättning också har rätt till aktiviteter under förmånstiden och i bestämmelserna beskrivs på ett relativt detaljerat sätt också hur detta ska gå till.

Där frågan om regler för arbete eller studier under tid med ersättning avser den försäkrades vilja att delta i arbetslivet eller studier, och frågan om deltagande i föreningslivet avser att underlätta för den försäkrade som är aktiv i sådana sammanhang, är konceptet aktiviteter betydligt bredare och innefattar Försäkringskassan som aktiv aktör. Försäkringskassan ska i samband med ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning undersöka om den försäkrade under den tid ersättningen ska lämnas kan delta i aktiviteter. Om den försäkrade bedöms kunna delta i aktiviteter ska Försäkringskassan närmare planera vilka aktiviteter som är lämpliga. Om Försäkringskassan och den försäkrade kommer överens ska Försäkringskassan upprätta en plan för aktiviteterna. Försäkringskassan ska verka för att planerade aktiviteter kommer till stånd, samordna de insatser som behövs och se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteterna.

Utredningen bedömer att detta ansvar även fortsättningsvis bör ligga kvar på Försäkringskassan. För de försäkrade som inte omfattas av det föreslagna ramprogrammet och för de försäkrade som omfattas

av det men som dessutom vill och kan ägna sig åt aktiviteter anser utredningen dock att möjligheten till aktiviteter behöver förtydligas. Försäkringskassan bör därmed ytterligare se över sina interna handlägningsrutiner kring aktiviteter.

I avsnitt 15.4.4 framgår att Riksrevisionen konstaterat att det saknas nödvändig statistik för att Försäkringskassan ska kunna följa upp om syftet med aktivitetsersättningen uppfylls. En systematisk uppföljning är även enligt ISF avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.⁴⁴

Utredningen bedömer att för att komma tillrätta med den konstaterade bristen på aktiviteter behövs mer kunskap om vilka aktiviteter som bäst uppfyller syftet med aktivitetsersättningen. Någon sådan kunskap finns dock inte i dagsläget. Utredningen bedömer därmed att regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter försäkrade deltar i. Regeringen bör även ge ISF eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att genomföra studier om vilka aktiviteter som har störst gynnsam inverkan på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga.

16.4 Övrigt om under tid med sjuk- och aktivitetsersättning

16.4.1 Förutsättningar för arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: En försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga och är beviljad partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning ska kunna förlägga sin arbetstid flexibelt, dvs. på annat sätt utan lika stor reducering av arbetstiden varje dag, utan att denna förläggning medför att ersättningen ska omprövas. En sådan förläggning av arbetstiden ska kunna göras så länge denna inte medför en risk för försämring av den försäkrades sjukdom eller arbetsförmåga och med utgångspunkt i de individuella förhållandena. Förläggningen ska ske under en begränsad bedömningsperiod om

⁴⁴ ISF, Rapport 2017:5, s. 18.

som mest en månad. En förläggning som uppfyller dessa förutsättningar ska kunna göras utan begränsning i tid.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ska enligt direktiven bland annat verka för förslag som gör att de försäkrades arbetsförmåga tillvaratas och att möjligheterna att delta i samhällslivet underlättas. Frågan om arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning påverkar samtliga tre huvudgrupper som har berörts ovan. Tillämpat på frågan om partiell ersättning och arbetstidens förläggning innebär detta att principen om att en försäkrad med partiell arbetsförmåga ska minska arbetstiden lika mycket varje dag måste vägas mot de vinster som en annan förläggning kan innebära. Faktorer som arbetsförhållanden, sjukdomens art och den enskildes förhållanden är något som också enligt utredningens uppfattning bör kunna beaktas. Samtidigt är det viktigt att en utökad möjlighet att vid deltid ersättning bedöma arbetsförmågan mot en annan förläggning av arbetet ska rymmas inom ramen för ett regelverk med fyra nivåer på ersättningen. Utredningen har inte föreslagit att regelverket med kvartiler för sjuk- och aktivitetsersättning ska förändras.

För en del försäkrade kan andra lösningar än att arbetstiden ska minskas regelbundet, dvs. i lika stor omfattning varje dag, vara mer lämpliga, till exempel att arbeta en eller två hela dagar i veckan med hela dagar för återhämtning däremellan. Att öppna för andra sätt att förlägga arbetstiden kan även göra det enklare för vissa försäkrade att hitta arbeten då de lättare kan anpassas till arbetsgivares behov av arbetskraft.

Mot bakgrund av vad utredningen kunnat konstatera avsnitt 15.5 om att bristande flexibilitet och krav på att förläggningen ska vara medicinskt motiverad medför att försäkrades möjligheter att arbeta inte kan tas tillvara till fullo och orsakar problem, exempelvis risk för återkrav, menar utredningen att det finns skäl som talar för att arbetstidsförläggningen inte ska behöva fördelas lika varje arbetsdag under tid som en försäkrad har partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Det bör betonas att sjukersättning och aktivitetsersättning utgör månatliga förmåner till skillnad från sjukpenning som är en dag ersättning. Den försäkrades arbetsförmåga bör med hänsyn till sjukersättningens karaktär som månatlig förmån därmed också bedömas månadsvis. Det bör då inte vara avgörande hur den försäkrade fördelar sin

arbetstid under månaden, förutsatt att sysselsättningsgraden inte överstiger den arbetsförmåga som den försäkrade genom beslutet om ersättning har bedömts besitta. Det bör också vara av underordnad betydelse om arbetstidens förläggning motiveras av medicinska skäl eller av skäl som är hänförliga till anställningen eller arbetets natur. Det finns således behov av att reglera att det inte ska vara avgörande hur en försäkrad lägger upp sin arbetstid, ifall personen ändå inte har en högre arbetsförmåga om arbetstiden förläggs på ett annat sätt. En sådan reformering av regelverket bedöms ligga inom ramen för utredningens uppdrag att underlätta för arbete för de som har beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sådana förändringar bedöms behövas för att en försäkrads arbetsförmåga ska kunna tillvaratas i högre utsträckning vid prövning av rätt till partiell sjuk- eller aktivitetsersättning och att deltagande i samhällslivet genom arbete därigenom också kan underlättas för den som är beviljad sådan partiell ersättning och arbetar deltid.

Som framgår av avsnitt 14.2.6 finns redan med nuvarande regelverk och dess tolkning i rättspraxis ett sådant utrymme. Förutsättningarna är emellertid fortfarande oklara på flera punkter. De krav som ställs upp enligt nuvarande tillämpning är enligt utredningens mening inte heller helt igenom ändamålsenliga.

Kravet på nedsatt arbetsförmåga ska även fortsättningsvis utgöra en förutsättning för en flexibel arbetstidsförläggning

Utredningen menar att det är av vikt att de grundläggande förutsättningarna om att arbetsförmågan ska vara nedsatt för att rätt till ersättning ska föreligga står fast. Det innebär att det vid prövningen av rätt till partiell ersättning ska beaktas ifall den försäkrade kan bedömas ha en högre arbetsförmåga i ett annat arbete eller i samma arbete om arbetstiden inte förläggs flexibelt.

Det finns två huvudsakliga situationer där frågan om arbetstidens förläggning kan bli aktuell. Den ena gäller då en försäkrad ansöker om partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning och samtidigt arbetar i ett arbete där arbetstiden inte är jämnt fördelad mellan arbetsdagarna. Ett exempel skulle kunna vara en egenföretagare som söker halv sjukersättning till följd av stressrelaterade besvär, och på de kvarvarande 50 procenten fördelar arbetstiden ojämnt mellan dagarna, beroende på dagsform och att arbetet kräver olika omfattande in-

satser olika dagar. Ett annat exempel är en försäkrad som arbetar skift inom exempelvis personlig assistans, med fler hela dagars arbete och däremellan helt lediga dagar. Skiftschemat löper över fyra veckor. En sjukersättning på 25 procent skulle i ett sådant fall kunna innebära att den försäkrade får fler hela dagar utan arbete för återhämtning, men fortfarande arbetar hela dagar när han eller hon väl har schema-lagd arbetstid.

I dessa och andra liknande fall blir arbetstidens förläggning en del av bedömningen av rätten till ersättning. Dessa förhållanden ska, liksom övriga omständigheter i ärendet, vägas in i bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt på det sätt som krävs för ersättning, bl.a. för att bedöma nivån på den nedsatta arbetsförmågan. Arbetsförhållandena är också typiskt sett kända inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning.

Den andra huvudsakliga situationen där frågan om arbetstidens förläggning kan bli aktuell gäller arbetstidens förläggning när partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning väl är beviljad. Framst handlar det i detta fall om vilka möjligheterna är att ta tillvara den försäkrades återstående arbetsförmåga. I andra änden av spektrumet kommer frågan att bli aktuell i ärenden om omprövning och indragning av ersättning, samt återkrav av utbetald ersättning. Frågan i detta sammanhang blir främst om arbetstidens förläggning kan sägas visa att den försäkrade har en större arbetsförmåga än vad som bedömdes vara fallet vid tidpunkten för beslutet om ersättning.

Det finns skäl för att tillåta en mer flexibel förläggning av arbetstiden

Utredningen menar att det finns flera fördelar med att tillåta en mer flexibel förläggning av den försäkrades arbetstid såväl vad gäller den försäkrades möjligheter att arbeta på ett sätt som passar denna och för möjligheterna att hitta arbete. I denna fråga framstår en princip om jämn reducering av arbetstiden varje dag som otidsenlig.

I vissa fall finns medicinska argument för en möjlighet till mer flexibel arbetstidsförläggning. Många diagnoser, särskilt av psykisk natur, innebär att den enskilde har kapacitet att arbeta hela dagar men behöver återhämtning däremellan. För sjukersättningens del är till skillnad från vad som gäller vid sjukskrivning inte frågan om rehabilitering och återgång i arbete den mest avgörande; här blir i stället

frågan om hur en eventuell återstående arbetsförmåga på bästa sätt tas tillvara. För en försäkrad med partiell aktivitetsersättning kan däremot en lämplig arbetstidsförläggning vara av vikt för möjligheten att ta tillvara och på sikt återfå högre arbetsförmåga.

I många fall torde emellertid behovet av en annan förläggning av arbetstiden i första hand inte vara strikt medicinskt betingat utan är mer av arbetslivsinriktad natur; det handlar om möjligheten för såväl den enskilde som arbetsgivaren att på ett mer flexibelt sätt kunna lägga upp arbetet utan att detta för den skull nödvändigtvis är medicinskt motiverat. På så sätt påminner förläggningen om villkoren vid deltidssjukskrivning och argumenten för en förändring i flexiblare riktning är i allt väsentligt desamma.⁴⁵ Det kan handla om att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reduktion av arbetstiden varje dag inte är praktiskt möjlig, exempelvis i arbeten med utryckningstjänst inom polis eller brandkår. Det finns även andra yrken som inte har arbetsuppgifter av samma akuta karaktär som en utryckningsverksamhet men där arbetsuppgifterna ändå inte tillåter en jämn reduktion av arbetstiden varje dag. Många försäkrade har också förtroendearbetsdag eller arbetsuppgifter som fördelar sig olika över tid.

För dessa grupper är behovet av en annan förläggning av arbetstiden inte en medicinsk fråga utan en fråga om vad arbetsförhållandena rent praktiskt tillåter. För arbetsgivaren kan möjligheten till en flexibel arbetstidsförläggning vara, om inte nödvändig, så i vart fall utgöra en stor fördel i frågan om planeringen av arbetet. Utredningen menar exempelvis att en större möjlighet till att förlägga arbetstiden mer flexibelt kan innebära en ökad förståelse för att det ofta är själva mobiliseringen att arbeta i sig som kräver mycket energi för en försäkrad med partiell ersättning och att det för vissa försäkrade kan vara bättre att samla den energin under några dagar i veckan, snarare än under några timmar varje dag alla arbetsdagar i veckan. Andra faktorer som kan spela in är vilken typ av arbete den försäkrade har, till exempel om det är fråga om ett utåtriktat arbete som kräver mycket energi.

En annan fråga som är kopplad till den ansträngning som krävs under varje arbetsdag är om den försäkrade har lång resväg till arbetet. Det kan vara en stor ansträngning för arbetstagaren att ta sig till och från arbetet, både psykiskt och fysiskt, beroende på vilken diagnos och symptom den försäkrade har. Färre, mer koncentrerade arbets-

⁴⁵ Se vidare SOU 2020:6.

pass kan för vissa försäkrade gynna användandet av den kvarvarande arbetsförmågan.

Enligt utredningens mening utgör de ovan uppräknade situationerna rimliga skäl för att förlägga arbetstiden på annat sätt än att den minskas lika mycket varje dag. Utredningen menar att en anledning till att erbjuda möjligheten att arbeta koncentrerad deltid är att det skulle möjliggöra för fler att arbeta mer. Om systemet blir mer flexibelt finns det anledning att tro att en del individer som tidigare bara hade klarat av att arbeta exempelvis 25 procent kan gå upp till halvtid, eller från halvtid till 75 procent.

Det ska inte ställas krav på att förläggningen av arbetstiden är medicinskt motiverad

Ett skäl som utredningen menar kan anses utgöra tillräckligt tungt vägande för att inte tillåta en annan förläggning av arbetstiden är om en sådan förläggning skulle försämra den försäkrades sjukdomstillstånd eller arbetsförmåga. Förläggningen får således inte medföra ett medicinskt hinder där det finns risk för att den försäkrades sjukdom försämras och arbetsförmågan hos en person med varaktigt nedsatt förmåga ytterligare försämras. I normalfallet bör inte en sådan medicinsk risk föreligga vid en skälig flexibel förläggning av arbetstiden utifrån individuella förhållanden, och någon medicinsk bedömning torde därför inte heller vara nödvändig, men vid mer tveksamma fall bör en läkare göra den medicinska bedömningen av om en sådan risk för hälsa eller arbetsförmåga föreligger.

Det sagda innebär att det inte bör ställas något krav på att arbetsförläggningen ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet utan det ska endast krävas att ingen risk föreligger. Kravet på att en annan förläggning av arbetstiden än den normala vid deltidssjukskrivning ska vara medicinskt motiverad har, som redovisats ovan, skapat oklarhet kring när en förläggning av arbetstiden än den normala vid deltidssjukskrivning kan godkännas och lett till en tillämpning som inte är ändamålsenlig. Utredningen kan också konstatera att det även i den kammarrättspraxis som avser frågan om förläggning av arbetstid med partiell sjukersättning har ställts upp krav på att sådan förläggning ska vara medicinskt motiverad även om kravet uttryckts mindre tydligt där än i frågan om deltidssjukskrivning. Kravet på den medicinska motiveringen har alltså ställts upp trots att det i

ett sjukersättningsfall primärt inte är fråga om pågående sjukskrivning och rehabilitering med målsättning om att den försäkrade ska kunna återgå i arbete. För sjukersättning är kriterierna sådana att det i normalfallet inte torde bli fråga om någon återgång i arbete.

Det finns enligt vad som beskrivs i avsnitt 15.5.1 således svårigheter kopplade till tillämpningen av kravet att arbetstidens förläggning ska vara medicinskt motiverad. Det gäller definitionen och vad begreppet ska anses innebära, men det kan också finnas rent praktiska svårigheter kring att skaffa en sådan medicinsk motivering och kring vilka krav det ska ställas på en sådan. Många försäkrade som har partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning har regelbunden kontakt med vården, men det gäller inte alla. Till skillnad från sjukskrivning, där läkarintyg behöver förnyas var tredje månad, beviljas sjukersättning för kroniska sjukdomar med uttömda behandlingsmöjligheter där fortsatt kontakt med vården inte alltid är behövlig eller fruktbar. Det kan därför uppkomma praktiska svårigheter med att få en läkare att sätta sig in i den försäkrades fall och göra en bedömning av och medicinskt motivera varför en viss arbetstidsförläggning är motiverad.

Det finns enligt utredningens mening inte heller något direkt samband mellan det förhållandet att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte ska påverka rätten till sjukersättning och ett krav på att arbetstidens förläggning även måste vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet. Detta följer av att arbetstidens förläggning inte har med själva arbetsförmågan eller dess nedsättning att göra; det handlar om hur arbetstiden fördelas men inte vilken mängd arbete den försäkrade klarar av och är således fråga om separata frågeställningar. I denna fråga ansluter sig således utredningen inte till bedömningen i Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 2591-2592-19.

Utredningen gör mot denna bakgrund bedömningen att det inte bör krävas att en annan förläggning av arbetstiden än jämn reduktion varje dag är medicinskt motiverad. Det ska i stället räcka att arbetstidsförläggningen syftar att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har kvar. En sådan förläggning av arbetstiden bör därmed vara tillåten så länge den inte riskerar att försämra den försäkrades hälsotillstånd eller arbetsförmåga.

Flexibel förläggning av arbetstiden på arbetsplatsen som förutsätter arbetsgivarens medgivande är en arbetsrättslig fråga

En viktig utgångspunkt vid överväganden om en mer flexibel förläggning av arbetstiden är att frågan om hur arbetstiden är förlagd är en arbetsrättslig fråga mellan arbetstagare och arbetsgivare. Utredningens förslag har inte som syfte att reglera den arbetsrättsliga frågan om arbetstidens förläggning. Däremot har förslagen som syfte att lyfta arbetstidens förläggning som ett sätt att uppmuntra försäkrade som har sjukersättning eller aktivitetsersättning på deltid att arbeta i den utsträckning som det är möjligt. Detta innebär att frågan inte är aktuell för bedömningen av om den försäkrade har rätt till ersättning från sjukförsäkringen under en sådan flexibel arbetstidsförläggning och regleras därför inte heller i socialförsäkringsbalken; en förutsättning för att den enskilde ska kunna ha ersättning under tid med flexibel arbetstidsförläggning är däremot naturligtvis i praktiken att arbetsgivaren har medgivit en sådan förläggning.

Det är arbetsgivaren som utifrån verksamhetens behov bestämmer hur arbetstiden kan förläggas. Detta följer av principen att det är arbetsgivaren som fritt får leda och fördela arbetet. Det är en arbetsrättslig förutsättning för att arbetstiden ska kunna förläggas på ett annat sätt än genom jämn reducering varje dag att arbetsgivaren har medgivit en sådan förläggning.

I denna fråga gör sig emellertid också arbetsgivarens ansvar för förebyggande åtgärder och arbetsanpassningar enligt arbetsmiljölagen gällande. Enligt dessa bestämmelser har arbetsgivaren ett långtgående ansvar för att bl.a. anpassa arbetet och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa. Även om det är arbetsgivaren som slutligt behöver tillåta en arbetstidsförläggning som inte innebär en lika stor reducering av arbetstiden varje dag måste arbetsgivaren således beakta arbetstagarens behov av en sådan förläggning. I Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (2015:4) ställs också krav på att arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna. Arbetsgivaren bör särskilt uppmärksamma möjligheterna till återhämtning (12 §). Om en mer flexibel förläggning av arbetstiden skulle innebära att ohälsa hos den försäkrade kan motverkas bör arbetsgivaren i normalfallet godta en sådan förläggning, förutsatt att verksamheten alls tillåter en sådan.

Motsatsen bör också beaktas; det är viktigt att en utökad möjlighet till flexibel arbetstidsförläggning inte används av arbetsgivaren på ett sätt som är till nackdel för den försäkrades hälsa.

För en försäkrad som är företagare kommer arbetstiden typiskt sett att vara oregelbunden och det är det försäkrade själv som styr över förläggningen av arbetstid. I dessa fall kan det finnas stort behov av en flexibel arbetstidsförläggning, men det måste också kombineras med uppföljning så att den försäkrade inte i själva verket arbetar i högre utsträckning än vad den beviljade ersättningen tillåter.

Det ska krävas att den avvikande förläggningen sker under en bedömningsperiod på en månad

Vid en förläggning av arbetstiden som frångår principen om lika stor minskning varje dag måste det enligt utredningens mening krävas att denna förläggning sker fördelat över en begränsad period. Med detta avses att arbetstiden inte ska kunna fördelas över en hur lång period som helst. Utan en sådan begränsning är det svårt att motivera att arbetsförmågan kan anses nedsatt i den grad som krävs för fortsatt rätt till ersättning på den nivå som är beviljad.

En viktig aspekt vid denna bedömning är att sjukersättning och aktivitetsersättning, till skillnad från sjukpenningen, utgör månadsersättningar. En rimlig utgångspunkt är därför att den sammanlagda arbetade tiden under en månad inte ska överstiga den tid som den försäkrades återstående arbetsförmåga tillåter. Ytterligare stöd för att en månad ska utgöra den period under vilken arbetstiden får fördelas är bestämmelsen i 36 kap. 9 § SFB där det framgår att en försäkrad som förvärvsarbetar med utnyttjande av en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades inte har rätt att få ersättning för samma tid och i den omfattning som förvärvsarbetet utförs. Om en förläggning av arbetstiden skulle sträcka sig bortom en månad skulle den försäkrad riskera att arbeta under tid som han eller hon har ersättning. Problem i tillämpningen skulle också kunna uppstå om bedömningsperioden sträcker sig över månadsskiften och den försäkrade inte kan få ersättning alla månader, exempelvis i ett sådant fall där en försäkrad arbetar en viss månad och månaden efter övergår till ålderspension.

Ett extremt men enkelt exempel på resonemanget om en begränsad bedömningsperiod ovan är att det inte ska vara möjligt för en

försäkrad med halv sjukersättning att arbeta heltid under första halvan av ett år och inte alls under andra halvan. Likaså torde det vara mycket ovanligt – men i princip inte otänkbart – att en försäkrad skulle kunna arbeta i hel omfattning två veckor i sträck för att sedan behöva återhämtning under lika lång tid, utan att det också kan sägas att den försäkrade då också har uppvisat en högre arbetsförmåga. En grundläggande förutsättning för partiell sjuk- eller aktivitetsersättning är som konstaterats ovan att arbetsförmågan faktiskt är nedsatt i en utsträckning som stämmer överens med den partiella ersättningen. Den som har beviljats en fjärdedels sjukersättning får exempelvis inte ha en arbetsförmåga som överstiger tre fjärdedelar. Om så är fallet ska ersättningen omprövas och eventuellt minskas eller dras in. I ett sådant sammanhang måste beaktas också om inte en sådan period med heltidsarbete kan anses verka negativt för hälsan hos en försäkrad som har beviljats sjukersättning. Däremot bör perioder med flera längre arbetspass och hela dagar med återhämtning däremellan kunna anses utgöra typiska fall där en flexiblare arbetstidsförläggning kan anses rimlig.

Det finns fördelar med en angiven längsta bedömningsperiod eftersom regelverket då blir mer förutsebart. Samtidigt kan en försäkrads arbetstid vara schemalagd på en mängd olika sätt och behovet av flexibilitet kan vara olika stort. Många arbetar i skift som kan sträcka sig över ett flertal veckor och det finns domstolsavgöranden där längre perioder än fyra veckor godtagits i frågan om partiell sjukpenning. Om en längsta bedömningsperiod skulle anges finns risken att detta begränsar den försäkrades möjligheter att ta tillvara sin arbetsförmåga utifrån sjukdomens art eller arbetsförhållandena.

Vid en sammanvägd bedömning menar utredningen att en bedömningsperiod om en månad är en lämplig period, främst mot bakgrund av sjukersättningen och aktivitetsersättning är månadsersättningar.

En flexibel förläggning av arbetstiden som uppfyller förutsättningarna ska som utgångspunkt kunna vara möjlig utan tidsbegränsning

En sådan flexibel förläggning av arbetstiden som har beskrivits ovan ska som princip kunna godtas tills vidare, så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår och de övriga förutsättningarna, dvs. att förläggningen inte försämrar den försäkrades hälsa och arbetsförmåga, kan anses uppfyllda. Sjukersättning, och i något mindre utsträckning

aktivitetsersättningen, förutsätter en framåtsyftande bedömning av hur arbetsförmågan är nedsatt och bedöms vara nedsatt framöver. Det finns därför enligt utredningens uppfattning inte skäl att begränsa perioden med flexibel förläggning av arbetstiden.

Det bör för tydlighetens skull framhållas att begränsningen av den flexibla förläggningen således inte avser hur länge själva en flexibel förläggningen av arbetstiden får fortgå, utan frågan om begränsning rör i stället endast hur lång den bedömningsperiod under vilken arbetstiden kan fördelas ska vara.

Exempel på flexibel förläggning av arbetstid i praktiken

Exempel: En försäkrad har 50 procents sjukersättning och arbetar enligt ett schema som sträcker sig över fyra veckor. Hon arbetar åtta timmar om dagen två arbetsdagar i sträck följt av två arbetsdagens vila och återhämtning. Under en period på fyra veckor arbetar hon tio dagar och har tio dagar för återhämtning (utöver helger). Schemat går jämnt upp var fjärde vecka. Fyra veckor anses utgöra en begränsad period varför förläggningen är godtagbar. Förläggningen utgör inte heller en medicinsk risk för hälsa eller arbetsförmåga; tvärtom anses förläggningen gynnsam i det enskilda fallet utifrån den försäkrades besvärssbild vilket har bekräftats av läkare (en medicinsk bedömning som inte krävs i alla fall men som kan vara av värde vid oklarheter). Denna förläggning kan pågå under obestämd tid så länge ”rotationen” faller inom en begränsad period och övriga förhållanden kvarstår.

Det finns ingen anmälningskyldighet för förläggning av arbetstid

Så länge den försäkrade inte arbetar mer än vad den beviljade sjuk- eller aktivitetsersättningen tillåter, och arbetstidens förläggning är i enlighet med vad som anges i utredningens övriga förslag i frågan finns inte någon skyldighet att anmäla den avvikande förläggningen av arbetstiden till Försäkringskassan, då det inte är fråga om att den försäkrade har fått förbättrad arbetsförmåga. Anmälningskyldigheten, som regleras i 110 kap. 46, 47, 50 och 51 §§ SFB, innefattar inte situationen med annan förläggning av arbetstiden, såvida inte den nya förläggningen av arbetet också påverkar den försäkrades inkomst eller på annat sätt innebär en utökning av arbetet eller avviker från

den begränsade period det ska vara fråga om enligt ovan. Med det sagt kan det ofta vara lämpligt att den försäkrade vid en förändrad förläggning av arbetstiden kontaktar Försäkringskassan i informations syfte, för att bl.a. föregå eventuella oklarheter vid en framtida uppföljning av arbetsförmågan.

Detta får anses avse främst arbetstidsförläggning under tid med beviljad ersättning. Vid ansökan om ersättning ska omständigheterna i det enskilda fallet utredas, i detta ingår även den försäkrades nuvarande arbete och förläggningen av arbetstiden.

Förslaget om arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- eller aktivitetsersättning innebär att kvarvarande arbetsförmåga i ökad utsträckning kan tas tillvara

Enligt utredningens bedömning innebär förslaget om arbetstidens förläggning vid arbete för en försäkrad som är beviljad partiell sjuk- eller aktivitetsersättning att det blir lättare för en försäkrad att ta tillvara kvarvarande arbetsförmåga och behålla sin ersättning vid en arbetstidsförläggning som innebär att arbetstiden inte minskas lika mycket varje dag. Det bör också bli lättare att beviljas partiell ersättning i de fall där den försäkrade redan har ett arbete som innebär en oregelbunden förlagd arbetstid.

Förslaget skapar bl.a. ökade möjligheter för försäkrade med psykiatriska diagnoser, men även för personer med andra sjukdomar, att i ökad utsträckning arbeta deltid och kanske öka sin arbetsinsats jämfört med om de hade behövt reducera sin arbetstid lika mycket varje dag. Den kvarvarande arbetsförmågan som eventuellt finns hos dessa försäkrade kan således sannolikt med förslaget tas tillvara i ökad utsträckning. Vissa osäkerheter i vad som exempelvis ska krävas för att en förläggning av arbetstiden ska vara medicinskt motiverad undanröjs också genom förslaget.

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

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör få i uppdrag att ge riktad information till målgrupperna om möjligheterna till arbete, studier etc.

Skälen för utredningens bedömning: Information om regler och hur en reform fungerar bidrar till vilket genomslag regeländringar får. För att de föreslagna regeländringarna för grupp 1–3 ska få genomslag anser utredningen därmed att regeringen bör ge Försäkringskassan uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade om de nya reglerna.

När det gäller reglerna för steglös avräkning kan det bl.a. finnas försäkrade som inte tidigare varit mottagliga för tidigare information, men som nu skulle kunna överväga att arbeta om de fick förnyad information om regelverket. En *påminnelse* om regelverket kan också öka tryggheten för målgruppen vad gäller möjligheten att få behålla rätten till ersättning även om de försäkrade t.ex. engagerar sig i ideellt eller förvärvsarbete. Detta kan också gälla personer som tillhör grupp 2 och 3, för vilka förutsättningarna kan ha förändrats jämfört med när de fick sitt beslut om ersättning och i samband med detta fick information om möjligheterna till vilande ersättning etc.

Utredningen rekommenderar därmed att oavsett om de ovan nämnda föreslagna regeländringarna avseende arbete, studier m.m. under tid med ersättning blir verklighet eller inte, att Försäkringskassan ska få i uppdrag att regelbundet informerar berörda försäkrade om deras möjligheter att pröva att arbeta etc. under tid med ersättning. Informationen bör även vara riktad på så sätt att den försäkrade får information om de möjligheter som gäller för just hans eller hennes ersättning. Med hänsyn till att möjligheterna ser olika ut för de olika målgrupperna skulle riktad information kunna minska risken för missförstånd.

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

I detta avsnitt redovisas konsekvenser av utredningens förslag om möjligheterna till arbete, studier och uppdrag m.m. under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning. Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna belysas för den enskilde, staten och dess myndigheter, kommuner, regioner, organisationer och företag. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheten, sysselsättningen, offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenserna för små och stora företag samt för den personliga integriteten redovisas.

Utredningen bedömer att förslagen avseende arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning framför allt påverkar den enskildes inkomster, statens försäkringsutgifter och handläggande myndigheters administrativa kostnader. Förslagen bedöms ha mindre effekter för företag, sysselsättningen och jämställdheten mellan kvinnor och män. Nedan beskriver utredningen vilken bedömning som görs kring konsekvenserna ur dessa perspektiv. Ur övriga perspektiv som utredningen enligt kommittéförordningen har att beakta bedöms inga direkta konsekvenser av förslagen uppstå.

Ett generellt problem vid konsekvensbeskrivningar av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför och när de inträffar i tid. Det beror på att det är svårt att förutsäga människors beteenden under nya förutsättningar. De beräkningar som genomförs i denna del är en konsekvensberäkning under vissa givna antaganden och ska därför mer ses som en ungefärlig bedömning av storleksbestämningen av de ekonomiska effekterna än som en säker prognos om själva utfallet.

Beräkningarna bör därför tolkas med viss försiktighet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisationer har i möjligaste utsträckning stämts av med berörda parter men är av naturliga skäl även beroende av de volymantaganden som görs. Ändrade volymer får således även konsekvenser för myndigheternas administrativa kostnader.

17.1 Beräkningsstöd för steglös avräkning

Effekter för den enskilde

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna och risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetalad sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Med ett beräkningsstöd där den försäkrade enkelt kan överblicka de ungefärliga ekonomiska konsekvenserna av att arbeta bedömer utredningen att fler ska våga att arbeta.

Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan utvecklar ett beräkningsstöd för personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Beräkningsstödet ska underlätta för den enskilde att få en bättre överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning genom att, givet de inkomster som den försäkrade uppger, beräkna hur skatter, bostadstillägg och bostadsbidrag samt sjukersättningen påverkas.

Effekter för myndigheter

Förslaget innebär att Försäkringskassan behöver utveckla en it-produkt för detta ändamål. Utredningen uppskattar kostnaderna för detta till 5 miljoner kronor. Utredningen bedömer även att det inledningsvis kan medföra ökade frågor till Försäkringskassan kring beräkningsstödet funktion genom ökat antal telefon- eller mailförfrågningar. Förslaget innebär således en viss ökning i administrationskostnaden för Försäkringskassan.

17.2 Fribelopp vid arbete enligt reglerna för steglös avräkning

Utredningen föreslår att fribeloppet följer den allmänna inkomstutvecklingen i stället för den allmänna prisutvecklingen och räknas om med inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken. Fribeloppet har visat sig vara viktigt för vilket arbetsutbud den försäkrade är beredd att erbjuda. Många av de som i dag arbetar med steglös avräkning har inkomster som understiger fribeloppet. Höga marginaeffekter och risken att bli återbetalningsskyldig bidrar sannolikt till detta beteende. För att den enskilde individen ska kunna fortsätta att erbjuda samma mängd arbete krävs att fribeloppen utvecklas i takt med den allmänna inkomstutvecklingen. Annars kommer den försäkrade vid ökade löner erbjuda en mindre mängd arbete för att fortsatt kunna arbeta utan att inkomsterna överstiger det aktuella fribeloppet. En uppräknig av fribeloppet med den allmänna inkomstutvecklingen leder därmed till att arbetsutbudet över tid kan upprätthållas på dagens nivå. Med dagens regelverk blir dock utvecklingen den omvända. Den försäkrade behöver i genomsnitt arbeta mindre och mindre för att inkomsten ska hålla sig under fribeloppet och kommer då i genomsnitt att erbjuda ett lägre och lägre arbetsutbud. En inkomstindexering av fribeloppet skulle därmed innebära att den enskilde kan använda en större del av sin arbetsförmåga utan att det påverkar avräkningen på sjukersättningen, vilket har en positiv effekt inte bara för de enskilde, utan även för samhällsekonomin som helhet.

Effekter för den enskilde

Höjda fribelopp för de som arbetar med steglös avräkning innebär att det blir mer lönsamt att arbeta än i dag. Utredningen har kunnat konstatera att fribeloppet över tid har urholkats. Nivån för fribeloppet indexeras med prisutvecklingen medan inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det innebär att en person som i dag arbetar med steglös avräkning i genomsnitt kan arbeta i mindre omfattning innan inkomsterna når upp till fribeloppet, än vad som var fallet när systemet infördes januari 2009. Som framgår i avsnitt 16.1.1 har utredningen därför föreslagit att fribeloppet ska baseras på inkomstbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken i stället för på prisbasbeloppet. Därmed blir det mer lönsamt att arbeta i ett

inkomstintervall mellan dagens fribelopp och den nya nivån på fribeloppet genom att margineffekten i detta inkomstintervall sjunker. Å andra sidan hänger margineffekterna med längre upp i inkomstskalan, vilket således försämrar incitamenten till arbete för den som arbetar i större omfattning. Utredningen menar dock att det framför allt är margineffekterna för de med lägre inkomster som behöver minskas. Detta för att få människor att i större utsträckning än i dag pröva arbete och nyttja den restarbetsförmåga som finns. Kommer människor väl ut i arbetslivet är sannolikheten större att de också fortsätter arbeta även om margineffekterna ibland är höga.

Utredningen har också kunnat konstatera att fribeloppet i hög grad styr arbetsutbudet hos de som väljer att arbeta med steglös avräkning. Även om arbetsutbudet för många av de som arbetat enligt detta regelverk har ökat över tid överstiger arbetsinsatsen sällan den som ger en inkomst över fribeloppet.¹ Det innebär att sjukersättningen inte reduceras för många av de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Som utredningen visat i avsnitt 15.3 är dock margineffekterna i många fall höga även innan inkomsterna når upp till fribeloppet. Marginalskatt och avtrappningen av bostadstillägg gör att många sällan får behålla mer än hälften av den inkomst de tjänar. Så är fallet även vid små inkomster.

Utredningen bedömer dock att förslaget om ett höjt fribelopp framför allt kommer innebära att de som redan i dag arbetar med steglös avräkning kommer att arbeta lite mer. Det gäller således t.ex. gruppen med partiell ersättning som arbetar deltid. Gruppen med partiell ersättning som jobbar deltid behöver emellertid inte ha steglös avräkning så länge de inte arbetar på den del de har sjukersättning. Förslaget om höjt fribelopp borde därför även kunna medföra att de som arbetar utan steglös avräkning i dag vågar arbeta lite mer. Förslaget borde således kunna påverka såväl de som jobbar med steglös avräkning, de som har partiell ersättning och arbetar på den del de inte har sjukersättning samt kanske även de som arbetar inom ramen för åttondelen.

Skälen till att man kan förvänta sig att det främst är de som redan arbetar som kommer att arbeta lite mer är inte bara ekonomiska. Det är sannolikt enklare för denna grupp att kunna utöka sin arbetsinsats genom en redan väletablerad kontakt med arbetslivet och en arbetsgivare som redan erbjudit dem anställning. Det första steget ut på

¹ ISF 2018:1.

arbetsmarknaden och att hitta en arbetsgivare som är villig att anställa en person med nedsatt arbetsförmåga är oftast svårare än att utöka en redan väl fungerande relation mellan arbetsgivare och arbetstagare. På marginalen skulle dock ett högre fribelopp även kunna göra det enklare för de som inte arbetar i dag. Genom att en större arbetsinsats tillåts innan ersättningen trappas av, skulle det kunna bli enklare att hitta en nivå på arbetet som passar fler arbetsgivare, vilket bidrar till att sannolikheten ökar för de försäkrade att hitta ett arbete. Utredningen bedömer denna effekt som positiv men liten.

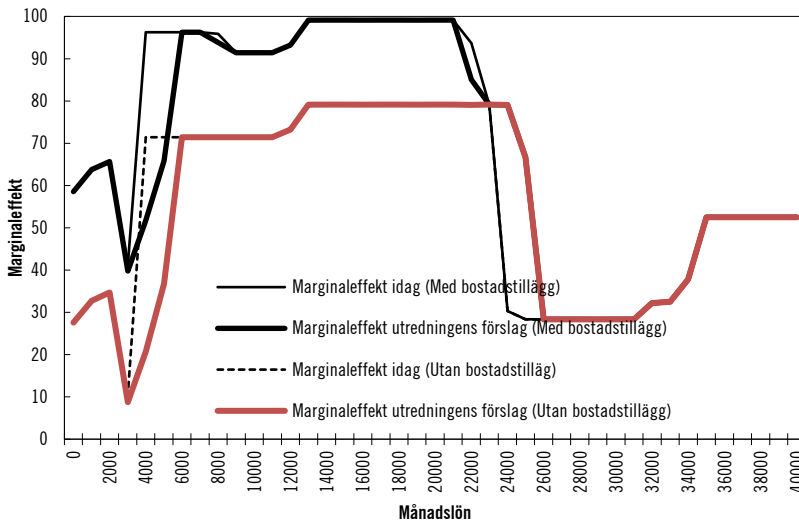
Illustration med typfall

För att tydligare belysa konsekvenserna för den enskilde redovisas två olika typfall som beskriver situationen för de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Typfallen visar det ekonomiska utfallet med dagens regler respektive utredningens förslag till höjt fribelopp för en person med hel sjukersättning på garantinivå och en person med hel sjukersättning med genomsnittlig inkomstrelaterad sjukersättning. Beräkningarna är baserade på att den enskilde arbetar under ett helt år i samma utsträckning. Inkomsterna redovisas som månadsinkomster i stället för årsbelopp för att illustrera hur mycket per månad som en person med steglös avräkning kan arbeta innan olika avräkningar görs.²

I *typfall 1* illustreras utredningens förslag för en person med hel sjukersättning på garantinivå. Kopplingen till inkomstbasbeloppet gör att fribeloppet höjs och marginaleffekterna från reducering av sjukersättning uppstår vid en månadsinkomst på knappt 6 000 kronor i stället för som i dag vid 4 000 kronor. Det innebär att inkomstnivån för när de riktigt höga marginaleffekterna inträffar förflyttas upp i inkomstskalan. Att fribeloppet höjs innebär också sjukersättningen börjar trappas av vid högre inkomstnivåer än i dag. Med utredningens förslag är sjukersättningen helt avtrappad vid inkomster över 26 000 kronor per månad, vilket är ca 2 000 kronor högre än i dag. Av figuren framgår även marginaleffekter för de som inte har bostadstillägg. Marginaleffekter blir här ungefär 20 procentenheter lägre än för de som har bostadstillägg.

² Fribeloppet uttrycks i basbelopp och avser inkomsten under ett år. I beräkningarna har fribelopp och avtrappningsnivåer räknats om till månadsinkomster.

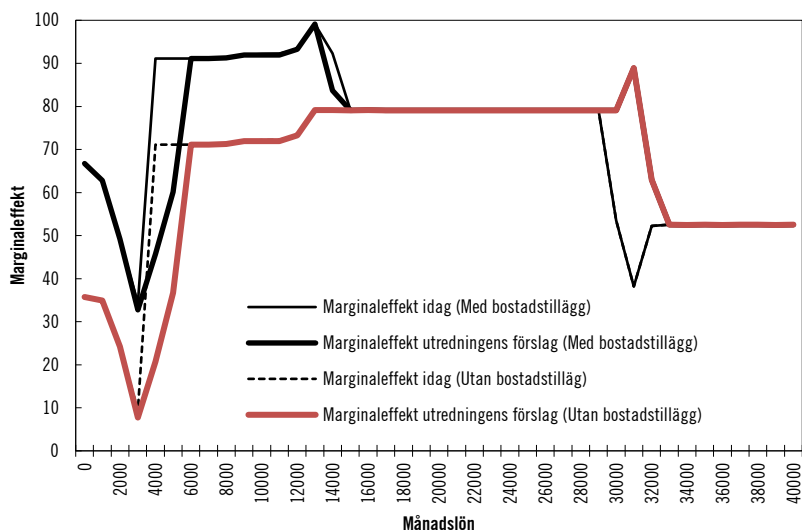
Figur 17.1 Typfall 1 Person med hel sjukersättning, garantinivå (ca 120 000 kr/år)



Källa: Egna beräkningar.

I *typfall 2* illustreras effekten för en person med hel sjukersättning med en genomsnittlig inkomstrelaterad ersättning. Enligt utredningens beräkningar är den genomsnittligt inkomstrelaterade ersättningen omkring ca 160 000 kronor per år. Effekten av utredningens förslag blir även i detta typfall att intervallet för när sjukersättningen trappas av förskjuts med omkring 2 000 kronor upp i inkomstskalan. Med utredningens förslag blir sjukersättningen helt avtrappad vid en månadsinkomst på ca 33 000 kronor. Med dagens regler är ersättningen helt avtrappad vid 31 000 kronor per månad. Eftersom inkomstnivån i detta typfall är högre in i typfall 1 kommer bostadstillägget att vara bortreducerat vid en lägre inkomst än i typfall 1. Det innebär att margineffekten sjunker till ca 80 procent vid en arbetsinkomst på ca 14 000 kronor per månad. För en person med inkomstrelaterad ersättning blir därmed utbytet av arbete något större än för en person med sjukersättning på garantinivå i inkomstintervallet 14 000–23 000 kronor per månad.

Figur 17.2 Typfall 2 Person med hel inkomstrelaterad sjukersättning
genomsnittligt belopp (ca 160 000 kronor per år)



Källa: Egna beräkningar. Effekter för försäkringen.

I avsnitt 15.2 beskrevs utvecklingen av antalet och andelen som arbetar med steglös avräkning. Där framgår att det i dag är en begränsad grupp som använder steglös avräkning. Eftersom populationen som kan använda steglös avräkning succesivt minskar har antalet personer som använder steglös avräkning också minskat över tid. Dock har antalet personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning inte minskat i samma takt som den totala populationen som omfattas av regelverket. Därmed har andelen av den samlade populationen som arbetar med steglös avräkning ökat över tid. Under de senaste åren tycks andelen med steglös avräkning ha planat ut och stabiliserats på en nivå kring 4 procent. Dock fortsätter den population som kan använda sig av steglös avräkning att minska. Omkring 40 procent av denna population är i dag äldre än 60 år. Det innebär att antalet personer som kan omfattas av steglös avräkning succesivt minskar. Höjningen av pensionsåldern 2023 innebär att utflödet från sjukersättningen sannolikt blir låg detta år. Minskningen av antalet försäkringstagare stannar därför av under 2023 men återgår till normalt utflöde, året efter. Därmed kommer andelen personer som använder steglös avräkning att minska med några procentenheter.

Allt annat lika, och oaktat den pågående minskningen av populationen, antar dock utredningen att förslaget i sig medför att fler kommer pröva möjligheten att arbeta med steglös avräkning. Det finns emellertid ett antal skäl till att utredningen inte bedömer att effekten blir så omfattande. Dels är arbetsförmågan med stor sannolikhet begränsad hos många av dem som kan använda steglös avräkning, dels finns det svårigheter att hitta passande arbeten och arbetsgivare som är villiga att anställa personer med nedsatt arbetsförmåga. Utredningens förslag minskar marginaleffekterna vid låga inkomster men fortfarande finns det höga marginaleffekter vid högre inkomster. Det gör det ekonomiska utbytet av arbete begränsat i dessa inkomstskikt. Utredningens bedömning är därför att förslaget framför allt kommer öka arbetsutbudet för de som redan har ett arbete. Många av de som arbetar i dag har inkomster som understiger fribeloppet. Utredningens bedömning är att det kommer vara så även med utredningens förslag om höjt fribelopp. Därmed blir effekten på den utbetalda sjukersättningen i princip oförändrad.

På marginalen är det emellertid rimligt att anta en viss, om än liten, ökning av arbetsutbudet som påverkar försäkringskostnaderna. Ett enkelt räkneexempel, utifrån en person med hel ersättning, kan illustrera vad det skulle kunna innebära för försäkringens utgifter. Om andelen som arbetar med steglös avräkning ökar till 5 procent av den totala populationen, innebär det att antalet personer som arbetar med steglös avräkning ökar med omkring 1 000 personer. Om ytterligare 1 000 personer, som i dag inte arbetar med steglös avräkning, skulle börja arbeta och har en årsinkomst på 100 000 kronor skulle det med utredningens förslag om ett nytt fribelopp innebära att kostnaderna för sjukersättningen reduceras med ca 15 miljoner kronor.³ I de fall bostadstillägg och arbetsskadelivränta betalas ut kommer även dessa ersättningslag påverkas.

³ Fribeloppet vid hel ersättning höjs enligt utredningens förslag till 1 IBB (68 200 kronor år 2021). Reduceringsinkomst: 100 000–68 200 kronor=31 800 kronor. Reducering med 50 procent ger 15 900 kronor. Besparing steglös avräkning blir då 15 900 kronor*1 000 personer =15,9 miljoner kronor.

Effekter för myndigheter

Utredningens bedömning är att relativt få personer kommer beröras av förslaget med höjda fribelopp. Det torde innebära relativt begränsade konsekvenser för Försäkringskassans administration avseende sjukersättning, bostadstillägg och arbetsskadelivräntor. Utredningen bedömer inte att förslaget får några större ekonomiska konsekvenser på Försäkringskassans förvaltningsanslag men att det kräver uppdatering av interna instruktioner och beräkningshjälpmedel. Förslaget kommer också kräva ändringar i Försäkringskassans it-system. Utredningen bedömer att detta kan ta i anspråk ca 100 timmar. Med en antagen timkostnad på ca 2 000 kronor uppskattar utredningen kostnaden för utveckling av it-system till följd av förslagen till ca 200 000 kronor.

Den generella utvecklingen av antalet personer som använder steglös avräkning har under de senaste åren inneburit att färre och färre sådana ärenden behöver hanteras av Försäkringskassan. Det är en utveckling som kommer fortsätta och torde enligt utredningens bedömning innebära att administrationen av ärenden med steglös avräkning succesivt minskar över tid. Denna bedömning gäller även om det, till följd av utredningens förslag, förväntas bli en begränsad ökning av personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning allt annat lika.

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

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

Effekter för den enskilde

En större flexibilitet av hur stor del av sjuk- eller aktivitetsersättningen som kan begäras vilande vid arbete, kan enligt utredningens mening förväntas leda till att fler vill och vågar arbeta med vilande ersättning. Hur många som i praktiken kommer arbeta enligt detta

regelverk är dock inte bara en fråga om arbetsutbud utan kräver också att det finns en efterfrågan. En större flexibilitet i möjligheten till vilande ersättning ökar dock sannolikheten för att arbetsgivare och arbetstagare hittar en tjänstgöringsomfattning som passar båda parter. En ökad flexibilitet kan således påverka både utbudet och efterfrågan av personer med sjukersättning och aktivitetsersättning. För den enskilde handlar det om ökade möjligheter att erbjuda hela sin restarbetsförmåga och inte behöva lägga sig på en nivå som antingen är under eller över denna nivå. Dessutom ger det mer flexibla möjligheter att använda en mer tillfälligt förbättrad arbetsförmåga till att pröva att arbeta. Därmed kan den enskildes restarbetsförmåga tillvaratas på ett bättre sätt än i dag och möjligheterna för att erfarenheterna från arbetslivet blir lyckade ökar. Därmed ökar också sannolikheten för att den försäkrade successivt ska vilja erbjuda ett större arbetsutbud och i förlängningen kunna försörja sig helt eller delvis genom arbete under längre perioder. För arbetsgivare ger det också större möjligheter att kunna erbjuda arbete. Det ger dels en större flexibilitet i tjänstgöringens omfattning, dels en flexibilitet i periodiciteten som arbete kan erbjudas, i och med att även kortare arbetsinsatser ska vara lättare att genomföra för personer som får sjuk- eller aktivitetsersättning.

Utredningen konstaterade i avsnitt 15.4.1 att det ekonomiska utbytet av arbete i de allra flesta fall är gott, vilket illustreras i tabell 15.1. Det som i dagens system gör att det inte alltid är lönsamt att arbeta är att ersättningen inte alltid kan vara vilande i samma omfattning som arbetets omfattning. Med det förslag utredningen lämnar i detta betänkande blir det emellertid möjligt. Därmed blir det ekonomiska utbytet av arbete positivt så länge lönen är högre än sjuk- eller aktivitetsersättningen. Hur stor den positiva effekten blir är därför beroende av vilken lön den enskilde får vid arbete. Lörens storlek påverkar både hur mycket skatt som betalas och hur stor en eventuell reduktion av bostadstillägg och bostadsbidrag blir.

Konsekvenser för försäkringen

Utredningen har i avsnitt 15.4.1 redogjort för möjliga förklaringar till varför fler inte arbetar med vilande ersättning. Förklaringarna handlar dels om att de försäkrade har begränsade möjligheter till

arbete genom att många har så pass nedsatt arbetsförmåga att de saknar restarbetsförmåga, dels om att det är svårt att hitta ett arbete som matchar den enskildes restarbetsförmåga. En annan förklaring som ofta lyfts fram är rädslan för att en uppvisad arbetsförmåga ska leda till att ersättningen minskas eller dras in. Även om utredningens förslag underlättar inträdet på arbetsmarknaden sett till alla dessa perspektiv kvarstår dock ett strukturellt problem på dagens arbetsmarknad för personer med nedsatt arbetsförmåga vad gäller svårigheten att hitta ett arbete. Kraven i arbetslivet är ofta höga och personer med nedsatt arbetsförmåga väljs ofta bort i konkurrensen med andra personer.

I dag är det omkring 2 000 personer som arbetar med vilande sjukersättning. Som jämförelse kan nämnas att det är omkring 6 000 personer som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. De försäkrade som omfattas av reglerna för steglös avräkning är i dag något fler än de som omfattas av reglerna för vilande ersättning vid arbete. Att det är färre som arbetar med vilande ersättning än steglös avräkning förklaras dock inte enbart av att antalet personer i respektive grupp skiljer sig åt. Även som andel av respektive population är det betydligt färre som arbetar med vilande ersättning än med steglös avräkning. En delförklaring till detta kan vara att de som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008 och därmed omfattas av systemet med vilande ersättning i genomsnitt har en lägre arbetsförmåga än de som beviljats sjukersättning innan detta datum. Regelförändringarna 2008 innebar ett striktare regelverk för att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning. Mot bakgrund av detta resonemang bedömer utredningen att potentialen hos de som i dag har rätt till vilande ersättning att öka sitt arbetsutbud generellt sätt är begränsat även om det på marginalen finns människor som kan och vill arbeta, eller öka den arbetsinsats som redan utförs.

Utredningens förslag innebär emellertid en generösare bedömning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning. Det innebär att de som beviljas ersättning framöver i genomsnitt har en högre arbetsförmåga än de som finns i systemet i dag. Förutsättningarna för att vilja prova arbete med vilande ersättning torde därmed vara större i denna framtida grupp än hos de som har ersättning i dag.

Sammantaget leder detta enligt utredningens bedömning till att något fler än i dag skulle kunna vilja arbeta med vilande ersättning. Hur många det handlar om är svårt att bedöma. Om antalet personer

som arbetar med vilande ersättning skulle öka så att andelen med vilande ersättning uppnår samma andel som i dag arbetar med steglös avräkning, skulle det innebära att ytterligare 2 200 personer har sin sjukersättning helt eller delvis vilande. Eftersom underlag kring hur fördelningen av vilande ersättning ser ut mellan helt och delvis vilande ersättning saknas antar utredningen att de som i dag har vilande ersättning i genomsnitt har det på halvtid. Givet att den genomsnittliga sjukersättningen i dag är ca 110 000 kronor per år innebär det en besparing på ca 90 miljoner kronor.⁴

Antal personer som har vilande aktivitetsersättning är i dag omkring 2 000 personer eller ca 6 procent av populationen. Utredningen har i kapitel 13 uppskattat att inflödet till aktivitetsersättningen skulle kunna öka med 3 000 personer per år om utredningens förslag genomförs. Utredningens förslag innebär emellertid att de som kan komma att beviljas aktivitetsersättning med de nya reglerna sannolikt har en genomsnittligt bättre arbetsförmåga än de som har aktivitetsersättning i dag. En rimlig uppskattning är därför att andelen av ersättningstagarna som arbetar med vilande aktivitetsersättning på sikt kommer vara större än i dag. Hur många det handlar om är naturligtvis svårt att uppskatta. Om 30 procent av de personer som med de nya reglerna beviljas ersättning skulle arbeta med vilande ersättning skulle det innebära ytterligare 900 personer med vilande ersättning. Samtidigt är det rimligt att flexibla möjligheter till arbete ökar andelen personer med vilande ersättning även bland de som i dag har aktivitetsersättning. Om denna andel skulle öka från 6 till 10 procent skulle antalet med vilande ersättning i denna grupp öka med ca 1 100 personer. Det ger sammantaget en ökning med ca 2 000 personer. Under liknande antaganden som för beräkningen av vilande sjukersättning och en genomsnittlig årlig ersättning om ca 80 000 kronor per år innebär det en besparing på ca 60 miljoner kronor.

Utredningen har i betänkandet argumenterat för vikten av mer flexibla regler för vilande ersättning och av en större flexibilitet kring när och hur anmälan av arbete ska kunna göras till Försäkrings-

⁴ Individen får behålla 25 procent av den ersättning som begäres vilande. Det innebär att staten inte behöver betala 75 procent av 110 000 kronor dvs. 82 500 för varje person som begär vilande ersättning. Vid ett antagande om att den vilande ersättningen i genomsnitt ges på halvtid innebär en besparing på 41 250 kronor per person. Om en besparing på 41 250 kronor gör 2 200 personer innebär det en besparing på ca 90 miljoner kronor. Till detta kommer statlig ålderspensionsavgift.

kassan. Syftet med detta är att göra det enklare för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning att ta tillvara även en liten arbetsförmåga eller en tillfällig möjlighet till arbete som uppstår. Om detta faller väl ut skulle det kunna innebära att något fler personer än vad som antagits ovan väljer att prova arbete med vilande ersättning men att det i genomsnitt gör det i lägre omfattning än i dag. Det innebär att fler prövar arbete med vilande ersättning men nödvändigtvis inte att kostnaderna i beräkningsexemplen ovan förändras.

Konsekvenser för myndigheter

Med fler personer som använder möjligheten till vilande sjukersättning ökar också Försäkringskassans administration. Ny ersättning ska beräknas för fler ärenden än i dag och fler ärenden ska följas under period med vilande ersättning för att veta vad individen tänker göra efter att vilandeperioden upphör (dvs. inte bara administration kopplat till själva beslutet och utbetalningen under vilandeperioden). Därtill behöver blanketter och beslutsmallar ändras. I dag hanteras mycket av handläggningen av den vilande ersättningen manuellt. För att möjliggöra handläggningen av en mer flexibel vilande ersättning krävs därför att ett nytt it-stöd utvecklas.

Utredningen bedömer inledningsvis att effekterna av reformen är liten men kan succesivt komma att öka. Enligt bedömningen ovan antas 2 200 fler personer använda möjligheten till vilande sjukersättning och omkring 2 000 personer vilande aktivitetsersättning. Det ger sammantaget omkring 4 200 fler ärenden med vilande ersättning att handlägga. Styckkostnaden för handläggning av sjukpenningärenden är enligt Försäkringskassans årsredovisning 2020, 6 730 kronor. Motsvarande styckkostnad för handläggning av ärenden med aktivitetsersättning är 13 186 kronor. Styckkostnaden avser emellertid den totala kostnaden för handläggning av ärenden i respektive system, där den vilande ersättningen är en del av den totala kostnaden. Utredningen ser ingen anledning till att kostnaderna för handläggning av vilande aktivitetsersättning skulle vara annorlunda än vilande sjukersättning och saknar närmare uppgifter om vad handläggning av vilande ärenden kostar i dag. Med utgångspunkt från styckkostnaden för handläggning av ärenden med sjukersättning, antar utredningen att handläggningskostnaden för vilande ersättning utgör ca 15 procent av

den totala handläggningskostnaden för sjukersättning. Det innebär således en handläggningskostnad på ca 1 000 kronor per ärende. Med ytterligare 4 200 ärenden med vilande ersättning uppskattar utredningen denna kostnad till ca 4,2 miljoner kronor.

För att en mer flexibel vilande ersättning ska vara möjlig att handlägga måste Försäkringskassan utveckla ett nytt it-stöd för handläggning av vilande sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 20 miljoner kronor.

17.4 Vilande ersättning vid studier i den omfattning studierna bedrivs

Utredningen föreslår ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad provtid för studier. Utredningen bedömer att dessa regler går hand i hand där många inledningsvis provar studier för att sedan övergå i vilande ersättning för studier. I avsnittet görs ingen separat konsekvensanalys av respektive förslag utan de hanteras som en helhet. Utredningen gör bedömningen att förslagen har effekter för den enskildes vilja och möjligheter att studera, försäkringens utgifter och på Försäkringskassans administration.

Effekter för den enskilde

Som framgått i avsnitt 15.4.5 bedömer utredningen att ett hinder för försäkrade att nyttja möjligheten till vilande sjukersättning för studier är att det i dag inte är möjligt att ha sin sjuk- eller aktivitetsersättning partiellt vilande vid studier. Att hela ersättningen ska förklaras vilande, oavsett studiernas omfattning, bedöms därmed som ett stort hinder för att fler ska våga använda möjligheten att studera med vilande ersättning och har således en återhållande effekt på antalet personer som studerar.

Eftersom sjuk- eller aktivitetsersättningen bara kan vara vilande för studier på heltid och studiemedel bara kan beviljas för den tid som studierna faktiskt upptar, innebär det att det för en person med sjuk- eller aktivitetsersättning på heltid som vill studera på deltid krävs att hela sjukersättningen eller aktivitetsersättningen förklaras vilande. Därmed uppstår ett finansieringsglapp som för många kan

innebära ett hinder för att vilja pröva att studera. Med utredningens förslag blir det dock i större utsträckning möjligt att ha sin ersättning partiellt vilande i den omfattning som studierna de facto bedrivs. Utredningen bedömer att denna möjlighet kommer leda till att fler ska kunna och våga att pröva att studera med vilande ersättning. Med fler som vågar att pröva studier är utredningens bedömning att fler även lyckas. Lyckade deltidsstudier kan också inspirera till vidare studier och att senare våga pröva studier på heltid, vilket i förlängning kan leda till en väg ut i arbetslivet.

De ekonomiska konsekvenserna för den enskilde varierar från fall till fall. Utfallet är i hög grad beroende av sjukersättningens eller aktivitetsersättningens storlek och hur mycket den försäkrade väljer att använda studiemedelssystemet i form av lån och bidrag. På förhand kan det dessutom vara svårt för den enskilde att få överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att studera då sjuk- och aktivitetsersättning är skattepliktiga medan studiemedlet är en skattefri ersättning. Med följande typfall beskrivs situationen för en person med hel sjukersättning på garantinivå och en person med hel genomsnittlig inkomstrelaterad sjukersättning. För båda dessa typfall beskrivs situationen vid helt respektive halvt vilande sjukersättning för studier.

För en person med hel sjukersättning på garantinivå hamnar den disponibla inkomsten efter skatter och bidrag på ca 156 000 kronor per år. För en person som väljer att studera med vilande sjukersättning och tar hela det studiebidrag och det studielån som är möjligt kommer ersättningen vid studier att bli omkring 15 500 kronor högre per år än vid hel sjukersättning. Även om studiemedlet i detta fall är lite lägre än sjukersättningen är det en skattefri inkomst. Vid vilande sjukersättning har individen dessutom rätt att behålla bostadstillägget även om det trappas av mot ökade inkomster. I de flesta fall är inkomsten från studier inte så stora att någon reduktion av bostadstillägget blir aktuell. Sammantaget innebär det att inkomsten vid studier ofta är högre än vid sjukersättning.

Om samma person väljer att studera på halvtid så kommer han eller hon att behålla halva sjukersättningen och betala skatt på denna del samt kunna få hälften av det studiemedel som man är berättigad till vid heltidsstudier. Vid en inkomst på denna nivå reduceras inte bostadstillägget vilket sammantaget ger en högre inkomst än vid hel sjukersättning men en något lägre inkomst än vid heltidsstudier.

Tabell 17.1 Inkomstförändring för person med sjukersättning som väljer att studera med vilande sjukersättning

	Sjukersättning	Studier	
	100%	100%	50%
Person med garantiersättning			
Sjukersättning	120 432		60 216
Studiemedel		109 280	54 640
Bostadstillägg	62 640	62 640	62 640
Skatt	26 585		11 654
Disponibel inkomst	156 487	171 920	165 842
Person med genomsnittlig sjukersättning			
Sjukersättning	159 168		79 584
Studiemedel		109 208	54 640
Bostadstillägg	38 624	62 640	62 640
Skatt	38 686		16 436
Disponibel inkomst	159 106	171 920	180 428

Källa: Egna beräkningar.

Anm. Studiemedel är beräknat på maximal ersättning vid generellt bidrag. Möjlighet finns till högre studiemedel om särskilda behov finns.

Effekter för försäkringen

I den utsträckning det i dag finns personer som studerar på deltid men har hela sjukersättningen eller aktivitetsersättningen vilande innebär förslaget ökade försäkringskostnader. Utredningens bedömning är dock att det i dag är väldigt få som befinner sig i denna situation och denna effekt bedöms som väldigt liten. En något större effekt kan dock förväntas komma från de som i dag väljer att helt avstå från studier då de vid studier inte kan ha annat än helt vilande ersättning. En ökning av antalet personer som väljer att studera vare sig det handlar om helt eller delvis vilande ersättning innebär minskade försäkringskostnader för sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Som konstaterades i avsnitt 15.2.1 är det i dag ett hundratal personer som studerar med vilande sjukersättning. Utredningens bedömning är att det finns en ökningspotential i antalet personer som väljer att studera med vilande ersättning. Potentialen är emellertid begränsad. Det finns en naturlig begränsning som både kommer från de försäk-

rades allmänna hälsotillstånd, där många har så pass nedsatt arbetsförmåga att utbildning knappast är aktuellt, och en åldersmässig begränsning i studiemedelssystemet som inte tillåter studiemedel för personer äldre än 56 år.⁵ Mot bakgrund av att det i dag är så pass få som använder möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att studera och att förslaget i praktiken inte berör alla med sjukersättning, gör utredningen bedömningen att förslaget åtminstone inledningsvis inte kommer innebära någon större ökning av antalet som studerar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. Även vid en fördubbling av dagens antal handlar det om ett begränsat antal personer, vilket leder till en väldigt liten minskning av den utbetalda sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Baserat på den genomsnittliga ersättningen för de som 2020 hade sjukersättning (ca 110 000 kronor per år) skulle 500 personer som går från hel till halv sjukersättning innebära en besparing på 27,5 miljoner kronor.

I aktivitetsersättningen är det fler som studerar än i sjukersättningen. Om det blir enklare att ha vilande ersättning för studier kan det också antas att fler av dem som har aktivitetsersättning vill pröva att studera. Man kan således förvänta sig att förslaget ger en positiv effekt både på antalet som väljer att ha vilande ersättning för provtid för studier och de som sedan väljer att fortsätta studera med vilande ersättning. I dag är det omkring 500 personer per år som har provtid för studier och ca 1 700 personer som har vilande aktivitetsersättning för studier. Sammantaget innebär det att ca 2 200 personer antingen har provtid för studier eller bedriver studier med vilande aktivitetsersättning, se avsnitt 15.2.2 En fördubbling av detta antal, dvs. en ökning med 2 000 personer skulle givet att studier bedrivs på halvtid, innebära en besparing av aktivitetsersättningen med 80 miljoner kronor. Detta beräknat på en genomsnittlig ersättning hos de som i dag har aktivitetsersättning på ca 80 000 kronor per år.⁶

Även om det i närtid inte kan förväntas ske någon större ökning av antalet personer som prövar studier under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning kan de generösare reglerna kring rätten till dessa ersättningar som utredningen föreslår på sikt innebära att antalet

⁵ Bidrag kan beviljas till och med det år man fyller 56 år. Från och med 2022 höjs åldersgränsen till 60 år. Rätten till studielån begränsas från och med det år man fyller 47, från 2022 gäller 51 år.

⁶ Genomsnittet är beräknat med hänsyn tagen till den omfattning som aktivitetsersättning betalas ut på. De som vill och kan studera antas göra det på heltid i dag. Utredningens förslag berör således bara de som vill studera mindre än heltid. Eftersom vi inte vet vilken omfattning studier kommer bedrivas antar vi att de bedrivs på halvfart.

personer ökar i större utsträckning. För detta talar det faktum att de som med utredningens förslag kan beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning i genomsnitt har en mindre nedsättning av arbetsförmågan än dagens ersättningstagare. Det innebär att efterfrågan på utbildningsplatser kan öka. För att utredningens förslag ska få den effekt som avses, att fler i den aktuella målgruppen väljer att studera, är det centralt att utbildningsanordnare kan möta de krav på utbildningen som ställs från denna målgrupp. Redan i dag finns en utmaning för komvux och andra studieranordnare att allt fler grupper med studieovana söker sig dit, samtidigt som det saknas omfattande stöd för att elever med dessa större behov ska kunna genomföra och fullfölja sina studier. Utredningen ser därmed att med fler från denna målgrupp som söker sig till olika utbildningar kommer kostnaderna för utbildning att öka då behovet av stöd och hjälp för att kunna delta i utbildning är större i denna grupp än hos andra. Den aktuella målgruppen är emellertid diversifierad där en del kommer behöva mer stöd och andra mindre. Att på förhand uppskatta hur omfattande behov som finns av ytterligare resurser till utbildningssektorn är därför svårt. Utredningen anser därför att regeringen noga bör följa denna utveckling över tid så att utbud och efterfrågan på utbildning för den aktuella gruppen går hand i hand. I den utsträckning ytterligare resurser krävs till utbildningssektorn för att förslaget ska få avsedd effekt, får detta bli en del av den förhandling om medel som sker inom ramen för statens bidrag till kommunsektorn.

Administrativa effekter för Försäkringskassan

Vid införandet av de föreslagna förändringarna kommer en revidering krävas av Försäkringskassans styrande och stödjande dokument som information på webbplatsen, vägledning och processbeskrivning, ansökningsblanketter och brevmallar samt en omarbetning av de utbildningar som Försäkringskassan genomför. Därtill kommer de kostnader för utveckling av it-stödet som regeländringarna medför. Försäkringskassan beräknade denna kostnad vid ett införande 2016 till ca 1,2 miljoner kronor. Utredningens bedömning är att denna nivå är en rimlig utgångspunkt även vid ett införande 2023, dock med en justering av den prisökningen som skett under dessa år.

Utredningen bedömer därför att de sammantagna administrativa kostnader uppgår till 2 miljoner kronor.

Konsekvenser för studiemedelssystemet

Med fler som studerar ökar administrationen i studiemedelssystemet. Utredningens bedömning är dock att det åtminstone inledningsvis handlar om ett begränsat antal personer som väljer att ha sin sjukersättning och aktivitetsersättning vilande för att studera. Ovan har beräkningsexempel för konsekvenser i sjuk- och aktivitetsersättningen redovisats för en ökning om ca 2 500 personer. Om dessa 2 500 beviljas studiemedel på i genomsnitt halv studietakt innebär det ökade utgifter för studiemedelssystemet om ca 137 miljoner kronor.⁷ Effekterna för studiemedelssystemets administration bedöms bli begränsade och utredningen bedömer att Centrala studiemedelnämnden klarar en sådan marginell ökning inom befintlig ram.

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

Förslaget kan förväntas ha en positiv effekt på antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som deltar i samhällslivet genom uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet m.m. Eftersom detta kan göras utan att ersättningen reduceras har det inga konsekvenser för utgifterna inom vare sig sjuk- eller aktivitetsersättningen. Däremot har det administrativa konsekvenser för Försäkringskassan. Förslaget innebär t.ex. ett förtydligande av vilka sysslor som kan utföras utan att de behöver anmälas till Försäkringskassan och till hur stor del dessa kan utföras. Det leder enligt utredningens mening till att färre fall än i dag behöver anmälas till Försäkringskassan och därmed behöver Försäkringskassan också bedöma färre ärenden. Det får vidare administrativa effekter, såsom revideringar av styrande och stödjande dokument samt utbildningar. Det kan också, åtminstone inledningsvis, innebära en ökning av antalet frågor från de försäkrade till

⁷ Lång och bidrag per vecka vid halvtidsstudier uppgår till 1 366 kronor/vecka. Vid 40 studieveckor innebär det ca 54 600 kronor per år. Om 2 500 ytterligare söker studiemedel på denna nivå innebär det $54\,600 \cdot 2\,500 = 110$ miljoner kronor.

handläggare, vilket ökar handläggningskostnaderna. Det kan också för personer som får aktivitetsersättning och ansöker om en ny period eller om en övergång till sjukersättning leda till ett utökat informationsinhämtande och mer tidskrävande utredningar i samband med nya beslut. Sammantaget bedömer dock utredningen att förslaget innebär minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan. Utredningen saknar dock underlag för att mer exakt kunna kostnadsberäkna storlek på denna minskning.

17.6 Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram införs

Utredningen föreslår att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser från Arbetsförmedlingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning. Att klarlägga om den försäkrade kan delta i programmet ska ske i samråd mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

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

Effekter för den enskilde

Förslaget förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. Inte minst eftersom kraven att beviljas aktivitetsersättning enligt förslagen i detta betänkande kommer bli aningen mer generösa behöver dock än mer göras i detta avseende. I dag är det också få av de försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under 2020 var det 1 100 personer med aktivitetsersättning som fick rehabiliteringsinsatser inom ramen för det för-

stärkta samarbetet.⁸ Utredningens bedömning är att det bör vara fler personer som har medicinska förutsättningar att ta del av insatser hos Arbetsförmedlingen.

Systemet med aktivitetsersättning ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga. Det är också angeläget att tillvarata möjligheter till utveckling för att få eller återfå arbetsförmåga för att kunna komma ut i arbete för de personer med aktivitetsersättning som har förutsättningar för detta. Det föreslagna ramprogrammet förväntas alltså kunna bidra till att fler personer som har förutsättningar för det ska få relevant stöd för att återfå arbetsförmåga och på sikt kunna få ett arbete. Utan ett aktivt stöd och hjälp av berörda aktörer är det risk att personer som har potential att återfå arbetsförmåga ändå blir kvar mer permanent i sjukförsäkringen.

Visserligen innebär beviljad aktivitetsersättning för de allra flesta personer att individens ekonomi stärks. Samtidigt innebär det att ifall personen blir kvar länge i sjukförsäkringen och t.ex. även fortsätter med sjukersättning när han eller hon fyller 30 år, kommer personen få lägre inkomster än personer i motsvarande åldrar som förvärvsarbetar. Ersättningen för dessa personer är ofta på garanti-nivå, vilket också medför en låg ålderspension. Även dessa aspekter gör det angeläget att fler unga försäkrade ska få mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed på kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete.

Effekter för försäkringen

Som nämnts tidigare är syftet med införande av ramprogrammet att fler försäkrade ska kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det kommer på sikt minska försäkringskostnaderna eftersom den totala tiden en försäkrad har behov av aktivitetsersättning förväntas minska. Denna effekt torde dock uppstå först om ett tag, varför det initialt förväntas bli ökade kostnader med införande av detta ramprogram.

⁸ Myndigheterna konstaterar att antalet för 2020 kan ha påverkats av pandemin och svårigheten för både Arbetsförmedlingen och dess fristående aktörer att hitta relevanta arbetsutbildningsplatser och övriga aktiviteter hos arbetsgivare, se t.ex. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, Insatser för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning, rapport 2021-05-07. Dock kan noteras att motsvarande siffra för 2019 var likartat (och uppgick 2019 till 1 168 personer).

Genom införandet av det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning beräknas styckkostnaderna för programmet vara högre jämfört med kostnaderna för insatser inom ramen för det nuvarande så kallade förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Detta antagande baseras framför allt på att den försäkrade förväntas få mer insatser inom ramen för det nya ramprogrammet. Beräkningen baseras på en jämförelse med ungefärliga kostnader för det nuvarande befintliga förstärkta (rehabiliterings-) samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.⁹ Beräkningen baseras vidare på ett antagande att en försäkrad i genomsnitt deltar 12 månader i programmet. Kostnaden för deltagande i programmet antas därför uppgå till ca 62 000 kronor per år och person. Kostnaden för att delta i rehabiliteringsinsatser inom ramen för det förstärkta samarbetet uppgår i dag i genomsnitt till ca 51 600 kronor per år och person.¹⁰ Utredningen gör antagandet att ramprogrammet kommer kosta ca 20 procent mer per person och år, jämfört med det nuvarande förstärkta samarbetet. Det innebär en ökad kostnad med ca 10 400 kronor per person och år.

Utredningen gör vidare antagandet att antal deltagare i ramprogrammet inledningsvis ungefär kommer fördubblas jämfört med hur många personer med aktivitetsersättning som i dag får insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Det ger cirka 2 200 personer per år som förväntas delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning. Jämfört med de ungefärliga kostnaderna 2020 för deltagare med aktivitetsersättning i det förstärkta samarbetet innebär det en kostnadsökning med ca 23 miljoner kronor. På sikt, när ramprogrammet kommit mer på plats etc. är också förväntningen att fler unga personer med aktivitetsersättning kommer kunna delta i programmet.

Administrativa effekter för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Även om vissa arbetsmetoder etc. i det förstärkta samarbetet även kan vara relevant i förhållande till det nya ramprogrammet, behöver myndigheterna vidareutveckla och till viss del även ta fram nya rutiner

⁹ Uppgifterna om de nuvarande kostnaderna för det förstärkta samarbetet för personer med aktivitetsersättning har lämnats av Arbetsförmedlingen. Beloppen är mycket ungefärliga.

¹⁰ Beloppet innefattar Arbetsförmedlingens kostnader för gemensam kartläggning.

bl.a. för klarläggande om de försäkrades möjligheten att delta i ramprogrammet. Det kommer även finnas behov av att uppdatera styrande och stödande dokument m.m.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska tillsammans klarlägga om försäkrade som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan delta i ramprogrammet. Försäkringskassan ska initiera denna utredning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen dock inte ske.

Myndigheternas utredning, för att klarlägga om de försäkrade kan delta i programmet, bedöms bli något mindre omfattande jämfört med dagens gemensamma kartläggningar.¹¹ Detta beror på att delar av den kartläggning och planering som i dag sker i den gemensamma kartläggningen framöver ska ingå som en del i själva ramprogrammet. Under 2020 gjordes ca 1 700 gemensamma kartläggningar för personer som uppbar aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Utredningen gör antagandet att det är avsevärt fler personer för vilka det kommer vara aktuellt att klarlägga om de kan anvisas till det nya ramprogrammet. Beräkningen är att det kommer vara cirka 3 000–4 000 personer per år som ska genomgå denna utredning. Styckkostnaden för detta klarläggande bedöms uppgå till totalt cirka 5 000 kronor för båda myndigheterna. I dag är den totala styckkostnaden för gemensamma kartläggningar ca 7 000 kronor per ärende.¹² Således innebär det en ökad kostnad på totalt ca 3–8 miljoner kronor per år för de båda myndigheterna vad gäller klarläggande om de försäkrade kan anvisas till programmet.

Under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet ska Försäkringskassan på sedvanligt sätt ansvara för samordning. Det finns inga uppgifter om Försäkringskassans nuvarande kostnader för detta när den försäkrade deltar i insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. En uppskattning är emellertid att denna kostnad i dag i genomsnitt uppgår till ca 4 000 kronor per ärende och år. Eftersom ramprogrammet bl.a. förväntas innefatta fler åtgärder än vad som ingår i det förstärkta samarbetet, beräknas även samordningsbehovet öka. Antagandet är att kostnaden för Försäkringskassans samordning under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet igenom-

¹¹ Som genomförs inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna.

¹² Det finns ingen uppgift att tillgå om *Försäkringskassans* kostnad för dessa kartläggningar, men i denna beräkning gör utredningen antagandet att kostnaden för Försäkringskassan är desamma som för Arbetsförmedlingen.

snitt kommer uppgå till ca 6 000 kronor per ärenden och år. Den totala ökade kostnaden kommer enligt denna beräkning bli totalt 8,8 miljoner kronor per år för Försäkringskassans ansvar för samordning av insatser under tiden den försäkrade deltar i ramprogrammet.

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

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt socialförsäkringsbalken som de försäkrade deltar i. Vidare anser utredningen att uppföljningar bör genomföras om vilka aktiviteter som har störst positiv effekt på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på övergripande nivå.

Försäkringskassan behöver därför utveckla ett statistiksystem och registrera vilka åtgärder som ges till respektive individ. Det innebär utöver kostnader för ändringar i dagens it-system även ökad handläggningstid och en högre handläggningskostnad. Utan kunskap om vilka åtgärder som ges till enskilda individer inom ramen för de aktiviteter och rehabiliteringsinsatser som de enskilda erbjuds är det svårt att utvärdera vilka av åtgärderna som har en positiv effekt på möjligheten att närma sig arbetsmarknaden. Utredningen föreslår att 1 miljon kronor anslås för att Försäkringskassan ska kunna utveckla ett statistiksystem som gör det möjligt att redovisa vilka aktiviteter som ges till personer under tid med aktivitetsersättning. En sådan redovisning är en grund för att kunna utvärdera effektiviteten i de aktiviteter som ges till de försäkrade. Försäkringskassan bör vid utformandet av ett sådant statistiksystem rådgöra med utvärderande myndigheter som t.ex. Inspektionen för socialförsäkringen så att statistiksystemet utformas på ett sätt som gör att det kan användas för utvärdering av enskilda åtgärders effektivitet.

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

Nya och/eller ändrade regler innebär alltid, åtminstone inledningsvis, en osäkerhet kring hur regelverket ska tolkas. Som tidigare nämnts bidrar information om regler och hur en reform är avsedd att fungera till vilket genomslag reglerna och reformen får.

För att de föreslagna regeländringarna vad gäller möjligheterna till arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med ersättning ska få genomslag anser utredningen att regeringen bör ge Försäkringskassan uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade. Informationsinsatser kan göras på många olika sätt, exempelvis genom personliga brev, information på Försäkringskassans hemsida m.m. Utredningen föreslår att regeringen anslår medel för informationsinsatser till de berörda målgrupperna motsvarande 2 miljoner kronor.

Förmåner vid rehabilitering – kapitel 18–23

18 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsbegreppet och berörda aktörer

Av kommittédirektiven framgår att utredningen ska se över förmånerna vid rehabilitering i socialförsäkringsbalken. Eventuella problem med nuvarande lagstiftning ska identifieras och analyseras ur såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra aktörers perspektiv.¹ Dessa förmåner inom SFB utgörs huvudsakligen av två förmåner: rehabiliteringsersättning, som kan betalas ut under tid med arbetslivsinriktad rehabilitering och utges i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag, samt förebyggande sjukpenning², som beviljas för genomförande av medicinsk behandling och rehabilitering. Förmånerna, som infördes genom den s.k. rehabiliteringsreformen 1992, syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmåga.³

För att kunna analysera förmånerna och identifiera eventuella problem med nuvarande lagstiftning och komma med förslag på lösningar behöver begreppen definieras och analyseras. En given utgångspunkt är därför begreppet rehabilitering och dess innebörd, skillnaden på medicinsk respektive arbetslivsinriktad rehabilitering samt vilka aktörer som ansvarar för den försäkrades rehabilitering och på vilket sätt. Av intresse är också hur många försäkrade som genomgår rehabilitering och historiskt har uppburit någon av förmånerna samt hur rehabiliteringsåtgärderna ser ut i praktiken. Avsnittet inleds därför med en redogörelse av begreppet rehabilitering och dess aktörer och därefter beskrivs de ersättningsformer som

¹ Kommittédirektiv 2020:31.

² Denna ersättningsform benämns också sjukpenning i förebyggande syfte.

³ Prop. 1990/91:140 och Prop. 1990/91:141.

i dag kan bli aktuella för en försäkrad som genomgår någon typ av rehabilitering.

I början av 1990-talet lyftes rehabilitering, såväl medicinsk som arbetslivsinriktad, fram som centrala förutsättningar för en fungerande sjukförsäkring. Ansvar för och ekonomisk ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering tydliggjordes och ansvaret för rehabiliteringen lades i första hand på arbetsgivens medan en särskild rehabiliteringsersättning beslutades motsvara sjukpenningen. Rehabiliteringsreformen 1992 innebar bl.a. att två nya förmåner infördes, dels förebyggande sjukpenning vid medicinsk behandling och rehabilitering, dels rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Införandet var en del av en rehabiliteringsreform som också omfattade ändringar i arbetsmiljölagstiftningen. Förmånerna syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan.

Reformen hade två syften: att ge arbetsgivarna ett tydligare ansvar för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering och att ge Försäkringskassan ett uttalat ansvar för att samordna frågor om rehabilitering, både på strukturell nivå och i enskilda ärenden.⁴

Den medicinska rehabiliteringen ansågs vara en viktig del i förebyggande hälsovård och innebar att den försäkrade kunde få ersättning motsvarande sjukpenning om det behövdes för att förebygga sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga samt var ordinerad av läkare och fastställd av Försäkringskassan i en rehabiliteringsplan. Ersättning vid medicinsk rehabilitering kunde alltså betalas ut trots att den försäkrade varken uppfyllde kriteriet sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. I ett sådant fall krävdes att en läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet konstaterade att den försäkrade hade en förhöjd sjukdomsrisk.⁵

Bestämmelserna om sjukpenning i förebyggande syfte har sitt ursprung i förslag från utredningen Rehabiliteringsberedningen. Ett av den utredningens förslag var att göra det möjligt att betala ut ersättning från sjukförsäkringen i förebyggande syfte.⁶ Det ansågs vara angeläget att den som genomgår behandling för att förebygga sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan ska kunna få sjukpenning för den tid som behandlingen kräver.⁷

⁴ Prop. 1990/91:140, prop. 1990/91:141.

⁵ Prop. 1990/91:141, s. 85.

⁶ SOU 1988:41.

⁷ Prop. 1990/91:141, s. 33 och 84 f.

Genom syftet med förebyggande sjukpenning kan ersättningen betalas ut redan innan den försäkrade *har* en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Det måste då bedömas att det, grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet, finns en förhöjd sjukdomsrisk. Sjukdomen ska även vara sådan att den kan förväntas leda till en nedsättning av arbetsförmågan.⁸

I samband med att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning ändrades uttalade socialförsäkringsutskottet att det var mindre lämpligt att – vilket då hade föreslagits av regeringen – som förutsättning för ersättning kräva att den försäkrade avstår från förvärvsarbete och går miste om förvärvsinkomst. Utskottet konstaterade att avsikten inte var att ändra förutsättningarna för t.ex. en arbetslös att få förebyggande sjukpenning och förslaget genomfördes inte.⁹ Uttalandet gjordes mot bakgrund av att det i propositionen hade föreslagits att den försäkrade måste avstå från förvärvsarbete i viss minsta omfattning.¹⁰

I samband med att rehabiliteringskedjan infördes 2008 angavs i förarbetena att tidigare angivna kriterier och uttalade riktlinjer för när rehabiliteringsersättning ska lämnas fortfarande ska gälla.¹¹

Reglerna om rehabiliteringsersättning för nedsatt arbetsförmåga föregår införandet av den s.k. rehabiliteringskedjan. Avsikten var att stimulera till deltagande i aktiv rehabilitering genom att göra det ekonomiskt fördelaktigt. När rehabiliteringsersättningen infördes betalades rehabiliteringspenning ut med ett belopp som motsvarade 100 procent av den försäkrades SGI.¹²

I förarbetena uttalas idén om ett psykologiskt värde i att ge ersättningen till den som deltar i rehabilitering en adekvat benämning, vilket borde leda till större insikt, aktivitet och engagemang, såväl för de försäkrade som för de ansvariga för rehabiliteringsåtgärderna.¹³

Från och med den 1 januari 1996 infördes i stället en enhetlig ersättningsnivå i sjukförsäkringen. Det innebar alltså att den högre ersättningsnivån för rehabiliteringspenning avskaffades och att nivån blev densamma som för sjukpenning.¹⁴

⁸ Prop. 1990/91:141, s. 73 och 84 f.

⁹ Se Prop. 1991/92:40, bet. 1991/92:Sfu5 s. 9 och rskr 1991/92:81.

¹⁰ Prop. 1991/92:40. Riksdagen antog utskottets förslag till lydelse av bestämmelsen.

¹¹ Prop. 2007/08:136, s. 69.

¹² Prop. 1990/91:141, s. 63.

¹³ Prop. 1990/91:141, s. 60.

¹⁴ Prop. 1995/96:69, s. 53.

I förarbetena till förändringarna av förtidspensionssystemet underströks värdet av tidiga rehabiliteringsinsatser och att en av de viktigaste åtgärder som vidtagits på senare tid är den tonvikt som lagts på samverkan inom rehabiliteringsområdet. Det framhölls att ett nytt försäkringssystem bör genomsyras av att rehabilitering och aktivitet ska stimuleras. När arbetsförmågan är nedsatt är det viktigt, inte minst för den enskilde, att åtgärder i första hand inriktas på rehabilitering så att han eller hon snabbt kan återgå till arbetslivet.¹⁵

Sedan reformen genomfördes i början av 1990-talet har såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrats. Den medicinska rehabiliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag.

18.1 Vad är rehabilitering?

En grundläggande förutsättning för att en förmån vid rehabilitering ska beviljas är att den enskilde genomgår någon form av rehabilitering. Frågan är därför vad som kan anses utgöra rehabilitering, när en försäkrad har rätt till rehabilitering samt vilka aktörer som har ansvar för den enskildes rätt till detta. Rehabiliteringen som företeelse är en central fråga i sjukförsäkringen, liksom på övriga områden där försäkringsfrågor förekommer. Precis som försäkringsbolag har ett intresse av att det förebyggs att skador uppkommer samt effekterna minskas om det ändå inträffar, är att förkorta sjukdomstid och klarlägga behovet av åtgärder för att en försäkrad ska kunna återfå arbetsförmåga centralt för Försäkringskassan och handläggningen av sjukförsäkringen. Så är fallet bl.a. i och med Försäkringskassans skyldighet att kartlägga rehabiliteringsbehov och behov av samordning av insatser. Bedömningen av rätt till ersättning hänger också samman med frågan om rehabilitering och återgång i arbete.¹⁶

Begreppet rehabilitering har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör det gäller och vilket ansvar den aktören har för rehabiliteringen.

¹⁵ Prop. 1997/98:111, s. 6.

¹⁶ Jfr SOU 2020:6, s. 42.

I Socialstyrelsens så kallade termbank definieras begreppet rehabilitering som insatser som ska bidra till att en person med förvärvat funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

På ett mer praktiskt plan brukar rehabilitering delas in i tre kategorier. Rehabiliteringen kan vara *medicinsk* respektive *arbetslivsinriktad*. Även begreppet *social* rehabilitering förekommer, som innefattar service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter¹⁷. Social rehabilitering ingår inte i utredningens granskning eftersom det inte ryms inom ramen för de förmåner som utredningen fokuserar på inom rehabiliteringsområdet.

Med medicinsk rehabilitering avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller. Under tid som den försäkrade genomgår medicinsk rehabilitering kan sjukpenning betalas ut om övriga förutsättningar för sjukpenning är uppfyllda.

Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använder begreppet rehabilitering. Aktörerna har olika ansvar för rehabilitering och har olika syn på vad som ryms inom begreppet rehabilitering när begreppet används för att beskriva åtgärder som kan vara aktuella vid återgång i arbete.¹⁸

Rehabilitering är en förmån i socialförsäkringsbalken. Med förmån avses inte bara olika typer av ersättningar, utan även åtgärder som den enskilde kan vara försäkrad för. De bestämmelser i SFB som särskilt berör rehabilitering återfinns i 29–31 kap. SFB och handlar om arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådan rehabilitering syftar enligt 29 kap. 2 § SFB till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska *få tillbaka* sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Det är alltså utifrån ordalydelsen försäkrade som har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan som omfattas av reglerna om rehabilitering. Det krävs däremot inte att nedsättningen av arbetsförmågan är av någon viss omfattning. En rehabiliteringsåtgärd anses vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan att den förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades

¹⁷ Prop. 1990/91:141, s. 39.

¹⁸ Jfr SOU 2020:24, s. 169, SOU 2006:86, s. 102 och SOU 2015:21, s. 601.

sida.¹⁹ Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses exempelvis att den försäkrade deltar i utbildning, arbetsträning eller i ett arbetslivsinriktat rehabiliteringsprogram.

18.1.1 Begreppet medicinsk rehabilitering

Med medicinsk rehabilitering avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller som rehabiliterande åtgärder. Begreppet är relativt brett och innefattar många typer av insatser och behandlingsvarianter. Förutom vanlig sjukvård kan åtgärderna utgöras av sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel vid funktionsnedsättning och andra stödåtgärder också utförda av andra aktörer än läkare. Dessa åtgärder utgör endast exempel, då detta är ett begrepp som ständigt utvecklas och förändras. I rättspraxis har även t.ex. deltagande i missbruksvård ansetts kunna utgöra en sådan medicinsk behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Den medicinska rehabiliteringen syftar till att hjälpa patienter att återhämta sig från skador eller sjukdomar av olika slag. Definitionen är något striktare i de fall begreppet ska tillämpas vid bedömning av rätt till en förmån – företrädesvis sjukpenning i förebyggande syfte. I SFB förekommer begreppet således också i anslutning till bestämmelserna om förebyggande sjukpenning. En försäkrad har rätt till sjukpenning under tid med medicinsk behandling eller rehabilitering. Enligt lagtexten krävs att det finns ett särskilt syfte med dessa insatser, nämligen att behandlingen/rehabiliteringen ska förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller häva arbetsförmåga. Det kan således finnas en koppling till den försäkrades arbetsförmåga, men det är ingen förutsättning; kopplingen mellan den försäkrades sjukdom och behandlingen som är till för att förebygga eller förkorta denna är tillräcklig. Noteras kan emellertid att det i förarbetena anges att den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan *förväntas* leda till nedsättning av arbetsförmågan.²⁰

För att något ska anses som en medicinsk behandling krävs enligt förarbetena även att behandlingen är ordinerad av läkare som grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att den för-

¹⁹ Prop. 1990/91: 141, s. 92.

²⁰ Prop. 1990/91:141, s. 85.

säkrade har en förhöjd sjukdomsrisk, att behandlingen är lämpad för att minska sjukdomsriskerna och att det inte handlar om något enstaka besök eller behandlingstillfälle. Se vidare kapitel 20 avseende dessa kriterier vid bedömningen av rätt till förebyggande sjukpenning.

18.1.2 Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering har kommit att få många olika betydelser beroende på vilken aktör som använder begreppet, men en gemensam definition saknas. Varken inom forskningen, olika myndigheter eller mer allmänt finns en enhetlig och generellt accepterad definition.

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering har en formell definition i SFB, där företeelsen beskrivs som en rehabilitering som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.²¹ Någon närmare definition än så ger inte lagtexten. I lagtexten definieras alltså arbetslivsinriktad rehabilitering inte utifrån några konkreta åtgärder utan från *syftet* med rehabiliteringsinsatserna. Enligt förarbetena anses en rehabiliteringsåtgärd vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan till sin karaktär att den förutsätter att den försäkrade är personligt verksam och engagerad i den.²² Som exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder anges arbetsprövning, arbetsträning och utbildning.²³

Enligt Försäkringskassans tolkning är just arbetsträning och utbildning exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering, med hänvisning till lagtext och förarbetena till bestämmelserna. I andra sammanhang har Försäkringskassan också framhållit att begreppet är svårdefinierat.²⁴

Inspektionen för socialförsäkringen har bl.a. uttalat att:

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i regel icke-medicinska åtgärder riktade mot individer med bristande arbetsförmåga. I den här rapporten har vi ingen entydig definition av vad som utgör arbetslivsinriktad rehabilitering utan definitionen blir beroende av de olika kapitlens innehåll. Vår syn på arbetslivsinriktad rehabilitering är att det är åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av en arbets-

²¹ 29 kap. 2 § SFB.

²² Prop. 1990/91:141, s. 92.

²³ Prop. 1991/92:40, s. 32.

²⁴ Försäkringskassan, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019, 2019-06-20.

oförmåga ska få tillbaka denna och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete.²⁵

I andra sammanhang har uttalats att medicinska åtgärder ingår i begreppet. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) anför att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ofta kräver insatser från olika aktörer, där hälso- och sjukvården är en av aktörerna och att medicinsk rehabilitering därigenom inkluderas även här.²⁶

Socialförsäkringsutredningen (S 2004:08) hade en snävare definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt den utredningens definition innehåller arbetslivsinriktad rehabilitering det stöd och de åtgärder som en individ behöver utöver den medicinska rehabiliteringen för att återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå till sitt ordinarie arbete eller ett annat arbete.²⁷

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum studerade den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.²⁸ Inom ramen för den utredningen genomfördes en litteraturoversikt över kunskapsläget för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.²⁹ Det konstaterades bl.a. att arbetslivsinriktad rehabilitering kan vara vilken insats som helst som hjälper personer med ett hälsoproblem att återvända till eller vara kvar i arbete.³⁰ Insatser bör fokuseras på att identifiera och/eller bidra till att övervinna fysiska, psykologiska eller yrkesmässiga hinder. I svensk forskning används i princip samma definition: arbetslivsinriktad rehabilitering ska syfta till att återge en sjuk person sin arbetsförmåga och skapa förutsättning till egen försörjning. I forskningsöversikten anges vidare att man i sin kartläggning av internationell forskning inte funnit någon enhetlig och generellt accepterad definition av arbetslivsinriktad rehabilitering.³¹ I betänkandet (SOU 2020:6) konstaterade vidare att:

Ett problem som en rad utredningar och forskare påpekat under årtionden är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjuk-skrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är brist på effektstudier.

²⁵ ISF, underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

²⁶ SOU 2019:29, s. 211.

²⁷ SOU 2006:86.

²⁸ SOU 2020:06.

²⁹ I SOU 2020:6, forskningsöversikt över den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på återgång i arbete, professor Gunnel Hensing, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet.

³⁰ Waddell et al. (2008).

³¹ SOU 2020:6, s. 270.

Innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är oklar, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.

Gränsen mellan medicinsk rehabilitering, som kan beskrivas som åtgärder för att förkorta sjukdomstid eller förhindra progress av ett sjukdomsförlopp, och arbetslivsinriktad rehabilitering kan i praktiken vara svår att dra³² och är inte kategorisk. Insatserna som görs kan vara detsamma om målet är ökad funktion eller att återfå arbetsförmågan. Ett exempel är fysisk träning i grupp som leds av en sjukgymnast. Om det är medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering beror mycket på deltagarna och deras individuella mål. Det framhålls i förarbetena att tid då den försäkrade enbart genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering inte bör berättiga till rehabiliteringsersättning. Däremot bör deltagande i viss medicinsk behandling, t.ex. sjukgymnastik, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår inte utesluta att rehabiliteringsersättning beviljas.³³ I förarbetena till socialförsäkringsbalken anges att det inte låter sig uppräknas vilka åtgärder rätten till rehabiliteringsåtgärder omfattar. Det får avgöras i varje enskilt fall.³⁴

Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjuk-skrivningsprocess konstaterar efter analys av dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer att vissa arbetsgivarföreträdare och Försäkringskassan också har börjat använda begreppet *arbetsplatsinriktad rehabilitering* för att tydliggöra att arbetsgivarens ansvar endast omfattar åtgärder som kan genomföras på eller i nära anslutning till den egna arbetsplatsen.³⁵

Såväl arbetsgivaren som Arbetsförmedlingen har ett ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Åtgärderna ska hjälpa den anställda eller arbetslösa personen att så långt det är möjligt behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har en roll i att utreda behovet av arbetslivsinriktade åtgärder och samordnar insatser från hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra aktörer. Försäkringskassan ska bedöma den enskildes arbetsförmåga och utreda om han eller hon skulle klara ett arbete trots sin sjukdom. Samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser innebär också att Försäkringskassan samlar in under-

³² Se Mannelqvist, Ruth, *Arbetsförmåga*, s. 142.

³³ Prop. 1990/91 :141, s. 61.

³⁴ Prop. 2008/09:200, s. 453.

³⁵ SOU 2020:24, s. 169.

lag för att kunna ta ställning till vilka behov av insatser personen har. Försäkringskassan har ansvar för samordning och tillsyn vid rehabiliteringen. Försäkringskassan genomför inte själv någon rehabilitering utan ska följa upp åtgärderna och stötta personen under hela processen.

Mer om ansvaret för rehabilitering finns i avsnitt 18.3.

18.2 Rehabiliteringskedjans koppling till rehabilitering

När ämnet rehabilitering avhandlas behöver den s.k. rehabiliteringskedjan i sjukförsäkringen också beaktas.

Namnet till trots har rehabiliteringskedjan ingen direkt koppling till den faktiska rehabiliteringsprocessen eller ersättningarna vid rehabiliteringsåtgärder enligt SFB. Däremot blir rehabiliteringskedjans tidsgränser exempelvis relevanta vid bedömningen av om en försäkrad ska beviljas rehabiliteringspenning eller ej (där en förutsättning bl.a. är att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga i enlighet med rehabiliteringskedjans tidsgränser).

Sedan den 1 juli 2008 bygger regelverket om sjukpenning på att bedömningarna av en försäkrads arbetsförmåga görs mot en bredare bedömningsgrund ju längre tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Detta regelverk brukar kallas för rehabiliteringskedjan. Även storleken på sjukpenningen och rehabiliteringspenningen minskar ju längre den försäkrade har haft ersättning. Vid bedömningen av arbetsförmågan får hänsyn bara tas till strikt medicinska faktorer. Det är alltså inte möjligt att beakta t.ex. utbildningsbakgrund eller ålder vid bedömning av nedsättningen av arbetsförmågan. De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan för en anställd försäkrad mot det ordinarie arbetet. Dag 91 utvidgas bedömningsgrunden till att avse andra arbeten hos arbetsgivaren. Fr.o.m. dag 181 ska arbetsförmågan, enligt huvudregeln, bedömas mot sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden³⁶ eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

³⁶ Begreppet används ofta i en förkortad form och omnämns då som normalt förekommande arbete.

Enligt förarbeten och praxis är ett normalt förekommande arbete ett vanligt arbete som den försäkrade, trots sin sjukdom, kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till dennes medicinska besvär. Det kan röra sig om en prövning mot en fiktiv arbetsmarknad i så mening att det inte krävs att det rent faktiskt finns ett arbete till den försäkrade på den ort han eller hon bor. För den enskilde har det stor betydelse om arbetsförmågan bedöms mot arbete hos arbetsgivaren eller mot normalt förekommande arbete eftersom arbetsförmågan oftare bedöms vara nedsatt i arbete hos arbetsgivaren än i normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Genom en lagändring som trädde i kraft den 15 mars 2021 finns numera en ny möjlighet att skjuta upp denna bedömning. Det gäller om övervägande skäl talar för att den försäkrade kommer att återfå arbetsförmågan i ordinarie arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar. Förändringen innebar ett steg mot en mer generös bedömning. Före lagändringen den 15 mars 2021 krävdes att den försäkrade med stor sannolikhet skulle kunna återgå i sådant arbete. Liksom tidigare kan prövningen mot normalt förekommande arbeten också skjutas upp om det skulle anses oskäligt att göra en sådan prövning.

När den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga under ett år, efter dag 365, är det möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning skulle anses vara oskälig.

18.3 Olika aktörers ansvar för rehabiliteringen

Rehabiliteringsprocessen inbegriper många av de aktörer som finns runt en försäkrad. Flera av dessa aktörer har också olika former av rehabiliteringsansvar som baseras på olika lagbestämmelser. Nedan berörs de huvudsakliga aktörerna vid rehabiliteringen och som är relevanta vid bedömning om rätt till ersättning vid rehabilitering.

18.3.1 Försäkringskassans ansvar för tillsyn och samordning

Som framgår i socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan ett övergripande tillsyns- och samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten.³⁷ I samråd med den försäkrade ska Försäkringskassan se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.³⁸ Med rehabilitering avses här arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan ska också se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.³⁹ Av förarbetena framgår att det innebär att Försäkringskassan kontinuerligt ska följa rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför och att ingenting görs.⁴⁰

Dessutom ska Försäkringskassan samverka med och verka för att aktörerna kring den försäkrade vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. De aktörer som avses här är arbetsgivare, arbetstagarorganisation, socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Även andra myndigheter som berörs av den försäkrades rehabilitering omfattas av Försäkringskassans samverkansansvar.⁴¹

Försäkringskassan kan själv ta initiativ till rehabilitering för en enskild försäkrad som får sjukpenning. En sådan försäkrad kan inte vägra att medverka med hänvisning till att han eller hon inte har ansökt om rehabilitering. Om den enskilde inte medverkar kan ersättningen sättas ned eller dras in.⁴² Detsamma gäller för den som får vårdbidrag, merkostnadsersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, livränta eller sjukvårdsersättning vid arbetsskada.

Försäkringskassan ska vidare upprätta en rehabiliteringsplan när den enskilde får sådana åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning.⁴³ Om det är möjligt ska detta göras i samråd med den försäkrade. Rehabiliteringsplanen är en planering för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs för den försäkrade. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliterings-

³⁷ 30 kap. 8 § SFB.

³⁸ 30 kap. 9 § SFB.

³⁹ 30 kap. 11 § SFB.

⁴⁰ Prop. 1990/91:141, s. 91.

⁴¹ 30 kap. 10 § SFB.

⁴² 110 kap. 57 § SFB.

⁴³ 30 kap. 12 § SFB.

ersättning. Om den försäkrade går med på det ska Försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med olika aktörer. Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården samt med vissa myndigheter.⁴⁴ Försäkringskassan ska verka för att de organisationer och myndigheter som anges, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att snarast genomföra dem.

Denna rehabiliteringsplan är inte samma sak som den plan för återgång i arbete som ska göras i alla pågående sjukfall. Planen för återgång i arbete ska innehålla information om när den försäkrade förväntas återgå i arbete eller annan sysselsättning, till vilket arbete eller annan sysselsättning hen ska återgå till och i vilken omfattning, vilka eventuella insatser som behövs för att den försäkrade ska kunna nå sitt mål och tidplan för eventuella insatser och vem som ansvarar för dessa.

Försäkringskassan har också tillsynsansvar över den del av rehabiliteringsverksamheten som regleras i SFB. Försäkringskassan ska således följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.⁴⁵ Det finns dock inga sanktionsmöjligheter i SFB t.ex. i de fall en arbetsgivare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar. När bestämmelserna om rehabilitering infördes uttalades i förarbeten att om en arbetsgivare försummar sitt ansvar för rehabilitering i enskilda fall kan det vara lämpligt att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering fungerar.⁴⁶ I praktiken innebär detta att Försäkringskassan ansvarar för att anmäla fall som dessa till Arbetsmiljöverket.

I dagsläget saknas fullständig samsyn mellan olika aktörer om vad Försäkringskassan i praktiken ansvarar för inom ramen för sitt samordningsuppdrag.⁴⁷ Försäkringskassan konstaterar själva också att samordningsuppdraget är otydligt internt.⁴⁸ Enligt uppfattningen hos Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) handlar Försäkrings-

⁴⁴ 30 kap. 10 § första stycket SFB.

⁴⁵ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 60.

⁴⁶ Prop. 1990/91:141, s. 50.

⁴⁷ SOU 2020:24, s. 187.

⁴⁸ Försäkringskassan, Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan "gör" samordning. Socialförsäkringsrapport 2020:02.

kassans samordningsansvar till stor del om att identifiera de försäkrade som faktiskt behöver rehabilitering⁴⁹. Försäkringskassan är av en annan uppfattning och anser i stället att det är viktigt att lyfta fram andra aktörers ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, eftersom risken annars är att dessa aktörer inväntar Försäkringskassans agerande.⁵⁰

18.3.2 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Arbetsgivare har ett rehabiliteringsansvar för sina anställda. Den försäkrades arbetsgivare ska efter samråd med den anställde lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering⁵¹.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar följer av arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, socialförsäkringsbalken samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. I AML finns regler om arbetsgivarens skyldighet att organisera och ha rutiner för förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering. De föreskrifter som Arbetsmiljöverket tar fram förtydligar de regler som finns i AML och Arbetsmiljöverket utövar endast tillsyn över de regler som finns i AML.

1 december 2020 fattade Arbetsmiljöverket beslut om nya föreskrifter om arbetsanpassning (AFS 2020:5). Föreskrifterna trädde i kraft 1 juni 2021 och ersatte i och med det föreskrifterna AFS 1994:1 Arbetsanpassning och Rehabilitering. Bland annat har i föreskriften förtydligats vikten av det förebyggande arbetet så att fler kan få arbetsanpassning och undgå sjukfrånvaro. Samtidigt har rehabiliteringen som begreppet tagits bort ur föreskriften. För frågorna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar hänvisas i föreskriften nu enbart till 30 kap. SFB. Samtidigt finns i 30 kap. 6 a § SFB en direkt

⁴⁹ ISF 2017:9, Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.

⁵⁰ Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. Dnr 019579-2017.

⁵¹ 30 kap. 6 § SFB.

hänvisning till arbetsmiljölagen avseende arbetsgivarens skyldigheter avseende rehabilitering.

Bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter avseende arbetsanpassning och rehabilitering finns således även i arbetsmiljölagen. Arbetsgivaren är skyldig att se till att det finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som gör det möjligt att fullgöra de uppgifter arbetsgivaren har enligt AML och SFB. Arbetsgivaren ska fortlöpande undersöka vilka anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som arbetstagarna behöver och så tidigt som möjligt börja arbeta med anpassning av arbetssituationen. Arbetsgivaren ska dessutom ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta andra lämpliga åtgärder. Grunden i lagstiftningen är att arbetsgivaren fortlöpande ska anpassa arbetet och arbetssituationen till den enskilde arbetstagarens förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Detta gäller för alla anställda vare sig de är inne i en rehabiliteringsprocess eller inte. Anpassningar av arbetet kan och bör alltså ske kontinuerligt och behöver inte ha med ohälsa att göra utan kan vara helt och hållet främjande och förebyggande. Anpassningar kan också genomföras först när den anställde drabbats av arbetsoförmåga på grund av ohälsa, för att han eller hon ska kunna kvarstå eller återgå i arbete, dvs. som sekundär- och tertiärpreventiva åtgärder. Exempel på åtgärder som kan behöva vidtas inom ramen för en individuell anpassning och rehabilitering är förändringar av arbetsfördelning, arbetsuppgifter, arbetstid och den fysiska arbetsmiljön. Den försäkrade kan också behöva tekniska hjälpmedel, särskilda arbetsredskap, informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Ibland kan det bli aktuellt med omplacering.⁵² Arbetsgivarens skyldighet att medverka till rehabiliteringsåtgärder avser i första hand den egna arbetsplatsen men är inte uttryckligt begränsad till åtgärder som kan genomföras på den egna arbetsplatsen och kan bli aktuell även under tjänstledighet för att den anställde ska pröva sin arbetsförmåga i annat arbete. Relevant arbetsprövning, arbetsträning eller omskolning kan genomföras även utanför den egna arbetsplatsen under tjänstledighet.⁵³ Rätten till sådan tjänstledighet är dock begränsad. Arbetsdomstolen har vidare slagit fast att arbetsgivarens skyldighet inte sträcker sig längre än till

⁵² Prop. 2006/07:59, s. 16.

⁵³ Prop. 1990/91:141, s. 43.

att vidta åtgärder som förväntas leda till att arbetstagaren kan återgå i samma eller annat arbete inom arbetsgivarens verksamhet.⁵⁴

Arbetsgivaren är vidare skyldig att till Försäkringskassan lämna de uppgifter som behövs för utredning av rätt till ersättning.⁵⁵ Arbetsgivaren är enligt 30 kap. 6 § a första stycket SFB skyldig att efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Det innebär att arbetsgivaren ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Exempel på sådana åtgärder är anpassning av arbetsplatsen, arbetstid eller arbetsuppgifter. Inriktningen bör således vara att den anställde ska ges fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Det är individen som står i centrum för rehabiliteringsåtgärderna. Dessa ska därför planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.⁵⁶

Rehabiliteringsskyldigheten har stor betydelse också inför arbetsrättsliga överväganden. Under tiden arbetsgivare har rehabiliteringsansvar för en arbetstagare har arbetstagaren ett förstärkt skydd mot uppsägning på grund av omständigheter som orsakats av sjukdom. Sjukdom i sig utgör inte en saklig grund för uppsägning, men om nedsättningen medför att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse hos arbetsgivaren kan uppsägning bli aktuell. Arbetsgivaren måste uppfylla de krav på rehabiliteringsåtgärder som ställs i AML och SFB för att saklig grund för uppsägning ska föreligga. Det krävs att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och genomfört omplaceringsutredning.⁵⁷ Omplaceringskyldigheten är en viktig del av sakliggrundbegreppet. Det föreligger enligt 7 § andra stycket LAS inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren ett annat arbete hos sig. Omplaceringsutredningen ska omfatta hela arbetsgivarens verksamhet. Den syftar till att utreda om det finns lediga arbeten som arbetstagaren är kompetent för, eller om arbetstagaren uppfyller minimikraven för tjänsten. Här bör poängteras att omplaceringsbegreppet har olika innebörd i LAS respektive SFB. Det framgår av bestämmelserna i SFB att prövningen av en anställd

⁵⁴ AD 1993 nr 42.

⁵⁵ 110 kap 14 och 31 §§ SFB.

⁵⁶ 30 kap. 3 § SFB, se även prop. 1990/91:141, s. 47 och 88.

⁵⁷ 7 § LAS.

försäkrads arbetsförmåga ska vidgas efter dag 90 i sjukperioden till att även omfatta om han eller hon kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.⁵⁸

Enligt förarbetena är avsikten med denna vidgade bedömning inte att vare sig vidga eller minska det rehabiliteringsansvar som en arbetsgivare har. Det innebär bl.a. att rena förekomsten av andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren inte medför att sjukpenningen ifrågasätts; det måste finnas en möjlighet utifrån gällande arbetsrättsliga principer för den försäkrade att utföra dem.⁵⁹ Det har uppmärksamats att detta förhållande och användande av samma begrepp fast med olika betydelser kan skapa missförstånd i dialogen mellan Försäkringskassan, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen. När Försäkringskassan ber arbetsgivaren att göra en omplaceringsutredning händer det att arbetsgivaren uppfattar detta som ett efterfrågan av en omplaceringsutredning enligt 7 § LAS.⁶⁰ Det bör därför betonas att omplacering enligt SFB inom ramen för sjukförsäkringen inte innebär en omplaceringsutredning i arbetsrättslig mening utan motsvarar snarare tillfällig förflyttning inom ramen för anställningsavtalet.

Sedan den 1 juli 2018 finns en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. En plan behöver heller inte upprättas i de fall arbetstagaren kan återgå helt i arbete utan några särskilda insatser. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.

⁵⁸ 27 kap. 47 § SFB.

⁵⁹ Prop. 2007/08:136, s. 61 f.

⁶⁰ SOU 2020:24, s. 150–151.

18.3.3 Arbetsförmedlingens rehabiliteringsansvar

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är i dessa fall arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program.⁶¹ Arbetsförmedlingen ansvarar för kartläggning och arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetssökande sjukskrivna hos Arbetsförmedlingen som inte kan söka arbete på grund av sjukdom.⁶² Arbetsförmedlingen har till uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom de arbetsmarknadspolitiska programmen. Det kan bland annat handla om anställningsstöd till personer med svag position på arbetsmarknaden, utvecklingsanställning som ger en person möjlighet att genom arbete i kombination med andra insatser, öka sin förmåga och anställbarhet. De olika formerna av lönebidrag är anställningsstöd som kan beviljas för att en person ska få eller behålla en anställning och där arbetet organiseras med hänsyn till nedsättningen. Arbetsförmedlingen ska samverka med de andra aktörerna. I myndighetsinstruktionen 14 § anges att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

18.3.4 Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsansvar

Hälso- och sjukvården regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I 3 kap. 1 § HSL anges att det övergripande målet för all verksamhet inom hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska

⁶¹ 5 § femte punkten samt 11 och 12 §§ förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

⁶² 11 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Regionernas vårdansvar enligt 8 kap. 2 § andra stycket HSL är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Ansvar för medicinsk rehabilitering av en försäkrad ligger inom hälso- och sjukvårdens område. Av 8 kap. 7 § första stycket HSL framgår att regionen ska erbjuda bland annat rehabilitering till den som omfattas av regionens ansvar. För kommunen gäller att den enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL ska erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabiliteringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller Försäkringskassan från deras ansvar för rehabilitering.⁶³

18.3.5 Kommunernas rehabiliteringsansvar

Rehabiliteringsskyldigheten kan också omfatta kommuner. En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.⁶⁴ Det är kommunens socialtjänst som betalar ut ekonomiskt bistånd och ansvarar för behandling av missbruksproblem, familjerådgivning med mera. Principen om kommunens yttersta ansvar avser inte att förändra det som andra huvudmän eller aktörer har. Med det yttersta ansvaret följer emellertid uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde det stöd som behövs. Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI kan få ekonomiskt bistånd från kommunen. Av 4 kap. 1 § SoL framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.⁶⁵

En samordnad individuell plan, så kallad SIP, ska tas fram när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Socialtjänsten och

⁶³ Se prop. 1992/93:159, s. 202.

⁶⁴ 2 kap. 1 § SoL.

⁶⁵ Se t.ex. SOU 2020:24, s. 67.

hälso- och sjukvården är skyldiga att ta initiativ till en SIP när de ser att det behövs samordning för att en person ska få rätt stöd, men arbetet kan också starta med att individen själv ber om att få en SIP. Av den samordnade individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilken aktör som ansvarar för vilken insats, och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen. En SIP kan bara upprättas med individens samtycke.

18.3.6 Individens rehabiliteringsskyldighet

I socialförsäkringsbalken framgår att individen själv också har ett ansvar för sin egen rehabilitering, t.ex. genom att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och i att lämna uppgifter.⁶⁶ I förarbetena resoneras kring att åtgärder som sätts in utan den försäkrades aktiva medverkan riskerar att vara ineffektiva. Den försäkrade har därför ålagts en skyldighet att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.⁶⁷ Dessutom finns en regel i SFB som innebär att Försäkringskassan bl.a. kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningmöte som syftar till att bedöma hans eller hennes behov av och möjligheter till rehabilitering.⁶⁸ Om en försäkrad, utan giltig anledning, inte lämnar information för att klarlägga behovet av eller inte medverkar i rehabiliteringen kan Försäkringskassan dra in eller minska den försäkrades ersättning.⁶⁹

Förutom att en försäkrad är skyldig att delta i rehabiliteringsverksamhet, är han eller hon skyldig att informera om ändringar av betydelse för rätten till ersättning.⁷⁰ Den försäkrade har två veckor på sig att informera t.ex. att hon eller han måste avbryta rehabiliteringen eller att den går över förväntan och att arbetsförmågan är återställd inom en kortare tidsrymd än förväntat. Det finns sanktioner kopplade till dessa skyldigheter. Om den försäkrade inte gör dessa anmälningar, får Försäkringskassan, dra in eller sätta ner rehabiliteringsersättningen. Det gäller dock bara om det som den försäkrade inte anmält är av betydelse för rätten till eller storleken av t.ex. rehabiliteringspenningen. Det finns även ytterligare sanktioner för den

⁶⁶ 30 kap. 7 § SFB.

⁶⁷ Prop. 1990/91:141, s. 90.

⁶⁸ 110 kap. 14 § SFB.

⁶⁹ 110 kap. 53 § SFB.

⁷⁰ 110 kap. 46 § SFB.

försäkrade. Om en försäkrad, utan giltig anledning, vägrar att medverka till behandling eller rehabilitering får Försäkringskassan dra in eller minska sjukpenning eller aktivitetsersättning. En förutsättning är dock att Försäkringskassan informerat den försäkrade om risken för denna påföljd.⁷¹

En individ som är anställd har särskilda skyldigheter. Arbetstagar-ens ansvar regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Där står det att arbetstagaren ska medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagaren ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar som finns. Arbetstagaren ska även iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall.⁷² Föreskrifterna gör också gällande att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet ska organiseras på ett sätt som gör att det kan ske i samarbete med dem som berörs av åtgärderna och med deras företrädare i arbetsmiljöfrågor.⁷³ Om arbetstagaren vägrar att medverka i rehabiliteringen kan det få arbetsrättsliga konsekvenser. Att vägra medverka kan vara en grund för saklig uppsägning om det bedöms att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. En individ som får försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingen anvisade program och ta lämpliga anvisade arbete. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet.⁷⁴

18.3.7 Övriga aktörer med betydelse för rehabiliteringsprocessen

Utöver de huvudsakliga aktörerna med ansvar för den enskildes rehabilitering, har fler aktörer rehabiliteringsansvar i någon form eller har på annat sätt betydelse för rehabiliteringsprocessen. Dessa aktörer berörs endast översiktligt i detta betänkande.⁷⁵

⁷¹ 110 kap. 58 § SFB.

⁷² 3 kap. 4 § AML.

⁷³ 7 § AFS 1994:1.

⁷⁴ 4 kap. 4 § SoL.

⁷⁵ För en mer ingående redogörelse hänvisas t.ex. till avsnitt 2 i betänkandet Tillsammans för en välfungerande sjuk- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24.

Övriga myndigheter

När det gäller myndigheter, är förutom de centrala aktörerna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen även Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen berörda.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har till uppgift att arbeta med kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten för arbetsmiljökunskap ska även arbeta med utvärdering och analys inom dessa områden. Syftet är att kunskapen ska komma till användning i praktiken. Myndighetens arbete ska ske i samverkan med arbetsmarknadens parter.⁷⁶

Arbetsmiljöverket har till uppgift att ha tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs och planerar tillsynen främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket. Arbetsmiljöverket är enligt 7 kap. 1 § AML ansvarig över att AML och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen följs. De föreskrifter som främst är viktiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är AFS 2001:1 om systematiskt arbetsmiljöarbete och AFS 1994:1 om arbetsanpassning och rehabilitering.

Socialstyrelsens uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar till stor del om att utveckla och förvalta det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av två delar. Den ena delen utgörs av övergripande principer för sjukskrivning och den andra delen utgörs av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Ambitionen med beslutsstödet är att det ska användas av både Försäkringskassans handläggare och av läkare i hälso- och sjukvården.

Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen har också i uppdrag att samverka med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.⁷⁷

⁷⁶ Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

⁷⁷ 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket samt 11–12 §§ förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.

Skyddsombud

Skyddsombudet ska vaka över att arbetsgivaren fullgör sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering enligt lagstiftningen. Det innebär också att skyddsombudet ska verka för att arbetsgivaren har en lämplig organisation för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, har rutiner för arbetsanpassning och rehabilitering, upprättar handlingsplaner och följer upp dem och fullgör sina skyldigheter i fråga om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsutredningar.

Fackliga organisationer

De fackliga organisationerna har inte något formellt, i lag reglerat rehabiliteringsansvar men är en viktig aktör när det gäller arbetsmiljö och rehabilitering. I 30 kap. 10 § första stycket SFB anges att Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades och arbetstagarorganisation (utöver arbetsgivare och hälso- och sjukvården). Organisationerna besitter också viktig kunskap som är användbar i rehabiliteringen. Den anställde ska informeras om rätten till facklig medverkan.

Sveriges kommuner och regioner (SKR)

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för kommuner och regioner. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR har stor betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eftersom organisationen är Sveriges största arbetsgivarorganisation med stort inflytande över arbetsmiljöarbetet i kommuner och regioner. SKR är också kunskapsstöd för kommuner och regioner i arbetet med sjukskrivningar. För arbetet med sjukskrivningar i regionerna har SKR under många år spelat en central roll eftersom det är med SKR som staten tecknat överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjuk- och rehabiliteringsprocess. SKR har som undertecknande part haft stort inflytande över innehållet och utformningen av villkoren i överenskommelsen. SKR har inom ramen för arbetet med överenskommelsen utgjort ett kunskaps- och implementeringsstöd

för regionerna. SKR bedriver många av sina uppdrag tillsammans med Inera, ett företag som utvecklar digitala tjänster och som ägs av SKR, regioner och kommuner.

Samordningsförbund

Inom rehabiliteringsområdet finns möjligheter till samordnade rehabiliteringsinsatser i syfte att uppnå eller förbättra en enskilds förmåga till förvärvsarbete. Den finansiella samordningen mellan olika huvudmän inom rehabiliteringsområdet ska underlätta en effektiv resursanvändning. De disponibla resurserna ska användas för samordnade insatser som syftar till att den enskilde ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. Finansiell samordning får enligt 1 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och regioner för att uppnå en effektiv resursanvändning. Lagen gör det möjligt att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett s.k. samordningsförbund. Målet med verksamheten är att individer i behov av samordnade rehabiliterande insatser ska kunna återfå eller förbättra sin arbetsförmåga.⁷⁸

Samordningsförbundet är ett för parterna gemensamt men självständigt samordningsorgan som fattar beslut i eget namn. Samordningsförbundet kan bland annat besluta om övergripande mål och riktlinjer för den finansiella samordningen. Samordningsförbundet har gemensamma resurser och fattar beslut om resursernas fördelning utifrån individens behov. Medlen ska användas så att det är förenligt med syftet, det vill säga att finansiera rehabiliteringsinsatser som riktar sig till målgruppen för att de ska närma sig arbetsmarknaden eller återfå sin arbetsförmåga. Samordningsförbundet får inte täcka kostnader för individens försörjning. Det anges i lagen att ett samordningsförbundet inte får fatta beslut i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda. Förbunden får heller inte vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning eller som avser tillhandahållande av tjänster avsedda för enskilda. Detta innebär att det fortfarande är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning och att socialnämnden, eller annan behörig nämnd, beviljar bistånd enligt

⁷⁸ 2 § Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

SoL. Det är fortfarande sjukvårdshuvudmännen som tillhandahåller sjukvård. Samordningsförbundet ska svara för uppföljning och utvärdering av den finansiella samordningen.⁷⁹ Samordningsförbundet ska också stödja samarbetet mellan de samverkande parterna. Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen. Syftet med rådet är att ge finansiell samverkan den legitimitet och förankring som är nödvändig. Rådet bidrar till utveckling, ökad professionalitet och kunskap inom den finansiella samordningen och rådet utgör även ett forum för gemensamma ställningstaganden i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning. Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag utvärdera samordningsförbundens verksamhet. Uppdraget har delredovisats våren 2019 och ska slutredovisas i december 2021.⁸⁰

18.4 Planer för rehabilitering och återgång i arbete

Som en del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska en plan för återgång i arbete upprättas. Detta åtagande ligger på flera aktörer i processen och en och samma individ kan således ha flera olika aktiva planer för ett och samma sjukfall. I flera fall är förekomsten av en mer eller mindre detaljerade plan också en förutsättning för att ersättning ska kunna beviljas – som i fallet rehabiliteringsersättning. De individuella planerna syftar till att förbättra individens möjligheter till effektiv rehabilitering. I planerna görs också bedömningar om individens behov av rehabilitering. Planerna har inte exakt samma syfte även om de till del överlappar. För respektive aktör kan det framstå som tydligt varför en individuell plan ska utformas och hur den hjälper individen. En enskild individ kan dock ha planer hos flera aktörer samtidigt. Innehållet i dessa planer är ofta inte samverkat aktörerna emellan vilket innebär att individen kan få motstridiga besked. Det behöver inte handla om allvarliga motstridigheter utan kan vara så enkla saker som skillnader i tidpunkt för insatser eller olika bedömningar av behovet av en viss insats. Om det finns skillnader i de olika aktörernas planer för indi-

⁷⁹ Prop. 2002/03:132, s. 109.

⁸⁰ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 33.

viden kan det vara svårt för individen att förstå vilken plan som ska följas och om någon plan är överordnad någon annan.⁸¹

Försäkringskassan beskriver i sin vägledning att när bedömningen gjorts att en försäkrad har rätt till sjukpenning ska en planering göras för hur han eller hon så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete.⁸² Försäkringskassan har emellertid även ett lagstadgat ansvar för att i varje sjukfall där den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning upprätta en rehabiliteringsplan.⁸³ Denna rehabiliteringsplan avser en möjlighet för Försäkringskassan att kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Planen utgör vidare ett underlag för Försäkringskassan i frågan huruvida rehabiliteringsersättning kan beviljas. Enligt äldre förarbeten har planen dubbla syften. Den ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs i enskilda ärenden, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning.⁸⁴ Rehabiliteringsplanen ska upprättas när den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning (rehabiliteringspenning och/eller särskilt bidrag). Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. I förarbetena betonas att en framgångsrik rehabilitering förutsätter ett samarbete med den försäkrade.⁸⁵ Planen ska alltid innehålla en tidsplan för rehabiliteringen och uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras. Planen ska också innehålla information om vem som ansvarar för de olika rehabiliteringsåtgärderna. Även övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen ska framgå.⁸⁶ För att planen ska anses innehålla tillräcklig information måste det finnas konkreta uppgifter om insatserna som ska genomföras, när och i vilken omfattning de ska genomföras och vem som ansvarar för att anordna och följa upp dem. Det är en förutsättning för att syftet med planen – att tydliggöra planeringen för alla inblandade och att ligga till grund för bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning – ska kunna uppfyllas. Försäkringskassan har vidare ett ansvar enligt lag att fortlöpande se till att

⁸¹ SOU 2020:24.

⁸² Försäkringskassan, vägledning 2015:1, Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s. 291 f.

⁸³ 30 kap. 12 § SFB.

⁸⁴ Prop. 1990/91:141, s. 52.

⁸⁵ Prop. 1990/91:141, s. 52

⁸⁶ 30 kap. 13 § SFB.

planen följs och att det vid behov görs ändringar i den.⁸⁷ Dessutom måste Försäkringskassan följa utvecklingen för att kunna betala ut rätt ersättning.

För att kunna upprätta rehabiliteringsplanen kan det även behövas medverkan från arbetsgivare, företagshälsovård, hälso- och sjukvården i övrigt, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra berörda. Var och en av dessa har inom ramen för respektive regelverk ett rehabiliteringsansvar och kan behöva bidra inom sitt ansvarsområde för att en rehabilitering ska lyckas. Vid planering av åtgärder som inte ligger till grund för att bevilja rehabiliteringsersättning kan Försäkringskassan upprätta plan för återgång i arbete i stället för en rehabiliteringsplan. Planerna ligger i samma interna mall och handläggaren gör olika val beroende på vilken situation den försäkrade befinner sig i.⁸⁸

För att stärka individens möjlighet till rehabilitering i ordinarie anställning har arbetsgivarens rehabiliteringsansvar förtydligats genom reformen för förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.⁸⁹ Sedan den första juli 2018 har arbetsgivare en skyldighet att upprätta plan för återgång i arbete för anställda som varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar, om det kan antas att arbetsförmågan kommer att vara nedsatt i 60 dagar eller längre. Planen kan även enligt Försäkringskassan bidra till att förbättra beslutsunderlaget och därmed också till myndighetens bedömning av samordningsbehov.⁹⁰ Planen ska så långt det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Dess uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.

Hälso- och sjukvården ska, i samverkan med patienten, upprätta en individuell plan för planerande och beslutande rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas.⁹¹

Riksrevisionen granskade i rapport 2020:12 bl.a. frågan om förekomsten av plan för återgång i arbete hos några stora statliga arbetsgivare (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Polismyndigheten, Kriminalvården och Skatteverket) och konstaterade att det är stora

⁸⁷ 30 kap. 14 § SFB.

⁸⁸ Försäkringskassans vägledning 2015:1. Version 12 s. 291 f.

⁸⁹ Ds 2017:9.

⁹⁰ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag Förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, 2018.

⁹¹ 8 kap. 7 § HSL. Resp. 12 kap. 5 § HSL.

skillnader mellan arbetsgivarna, men att det i genomsnitt saknades plan för återgång i arbete eller annan dokumentation i vart tredje ärende. När en fullständig plan inte upprättas bör arbetsgivaren dokumentera ett ställningstagande som motiverar avsteget. Sådan dokumentation sker emellertid sällan.⁹²

18.4.1 När föreligger rätt till rehabilitering?

En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i 30 kap. SFB. Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.

Den vars arbetsförmåga inte redan är nedsatt med minst en fjärdedel inte heller har rätt till ersättning från sjukförsäkringen.⁹³ Rehabilitering – som ju syftar till att återställa en förlorad arbetsförmåga – behövs i ett sådant fall inte heller. Detta kan sägas vara ett uttryck för nuvarande gällande rätt där arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan tillämpas som förebyggande åtgärd. Det finns enligt Försäkringskassan inte heller anledning för myndigheten att samordna rehabiliteringsåtgärder i den situationen. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är inte heller aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan återfå sin förmåga utan arbetslivsinriktade åtgärder. Om det endast är medicinsk behandling som behövs för att återställa arbetsförmågan, eller om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt men där den försäkrade anses kunna återgå i arbete utan rehabilitering, till exempel genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden, är det till exempel inte motiverat med arbetsträning.

Försäkringskassan ska, om den försäkrade går med på det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med de olika aktörer som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska verka för att dessa organisationer och myndigheter vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. För att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs det att åtgärden i det enskilda fallet syftar till att återställa eller förbättra arbetsförmågan.

⁹² RiR, granskningsrapport 2020:12, s. 5.

⁹³ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 10.

19 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering. Förmånen syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. Ersättningsformen har i stort sett varit oförändrad sedan införandet i början av 1990-talet.

I kommittédirektiven redogörs för ett antal centrala aspekter vad gäller rehabilitering. Det handlar bl.a. om det faktum att rehabilitering används för att den enskilde ska ha möjlighet att komma tillbaka i arbete. I denna rehabiliteringsprocess bör en omställning som är både hållbar för individen och önskvärd ur ett samhällsperspektiv eftersträvas.

Vid användning av förmåner vid arbetslivsinriktad rehabilitering uppstår frågan hur de bäst bör användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver det på grund av sjukdom. Regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Regeringen beskriver i direktiven hur det kan förekomma problem med nuvarande lagstiftning utifrån såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra aktörers perspektiv.

Såväl interna som externa förklaringar kan ligga bakom att befintliga förmåner vid rehabilitering i dagsläget inte används i särskilt stor utsträckning. De interna förklaringarna är sådana som handlar om regelverkets innehåll och konstruktion, dess tillämpning av ansvariga myndigheter, förändringar i rättspraxis eller samarbete mellan myndigheter. De externa förklaringarna ligger utanför det aktuella regelverket eller tillämpningen av detta. Det kan till exempel handla om arbetsmarknadens utveckling eller hur kunskaperna om förekomsten av denna typ av ersättning ser ut.

I det följande avsnittet redogör utredningen för hur användandet av rehabiliteringsförmåner har utvecklats över tid. Därefter analyseras tänkbara faktorer till varför reglerna används i den begränsade omfattning det är fråga om och analyserar vilka problem som är förknippade med de olika rehabiliteringsförmånerna och det nuvarande regelverket.

Enligt direktiven ska även reglerna om särskilt bidrag ses över. I uppdraget ingår att kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget och ta ställning till eventuella behov av förändringar av bidraget. Denna fråga analyseras därför särskilt.

Frågan om förmåner vid rehabilitering är nära knuten till själva rehabiliteringsprocessen och vilka typer av rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella som grund för beviljandet av en förmån. Själva processen för rehabilitering analyseras därför också i den utsträckning det är nödvändigt för en fullständig analys av rehabiliteringsförmånerna. I denna del berörs bland annat frågorna om samarbetet mellan aktörer i rehabiliteringsprocessen. Frågan om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som sådan innefattas dock inte i utredningens direktiv. Denna fråga har undersökts av Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess. Den utredningen lämnade sitt betänkande SOU 2020:24 i april 2020.

I socialförsäkringsbalken anges vilka förmåner som en enskild försäkrad kan ha rätt till under tid med rehabilitering. I huvudsak är det fråga om två former: rehabiliteringsersättning som kan lämnas för arbetslivsinriktad rehabilitering och utges i form av rehabiliteringspenning och/eller särskilt bidrag, samt förebyggande sjukpenning, som beviljas vid genomförande av medicinsk behandling och rehabilitering. Av intresse är också dessa båda ersättningar i *särskilda fall* samt andra förmåner som kan betalas ut vid rehabilitering under särskilda omständigheter, såsom livränta under rehabiliteringstid när den försäkrade har en arbetsskada.

19.1 Gällande regelverk

En grundläggande tanke med förmånen rehabiliteringsersättning är att det är en ersättningsform som ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Bestämmelserna för denna ersättningsform finns i 31 kap. SFB. Ersättningen består av två delar

och kan betalas ut som rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning betalas ut med samma belopp som sjukpenning och syftar till att ersätta inkomstbortfall under tid som den försäkrade deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats (men alltså inte vid medicinsk rehabilitering). Det särskilda bidraget ska täcka kostnader som den försäkrade kan ha för att delta i rehabiliteringsinsatsen.

Grundläggande förutsättningar för att rätt till rehabiliteringsersättning ska uppkomma är att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel, att det finns ett behov av (arbetslivsinriktad) rehabilitering och att sådan rehabilitering också genomförs.

Förutsättningen nedsatt arbetsförmåga är densamma som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. SFB. Bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till heltidsarbete. Det är vidare endast medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan som ger rätt till rehabiliteringsersättning. För att en försäkrad ska kunna få rehabiliteringspenning fordras vidare precis som för sjukpenning att det fastställs en sjukpenninggrundande inkomst, förkortad SGI, för den försäkrade.

Lagtexten anger inte mot vad arbetsförmågan ska bedömas. Bedömningen av arbetsförmågan följer emellertid den s.k. rehabiliteringskedjans tidsgränser. Under den första tiden ska arbetsförmågan jämföras mot det egna arbetet (för en försäkrad som har en anställning) och efter 180 dagar mot arbete som är normalt förekommande. Om det föreligger *särskilda skäl* kan bedömningen mot en bredare arbetsmarknad skjutas upp, i likhet med undantagsbestämmelserna för sjukpenning i 27 kap. 48 § SFB. Förutsättningarna är, i likhet med vad som gäller för bedömningen inom sjukpenningreglerna, sedan den 15 mars 2021 att övervägande skäl talar för att den försäkrade efter genomförd rehabilitering kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 366 i rehabiliteringskedjan. Även i de fall då det skulle vara *oskäligt* att bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till normalt förekommande arbete kan det bli aktuellt att bevilja rehabiliteringsersättning för åtgärder som syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren efter dag 180 i sjukperioden. Från och med dag 366 i rehabiliteringskedjan kan rehabiliteringsersättning bara beviljas om den försäkrades arbetsförmåga bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till arbeten som normalt förekommer

på arbetsmarknaden, eller om det är oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

I förarbetena anges att rehabiliteringsersättning endast i undantagsfall ska kunna betalas ut under längre tid än tre månader till den som behöver rehabiliteringsåtgärder för att komma tillbaka till sitt vanliga arbete, men har arbetsförmåga i andra arbeten utan rehabilitering.¹ I senare förarbeten anges att rehabiliteringsersättning som syftar till att förkorta sjukfallet eller att häva arbetsförmågans nedsättning inte bör utges efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar om den försäkrade utan arbetslivsinriktad rehabilitering kan återgå i annat arbete hos arbetsgivaren.²

En annan situation är den då en försäkrad redan har beviljats rehabiliteringsersättning och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering, och först därefter når dag 180. En grundläggande tanke med rehabiliteringsersättning är som konstaterats ovan att det är en ersättningsform som ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Förarbetena är tydliga med att rätten till ersättning finns så länge den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.³ I detta avseende är alltså rehabiliteringsersättning mer att likna vid en periodisk ersättning än en dag-för-dag-ersättning. Den som redan är beviljad rehabiliteringspenning och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering ska således anses ha nedsatt arbetsförmåga och ska inte bedömas mot normalt förekommande arbete.⁴

Av bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB framgår att i de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som avses i 27 kap. 6 §, dvs. sådan medicinsk rehabilitering som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning, eller rehabiliteringsåtgärd som avses i 29–31 kap. SFB, ska bedömningen av arbetsförmågan enligt 46–49 §§ göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd. Denna bestämmelse fick sin utformning genom de lagändringar som genomfördes i samband med införandet av rehabiliteringskedjan. I förarbetenas författningskommentar angavs endast att stycket vari bestämmelsen återfinns är

¹ Prop. 1996/97 :28, s. 19.

² Prop. 2007/08:136, s. 70.

³ Prop. 1990/91:141, s. 65.

⁴ Jfr SOU 2020:6, s. 197.

nytt.⁵ Den ursprungliga regeln i 3 kap. 7 § sjunde stycket AFL och den nu gällande är emellertid utformade på sådant sätt att den angivna bedömningen ska göras i alla skeden av rehabiliteringskedjan, således även efter återgång i arbete hos arbetsgivaren. Bestämmelsens betydelse har inte klargjorts i rättspraxis. I sin vägledning uttrycker Försäkringskassan uppfattningen att bestämmelsen har begränsad betydelse men utvecklar inte resonemanget.⁶ Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum berörde denna fråga och nådde slutsatsen att det är motiverat med en lagändring som innebär att rätten till rehabiliteringsersättning ska bedömas med bortseende från bedömningsgrunden *normalt förekommande arbete*, vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga efter 180 dagar.⁷

Utöver en nedsättning av arbetsförmågan måste den försäkrade delta i en arbetslivsinriktad rehabilitering som *syftar* till att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmåga.⁸ Vad som ska anses omfattas av begreppet diskuterades ovan i avsnitt 18.1.2; möjligen kan syftet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utifrån resonemanget där anses ligga redan i begreppets definition. Vem som ska avgöra detta syfte framgår inte klart av gällande rätt. Räcker det att sådana arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder (som ju inkluderar det efterfrågade syftet) har initierats för att ersättning ska betalas ut eller ska Försäkringskassan göra ytterligare en ”extern” bedömning av syftet med åtgärderna? Försäkringskassans uppfattning synes här vara att en sådan bedömning ska ske och att handläggaren trots att rehabilitering pågår kan komma fram till t.ex. att den försäkrade inte har behov av rehabilitering trots nedsatt arbetsförmåga eller att de åtgärder som vidtagits inte kunnat anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering, utan i stället t.ex. att den försäkrade deltagit i en utredning av arbetsförmågan eller i någon typ av förberedande åtgärd som inte kunnat betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering.⁹ Vidare har Försäkringskassan uttryckt uppfattningen att det för att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs att åtgärden i det enskilda fallet kan *förväntas* återställa eller förbättra arbetsförmågan och att Försäkringskassan alltså ska värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge

⁵ Prop. 2007/08:136, s. 101.

⁶ Försäkringskassan, vägledning 2015:1 version 12 s. 106.

⁷ SOU 2020:6, s. 196.

⁸ 31 kap. 3 § SFB.

⁹ Jfr Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 13.

effekter på arbetsförmågan.¹⁰ En sådan värdering av det troliga utfallet av en rehabiliteringsåtgärd kan emellertid inte utläsas ur lagtexten, där det anges att det är *syftet* med åtgärden som är avgörande för om rehabiliteringsersättning kan beviljas. Bedömningen av prognosen av hur framgångsrik rehabiliteringen kommer vara, dvs. om den försäkrade de facto kommer att återfå arbetsförmåga, finns inte med som rekvisit i lagtexten.

Oavsett hur begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering närmre ska definieras betalas rehabiliteringsersättning ut endast under tid som en försäkrad deltar i sådan arbetslivsinriktad rehabilitering. Det innebär exempelvis att den som väntar på att rehabiliteringen ska starta inte kan få rehabiliteringsersättning för denna tid.¹¹ Den ersättningsform som då främst blir aktuell är sjukpenning. Detta innebär också att rehabiliteringspenning enligt nuvarande regelverk inte kan användas för att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel som inte redan har inträffat, trots att ett uttalat syfte kan vara att förebygga nedsättning av arbetsförmågan. Rehabiliteringspenning kan således inte användas för att t.ex. underlätta omställning förrän sjukdomen medfört nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Av andra stycket 31 kap. 8 § SFB framgår att arbetsförmågan under tiden för rehabiliteringsåtgärden ska anses nedsatt i den utsträckning den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta. Bestämmelsen medför därmed exempelvis att den som deltar i en rehabiliteringsåtgärd på exempelvis halvtid får halv rehabiliteringspenning, även om hans eller hennes arbetsförmåga ”egentligen” endast är nedsatt med en fjärdedel. Omvänt kan den som har helt nedsatt arbetsförmåga och deltar i en åtgärd på halvtid endast beviljas halv rehabiliteringspenning. Den återstående inkomstförlusten kan då täckas av exempelvis halv sjukpenning om förutsättningarna för att bevilja den förmånen är uppfyllda. Betydelsen är emellertid främst att ersättning kan betalas ut även när rehabiliteringen delvis sker i förebyggande syfte, dvs. under åtgärder för att förebygga ytterligare nedsättning av arbetsförmågan utöver en redan inträffad fjärdedels nedsättning.¹² Utifrån lagtextens formulering måste sammantaget kopplingen till den nedsatta arbetsförmåga som krävs för

¹⁰ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.

¹¹ Prop. 1990/91:141, s. 65.

¹² Se prop. 1990/91:141, s. 92; Jfr även s. 65 och 91.

att rehabiliteringspenning ska ges från första början upphöra i och med att ersättningen har beviljats; när rehabiliteringsåtgärden väl pågår anses den försäkrades arbetsförmåga per definition vara nedsatt i den utsträckning som åtgärden förhindrar honom eller henne från att utföra förvärvsarbete. Detta framgår även av 27 kap. 26 § SFB där det anges att en sjukperiod pågår så länge som en försäkrad har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel¹³, *eller*, såvitt här är av intresse, har rehabiliteringspenning. Det krävs således inte att någon ”egentlig” arbetsförmågenedsättning består under tid den försäkrade genomgår rehabilitering och får rehabiliteringspenning. Däremot är ju själva syftet med rehabiliteringen att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga varför det naturligtvis finns anledning att avsluta rehabiliteringen när arbetsförmågan inte längre är nedsatt.

Vad som krävs för att en rehabiliteringsåtgärd ska anses vara arbetslivsinriktad framgår av 29 kap. 2 § och har diskuterats ovan; se även avsnitt 18.1.2 om begreppet. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan dels handla om insatser för att individen ska kunna fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare eller i den egna verksamheten, dels om att ge individen förutsättning att försörja sig genom annat arbete. I det senare fallet sker detta ofta genom samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Allmänna bestämmelser om rehabilitering finns i 30 kap. 2–11 §§ SFB, se även avsnitt 18.1 om rehabilitering ovan. Avgränsningen mot medicinsk rehabilitering i innebörden av vilka åtgärder detta ska anses omfatta är inte kategorisk, vilket har konstaterats ovan. Däremot framhålls i förarbetena att tid under vilken den försäkrade enbart genomgår medicinsk rehabilitering inte bör berättiga till rehabiliteringsersättning. Deltagande i viss medicinsk rehabilitering, t.ex. sjukgymnastik, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår bör dock inte utesluta att rehabiliteringsersättning beviljas.¹⁴ I sin vägledning anger Försäkringskassan att de rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella uteslutande är arbets hjälpmedel, insatser hos Arbetsförmedlingen, arbetsträning och utbildning.¹⁵ Även om dessa insatser torde utgöra de vanligaste formerna av rehabilitering kan emellertid inte någon begränsning till dessa fyra former utläsas av vare sig lagtext eller förarbeten.

¹³ Se även HFD 2018 ref. 69.

¹⁴ Prop. 1990/91:141, s. 61.

¹⁵ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 264.

Liksom sjukpenning kan rehabiliteringspenning lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Syftet med förmånsnivåerna tre fjärdedels, halv och en fjärdedels rehabiliteringspenning är främst att möjliggöra en successiv återgång i arbete. Dessa förmånsnivåer bör därför främst nyttjas under begränsade tider och ingå i en plan för hur arbetsinsatsen successivt ska trappas upp.¹⁶ Ersättningen kan samordnas med andra ersättningar; aktivitetsstöd och rehabiliteringspenning kan exempelvis betalas ut för samma tid och samordnas beloppsmässigt vid utbetalning.¹⁷

Sedan den 1 juli 2020 kan en försäkrad som fått rätt till rehabiliteringsersättning få behålla ersättningen även under tid då han eller hon är helt eller delvis ur stånd att delta i rehabiliteringen.¹⁸ Detta gäller vid kortvarig frånvaro från den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och det är alltså förmågan att medverka i rehabiliteringen som ska bedömas. Rehabiliteringsersättningen får lämnas för högst 30 kalenderdagar i följd. Efter den sjunde dagen lämnas ersättningen endast om den försäkrade genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan styrker nedsättningen av förmågan att delta i rehabiliteringen på grund av sjukdom. Dessa bestämmelser motsvarar vad som gällde för rätt till sjukpenning för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program fram till den 1 juli 2020. Före den 1 juli 2020 gällde regler som innebar att en försäkrad med beviljad rehabiliteringsersättning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering kunde vara tvungen att avstå från att delta i rehabiliteringen på grund av sjukdom; antingen en försämring av den sjukdom som motiverat den arbetslivsinriktade rehabiliteringen eller en helt annan sjukdom. Enligt tidigare gällande regler hade den försäkrade inte rätt till rehabiliteringsersättning i denna situation utan var hänvisad till att ansöka om sjukpenning, med ökad administration för såväl den enskilde som myndigheten som följd.¹⁹

Rätten till rehabiliteringsersättning upphör från och med den månad då den försäkrade fyller 65 år. Det finns i övrigt i socialförsäkringsbalken inte några tidsgränser för hur länge rehabiliteringspenning kan beviljas. Förarbetena är tydliga med att rätten till er-

¹⁶ Prop. 1990/91:141, s. 65.

¹⁷ Se Försäkringskassans vägledning 2017:2 och 2005:1.

¹⁸ 31 kap. 5 § SFB, ändrad genom lag om ändring i socialförsäkringsbalken 2020: 427.

¹⁹ Se Ds 2018:32, vars förslag legat till grund för ändringen i 31 kap. 5 § SFB. Förslaget byggde i sin tur på förslag från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (se t.ex. dnr. S2011/11077/SF).

sättning finns så länge den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.²⁰ Av förarbetena framgår dock att inriktningen bör vara att rehabilitering tillbaka till ordinarie arbete bör omfatta högst tre månader och att inriktningen på rehabiliteringen i övrigt ska vara att den försäkrade har återfått sin arbetsförmåga inom ett år. Rehabilitering som pågår under längre tid än ett år kan bli aktuell i undantagsfall om det inte finns några möjligheter att genomföra rehabiliteringen på kortare tid.

Regeringen har meddelat ytterligare föreskrifter om rätten till rehabiliteringsersättning vid utbildning. De bygger på uttalanden i prop. 1990/91:141 och bet. 1990/91:SfU16. I förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning finns en begränsning till högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med studiemedel. I nämnda förordning finns även begränsningar när det gäller vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning. Dessa regler har varit i stort sett oförändrade sedan rehabiliteringsreformen 1992.

Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan när den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning. Det räcker med att den försäkrade har rätt till antingen rehabiliteringspenning eller särskilt bidrag för att en plan ska upprättas. Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. I förarbetena betonas att en framgångsrik rehabilitering förutsätter ett samarbete med den försäkrade. För att kunna upprätta rehabiliteringsplanen kan det även behövas medverkan från exempelvis arbetsgivare, företagshälsovård, hälso- och sjukvården i övrigt, Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten. Var och en av dessa har inom ramen för respektive regelverk ett rehabiliteringsansvar och kan behöva bidra inom sitt ansvarsområde för att en rehabilitering ska lyckas.

19.1.1 Särskilt bidrag

Enligt 31 kap. 14 § SFB lämnas särskilt bidrag under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Det särskilda bidraget ska täcka kostnader i samband med rehabilitering som är nödvändiga för att rehabilitering

²⁰ Prop. 1990/91:141, s. 65.

ingen ska kunna genomföras som avsett.²¹ Bestämmelsen syftar till att markera avgränsningen av regeringens möjligheter att med stöd av sin restkompetens meddela föreskrifter på området.²²

I bestämmelsen hänvisas till att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om sådant bidrag. Sådana föreskrifter finns i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning och i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2010:23) om rehabiliteringsersättning. Som exempel på kostnader som kan ersättas enligt dessa bestämmelser kan nämnas kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare. En försäkrad kan ha rätt till särskilt bidrag utan att samtidigt ha rätt till rehabiliteringspenning. Det gäller till exempel för en försäkrad som inte har någon SGI; ett tydligt exempel på försäkrade som omfattas är personer som får aktivitetsersättning. Han eller hon kan inte få rehabiliteringspenning men kan ändå få särskilt bidrag för kostnader i samband med rehabiliteringen. Andra personer som kan bli aktuella är de som får försörjningsstöd. Särskilt bidrag betalas ut i efterskott men kan betalas ut i förskott om det finns särskilda skäl.²³

I praktiken är det nästan uteslutande resekostnader som ersätts genom det särskilda bidraget. I Försäkringskassans rättsliga uppföljning av rehabiliteringsersättningen 2016:2 konstaterades att det av 500 granskade ärenden inte förekom något ärende där den försäkrade enbart hade ansökt om särskilt bidrag.²⁴ Det var huvudsakligen arbetslösa försäkrade som ansökte om särskilt bidrag. Enligt Försäkringskassan berodde detta sannolikt på att ansökan som regel hade initierats av handläggaren, och att möjligheten att få särskilt bidrag för resor är mycket begränsade för den som deltar i rehabilitering hos sin arbetsgivare. Sådan ersättning kan bara beviljas om det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle haft i sitt ordinarie arbete.

²¹ Prop. 1990/91:141, s. 66.

²² Prop. 2008/09:200, s. 454.

²³ 12 § förordningen (1991:1321).

²⁴ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

19.1.2 Rehabiliteringsersättning vid arbetsskada

En särskild form av rehabiliteringsersättning utgörs av de förmåner som kan ges till försäkrade som skadat sig i arbetet och till följd av detta fått en försämrad förmåga att skaffa inkomst genom arbete. Sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen kan vara aktuellt för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga på grund av en arbetsskada, men av olika anledningar inte kan få dessa ersättningar från den vanliga sjukförsäkringen. För de försäkrade som har en arbetsskada och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering finns det även möjlighet att få ersättning i form av *livränta* under den tid som rehabiliteringen pågår. Detta följer av 41 kap. 4 § SFB där det anges att den försäkrades förvärvsförmåga anses vara nedsatt när han eller hon deltar i behandling eller rehabilitering eftersom deltagande i rehabiliteringsinsatsen hindrar den försäkrade från att förvärvsarbeta. En förutsättning för att kunna beviljas livränta enligt 41 kap. 4 § SFB är dock att grundförutsättningarna för rätt till livränta i 41 kap. 2 § SFB är uppfyllda. Det innebär att livränta under arbetslivsinriktad rehabilitering bara kan beviljas om förvärvsförmågan är nedsatt med minst en femtondel och nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. Om Försäkringskassan vid bedömning av den framtida inkomstförlusten kommer fram till att förvärvsförmågan sannolikt kommer att förbättras efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering kan livränta beviljas under rehabiliteringstiden. Det bedöms då vara en samhällsekonomisk vinst att betala full livränta under rehabiliteringstiden, i stället för att betala livränta under en längre tid som kompensation för en lägre lön.

Att en arbetslivsinriktad rehabilitering beräknas pågå under kortare tid än ett år är i enlighet med rättsfallet RÅ 2005 ref. 46 i sig inget hinder för att bevilja arbetsskadelivränta. Högsta förvaltningsdomstolen slog där fast att den omständigheten att en arbetslivsinriktad rehabilitering beräknas pågå under kortare tid än ett år i sig inte är något hinder för att bevilja arbetsskadelivränta. Livränta kan alltså även beviljas t.ex. vid kortare utbildningar om grundförutsättningarna för rätten till livränta är uppfyllda. Av domen framgår att övriga förutsättningar för livränta måste vara uppfyllda för att ersättning ska kunna ges från arbetsskadeförsäkringen. I övriga förutsättningar ingår att grundkraven för livränta måste vara uppfyllda. Det innebär

rent praktiskt att livränta kan beviljas för en utbildning som är kortare än ett år om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade även efter den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har en lägre förvärvsförmåga än i det arbete som han eller hon hade före arbetsskadan. Det är enligt Försäkringskassans vägledning den personliga handläggaren i sjukförsäkringsärendet som ansvarar för att det upprättas en rehabiliteringsplan också i de fall livränta betalas ut under rehabiliteringen. Det är också den personliga handläggaren som har den fortlöpande kontakten med den försäkrade och som följer upp rehabiliteringen. För att underlätta rehabiliteringsplaneringen är det enligt vägledningen lämpligt att arbetsskador, där det kan bli aktuellt med en rehabiliteringsåtgärd, behandlas med förtur.²⁵

Utredningen om en mer jämställd och rättssäker försäkring vid arbetsskada hade bland annat i uppdrag att se över bestämmelserna om rehabiliteringsersättning vid arbetsskada.²⁶ I direktiven påpekades att det kan vara ett problem att arbetsförmågebegreppen och kraven på nedsättning av arbetsförmågan är olika i sjuk- respektive arbetsskadeförsäkringen. I sjukförsäkringen utbetalas inte någon ersättning om nedsättningen av arbetsförmågan är mindre än en fjärdedel. När det gäller livränta från försäkringen vid arbetsskada är det förmågan att skaffa sig inkomst som är avgörande och att denna förmåga är nedsatt med minst en femtondel. En person kan således utifrån den allmänna sjukförsäkringens perspektiv vara helt eller i det närmaste helt arbetsförmögen och inte berättigad vare sig till sjukpenning eller till rehabiliteringsersättning, men enligt försäkringen för arbetsskada ändå ha en nedsatt arbetsförmåga.

19.1.3 Handläggning av rehabilitering – samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Det finns ett gemensamt uppdrag²⁷ till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan om samarbete på rehabiliteringsområdet. Myndigheterna arbetar enligt en gemensam process som beskriver ett mellan parterna överenskommet arbetssätt för myndigheternas rehabiliteringssamverkan. Syftet med processen är att ge förutsättningar för ett

²⁵ Försäkringskassan, Vägledning 2003:4 Förmåner vid arbetsskada, version 16, s. 194.

²⁶ SOU 2017:25.

²⁷ Sedan 2012 i myndigheternas regleringsbrev samt att särskilda medel är avsatta för detta samarbete.

väl fungerande samarbete samt ett enhetligt arbetssätt. Myndigheterna ska identifiera och möta behov av rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt för personer som får sjukpenning eller aktivitetsersättning och som har behov av aktiva insatser.²⁸ Vidare ska myndigheterna genom sin samverkan bidra till en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro. I de fall den försäkrade har sjukpenning, utbetalas i stället rehabiliteringspenning under tiden han eller hon genomgår arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Försäkrade som har aktivitetsersättning behåller denna ersättning även när han eller hon genomgår rehabilitering.

Processen för myndigheternas rehabiliteringssamverkan inleds när Försäkringskassan har identifierat ett sannolikt behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för en försäkrad och möter individen för att förbereda en gemensam kartläggning och tar slut när det förstärkta samarbetet/rehabiliteringssamverkan avslutas eller avbryts.

Det förstärkta samarbetet avseende rehabiliteringssamverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan består av två delar: gemensam kartläggning och aktiva insatser. Syftet med det förstärkta samarbetet som helhet är att personen ska utveckla eller återfå sin arbetsförmåga för att kunna återgå i, eller få, arbete. Arbetsförmedlingen ansvarar för att insatserna genomförs och Försäkringskassan ansvarar för att klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering och att se till att åtgärder vidtas. Ansvaret för planering och uppföljning är gemensamt.

Gemensam kartläggning är ett arbetssätt för samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som syftar till att identifiera en persons förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. Gemensam kartläggning är en metod för att ta tillvara Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kompetens så att den försäkrade ska få rätt insatser från rätt aktör vid rätt tidpunkt.

Gemensam kartläggning innebär att den försäkrade träffar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans för att han eller hon ska få sin nuvarande situation klarlagd. Vid gemensam kartläggning kan även andra aktörer, till exempel arbetsgivare, vårdgivare eller kommunen, medverka och bidra till att den försäkrade får rätt insatser för att kunna börja arbeta eller återgå i arbete. Eventuella

²⁸ Gemensamt uppdrag till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i myndigheternas regleringsbrev för 2020.

behov av insatser och de förutsättningar som dessa aktörer kan bidra med ska då identifieras.

Kartläggningen ska bidra till att öka den försäkrades delaktighet i att hitta vägar som gör det möjligt att återgå i arbete. Grundförutsättningen för att det ska vara aktuellt att initiera en gemensam kartläggning är att den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller riskerar nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Det bör också vara troligt att den försäkrade är i behov av Arbetsförmedlingens kompetens för att kartlägga sina rehabiliteringsmöjligheter på bästa sätt. Den gemensamma kartläggningen ska leda fram till att den plan för återgång i arbete som redan finns kompletteras eller att det tas fram en ny plan för den försäkrade. Kartläggningen kan ske vid ett eller flera möten.

Det är först efter den gemensamma kartläggningen som eventuella insatser påbörjas. För en del försäkrade kan det vara aktuellt med arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser och att ha ett fortsatt samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. För andra kan planeringen vara att endast ha fortsatt kontakt med en av de två myndigheterna. Om något nytt inträffar som ändrar förutsättningarna och planen behöver revideras kan det bli aktuellt med ett möte för att göra en gemensam uppföljning.

19.1.4 Rättspraxis rörande rehabiliteringsersättning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2007 ref. 31 – längd på utbildning inte avgörande för rätt till rehabiliteringspenning

I målet hade en försäkrad genomgått utbildning om 31 veckor förlagda till elva perioder under en tidrymd om fyra år. Frågan i målet var om den omständigheten att utbildningen avslutats först omkring fyra år efter det att den påbörjats innebär att den försäkrade inte haft rätt till rehabiliteringsersättning. Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det inte finns några föreskrifter som reglerar under hur lång tid rehabiliteringsersättning kan utgå. Frågan berördes i förarbetena till reglerna om rehabiliteringsersättning.²⁹ I denna fråga uttalades att inriktningen på rehabiliteringsarbetet borde vara att den försäkrade återfick sin arbetsförmåga inom ett år och att i vart fall en eventuell utbildning borde vara avslutad inom denna tid. Detta

²⁹ Prop. 1990/91:141, s. 17, 62 och 92; bet. 1990/91:SfU16, s. 34.

uttalande medförde enligt HFD:s uppfattning inte att lagen skulle tolkas så att den tidsmässiga uppläggnings av den försäkrades utbildning utgör hinder för honom eller henne att få rehabiliteringsersättning. Avgörande var i stället om utbildningen fyller det syfte som anges i lagen, nämligen att återge den försäkrade arbetsförmågan och för denne skapa förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1997 not 102 – viss utbildning utgjorde inte arbetslivsinriktad rehabilitering som gav rätt till rehabiliteringsersättning

Högsta förvaltningsdomstolen hade i detta mål att ta ställning till huruvida en viss utbildning på folkhögskola kunde anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering som kunde ge rätt till rehabiliteringsersättning. HFD redogjorde för att syftet med en rehabiliteringsåtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning ska vara att förkorta sjukdomstid, att helt eller delvis förebygga att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan. De rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning ska vara arbetslivsinriktade och vara sådana att de förutsätter en aktiv medverkan från den försäkrades sida. Rehabiliteringsersättning kan ges även i samband med utbildning. Denna skall avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.

Den försäkrade genomgick en utbildning på folkhögskola. HFD konstaterade att utredningen visade att syftet med utbildningen mera hade varit att utgöra ett led i den försäkrades sociala och medicinska rehabilitering än att vara en direkt förberedelse för att han skulle få eller behålla ett förvärsarbete. Avgörande för bedömningen torde inte ha varit karaktären hos utbildningen i sig, utan att den för just den person som målet gällde inte kunde anses arbetslivsorienterad.³⁰

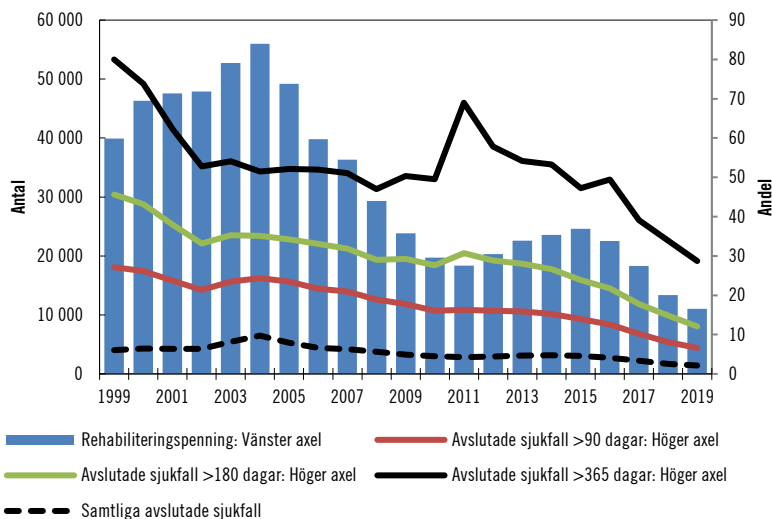
³⁰ Jfr Hessmark m.fl., Socialförsäkringsbalken – en kommentar om 31 kap. 3 §.

19.2 Utvecklingen av rehabiliteringsersättningen över tid

Antal personer med rehabiliteringspenning har varierat över tid. När antal personer med sjukpenning ökat har också antalet personer med rehabiliteringspenning ökat och när antalet sjukpenningstagare minskat har även antal personer med rehabiliteringspenning minskat. Den långsiktiga trenden pekar mot både ett minskat antal personer med rehabiliteringspenning och att dess andel av samtliga sjukfall minskar.

Eftersom det ofta tar en tid in i sjukfallet innan rehabiliteringspenning blir aktuellt är det av intresse att relatera antalet personer med rehabiliteringspenning till de längre sjukfallen. Andelen av sjukfallen som fått rehabiliteringspenning har minskat oavsett vilka sjukfallslängder som rehabiliteringspenningen relateras till. Frånsett små årliga variationer och ett lite större hopp mellan 2010–2011 har den långsiktiga trenden pekat nedåt. Ökningen i andelen som fick rehabiliteringspenning under 2010–2011 förklaras av att minskningen i antalet personer som fick rehabiliteringspenning dessa år inte var lika stor som minskningen i antalet personer som fick sjukpenning. Sett över perioden 2000 till 2019 har andelen som fått rehabiliteringspenning i relation till sjukfall som varat i mer än 90 dagar minskat från 27 till 6,5 procent, i relation till sjukfall som varade längre än 180 dagar har andelen minskat från 43 till 12 procent och i relation till sjukfall som varat längre än 1 år har andelen minskat från 80 till 29 procent.

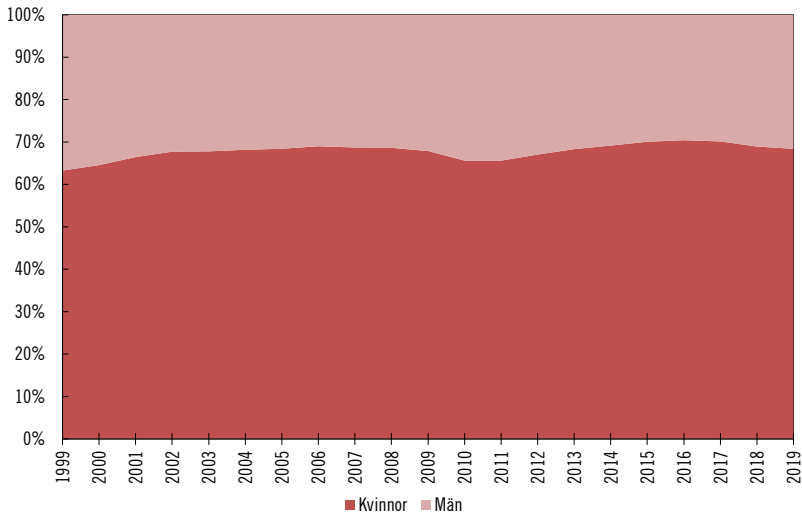
Figur 19.1 Antal och andel av olika sjukfallslängder som har fått rehabiliteringspenning



Källa: Försäkringskassan.

Anm. Andel beräknad som antal personer som fått rehabiliteringspenning i förhållande till avslutade sjukfall vid olika falllängder.

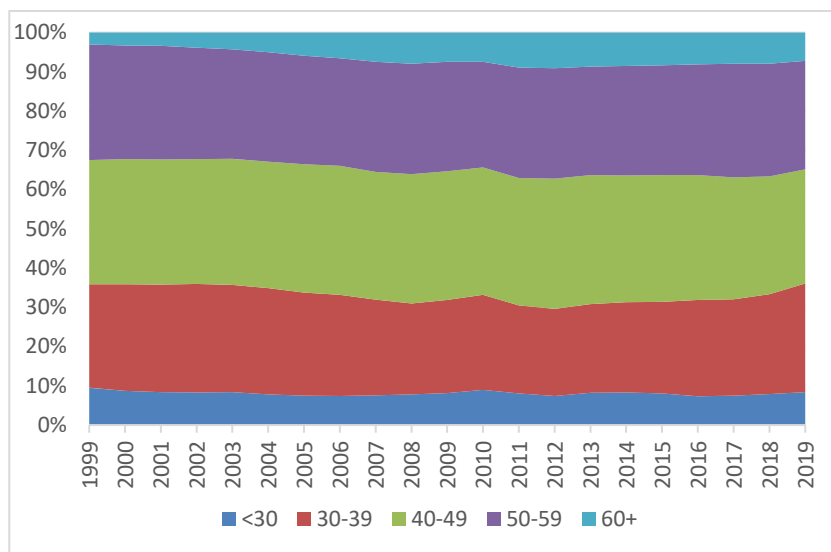
Det är fler kvinnor än män som har rehabiliteringspenning. Kvinnornas andel har varierat över tid men alltid legat mellan 60 och 70 procent av det totala antal personer som får denna ersättning. Vägen till rehabiliteringspenning går vanligtvis via sjukpenning. Kvinnor svarar för omkring 60 procent av alla påbörjade sjukfall och ungefär lika stor andel av sjukfallen längre än 90 dagar. Det innebär att kvinnor är något överrepresenterade bland dem som har rehabiliteringspenning i förhållande till dess andel av samtliga påbörjade sjukfall och i förhållande till de längre sjukfallen.

Figur 19.2 Andel kvinnor och män med rehabiliteringsersättning

Källa: Försäkringskassan.

Åldersfördelningen bland dem som har rehabiliteringspenning har varit tämligen stabil över tid. Den äldsta åldersgruppen, 60–64 år, har dock ökat sin andel svagt sedan början 2000-talet och utgjorde 2019 omkring 7 procent av samtliga med rehabiliteringspenning. Det är ungefär hälften av åldersgruppens andel av samtliga sjukfall, vilket innebär att andelen över 60 år ändå måste ses som underrepresenterade i förhållande till den andel de utgör av samtliga startade sjukfall. Det gäller också den yngsta åldersgruppen, under 30 år, medan de som är mellan 30 och 49 år är överrepresenterade och åldersgruppen 50–59 år får rehabiliteringspenning i ungefär samma utsträckning som gruppens andel av de startade sjukfallen.

Figur 19.3 Rehabiliteringspenning, åldersgrupper

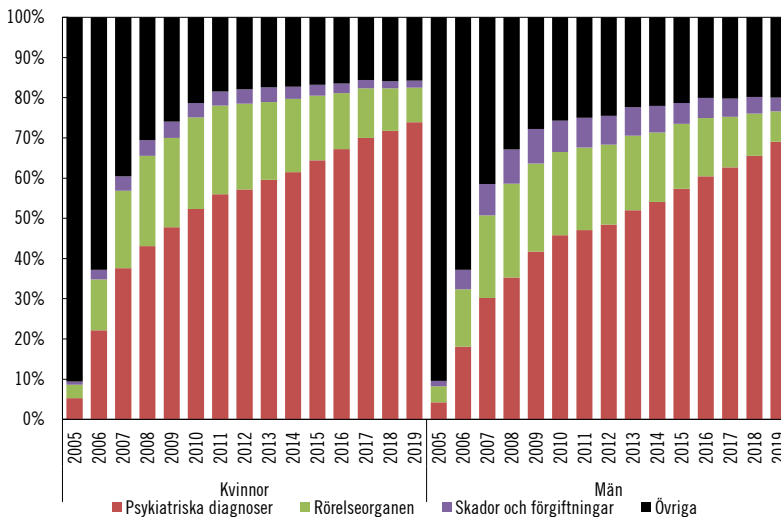


Källa: Försäkringskassan.

De vanligaste diagnoserna hos dem som har rehabiliteringspenning är psykiatriska diagnoser. Över tid har denna diagnosgrupp ökat markant och utgjorde 2019 omkring 70 procent av alla rehabiliteringsärenden. För den andra stora diagnosgruppen, sjukdomar i rörelseorganen, har utvecklingen gått i motsatt riktning under de senaste åren. I takt med att de psykiatriska diagnoserna ökat har andelen med sjukdomar i rörelseorganen minskat. År 2019 utgjorde sjukdomar i rörelseorganen diagnosen för omkring 10 procent av alla som uppbar rehabiliteringspenning.

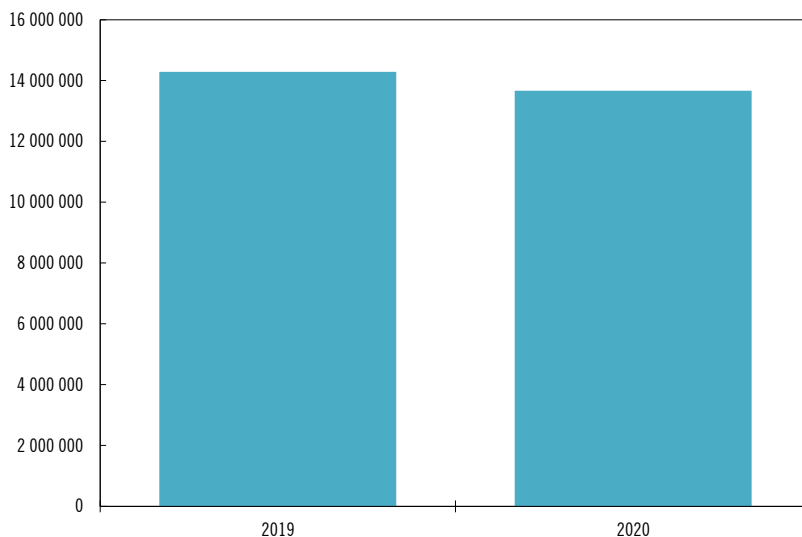
Figur 19.4 Rehabiliteringspenning, diagnoser

Andel av samtliga med rehabiliteringspenning



Källa: Försäkringskassan.

Personer som har rehabiliteringspenning kan också få ersättning via det särskilda bidraget. Det särskilda bidraget ska täcka kostnader som uppstår i samband med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Man kan till exempel få ersättning för resor och traktamente om man måste bo på annan ort för att kunna delta i en rehabiliteringsinsats. Man kan även få ersättning för läromedel och kursavgifter. Det särskilda bidraget betalas bara ut om kostnaderna inte kan ersättas på något annat sätt, till exempel genom arbetsgivaren eller någon annan försäkring. Under 2019 utbetalades omkring 14 miljoner kronor i särskilda bidrag. I princip hela detta belopp utgjordes av ersättning för resor. Mindre än en procent utgjordes av traktamenten och ersättning för läromedel svarade för knappt 5 000 kronor. För 2020 har utredningen fått ta del av uppgifter från januari till maj. Om dessa uppgifter skalas upp till helårssiffror landar årsutgifterna för 2020 strax under 2019 års utgifter. Även för 2020 är dock mönstret avseende vilka utgiftsposter som ersätts det samma som för 2019. Resor till och från behandlingstillfällen svarade även 2020 för omkring 99 procent av den utbetalda ersättningen.

Figur 19.5 Särskilda bidraget 2019 och 2020

Källa: Försäkringskassan.

19.2.1 Vilken typ av rehabilitering förekommer i ärenden om rehabiliteringsersättning?

I direktiven beskrivs hur såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har förändrats sedan reformen genomfördes i början av 1990-talet. Den medicinska rehabiliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag. I förarbetena inför införandet av förmånerna³¹ angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning. Denna fråga, vilka rehabiliteringsåtgärder som faktiskt används i dagsläget, diskuteras närmre i kapitel 25 om rehabiliteringsprocessen. Något kan dock sägas om vilka åtgärder som är vanligast i ärenden om rehabiliteringsersättning.

³¹ Prop. 1990/91:141, s. 88.

Arbetsträning är den i särklass vanligaste rehabiliteringsåtgärden

Arbetsträning innebär att den försäkrade är på en arbetsplats utan krav på prestation. Personen tränar på vissa arbetsuppgifter för att få tillbaka sin arbetsförmåga och får hjälp med arbetsmoment som han eller hon inte klarar på grund av sin sjukdom. Någon annan utför alltså de arbetsuppgifter som den som arbetstränar inte klarar av eller hinner med. Arbetsträningen ska inte ersätta den tid som det normalt tar att lära sig ett nytt arbete. Arbetsträningen ska planeras av arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen tillsammans med Försäkringskassan som bedömer om det är en effektiv rehabiliteringsåtgärd för personen.

Arbetsträning innebär att prestationskraven sänks så länge arbetsträningen pågår men innebär inte i sig någon långsiktig förändring av kraven. Såvida inte någon arbetsanpassning görs är prestationskraven desamma vid arbetsträningens slut som de var innan arbetsträningen startade. För att arbetsträningen ska ha effekt på arbetsförmågan förutsätts det alltså att den förbättrar den försäkrades förutsättningar för arbetet.

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2016 granskades 500 ärenden rörande rehabiliteringsersättning. I dessa ärenden var arbetsträning den i särklass vanligaste formen av rehabiliteringsåtgärd. Sådan rehabilitering förekom i 96 procent av de granskade ärendena. Anställda arbetstränade oftast i det ordinarie arbetet. Så var fallet i drygt hälften av de ärendena. En femtedel av de anställda som arbetstränade gjorde det i stället i ett annat arbete hos arbetsgivaren. Ungefär en fjärdedel arbetstränade i ett arbete utanför arbetsgivarens verksamhet. I resterande ärenden (två procent) framgick det inte vad det var för arbete.

De flesta (86 procent) av de arbetslösa som arbetstränade gjorde det i ett arbete inom den öppna arbetsmarknaden. I åtta procent av ärendena genomfördes arbetsträningen i stället i ett arbete inom den skyddade arbetsmarknaden, som regel på Samhall. I resterande ärenden framgick det inte vad det var för arbete.

Av de få egenföretagare som förekom bland de granskade ärendena deltog tre av fem i arbetsträning, och i samtliga fall skedde arbetsträningen i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. I urvalet förekom också två studerande, och båda arbetstränade i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Utbildning är en sällsynt rehabiliteringsåtgärd

Utbildning förekom mycket sällan i de granskade ärendena, endast i en procent av ärendena. I uppföljningen var det två anställda och fem arbetslösa som genomgick rehabilitering i form av utbildning. Det förekom inte någon egenföretagare eller studerande som deltog i sådan rehabilitering.

Försäkringskassan anger i den rättsliga uppföljningen att detta resultat inte är förvånande, eftersom sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är renodlat medicinskt och rehabilitering ska syfta till att återställa arbetsförmågan. En utbildning förbättrar normalt inte de medicinska förutsättningarna att utföra ett arbete. Utbildning kan däremot innebära att den försäkrade förbättrar sin förmåga att få ett arbete. För en anställd vars arbetsgivare kan erbjuda omplacering till ett annat arbete under förutsättning att man går en utbildning kan rehabilitering i form av utbildning bli aktuell under den period i rehabiliteringskedjan då bedömningen av arbetsförmåga görs i förhållande till arbete hos den befintliga arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan utbildning bli aktuellt om arbetsförmågan är nedsatt i sådana slags arbeten, men att ett specialanpassat eller skyddat arbete skulle kunna bli aktuellt efter utbildning.³²

Arbetsförberedande insatser

Arbetsförberedande åtgärder är ett individuellt anpassat program som Arbetsförmedlingen kan erbjuda den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Enligt Försäkringskassans rättsliga ställningstagande 2012:04 ska en försäkrad som deltar i en förberedande åtgärd som Arbetsförmedlingen anvisat till genom ett programbeslut anses vara en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd, oavsett vilka konkreta aktiviteter som den förberedande åtgärden består i. Arbetsförberedande insatser förekom som regel i de granskade ärendena i kombination med en efterföljande arbetsträning.

Arbetsförberedande insatser förekom i sju procent av de granskade ärendena, och både för anställda och arbetslösa. Av de anställda var det fem procent och av de arbetslösa 14 procent som deltog i en

³² Försäkringskassan 2016:2, s. 20.

sådan insats. En av de fem egenföretagarna som fanns i urvalet deltog också i en arbetsförberedande insats, däremot ingen av de båda studerande som fanns i urvalet.

Övriga rehabiliteringsåtgärder

I sju procent av de granskade ärendena fanns det uppgift om någon annan typ av åtgärd under perioden med rehabiliteringsersättning. Det förekom till exempel att den försäkrade skulle genomgå någon typ av utredning, t.ex. en arbetsprövning för att klarlägga arbetsförmågan eller någon annan utredning via Arbetsförmedlingen eller något företag som tillhandahåller utredningstjänster. Det förekom också att den försäkrade skulle delta i något projekt men att det inte framgick vad det var för typ av åtgärder som det gällde. Det förekom också uppgifter om att den försäkrade skulle delta i något slags arbetsförberedande åtgärder, men att det inte framgick att det var ett program som Arbetsförmedlingen anvisat till och inte heller i övrigt framgick vad det var för typ av åtgärder.

Utredningens bild bekräftar bilden i kvalitetsuppföljningen

Denna bild av vilka rehabiliteringsåtgärder som typiskt sett förekommer har även utredningen fått bekräftad i andra kontakter med Försäkringskassan.³³ Vid dessa kontakter bekräftas att fördelningen av rehabiliteringsåtgärder även vid denna tidpunkt liknar dem som granskades i den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2016.

19.3 Rehabiliteringsersättning – problemanalys

Som tidigare nämnts består rehabiliteringsersättning av två delar: rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning lämnas till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och särskilt bidrag lämnas till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Det krävs att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel samt att det finns ett behov av rehabilitering för

³³ Bl.a. genom möte med Försäkringskassans handläggare av rehabiliteringsersättning.

att återfå arbetsförmågan. Ersättningen betalas ut för den tid då den försäkrade deltar i rehabiliteringen. Avsikten med rehabiliteringen ska vara att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan.³⁴

Med begreppet rehabilitering avses i detta sammanhang arbetslivsinriktad rehabilitering.³⁵ Det definieras som åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (29 kap. 2 § SFB).

I avsnitt 19.2 redogjordes för rehabiliteringsersättningens utveckling över tid. Utifrån denna statistik kan dels konstateras att relativt få personer beviljas rehabiliteringsersättning, dels att användandet av förmånen har minskat kraftigt över tid. Med rehabiliteringsersättning menas här i första hand rehabiliteringspenning som ersätter inkomstförlust.

Utvecklingen innebär att Försäkringskassan har beviljat allt färre försäkrade ersättning för inkomstförlust vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Andelen fall med rehabiliteringspenning i förhållande till andelen fall med sjukpenning har också minskat successivt. Med andra ord ses således en nedgång såväl i absoluta tal som i andelen av alla sjukfall med ersättning från sjukförsäkringen (sjukpenning eller rehabiliteringspenning). Rehabiliteringspenning beviljas vidare allt senare i sjukfallen. Denna utveckling skiljer sig från den för förmånen förebyggande sjukpenning, där nivåerna över tid har legat på en relativt konstant, låg nivå.

Användandet av rehabiliteringspenning har minskat stadigt över tid men under vissa perioder kan extra stora nedgångar skönjas. Sedan år 2016 har antalet individer som beviljats rehabiliteringspenning gått ned avsevärt. I december 2016 fick 8 095 personer rehabiliteringspenning. Samma månad 2018 uppgick antalet till 4 867 personer. Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med 2,4 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Rehabiliteringsersättningens andel av det totala antalet nettodagar (sjukpenning och rehabiliteringspenning sammantaget) har igenomsnitt i det närmaste halverats under perioden åren 2011 t.o.m. 2018.³⁶

³⁴ 31 kap. 3 § SFB.

³⁵ Här behandlas inte medicinsk rehabilitering som ersätts antingen via sjukpenning eller förebyggande sjukpenning.

³⁶ SOU 2020:6, s. 96 och Försäkringskassan, utgiftsprognos 2019–2022, 2019-07-29.

I Försäkringskassans utgiftsprognos för åren 2020–2023 anges att även utgifterna för rehabiliteringspenning har minskat under en längre tid. År 2017 minskade utgifterna med drygt 23 procent jämfört med 2016 och under 2018 och 2019 fortsatte utgifterna att minska med 19 respektive 12 procent i årstakt. Den kraftiga minskningen beräknas upphöra från och med 2020 och utgifterna prognostiseras att utvecklas förhållandevis stabilt under prognosperioden. Detta då andelen av samtliga sjukfall (sjuk- och rehabiliteringspenning sammantaget) som ersätts med rehabiliteringspenning nu verkar ha stabiliserats efter den tidigare minskningen. Andelen beräknas kvarstå på omkring 2019 års nivå under hela prognosperioden, undantaget 2020 då andelen beräknades bli lägre på grund av ökad sjukpenning orsakad av covid-19.³⁷

Förmånen har inte under senare år varit föremål för någon mer grundlig utredning eller översyn, men har berörts i SOU 2020:6 och SOU 2020:24. Försäkringskassan publicerade år 2016 en rättslig kvalitetsuppföljning som berörde frågan där ett antal akter har granskats utifrån framför allt kvalitetsperspektivet.³⁸ Dessa rapporter har beaktats av denna utredning i den följande analysen.

En utgångspunkt i såväl utredningens direktiv som det övergripande målet för sjukförsäkringen är att rätt person ska få rätt ersättning och att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid. Dessutom är själva målet för sjukförsäkringen att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.³⁹ En annan utgångspunkt är att rehabilitering som kan ge en försäkrad arbetsförmåga åter ska uppmuntras. Utredningen tolkar här skrivningarna i direktiven på så sätt att det är önskvärt att försäkrade ska beviljas och ha rehabiliteringsersättning i de fall där sådan rehabilitering i sig kan antas medföra att nedsatt arbetsförmåga kan förkortas eller förebyggas.

Detta innebär också för den fortsatta analysen att orsakerna till det låga användandet av förmånen samt eventuella faktorer som motverkar användandet av rehabiliteringsersättning vid en effektiv rehabilitering bör identifieras.

³⁷ Försäkringskassan, utgiftsprognos för 2020–2023, 2020-07-27, s. 45–46.

³⁸ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, Rehabiliteringsersättning.

³⁹ Prop. 2008/09:1 utg.omr. 10, avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.

19.4 Tänkbara förklaringar till det begränsade och minskade användandet av rehabiliteringsersättning

Som tidigare konstaterats beviljas relativt få personer rehabiliteringsersättning och användandet av förmånen har minskat kraftigt över tid. Det finns ett antal möjliga förklaringar till varför förmånen används i så liten utsträckning och dessa diskuteras i avsnitten nedan.

Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering i sig. Utredningen menar därför att det skulle kunna bero på förändringar av i vilken utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs. Andra tänkbara förklaringsmodeller utgörs av bl.a. avgränsningar i regelverket eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma.

19.4.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre utsträckning eller utan rehabiliteringsersättning

En möjlig förklaring till det minskade användandet av rehabiliteringsersättning skulle kunna vara att sådan arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning sker i mindre utsträckning. Eftersom en förutsättning för att beviljas rehabiliteringsersättning är att den försäkrade genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering får antalet fall där arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs en direkt påverkan på antalet beviljade ärenden med rehabiliteringsersättning. Det kan också vara så att sådan rehabilitering sker utan att ersättning enligt förmånen ansöks om eller beviljas.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs så vitt utredningen kunnat erfara vanligtvis på eller i nära anslutning till en arbetsplats. Andra typer av arbetslivsinriktad rehabilitering är ovanliga. Det innebär att det måste finnas en arbetsgivare och en arbetsplats som är villig att ta emot den enskilde individen och avsätta resurser för stöd och hjälp på arbetsplatsen. För individen finns inte ekonomiska incitament till arbetslivsinriktad rehabilitering när det gäller storleken på rehabiliteringspenningen, eftersom den är densamma som vid sjukpenning.

Att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen företrädesvis bedrivs på eller i nära anslutning till en arbetsplats kräver också bl.a. att den enskilde har ork och förmåga att vistas på en arbetsplats under en

viss del av dagen. Det ställer i sin tur vissa krav på att individen kommit en bit in i rehabiliteringsprocessen för att arbetslivsinriktad rehabilitering ska kunna bli aktuell.

Försäkringskassan hade i de ärenden som granskades i den rättsliga uppföljningen 2016 inte avslagit ansökan om rehabiliteringspenning i något fall. Eftersom Försäkringskassan som regel är involverad i den planering som leder fram till ansökan är det inte förvånande att ansökningar om rehabiliteringsersättning sällan avslås. Där framgår också att det ofta var handläggaren som hade initierat den försäkrades ansökan om rehabiliteringspenning. Den försäkrade hade alltså inte ansökt på eget initiativ. Det framkom också på de workshoppar med handläggare som myndighetens rättsavdelning hade efter granskningen att spontana ansökningar om rehabiliteringsersättning i princip aldrig förekommer.⁴⁰

Om initiativet till ansökan om ersättning ofta kommer från handläggaren på Försäkringskassan synes det ursprungliga initiativet till själva rehabiliteringen många gånger dock komma från arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården.

Utredningen har också studerat huruvida det finns administrativa hinder som kan försvåra en arbetslivsinriktad rehabilitering. En möjlig delförklaring till varför rehabiliteringsersättning inte används i så hög utsträckning skulle kunna vara att den innebär administrativa svårigheter för den enskilde och eller Försäkringskassan. Utredningen har emellertid inte kunnat hitta stöd för en sådan slutsats, till skillnad från exempelvis vad som gäller för förmånen förebyggande sjukpenning, där en utförlig behandlingsplan med flera rekvisit samt ett dubbelt ansökningsförfarande medför administrativa svårigheter.

19.4.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen

Ett faktum relaterat till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträkning är också att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen. I tidigare utredningar har konstaterats att Försäkringskassan sällan tar ställning till försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum fann att det i de flesta fall med pågående sjukpenning saknas ställnings-

⁴⁰ Försäkringskassan 2016:2, s. 12.

tagande till den försäkrades behov av rehabilitering. Denna observation har också stöd i statistiken för ärenden med rehabiliteringsersättning. Samma utredning noterade att det i många fall pågår en upptrappning av arbetstiden under tid med sjukskrivning men att det även i dessa fall ofta saknas ett ställningstagande till rehabiliteringsbehovet. En risk med detta är att personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till adekvata anpassnings- och rehabiliteringsinsatser.⁴¹

Förutom den konstaterade nedgången i antalet fall med beviljad rehabiliteringspenning har även antalet och andelen fall där rehabiliteringspenning beviljas före dag 181 i rehabiliteringskedjan minskat kraftigt under senare år. År 2018 beviljade endast 236 fall före dag 181. Antalet var något större under dag 180–364 (562 stycken under 2018). I huvuddelen av fallen beviljades rehabiliteringspenning först efter ett års sjukskrivning (4 920 fall under 2018). Denna statistik avser anställda sjukskrivna. Arbetslösa prövas redan från och med dag 1 mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och ingår inte i rehabiliteringskedjan med dess tidsgränser.⁴²

Eftersom arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser sätts in allt senare i ett pågående sjukfall inträder själva förutsättningarna för att kunna beviljas rehabiliteringspenning också allt senare i pågående sjukfall. Vid den tidpunkt, efter mer än ett års sjukskrivning som de flesta fall med rehabiliteringsersättning i praktiken initieras, har de flesta sjukfall redan avslutats antingen genom att den försäkrade har återgått i arbete i samma eller annan omfattning jämfört med tidigare, bytt arbete eller nekats sjukpenning (det sistnämnda har typiskt sett skett vid tidsgränsen vid dag 180 och bedömning av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete).

Utredningen kan konstatera att det vetenskapliga kunskapsläget kring effekten av arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan anses helt klarlagt och att uppfattningarna är både många och delade. Detta utgör ett stort problem vad gäller frågan om vilken typ av rehabilitering som ska sättas in, och i vilket skede av en försäkrads sjukskrivningsprocess som rehabiliteringen bör ske. Det kan dock konstateras att den nuvarande tillämpningen där rehabiliteringsinsatser sätts in allt senare i pågående sjukfall inte tycks vara i överensstämmelse med forskningsläget vad gäller effektiva rehabiliteringsåtgärder för i vart

⁴¹ SOU 2020:6, s. 137.

⁴² SOU 2020:6 s. 98.

fall vissa diagnoser, såsom det redovisas i en litteraturöversikt som ingår i SOU 2020:6. Där framgår att insatserna utöver att vara multidisciplinära⁴³ också bör sättas in tidigt.⁴⁴ Se även avsnitt 21.1.2. rörande frågan om kunskapsläget för effektiv rehabilitering.

19.4.3 Oklara gränsdragningar mellan olika former av rehabilitering samt gentemot anpassning av arbete

Definitionen av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering medför ett antal gränsdragningsfrågor i relation till andra rehabiliteringsformer och det ansvar olika aktörer har för dessa insatser. Som redogjordes för i avsnitt 18.1 har hälso- och sjukvården ansvar för medicinsk rehabilitering, kommunerna har ansvar för social rehabilitering medan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är ett delat ansvar för arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.⁴⁵ Försäkringskassan utför dock inte rehabiliteringsinsatser. Gränsdragningsproblem mellan olika aktörer och rehabiliteringsformer gör det tänkbart att försäkrade ibland får arbetslivsinriktad rehabilitering utan att få rehabiliteringspenning för tiden som insatsen pågår.

Vid införandet av rehabiliteringsersättning framhölls att det ansågs viktigt med en gräns mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt dåvarande AFL och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som reglerades i bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Det faktum att det för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut krävs att arbetslivsinriktad rehabilitering pågår gör att den potentiella målgruppen för förmånslaget blir begränsat. Det finns dock ett antal andra åtgärder som kan vara aktuella i rehabiliteringsprocessen som inte nödvändigtvis utgör arbetslivsinriktad rehabilitering. Det kan t.ex. handla om att den försäkrade deltar i en utredning av arbetsförmågan eller i någon typ av förberedande åtgärd som

⁴³ Denna slutsats avser rehabilitering vid besvär i rörelseorganen.

⁴⁴ Betydelsen av tidiga insatser var inte huvudfokus för forskningsöversikten, men det konstateras ändå att det i flera studier diskuteras vilken roll tidsaspekten har. I litteraturöversiktterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring, se SOU 2020:6, s. 276 f.

⁴⁵ Prop. 1990/91:141, s. 39 f., SOU 2010:58, s. 16 och 30 kap. SFB.

inte betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabilitering av medicinsk karaktär ingår inte heller i de åtgärder som kan medföra att rehabiliteringsersättning beviljas. Inte heller kan de anpassningar av arbetet som en arbetsgivare gör och som ingår i dennes arbetsgivaransvar utgöra rehabiliteringsåtgärder, och sådana åtgärder ger därför enligt nuvarande regelverk inte heller rätt till rehabiliteringsersättning.

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är på ett sätt renodlat medicinskt. Det är endast nedsättningar av arbetsförmågan som beror på sjukdom som ger rätt till ersättning. Det är samtidigt endast sådana nedsättningar som, ur försäkringens perspektiv, kan kräva rehabilitering. Begreppet är emellertid också relationellt på så sätt att den försäkrades förmåga ska ställas i relation till en arbetsmarknad som ställer upp olika krav. Vid bedömningen av arbetsförmågan ställs individens förmågor i relation till kraven i det arbete eller på den arbetsmarknad som bedömningen ska göras i förhållande till.

Det innebär att det principiellt sett finns två sätt att förbättra arbetsförmågan; att förbättra den försäkrades förutsättningar eller att anpassa arbetskraven. Försäkringskassan beskriver att en sådan förbättring kan ske på två sätt: dels genom att den försäkrades ”innehavande” förmågor att utföra arbete förbättras, dels genom att kraven i det arbete mot vilket den försäkrade ska jämföras förändras och lättas upp.⁴⁶

Gränsdragning mot medicinsk och social rehabilitering

Som konstaterats ovan kan inte rehabiliteringsersättning beviljas för åtgärder som är rent medicinska, eller som utgör medicinsk eller social rehabilitering. Denna gränsdragning är dock i praktiken inte alltid lätt att göra. Skillnader, gränser eller övergång mellan medicinsk rehabilitering – vilken kan beskrivas som åtgärder för att förkorta sjukdomstid eller förhindra progress av sjukdomsförlopp för att bland annat häva nedsättning av arbetsförmågan – och arbetslivsinriktad rehabilitering kan i praktiken vara svår att dra. Således är det tänkbart att vissa försäkrade får rehabilitering som i första hand utgörs av annan typ men kan ha inslag av arbetslivsinriktad rehabilitering, men att han eller hon inte får rehabiliteringspenning under tiden insatsen pågår.

⁴⁶ Försäkringskassan 2016:2, s. 25.

Gränsdragning mot arbetsgivarens ansvar

Gränsdragningen mellan vad som är arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och vad som kan ersättas med rehabiliteringspenning är i praktiken inte alltid enkel. I förarbetena till införande av lagstiftningen om arbetslivsinriktad rehabilitering angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning.⁴⁷ Vidare framhölls att det var viktigt att en gräns drogs mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt lagen (dåvarande AFL) och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som reglerades i bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder. Denna gränsdragningsproblematik kvarstår även i dagsläget och får anses utgöra en av de svårare frågorna rörande förmånen. Om åtgärder som ligger på den sida gränsen där rehabiliteringsersättning inte kan beviljas ökar kan detta också vara en förklaring till varför användandet av förmånen har minskat. Således kan det dock vara så att den försäkrade får insatser för återgång i arbete, men inte ersättning i form av rehabiliteringspenning.

Sedan den 1 juli 2018 har arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering förtydligats genom ett nytt lagkrav. Arbetsgivaren ska enligt de nya reglerna upprätta en plan för återgång i arbete senast den dag när en arbetstagares arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar.⁴⁸ I förarbetena anges att sedan rehabiliteringskedjan infördes har kraven på att individen ska vara beredd på omställning till nya arbetsuppgifter ökat. Regeringen anser därför att det bör göras omsorgsfulla prövningar på arbetsplatserna av vilka möjligheter som finns för arbetstagaren att återgå i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare. Regeringen menade att en lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren förtydligar att det är arbetsgivarens ansvar att planera och vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder.⁴⁹ Ett av syftena med lagändringen är att rehabiliteringsinsatserna hos arbetsgivaren ska inledas tidigare. Erfarenheter från företagshälsovård och rehabiliterings-

⁴⁷ Prop. 1990/91:141, s. 88.

⁴⁸ Detta gäller under förutsättning att det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar.

⁴⁹ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63–65.

försäkringar visar att det är möjligt att initiera och genomföra olika former av rehabiliteringsinsatser tidigt i en sjukperiod. En tidig kontakt mellan chef, den anställda och en person med hälso- och sjukvårdskompetens kan skapa bättre förutsättningar för anpassning och rehabiliteringsplaner.⁵⁰

Det kan hända att arbetsgivaren önskar få kontakt med Försäkringskassan när en plan för återgång i arbete upprättas, för att man gör bedömningen att arbetstagaren har behov av rehabilitering. Det finns dock indikationer om att det kan vara svårt att nå Försäkringskassan för dialog.⁵¹ I dessa fall kan det bli så att arbetsgivare tillsammans med arbetstagaren, och i enlighet med det rehabiliteringsansvar som åvilar dem, utan dialog med Försäkringskassan inleder rehabiliteringsarbete med målsättning att arbetstagaren ska återgå i ordinarie arbete. Arbetsgivarens skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete kan ha medfört en mer passiv inställning hos Försäkringskassan avseende utredning av rehabiliteringsbehov. Detta skulle också kunna medföra att arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas utan att någon ansökan om rehabiliteringsersättning ges in.

Alla åtgärder av rehabiliterande karaktär innebär inte att den försäkrade är berättigad till rehabiliteringsersättning. I ett fall där en anpassning av arbetet gör att den försäkrade inte får nedsatt arbetsförmåga utan kan arbeta vidare som vanligt uppkommer ingen rätt till rehabiliteringspenning (som ju kräver nedsatt arbetsförmåga). Arbetsgivaren ska genomföra de åtgärder som behövs för att underlätta för den anställde att komma tillbaka till arbetet. Det kan exempelvis bestå i att anpassa arbetssituationen, anpassa arbetsuppgifter, arbetstid eller arbetsplats.

Gränsdragningen mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och de insatser som kan ligga till grund för beviljande av rehabiliteringspenning leder också till en svår gränsdragning mellan rehabiliteringspenning och sjukpenning. Arbetsförmåga är ett komplext begrepp och det kan ibland vara svårt att avgöra när individen behöver arbetsutbildning och när denne klarar av att arbeta med arbetsgivarens anpassning av arbetsförhållanden och arbetsuppgifter. Framför allt kan dessa gränsdragningar bli svåra vid partiell ersättning då arbetsförmågan exakta nedsättning ibland är svår att fastställa. Syftet med förmånsnivåerna tre fjärdedels, halv och en fjärdedels rehabiliterings-

⁵⁰ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63.

⁵¹ Remissvar från SKR om SOU 2020:06.

penning är främst att möjliggöra en successiv återgång till arbete takt ned att arbetsförmågan förbättras. I förarbetena anges att dessa förmånsnivåer därför främst bör användas under begränsade tider och ingå i en plan för hur arbetsinsatsen successivt ska trappas upp.⁵²

Försäkringskassan tar emellertid sällan ställning till den försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum har funnit att i de flesta fall med pågående sjukpenning saknas ställningstagande om den försäkrades behov av rehabilitering. Samma utredning noterade att det i många fall pågår en upptrappning av arbetstiden under tid med sjukskrivning men att det även i dessa fall ofta saknas ett ställningstagande till rehabiliteringsbehovet.⁵³

I detta sammanhang är också frågan om vilken typ av rehabilitering som blir aktuell av intresse. Ifall det t.ex. endast är arbetsträning som rehabiliteringspenning i praktiken beviljas för, påverkar det i hur hög grad ersättningsformen används.

19.4.4 Regelverket innehåller begränsningar men kan inte anses vara för snävt

Omständigheten att rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktad rehabilitering används i begränsad omfattning skulle delvis kunna förklaras av regelverkets konstruktion. Ett antal avgränsningar i regelverket gör att förutsättningarna för att kunna få dessa förmåner endast är uppfyllda i ett begränsat antal fall. Det gör att långt ifrån alla sjukskrivna kan komma ifråga för förmånslaget. Om regelverket är för snävt och inte omfattar de situationer där arbetslivsinriktad rehabilitering sker, skulle kunna ske i praktiken och/eller är mest verksamt skulle det kunna medföra att färre personer än vad som möjligtvis är önskvärt får tillgång till förmånen. Det kan samtidigt konstateras att regelverkets konstruktion emellertid inte förklarar *minskningen* av användandet av förmånen över tid, eftersom reglerna i allt väsentligt inte har förändrats sedan tillkomsten i början av 1990-talet. Denna utveckling har i så fall snarare främst sin grund i tillämpningen av regelverket.

Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken utgörs av formen arbetslivsinriktad rehabilitering. I 29 kap. 2 § SFB slås fast att social-

⁵² Prop. 1990/91:141, s. 65.

⁵³ SOU 2020:6, s. 137.

försäkringsbalkens regler om rehabilitering och rehabiliteringsersättning avser denna form, varför andra typer av rehabilitering utesluts. Denna form av rehabilitering ska enligt lagtexten syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Utifrån lagtextens lydelse är det således *avsikten* med rehabiliteringen som är avgörande för att en viss åtgärd ska omfattas av bestämmelserna och utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering. Paragrafen innehåller slutligen en koppling till försörjningsbegreppet eftersom den försäkrade genom rehabiliteringen ska få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

I 31 kap. 3 § SFB anges rekvisiten för när rehabiliteringsersättning kan beviljas. Bestämmelsen kompletterar således 29 kap. 2 § rörande syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering. I paragrafen anges två förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en försäkrad ska ha rätt till rehabiliteringsersättning: att *arbetsförmågan ska vara nedsatt* med minst en fjärdedel och att den försäkrade ska *delta* i arbetslivsinriktad rehabilitering. Ytterligare precisering av den arbetslivsinriktades rehabiliteringens syfte anges också: rehabiliteringen ska syfta till att *förkorta sjukdomstiden* eller *häva nedsättningen av arbetsförmågan*. Den kan också syfta till att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan.

Även sjukpenning kan utges i förebyggande syfte ifråga om medicinska åtgärder. En skillnad mot sjukpenning i förebyggande syfte är emellertid att det för rätt till rehabiliteringspenning alltid krävs att det redan uppstått en sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Den försäkrade ska för möjlighet till ersättning redan ha drabbats av sjukdom och ska genom rehabiliteringen *få tillbaka* sin arbetsförmåga. Formuleringen i bestämmelsen innebär att arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan användas rent förebyggande eftersom en nedsättning av arbetsförmågan som kan återfås då inte har uppstått. Rehabiliteringsinsatser som sätts in innan den försäkrade har blivit arbetsoförmögen kan alltså inte medföra rätt till rehabiliteringsersättning. Först när arbetsoförmåga har uppstått kan arbetslivsinriktad rehabilitering användas förebyggande – då för att förhindra ytterligare förvärrande av sjukdomen eller förlust av arbetsförmågan. Det snävar ytterligare in den grupp som kan bli föremål för rehabiliteringspenning.

Kriteriet att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel är samma förutsättning som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. SFB. Här finns det anledning att särskilt peka på reglerna i 46–55 b §§ om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan). Eftersom bedömningen ska ske på samma sätt som för rätten till sjukpenning är det vidare endast medicinskt be-
tingad nedsättning av arbetsförmågan som ger rätt till rehabiliteringsersättning. För att en försäkrad ska kunna få rehabiliteringspenning krävs vidare, precis som för sjukpenning, att det fastställs en sjukpenninggrundande inkomst för den försäkrade.

Av intresse är dock också att det, samtidigt som ett krav på minst en fjärdedels nedsättning av arbetsförmågan ställs upp, räcker med att den försäkrade genomgår en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd för att arbetsförmågan under denna tid ska anses vara nedsatt. Detta tolkar utredningen som att det är detta instegskriterium på minst en fjärdedel som är avgörande, medan arbetsförmågans faktiska nedsättning är av underordnad betydelse när rehabiliteringsinsatsen väl satts igång.

Utöver nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel ska den försäkrade för rätt till ersättning delta i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Här tycks det finnas en ”dubbeldefinition” i rehabiliteringens syfte; redan av 29 kap. 2 § framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering definieras genom att den ”ska syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete”. Av definitionen i 29 kap. 2 § SFB framgår således att sådan rehabilitering definieras genom sitt syfte. Därutöver krävs emellertid enligt 31 kap. 3 § att ett ytterligare syfte ska vara att förkorta sjukdomstid, att helt eller delvis förebygga att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan. De rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning ska vara arbetslivsinriktade och vara sådana att de förutsätter en aktiv medverkan från den försäkrades sida. Syftena kan synas överlappa varandra och det går att se likheter mellan dem.

Utredningen har inte kunnat finna någon uttömmande beskrivning av vad sådan rehabilitering som uppfyller de båda syftena rent konkret kan bestå i. Det framgår inte av lagtext eller förarbeten och

Försäkringskassan för ingen egen statistik över vilka insatser som bedrivs inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I Rehabiliteringsrådets delbetänkande⁵⁴ anges att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering avser när åtgärderna fokuserar på återgång i arbete och involverar då bl.a. arbetsgivare och/eller arbetsledare. Oavsett hur behovet av rehabilitering uppstått så är insatserna generella i bemärkelsen att de syftar till att förbättra och återställa funktion och förstärka det friska hos individen, med respekt för de skillnader som finns mellan olika sjukdomsgrupper.

I de samtal som utredningen fört med myndigheten framkommer dock att åtgärderna företrädesvis handlar om arbetsträning på en arbetsplats, ofta hos den ordinarie arbetsgivaren. I Försäkringskassans vägledning anger myndigheten att de rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella är arbetshjälpmedel, insatser hos Arbetsförmedlingen, arbetsträning och utbildning.⁵⁵ Det redovisas inte att andra former också kan förekomma. Även om dessa insatser torde utgöra de vanligaste formerna av arbetslivsinriktad rehabilitering kan emellertid inte någon begränsning till dessa utläsas av vare sig lagtext eller förarbeten. I förarbetena anges även t.ex. arbetsprövning som exempel.⁵⁶ Den uttömmande skrivningen i Försäkringskassans vägledning får därmed enligt utredningens bedömning sägas sakna rättsligt stöd.

Det är samtidigt svårt att finna exempel på andra former av åtgärder som kan klassas som arbetslivsinriktad rehabilitering. Snarare än konkreta definitioner av rehabiliteringsåtgärder har de situationer där rehabiliteringsersättning inte kan beviljas diskuterats i förarbetena. En försäkrad har t.ex. inte rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon väntar på rehabilitering. Den ersättningsform som då kan vara aktuell är främst sjukpenning.⁵⁷

Rehabiliteringsåtgärderna ska vidare vara sådana att de förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades sida. Där betonas vidare att tid under vilken den försäkrade genomgår enbart medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering inte ger rätt till rehabiliteringsersättning.⁵⁸ Den ersättning som betalas ut vid *medicinsk* rehabilitering är sjukpenning. Deltagande i viss medicinsk behandling under tid som

⁵⁴ SOU 2010:58, s. 16.

⁵⁵ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 264.

⁵⁶ Prop. 1991/92:40, s. 32.

⁵⁷ Prop. 1990/91:141, s. 65.

⁵⁸ Prop. 1990/91:141, s. 61.

arbetslivsinriktad rehabilitering pågår utesluter dock inte att den försäkrade kan ha rätt till rehabiliteringsersättning.⁵⁹

Rehabiliteringsersättning kan även beviljas för utbildning. Det är inte innehållet i utbildningen i sig som är avgörande för om den kan betraktas som arbetslivsinriktad, utan om den för den försäkrade syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan. Det ska avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.⁶⁰

Det krävs inte att rehabiliteringen är effektiv och lämplig för att en försäkrad ska kunna ha rätt till rehabiliteringsersättning

Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är inte aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan återfå sin förmåga på samma tid utan att genomgå arbetslivsinriktade åtgärder.

Försäkringskassan anger i sin rättsliga kvalitetsuppföljning 2016:2 att myndigheten enligt lagstiftningen ska verka för att sådana åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. För att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs det enligt vad som anges i kvalitetsuppföljningen att ”åtgärden i det enskilda fallet kan förväntas återställa eller förbättra arbetsförmågan”. Försäkringskassan menar alltså att man måste värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge effekter på arbetsförmågan.⁶¹

Utredningen har inte kunnat finna rättsligt stöd för att ställa upp krav på sådan tillämpning. Kvaliteten, effektiviteten eller den bedömda lämpligheten av en åtgärd ingår inte enligt gällande lagstiftning i bedömningen av om rehabiliteringsersättning ska beviljas. Om en rehabiliteringsåtgärd genomförs som *syftar till* att förkorta sjukdomstiden eller häva nedsättningen av arbetsförmågan kan enligt utredningens mening inte ersättning nekas på grunden att rehabiliteringen inte förväntas vara framgångsrik; i stället anges i såväl 28 kap. 2 § som 31 kap. 3 § SFB alltså att det är *syftet* med rehabiliteringen som är avgörande.

⁵⁹ Se Hessmark m.fl. Kommentaren till socialförsäkringsbalken, 31 kap. 3 §.

⁶⁰ Förordningen (1991:1321). Se RÅ 1997 not. 102, jfr prop. 1990/91:141, s. 60–62 och 91–92, 1990/91:SfU 16 s. 28–30 samt Riksförsäkringsverkets allmänna råd 1991:12.

⁶¹ Försäkringskassan 2016:2, s. 25.

Försäkringskassan har en skyldighet att utreda och klarlägga en försäkrades rehabiliteringsbehov. Myndigheten ska i samråd med den försäkrade ska se till att

- den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och
- de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan ska alltså se till att de utredningar som behövs för att klargöra behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs. Om det behövs kan Försäkringskassan till exempel stödja den försäkrade i hans eller hennes diskussion med arbetsgivaren om vilka åtgärder som kan genomföras inom ramen för arbetsgivarens verksamhet.⁶²

Att Försäkringskassan ska se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering genomförs betyder att myndigheten ska verka för att dessa snarast genomförs.⁶³ Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att genomföra dem snarast möjligt. Försäkringskassan kan dock inte kräva att t.ex. arbetsgivaren genomför rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassans ansvar är av samordnande karaktär. Försäkringskassan tillhandahåller heller inte själv några rehabiliteringsåtgärder. För att se till att rehabiliteringsåtgärderna genomförs på ett effektivt sätt behöver myndigheten alltså samverka med andra aktörer.

Denna skyldighet att utreda en försäkrads rehabiliteringsbehov är således inte kopplat till rätten till rehabiliteringsersättning, utan utgör snarast en del av rätten till rehabilitering. Det är således inte heller bristande lämplighet eller effektivitet i rehabiliteringsåtgärderna som medför några begränsningar i regelverkets konstruktion.

Påverkan av andra regelverk – rehabiliteringskedjans tidsgränser ges företräde framför rehabilitering

Reglerna om rehabiliteringspenning följer rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det innebär exempelvis att en försäkrade som passerar 180 dagar i sjukfallet enligt huvudregeln ska få sin arbetsförmåga jämförd

⁶² Jfr prop. 2006/07:59, s. 22.

⁶³ Prop. 1990/91:141, s. 90.

mot normalt förekommande arbete, också i det fall han eller hon har pågående rehabiliteringspenning. Under vissa omständigheter kan arbetsförmågan fortsatt bedömas mot det ordinarie arbetet och sedan den 15 mars 2021 finns det generösare regler för dessa undantag.

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum drar slutsatsen att problemet med att få försäkrade beviljas rehabiliteringspenning är en följd av hur Försäkringskassan tillämpar regelverket kring rehabiliteringspenningen.⁶⁴ Tidsgränsen vid dag 181 och dess bedömningsgrund, normalt förekommande arbete, verkar enligt den utredningen ges företräde framför såväl Försäkringskassans ansvar för att kartlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov som beviljandet av rehabiliteringsersättning. Denna utredning anser också att det regelmässigt inte tas initiativ till rehabiliteringsåtgärder om den försäkrade förväntas ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete från och med dag 181 och någon återgång i arbete dessförinnan inte kan förväntas.⁶⁵ Den utredningen konstaterade också avseende Försäkringskassans tillämpning att rehabiliteringsersättning heller inte beviljas över dag 180 om arbetsförmågan inte förväntas vara nedsatt i normalt förekommande arbete och några särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen inte heller förväntas finnas vid denna tidpunkt. Den utredningen drar vidare slutsatsen att tidsgränsen hämmar Försäkringskassans arbete med rehabilitering.

Eftersom de nya, mer generösa reglerna om bedömning fr.o.m. dag 181 trädde i kraft nyligen, är det ännu tidigt att dra slutsatser om denna regeländring får effekt med avseende på nyss nämnda hantering av sjukfall och rehabilitering kopplat till dag 181 i rehabiliteringskedjan.

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum redogör också för att det i den forskningsöversikt den utredningen låtit ta fram framkommer att flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid vissa sjukdomar. Försäkringskassans definition av arbetslivsinriktad rehabilitering är dock mycket begränsad och innefattar i praktiken bara arbetsträning och utbildning. I SOU 2020:06 föreslår därför den utredningen att regeringen bör överväga om begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kan förtydligas eller åtgärdas på annat

⁶⁴ SOU 2020:6, s. 194.

⁶⁵ SOU 2020:06.

sätt så att fler försäkrade kan ges möjlighet att med rehabiliteringsersättning delta i sådana åtgärder som kan möjliggöra återgång i arbete.

Rehabiliteringskedjans regelverk och Försäkringskassans tillämpning av detsamma bidrar sannolikt till att begränsa användandet av arbetslivsinriktad rehabilitering och därmed också användandet av rehabiliteringspenningen.

Regelverket kan inte anses vara för snävt

Regelverket för rehabiliteringsersättning kan uppfattas som snävt på så sätt att det utesluter ett antal fall där försäkrade kan uppleva att de behöver rehabilitering men ändå inte kan beviljas ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Bestämmelserna begränsar fallen till faktisk tid då den försäkrade aktivt deltar i åtgärden. Den försäkrade ska ha fått en sjukdom som har satt ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. I de fall där sjukdomen förväntas läka ut av sig själv och arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan bedömas påskynda förloppet kan inte arbetslivsinriktad rehabilitering bli aktuell. Inte heller i de fall där sjukdomen och arbetsförmågan inte skulle vara behjälpt av rehabilitering kan ersättning utgå. Det måste alltså finnas ett faktiskt behov av rehabilitering för att arbetsförmågan ska kunna återfås för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas.

Sammantaget går det att säga att regelverkets konstruktion till viss del bidrar till att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Utredningen kan dock inte dra slutsatsen att regelverkets konstruktion är för snävt och inte träffar de situationer där arbetslivsinriktad rehabilitering sker eller skulle vara som mest verkningsfull.

19.4.5 Försäkringskassans tillämpning har förändrats

I likhet med vad som är fallet med sjukersättning och aktivitetsersättning har Försäkringskassans tillämpning av regelverket för rehabiliteringsersättning också förändrats över tid. Denna förändring har skett utan några väsentliga förändringar i regelverket. Inte heller har rättspraxis i form av avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen förändrats i en riktning som kan förklara utvecklingen.

Denna förändrade tillämpning av reglerna för rehabiliteringsersättning tycks framför allt grundas i Försäkringskassans tidigare

nämnda rättsliga kvalitetsuppföljning 2016, vilket myndigheten också noterar bl.a. i sin årsredovisning för 2018. Efter denna rättsliga kvalitetsuppföljning genomförde myndigheten en rad åtgärder. Dessa förändringar följer i tid utvecklingen med ett minskat antal ersättningar.

I den rättsliga kvalitetsuppföljningen Rehabiliteringsersättning (2016:2) har Försäkringskassan granskat ärenden om rehabiliteringsersättning. Resultaten visade enligt myndigheten att det fanns en betydande förbättringspotential när det gäller prövningen av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering innan en rehabiliteringsplan upprättas och beslut om rehabiliteringsersättning fattas. I nästan en tredjedel av ärendena bedömde granskarna att den försäkrade inte hade behov av rehabilitering. Merparten av dessa ärenden var sådana där granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt och att rehabilitering inte behövdes av den anledningen. Det fanns också en del ärenden där arbetsförmågan bedömdes vara nedsatt men där den försäkrade på sikt ansågs kunna återgå i arbete utan rehabilitering.

Dessa brister beskrevs av myndigheten som att ersättning betalas ut på tveksamma grunder och motverkar målet om en välfungerande sjukförsäkring och ett minskat sjukpenningtal. Rehabiliteringsärenden är dessutom tidskrävande, eftersom planering, samordning och uppföljning av rehabilitering ofta kräver ett flertal möten och avstämningar. Obehövliga rehabiliteringsåtgärder innebär alltså att tid och resurser läggs på fel saker. För den som behöver rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga är det viktigt att rätt åtgärd vidtas i rätt tid, så att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga så snart som möjligt.

Den typ av arbetslivsinriktad rehabilitering som i huvudsak förekom i ärendena var arbetsträning, men den genomfördes inte alltid i ett arbete som var lämpligt för den försäkrade och i vissa fall förekom det väntetider och avbrott som fördröjde rehabiliteringen. Det konstaterades att det fanns en förbättringspotential när det gäller att ge rätt åtgärd i rätt tid. Enligt granskarnas bedömning var de åtgärder som hade genomförts olämpliga i en fjärdedel av de ärenden där den försäkrade bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Ett exempel på åtgärd som granskarna inte hade bedömt som lämplig var när den försäkrade hade arbetstränat i ordinarie arbete, eller i arbete via Arbetsförmedlingen, trots att det arbetet inte bedömdes vara lämpligt ur medicinsk synvinkel. Ett annat exempel

var arbetsträning i ett annat arbete hos den försäkrades arbetsgivare utan att arbetsgivaren hade erbjudit en faktisk omplacering till det arbetet.⁶⁶

Försäkringskassan anser att det kan finnas skäl för myndigheten att i högre grad fokusera på andra typer av arbetslivsinriktade åtgärder än arbetsträning. Det handlar då om sådana åtgärder som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för, såsom arbetsanpassning och omplacering eller lönebidrag som gör det möjligt att få ett arbete med lägre krav än vad som normalt ställs på arbetsmarknaden. Försäkringskassan bedömer att de i det sammanhanget har en roll främst när det gäller att utreda arbetsförmågan och informera om de förutsättningar som sjukförsäkringen ger. Genom ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle Försäkringskassans bidrag till en snabb och effektiv rehabilitering enligt myndigheten kunna öka, samtidigt som det skulle kunna spara handläggningsresurser genom att de ansvariga parterna i högre grad planerar och genomför åtgärder utan Försäkringskassans aktiva involvering.

Ett antal rekommendationer för att höja kvaliteten formulerades i myndighetens uppföljning, som bl.a. avsåg att den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering skulle utredas i tillräcklig omfattning innan eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjades samt att en utförlig rehabiliteringsplan skulle utföras.⁶⁷

Försäkringskassans förändrade tillämpning av ersatt tid

Rehabiliteringspenning kan beviljas för den tid då den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd, och i den omfattning som åtgärden hindrar den försäkrade från att förvärvsarbeta (31 kap. 3 och 7 §§ SFB). En fråga som därmed uppkommer är vad begreppet *deltar i en rehabiliteringsåtgärd* ska anses innebära. Ska begreppet anses innefatta endast den faktiska tid då den försäkrade de facto utför åtgärder på plats (exempelvis arbetsträningar) eller ska tiden även anses innefatta övrig tid under vilken planen pågår, t.ex. övrig tid en dag där den försäkrades faktiska insats uppgår till endast ett par timmar? Här har Försäkringskassans tillämpning förändrats över tid. En försäkrad

⁶⁶ Försäkringskassan 2016:2, s. 21.

⁶⁷ Försäkringskassan 2016:2, s. 27.

vars arbetsförmåga var helt nedsatt när rehabiliteringsperioden startade har till exempel historiskt kunnat få hel rehabiliteringspenning under rehabiliteringen, oavsett i vilken omfattning han eller hon deltagit och oavsett om arbetsförmågan successivt förbättrats under perioden. Med en sådan tillämpning har det inte varit avgörande för bedömningen av rätten till ersättning att veta den exakta omfattningen på deltagandet.

Under hösten 2016 gjorde Försäkringskassan en ny, förtydligande tolkning av 31 kap. 8 § SFB som innebär att rehabiliteringspenning enbart kan betalas ut i den omfattning som den arbetslivsinriktade åtgärden förhindrar arbete. En omfattande revidering av Försäkringskassans vägledning gjordes 2015 och därefter genomfördes tre rättsliga kvalitetsuppföljningar (nr 2016:1). Vid den därefter följande revideringen av vägledningen gjordes vissa ändringar, bland annat den om ersättning för tid med rehabilitering. Försäkringskassan menar att tidigare tillämpning varit felaktig.⁶⁸ Frågan om innebörden av begreppet har inte prövats rättsligt av Högsta förvaltningsdomstolen (jfr dock HFD 2019 ref. 42 där HFD ansåg att förebyggande sjukpenning kunde utbetalas endast för faktisk tid med rehabilitering).

Enligt Försäkringskassans nya tolkning får den försäkrade endast rehabiliteringspenning för den faktiska tid som han eller hon deltar i en åtgärd, medan resterande del av dagen ersätts med sjukpenning förutsatt att övriga förutsättningar för sådan ersättning är uppfyllda.

Den tidigare konstaterade minskningen av användandet av rehabiliteringspenningen över tid har enligt utredningens bedömning sannolikt delvis förstärkts av denna förändrade tillämpning av förmånen som infördes av Försäkringskassan hösten 2016. Försäkringskassan har själv gjort samma bedömning som utredningen i denna fråga, dvs. att denna förändring har inneburit ett minskat användande av rehabiliteringsersättningen.⁶⁹ En möjlig effekt av denna förnyade tolkning av regelverket är att fler försäkrade i stället beviljas sjukpenning.

⁶⁸ Försäkringskassan 2016:2, s. 14.

⁶⁹ Se Försäkringskassan, 2020, Utgiftsprognos för åren 2020–2023.

Ökade prioriteringar av andra åtgärder

I den rättsliga kvalitetsuppföljningen anger Försäkringskassan även att det kan finnas skäl för myndigheten att i högre grad fokusera på andra typer av åtgärder än den vanligaste insatsen arbetsträning, där förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan framstår som bättre. Vid sidan av medicinska åtgärder handlar det då om sådana arbetslivsinriktade åtgärder som förändrar arbetskraven. För den som är anställd kan arbetsanpassning och omplacering vara åtgärder som på goda grunder kan förväntas göra skillnad för arbetsförmågan, så länge arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan det även handla om att möjliggöra anställning med lönebidrag eller liknande som gör att det går att få ett arbete med lägre krav än vad som vanligtvis ställs i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Försäkringskassan konstaterar att sådana åtgärder inte är något som myndigheten själv kan erbjuda, utan det är något som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för, men att Försäkringskassan ändå har en viktig roll i sådan arbetslivsinriktad åtgärd. Åtgärder av detta slag är inte något som berättigar till rehabiliteringsersättning.⁷⁰

19.4.6 Arbetet med rehabiliteringsplaner brister i praktiken

I de fall en försäkrad behöver en rehabiliteringsåtgärd som kan medföra rätt till rehabiliteringsersättning är Försäkringskassan enligt 30 kap. 12 § SFB skyldig att upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska innehålla uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras, tidsplan för dessa, uppgifter om vem som har ansvaret för åtgärderna samt de övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen har två syften. Den ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning. Planen ska alltid innehålla en tidsplan för rehabiliteringen och uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras. Planen ska också innehålla information om vem som ansvarar för de olika rehabiliteringsåtgärderna. Även övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen ska framgå.

⁷⁰ Försäkringskassan 2016:2, s. 26.

För att planen ska anses innehålla tillräcklig information måste det finnas konkreta uppgifter om insatserna som ska genomföras, när och i vilken omfattning de ska genomföras och vem som ansvarar för att anordna och följa upp dem. Det är en förutsättning för att syftet med planen – att tydliggöra planeringen för alla inblandade och att ligga till grund för bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning – ska kunna uppfyllas.

Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning 2016 visade att planerna i praktiken ofta är bristfälliga. Enligt granskarna innehöll planen den information som behövs endast i drygt en tredjedel av ärendena (37 procent).⁷¹ I resterande ärenden var planen bristfällig i något eller några avseenden. Det vanligaste var att tidsplanen var bristfällig. Uppgifterna om när rehabiliteringsåtgärderna skulle genomföras och i vilken omfattning var i dessa fall diffusa, ibland i princip obefintliga. Det kunde t.ex. stå att rehabiliteringen skulle genomföras ”under våren”, utan någon konkret uppgift om vilket datum den skulle starta och när den planerades att sluta. Det var också vanligt att uppgifterna om vad rehabiliteringsåtgärderna bestod i var bristfälliga. Det kunde t.ex. stå att den försäkrade skulle delta i ett fördjupat samarbete med Arbetsförmedlingen, utan att det preciserades vilka konkreta insatser som den försäkrade skulle delta i. Det var också vanligt att det stod att den försäkrade skulle arbetsträna hos sin arbetsgivare, men att det inte framgick något mer om vad arbetsträningen innebar. Det förekom dessutom att planerna saknade uppgift om vem som ansvarade för de olika insatserna, vilket är ett lagkrav. Det förekom också att det saknades annan information, främst om uppföljningen av rehabiliteringen.

För arbetslösa försäkrade angavs ofta att det är Arbetsförmedlingen som ska följa upp rehabiliteringen. Arbetsförmedlingens ansvar innebär dock inte att Försäkringskassan kan undgå att följa upp genomförandet av rehabiliteringen, att planen följs och vid behov göra ändringar (30 kap. 14 § SFB).

Utan en tydlig rehabiliteringsplan kan inte rehabiliteringsersättning utbetalas. Brister i dessa planer skulle såldes kunna utgöra en möjlig orsak till att så få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Detta kan tolkas som att kraven på planerna är högt ställda och svåra att leva upp till, eller att kunskapsbrist, resursbrist och bristande samarbete mellan aktörer gör att planerna inte håller tillräckligt god

⁷¹ Försäkringskassan 2016:2, s. 17.

kvalitet. Brister i rehabiliteringsplanerna kan sannolikt också innebära att det föreligger brister i själva rehabiliteringsåtgärden och en möjlig konsekvens är att nödvändiga åtgärder då inte heller genomförs.

I Försäkringskassans rättsliga uppföljning noterades å andra sidan att rehabiliteringsersättning hade beviljats i nästan samtliga fall, också de som saknade en fullständig rehabiliteringsplan. En förklaring till det minskade antalet beviljade rehabiliteringsersättningar kan enligt utredningens bedömning vara att en följd av Försäkringskassans åtgärder efter kvalitetsuppföljning har blivit att inte godkänna bristfälliga rehabiliteringsplaner.

19.4.7 Kontrollen av rehabiliteringsersättning

I utredningens direktiv tas risken för bristande kontroll av rehabiliteringsersättningen upp. Eftersom rehabilitering inte längre sker vid arbetsmarknadsinstitut eller genom arbetsmarknadsutbildning kan det finnas risker med bristande kontrollmöjligheter.

Det finns en blankett för närvaroförsäkringen vid rehabilitering (FK6646). Försäkringskassans granskning i den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2016:2 visade emellertid att den sällan används. Den förekom inte i något av de i uppföljningen granskade ärendena. Det finns inget formellt krav på närvaroförsäkringen, men Försäkringskassan behöver tillräckliga uppgifter om det faktiska deltagandet för att kunna ta ställning till rätten till rehabiliteringspenning. Uppgifter om faktiska förhållanden ska dessutom lämnas på heder och samvete (110 kap. 4 § SFB). Närvaroförsäkringen tillgodoser enligt Försäkringskassan dessa behov.⁷²

Försäkringskassan har till utredningen uppgett att rehabiliteringsersättning inte är vanligt förekommande hos enheten för kontrollärenden. Inom rehabiliteringsersättningen gäller det främst upptäckten av bisysslor när personen inte klarar av att delta i sin arbetsträning. Återkrav kan t.ex. bli aktuellt om personen har arbetat under samma period som rehabiliteringsersättningen har utbetalats, om personen har arbetat i sådan omfattning att ersättningen inte samtidigt kan utbetalas, eller endast kan utbetalas med ett lägre belopp. Det kan även finnas risker om rehabiliteringen sker hos närstående.

⁷² Se Försäkringskassan, 2016:2 s. 14.

Utredningen ser inga omedelbara risker med bristande kontrollmöjligheter vid dagens arbetslivsinriktade rehabilitering eller att detta skulle utgöra en orsak till det minskade användandet av rehabiliteringsersättningen. Ett rigoröst kontrollsystem där försäkrade noggrant kontrolleras på sin rehabiliteringsnärvaro skulle möjligen kunna utgöra en faktor som påverkar antalet beviljade rehabiliteringsersättningar på sikt men det är inget som utredningen kunnat konstatera föreligger.

19.5 Möjliga konsekvenser av att få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning

En utgångspunkt för sjukförsäkringen är att rätt person ska få rätt ersättning och att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid. Dessutom är målet för sjukförsäkringen att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.⁷³ En annan utgångspunkt är att olika rehabiliteringsinsatser som kan ge en försäkrad arbetsförmåga åter ska uppmuntras. Utredningen tolkar direktiven på så sätt att det är önskvärt att försäkrade ska beviljas ersättning från socialförsäkringen i de fall där rehabilitering kan antas medföra att nedsatt arbetsförmåga kan förkortas eller förebyggas. Detta innebär också att orsakerna till det låga användandet av förmånen samt eventuella faktorer som motverkar användandet av rehabiliteringsersättning vid en effektiv rehabilitering bör identifieras.

I följande avsnitt redogörs för ett antal effekter som kan tänkas uppstå till följd av det alltmer begränsade användandet av rehabiliteringsersättningen. Samtidigt kan konstateras att många av de effekter som anges nedan också kan vara effekter av att enskilda inte genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering i samma utsträckning. Det kan också vara så att personerna får rehabiliteringsinsatser, men att rehabiliteringen genomförs utan att individen får rehabiliteringsersättning.⁷⁴ Utredningen kan konstatera att det är svårt att avgöra om den minskade rehabiliteringsersättningen beror på att arbetslivsinriktad rehabilitering inte används i samma utsträckning eller om rehabiliteringsåtgärderna har minskat eftersom enskilda inte får ersättning för åtgärderna. Om försäkrade inte får själva ersättningen beviljad

⁷³ Prop. 2008/09:1 utg.omr. 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.

⁷⁴ Rehabiliteringsersättning ska endast beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering och inte för andra former av (rehabiliterings)insatser.

innebär det alltså inte nödvändigtvis också att de inte heller får ta del av själva rehabiliteringsåtgärderna. Dessutom kan avsaknad av andra sorters rehabiliteringsåtgärder än de arbetslivsinriktade (som man kan få rehabiliteringsersättning för) leda till att den enskilde inte når en sådan fas att det blir aktuellt med just arbetslivsinriktad rehabilitering. Förhållandet rehabiliteringsåtgärder i allmänhet – arbetslivsinriktad rehabilitering – uttag av rehabiliteringsersättning har alltså vissa oklarheter, vilket man bör ha i åtanke.

19.5.1 De långa sjukfallen ökar i antal

Som tidigare konstaterats ökar de långa sjukfallen i antal och har även gjort det under de senaste åren. En orsak är att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen är borttagen. En ytterligare orsak till de långa sjukfallens ökning bedöms bero på det strikta regelverket för att beviljas sjukersättning samt Försäkringskassans allt striktare tillämpning av reglerna. Denna förklaring har även lyfts fram av utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.⁷⁵ Den utredningen konstaterar även att handläggningen i många sjukfall är passiv från Försäkringskassans håll, utan att initiativ tas för att underlätta återgång i arbete. När det gäller rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete, handlar det emellertid inte enbart om arbetslivsinriktade dito (som ger rätt till rehabiliteringspenning). Om andra insatser som kan underlätta återgång i arbete inte kommer till stånd, kan det i vissa fall sannolikt bidra till att tidpunkten när arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan bli aktuella också fördröjs. Det kan exempelvis bli fallet om en försäkrad först behöver en förberedande insats innan arbetslivsinriktad rehabilitering kan genomföras. Detta kan i förlängningen leda till att personen i fråga blir kvar i en långvarig sjukskrivning.

19.5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs inte i relevant omfattning?

I den mån den arbetslivsinriktade rehabiliteringen de facto genomförs i mindre utsträckning och ifall det beror på att färre försäkrade får bifall på ansökan om rehabiliteringsersättning finns risk för att

⁷⁵ SOU 2020 :6.

denna sorts rehabilitering inte blir av. Utredningen konstaterar dock att tanken är att Försäkringskassan ska vara med under rehabiliteringsprocessen, som samordnande aktör. Ansökningar om rehabiliteringsersättning avslås generellt sett inte, då Försäkringskassan ofta är den part som initierar att den försäkrade att ansöka om ersättningen. Alltså tycks det inte som om just avslag om rehabiliteringsersättning leder till att rehabiliteringsåtgärder inte blir av. Som nämnts tidigare skulle det även kunna vara så att arbetslivsinriktad rehabilitering i vissa fall ändå genomförs, men att den försäkrade inte får ersättning i form av rehabiliteringspenning när så sker.

19.5.3 Försäkrade kommer inte tillbaka i arbete i önskvärd utsträckning

Olika former av rehabilitering är i många fall en viktig komponent för att stödja försäkrade att kunna återfå arbetsförmåga och kunna återgå i arbete. Rehabiliteringsersättning är ett sätt att möjliggöra för försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Om en person inte deltar i rehabilitering kan det leda till att han eller hon inte kommer återfå arbetsförmåga. Ett litet uttag av rehabiliteringsersättning indikerar att det kan finnas flera försäkrade som inte deltar i arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vilket kan bidra till att färre personer än önskvärt kan komma tillbaka till arbetslivet.

En möjlig effekt av att rehabiliteringsersättning används i allt mindre utsträckning samt att det sker allt senare under ett pågående sjukfall, är att vissa försäkrade som genom tidiga arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser hade kunnat återgå i sitt ordinarie arbete i stället nekas sjukpenning när hans eller hennes arbetsförmåga bedöms mot normalt förekommande arbete fr.o.m. dag 181 i sjukfallet. Dessa försäkrade kan i så fall behöva byta arbete. Samtidigt finns regler som möjliggör att försäkrades arbetsförmåga även fr.o.m. dag 181 fortsatt kan bedömas i förhållande till personens befintliga arbete. I dessa fall kan den försäkrade även få arbetslivsinriktad rehabilitering fortsatt eller fr.o.m. dag 181, med målet att återvända till det ordinarie arbetet. Mycket tyder dock på att de undantag som gällde fram t.o.m. 14 mars 2021 för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete har fått en ytterst strikt

tillämpning.⁷⁶ Således skulle det kunna antas att en delförklaring till att rehabiliteringspenning hittills beviljats sent i sjukfallen och i synnerhet sällan initierats före dag 181, är att ifall en arbetslivsinriktad rehabilitering inleds före dag 181 och pågår efter dag 180 i sjukfallet, skulle den med anledning av den tidigare lagsstiftningen ändå kunna avbrytas om den försäkrade dag 181 bedöms ha arbetsförmåga i ett normalt förekommande arbete.⁷⁷ Konsekvenserna skulle i så fall kunna bli att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen senarelagts till efter dag 180, eller att den inte kom till stånd överhuvudtaget. Detta bedöms dock inte vara den mest bidragande orsaken till att arbetslivsinriktad rehabilitering initierats sent i sjukfallen (och att rehabiliteringspenning därmed betalas ut först efter en längre tids sjukskrivning). Eftersom de nya, mer generösa reglerna om bedömning fr.o.m. dag 181 trädde i kraft nyligen, är det ännu för tidigt att dra slutsatser om vad denna regeländring får för effekt i detta avseende.

19.5.4 Effekter av att ersättning endast beviljas för den faktiska tid som rehabiliteringen tar

2015 gjorde Försäkringskassan en omfattande revidering av myndighetens vägledning om rehabiliteringspenning. Därefter genomförde myndigheten tre rättsliga kvalitetsuppföljningar.⁷⁸ Vid en därefter följande ytterligare revidering av vägledningen gjordes vissa ändringar, däribland att rehabiliteringsersättning endast kan beviljas för den faktiska tid som åtgärden tar i anspråk. Denna förändring av tillämpningen genomfördes således utan någon förändring i gällande rätt. Förändringen kan jämföras med den för förebyggande sjukpenning, där också Högsta förvaltningsdomstolen i rättsfallet HFD 2019 ref. 42 slagit fast att sådan sjukpenning endast kan beviljas för faktisk tid då den försäkrade genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering.

Som konstaterats ovan kan resterande del av en dag under vilken den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd ersättas med sjukpenning förutsatt att övriga villkor för sådan ersättning är också är

⁷⁶ Se t.ex. SOU 2020:6. Det kan också konstateras att fr.o.m. den 15 mars 2021 har nya regler trätt ikraft som bl.a. innebär att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska skjutas upp, om *övertvägande skäl talar för* att den försäkrade senast dag 365 kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare.

⁷⁷ Se SOU 2020:06.

⁷⁸ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning nr 2016: 1–3.

uppfyllda. En effekt av att ersättning endast utges för den faktiska tid som rehabiliteringen tar är alltså att fler försäkrade i stället beviljas sjukpenning. I det enskilda fallet kan det vara av underordnad betydelse för den försäkrade vilken sorts ersättning denne får, inte minst eftersom rehabiliteringspenning och sjukpenning betalas med samma belopp. Sett ur ett systemperspektiv kan det dock innebära att individen får ersättning genom en förmån som egentligen är avsedd för något annat. Eftersom en grundläggande tanke med rehabiliteringsersättningen är att denna förmån ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering kan det finnas skäl att den enskilde ska ersättas även för tid runt omkring den faktiska rehabiliteringsinsatsen med anledning av insatsen, exempelvis för transport till och från denna.

19.6 Slutsatser om rehabiliteringspenning

Få försäkrade – relativt sett till användandet av sjukförsäkringen – beviljas förmånen rehabiliteringspenning. Antalet personer har varierat över tid och har minskat kraftigt under senare år med en tydlig trend mot ett allt mindre användande av förmånen. Sedan 2004 är trenden nedåtgående såväl vad gäller antalet som andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning. Andelen av samtliga sjukfall har sjunkit från ca 5 procent till ca 2 procent. Utvecklingen har också inneburit ett skifte i förmånstagarnas diagnosbild. De vanligaste diagnoserna hos dem som har rehabiliteringspenning är numera psykiatriska diagnoser, medan den tidigare dominerande gruppen med sjukdomar i rörelseorganen har minskat i antal. År 2019 stod psykiatriska diagnoser för ca 70 procent av fallen medan sjukdomar i rörelseorganen ca 10 procent av alla som uppbar rehabiliteringspenning.

Arbetsträning är den i särklass vanligaste rehabiliteringsåtgärden medan utbildning förekommer mycket sällan. Arbetsträningen sker oftast i det ordinarie arbetet eller för annat arbete hos arbetsgivaren. En mindre del av de försäkrade som genomgår arbetsträning gör detta utanför arbetsgivarens verksamhet.

Vad gäller den minskade användningen av rehabiliteringsersättningen finns ett antal möjliga förklaringar.

- *Minskad förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för vilka försäkrade kan beviljas rehabiliteringspenning.* En förutsättning för att rehabiliteringspenning ska beviljas är att den försäkrade aktivt genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. När sådana former av rehabilitering minskar, eller genomförs i sådan form att det inte ryms inom definitionen av arbetslivsinriktad rehabilitering, minskar också användandet av förmånen.
- *Försäkringskassans förändrade tillämpning av regelverket* utgör en viktig delförklaring till det minskade användandet av rehabiliteringspenning. Försäkringskassan har bl.a. i en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 angett att sådana (andra) åtgärder som inte medför rätt till rehabiliteringsersättning ska prioriteras. Tillämpningen har förändrats främst som en följd av myndighetens rättsliga kvalitetsuppföljning 2016. Som en följd av denna uppföljning har ett antal åtgärder med kvalitetshöjande syfte genomförts på Försäkringskassan. Resultatet har blivit att rehabiliteringspenning inte beviljas i samma utsträckning som tidigare.
- *Rehabiliteringspenning beviljas allt senare under pågående sjukfall.* I de flesta fall har den försäkrade haft ett sjukfall som pågått i mer än ett år innan arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder initieras och rehabiliteringspenning beviljas.
- *Oklara gränsdragningar* mellan olika rehabiliteringsformer och mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsgivarens ansvar att anpassa arbetet medför att åtgärder genomförs som inte alltid kan bedömas medföra rätt till rehabiliteringsersättning.

19.7 Det särskilda bidraget

I utredningens uppdrag ingår att kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget i rehabiliteringsersättningen och ta ställning till ett eventuellt behov av förändringar av bidraget.

En fråga är därför om relevanta kostnader i dag ersätts genom detta bidrag. Särskilt bidrag beviljas under tid med rehabilitering för kostnader som uppstår för den försäkrade på grund av rehabiliteringen. Närmare bestämmelser finns i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning och i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS

2010:23) om rehabiliteringsersättning. Dessa bestämmelser har i sina grunddrag varit oförändrade sedan 1992.

I teorin kan ett antal olika kostnadstyper ersättas genom det särskilda bidraget. Det ska täcka nödvändiga kostnader i samband med rehabilitering; som exempel på sådana kostnader kan nämnas de i förordningen uppräknade kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare.⁷⁹

Vilka kostnader ersätts i praktiken genom det särskilda bidraget?

Uppräkningen i förordningen av vilka kostnader som kan ersättas genom det särskilda bidraget är inte uttömmande. Utredningen kan emellertid konstatera att det särskilda bidraget i praktiken nästan uteslutande ersätter resekostnader. När det gäller de kostnader som ersätts med särskilt bidrag är det utgifter för resor i samband med rehabilitering som utgör nära 100 procent av de beviljade bidragen.⁸⁰

Vidare tycks det vara mycket ovanligt att försäkrade ansöker om enbart särskilt bidrag, dvs. utan att samtidigt ansöka om rehabiliteringspenning, även om detta är möjligt enligt nuvarande lagstiftning. I Försäkringskassans rättsliga uppföljning av rehabiliteringsersättningen, 2016:2, konstaterades att det av 500 granskade ärenden inte förekom något ärende där den försäkrade enbart hade ansökt om särskilt bidrag.⁸¹ Det var vidare huvudsakligen arbetslösa försäkrade som ansökte om särskilt bidrag. Enligt Försäkringskassan berodde detta sannolikt på att ansökan som regel hade initierats av handläggaren, och att möjligheten att få särskilt bidrag för resor är mycket begränsad för den som deltar i rehabilitering hos sin arbetsgivare. Sådan ersättning kan bara beviljas om det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle haft i sitt ordinarie arbete.

I samma rättsliga granskning hade en tredjedel (33 procent) av de försäkrade ansökt om särskilt bidrag i ärendena om rehabiliteringsersättning. Försäkringskassan hade fattat beslut om att bevilja ansökan i 95 procent av dessa ärenden. I övriga ärenden hade något beslut inte fattats. Antingen hade ansökan inte lett till någon åtgärd överhuvudtaget eller så hade särskilt bidrag betalats ut utan att något beslut hade dokumenterats.

⁷⁹ Förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.

⁸⁰ Källa: Försäkringskassan. Statistiken avser hela 2019 och del av 2020.

⁸¹ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

Nästan samtliga ansökningar och beslut om särskilt bidrag avsåg resor till och från platsen för rehabiliteringen. Det var 99 procent av besluten som gällde sådana kostnader. I ett enda ärende hade ersättning beviljats för kursavgift och i två ärenden hade ersättning beviljats för boende på annan ort i samband med rehabiliteringen.

Svårigheter med regelverket för särskilt bidrag

En försäkrad kan ha rätt till särskilt bidrag utan att samtidigt ha rätt till rehabiliteringspenning. Det gäller till exempel för en försäkrad som inte har någon SGI; ett tydligt exempel på försäkrade som omfattas är personer som har aktivitetsersättning. Han eller hon kan inte få rehabiliteringspenning men kan ändå få särskilt bidrag för kostnader i samband med rehabiliteringen. Andra personer som kan bli aktuella är de som får försörjningsstöd.

En förutsättning för att särskilt bidrag ska kunna betalas ut är att det avser en kostnad i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering som också skulle kunna ge rätt till rehabiliteringspenning. Som utredningen konstaterar avseende rehabiliteringspenningen finns här svårigheter i systemets flexibilitet; en rehabiliteringsåtgärd som inte uppgår till minst en fjärdedel av den försäkrades arbetsutbud enligt SGI berättigar inte heller till rehabiliteringspenning och därmed inte heller till särskilt bidrag för kostnader. En inlåsnings effekt som kan uppstå är att försäkrade, med resekostnad som hinder, därmed inte kan inleda en rehabiliteringsåtgärd. Även om det handlar om små kostnader kan följderna här bli långtgående när rehabilitering uteblir för att den försäkrade inte kan ta sig till rehabiliteringsplatsen.

20 Förmåner vid rehabilitering – sjukpenning i förebyggande syfte

20.1 Gällande regelverk

En försäkrad som genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering i syfte att förebygga en sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller till och med häva arbetsförmåga, kan beviljas sjukpenning enligt 27 kap.6–7 §§ SFB. Denna typ av sjukpenning utgör så kallad förebyggande sjukpenning.

Förebyggande sjukpenning skiljer sig på flera väsentliga punkter från övriga förmåner inom sjukförsäkringen. Det handlar här inte om att bedöma om den som ansöker om förmånen är sjuk eller inte kan arbeta, utan bara vilken *risk* det finns att den som ansöker om förmånen blir sjuk och oförmögen att arbeta eller söka arbete. Sådan sjukpenning kan således under vissa omständigheter betalas ut trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska betalas ut är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Det kan noteras att förebyggande sjukpenning alltså inte heller kräver att den försäkrade har en sjukdom. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta.

Sjukpenning i förebyggande syfte lämnas följaktligen – till skillnad från rehabiliteringspenning som kräver arbetslivsinriktad rehabilitering – bara om det är fråga om en *medicinskt* inriktad behandling. Utifrån syftet med sjukpenning som utges i förebyggande syfte – att förebygga eller förkorta en sjukdom eller häva en nedsättning av arbetsförmågan – kan ersättningen betalas ut redan innan den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Detta skiljer sig således från bedömningen vid prövning av rätt till vanlig sjukpenning. Det måste då bedömas att det, grundat

på vetenskap och beprövad erfarenhet, finns en förhöjd sjukdomsrisk. Sjukdomen ska även vara sådan att den kan förväntas leda till en nedsättning av arbetsförmågan.¹

I förarbetena till bestämmelserna om förebyggande sjukpenning² anges vidare bl.a. följande. Den som genomgår en behandling som syftar till att förebygga att sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan uppstår bör kunna få ersättning i form av sjukpenning för den tid som behandlingen kräver. Avsikten är att sådan ersättning ska kunna utges i samband med behandling som är resultatet av en läkares bedömning att den försäkrade riskerar att bli sjuk och att de ordinerade åtgärderna väntas minska sjukdomsriskerna. Bestämmelsen avser situationer då den försäkrade deltar i en sjukdomsförebyggande behandlingsåtgärd.

En försäkrad har således rätt till sådan förebyggande sjukpenning när han eller hon genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att:

- Förebygga sjukdom,
- förkorta sjukdomstiden, eller
- helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

För att en åtgärd ska ses som medicinsk behandling eller rehabilitering krävs³ vidare att:

- Behandlingen är ordinerad av läkare som, grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet, ha konstaterat att den försäkrade har en förhöjd sjukdomsrisk.
- Behandlingen är lämpad för att minska sjukdomsriskerna, och
- det inte handlar om något enstaka besök eller behandlingstillfälle.

Förutom vanlig sjukvård kan åtgärderna enligt förarbetena till lagstiftningen utgöras av sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder.⁴ Andra exempel är klimativård och behandling av kraftig övervikt (obesitas).⁵

¹ Prop. 1990/91:141, s. 73 och 84 f.

² Prop. 1990/91:141, s. 73 och 85.

³ Prop. 1990/91:141, s. 84 f.

⁴ Prop. 1991/91:40, s. 31.

⁵ Prop. 1991/92:40, s. 34.

Klimatvård innebär att vården ges utomlands i varmt och soligt klimat, vilket kan ha en gynnsam effekt för vissa sjukdomar.

Det finns även andra behandlingsformer som har visat sig kunna ge rätt till förebyggande sjukpenning. I rättspraxis har även t.ex. frivilligt deltagande i missbruksvård ansetts kunna utgöra en sådan medicinsk behandling eller rehabilitering att sjukpenning i förebyggande syfte har kunnat betalas ut.⁶ Det finns flera behandlingsmetoder där det finns vetenskapligt stöd för gynnsamma effekter.⁷ Ett flertal behandlingsmetoder är upptagna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Av rättspraxis framgår att det måste vara fråga om konkret behandling; att vistas i en gynnsam miljö räcker inte i sig.⁸ Frågan om egenvård i hemmet kan ingå i behandlingen har inte prövats i sak av HFD men enligt kammarrättens bedömning i ett mål, som i sak alltså inte prövades av HFD, finns inget hinder mot behandling i hemmet.⁹

Behandlingsplan ordinerad av läkare

Som ytterligare villkor för förebyggande sjukpenning gäller att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och ingår i en rehabiliteringsplan. Ett krav för att sjukpenning i förebyggande syfte ska kunna betalas ut är att planen också godkänns av Försäkringskassan.¹⁰ Det innebär att Försäkringskassan vid godkännandet av planen ska ta ställning till om den försäkrade, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, har en förhöjd risk att få arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom och om behandlingen minskar den risken. Försäkringskassan beskriver detta i sin vägledning som att det alltså handlar om att göra en evidensbaserad bedömning, dvs. ta ställning till om det finns ett vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen har effekt på sjukdomen.

Några formella krav på planen finns varken i lagtexten eller i förarbetena. För att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om den föreslagna behandlingen uppfyller kravet på att vara grundad på

⁶ FÖD 1993:11; jfr även Kammarrätten i Stockholm i mål nr 1371-18 där domstolen slog fast att även personer som vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)¹⁴ har rätt till förmånen.

⁷ SBU rapport 2001:156, Behandling av alkohol- och narkotikaproblem.

⁸ RÅ 2009 ref. 37.

⁹ HFD 2020 not 14.

¹⁰ Prop. 1990/91:141, s. 85.

vetenskap och beprövad erfarenhet behöver det emellertid finnas utförliga uppgifter om behandlingen eller rehabiliteringen och den försäkrades behov av att genomgå den. Försäkringskassan ska därefter göra en bedömning av om planen kan godkännas. Ett läkarintyg som utfärdats inför vård utomlands efter beslut av sjukvårdshuvudman bör jämföras med en av Försäkringskassan godkänd plan.¹¹

I sin vägledning¹² anger Försäkringskassan att läkaren i planen tydligt ska beskriva

- den försäkrades yrke och arbetsuppgifter,
- diagnos för sjukdom eller symptom som innebär en risk för nedsatt arbetsförmåga,
- hur det medicinska tillståndet skulle påverkas om den försäkrade inte får behandling,
- vilken behandling läkaren har ordinerat,
- innehållet i behandlingen,
- hur behandlingen kan motverka nedsatt arbetsförmåga,
- period som behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå,
- hur behandlingen är upplagd,
- var behandlingen kommer att genomföras och
- när uppföljning planeras och av vem.

Försäkringskassan kan under vissa omständigheter remittera en försäkrad till en utredning med syfte att klargöra den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga. En försäkrad som har remitterats till en sådan utredning kan enligt ett rättsligt ställningstagande från Försäkringskassan¹³ få sjukpenning i förebyggande syfte för den tid som han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete för att delta i utredningen. Villkoret att behandlingen eller rehabiliteringen ingår i en plan som Försäkringskassan har godkänt kan i ett sådant fall uppfyllas genom att Försäkringskassan dokumenterar planeringen av deltagandet i utredningen och hur utredningens resultat ska följas upp.¹⁴

¹¹ RAR 2002:5.

¹² Försäkringskassans vägledning 2015:1, s. 226.

¹³ FKRS 2008:04.

¹⁴ Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 12, s. 43.

Om sådan sjukpenning lämnas ska arbetsförmågan anses vara nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Detta innebär också att det inte uppställs något krav på att arbetsförmågan *de facto* ska vara nedsatt under tid som förebyggande sjukpenning betalas; enligt lagtexten anses arbetsförmågan vara nedsatt under tid då behandling eller rehabilitering pågår genom beviljandet av ersättningen. Behandlingen eller rehabiliteringen ska dock vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta.¹⁵ Om så är fallet kan den försäkrade efter genomgången behandling eller rehabilitering ansöka om sjukpenning i förebyggande syfte för de dagar eller delar av dagar som hon eller han har varit tvungen att avstå från arbete på grund av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen.

Sjukpenning i förebyggande syfte kan beviljas med samma nivåer som sjukpenning i övrigt, dvs. en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel förmån. Det innebär att en försäkrad kan få sjukpenning i förebyggande syfte om han eller hon en viss dag måste avstå från sitt arbete minst en fjärdedel av arbetstiden på grund av behandlingen eller rehabiliteringen.

När sjukpenning betalas ut i förebyggande syfte får en försäkrad person i de flesta fall inget avdrag för karens, vilket innebär att den försäkrade oftast kan få förebyggande sjukpenning från den första behandlingsdagen. Sjuklön är inte aktuellt för personer som får förebyggande sjukpenning. Det betyder att arbetsgivaren inte behöver stå för någon sjuklönekostnad i samband med förebyggande sjukpenning.

Sjukpenning i förebyggande syfte betalas enligt lagtexten ut endast för den tid som behandlingen eller rehabiliteringen har hindrat den försäkrade från att förvärvsarbeta. Bestämmelsen i 27 kap. 6 § SFB undantar inte den som är arbetslös från rätten till förebyggande sjukpenning (jfr även 28 kap.11 § SFB). Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att en försäkrad som är arbetslös har rätt till förebyggande sjukpenning om övriga förutsättningar för att ersättning ska lämnas är uppfyllda.¹⁶ Försäkringskassan anger i sin vägledning att sjukpen-

¹⁵ Jfr HFD 2019 ref. 41.

¹⁶ HFD 2019 ref. 41, se avsnitt 24.1.1.

ning i förebyggande syfte kan utges vid arbetslöshet också om den försäkrade är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen.¹⁷

Om den försäkrade inte har behövt avstå från arbete, till exempel om behandlingen kan utföras på ledig tid, ska sjukpenning inte betalas ut. Av denna anledning betalas sjukpenning i förebyggande syfte inte heller för tid som den försäkrade har haft semester, eftersom han eller hon då inte har behövt avstå från förvärvsarbete.¹⁸

Eftersom arbetsförmågan ska anses nedsatt i den utsträckning behandlingen eller rehabiliteringen hindrar den försäkrade från att arbeta kan en försäkrad som behöver resa till och från behandlingen eller rehabiliteringen under arbetstid få ersättning även för restiden. Om behandlingen eller rehabiliteringen kräver att den försäkrade avstår från arbete även före eller efter besöket på vård- eller rehabiliteringsenheten kan den tiden också räknas med. Det kan till exempel vara när en försäkrad har tillfälligt lågt blodtryck efter en dialysbehandling eller när en försäkrad är tillfälligt illamående efter en cellgiftsbehandling. Om arbetsförmågan inte bara är nedsatt den aktuella behandlingsdagen kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Om det för behandlingen eller rehabiliteringen krävs att den försäkrade vistas heltid på till exempel ett behandlingshem eller en rehabiliteringsklinik, och därför måste avstå helt från förvärvsarbete, kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut i motsvarande omfattning som han eller hon skulle ha arbetat.

Ansökan om ersättning

En person ansöker om förebyggande sjukpenning i två steg och Försäkringskassan handlägger ärendet i två steg. Det första steget i handläggningen gäller godkännande av den behandlingsplan som ingår i en ansökan. Det andra steget i handläggningen gäller godkännande av den ersättning som personen ansöker om för förlorad inkomst när hen måste vara borta från sitt arbete för att delta i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering.

¹⁷ Försäkringskassan, vägledning 2015:1 version 12, s. 44.

¹⁸ Se Försäkringskassans domsnytt 2013:032 med hänvisning till bl.a. Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 6791-12.

En ansökan om ersättning kan göras löpande eller när hela behandlingen eller rehabiliteringen är klar. I ansökan ska redovisas vilken tid den försäkrade behövt avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering. Försäkringskassan ska sedan bedöma om alla villkor är uppfyllda och ersättning därmed ska betalas ut. Neka den försäkrade ersättning helt eller delvis får beslutet överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Bestämmelsens mycket tydliga skrivningar om att den förebyggande behandlingen måste ingå i en av Försäkringskassan godkänd plan gör det dock svårt att göra överväganden eller argumentera i efterhand.

När en försäkrad ansöker om förebyggande sjukpenning ska Försäkringskassan ta ställning till samtliga villkor och förutsättningar som gäller för att förmånen ska betalas ut. Försäkringskassans beslut att godkänna en behandlingsplan innebär inget slutligt ställningstagande avseende rätten till förebyggande sjukpenning utan är närmast att betrakta som en form av förhandsbesked inför prövningen av rätten till ersättning. Omständigheten att ett beslut om godkännande av behandlingsplan inte utgör ett slutligt ställningstagande till den försäkrade personens rätt till förebyggande sjukpenning har slagits fast av Högsta förvaltningsdomstolen.¹⁹ Det betyder att beslutet inte har någon faktisk verkan när det gäller den försäkrades rätt till förmånen. Det innebär också att ett beslut om godkännande av behandlingsplan inte går att överklaga.

Det finns inget hinder för en försäkrad att få sjukpenning samtidigt som man får sjukpenning i förebyggande syfte. En sådan situation kan till exempel uppstå om den försäkrade får partiell sjukpenning och samtidigt arbetar partiellt. Om Försäkringskassan remitterar den försäkrade till en utredning och han eller hon behöver avstå från arbete under utredningstiden kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut för resterande del. Detsamma gäller om en deltidssjukskriven försäkrad behöver avstå från arbete i ytterligare omfattning för att delta i en behandling eller rehabilitering som enligt redogörelsen ovan ingår i en plan som Försäkringskassan har godkänt.²⁰

Om den försäkrade redan är beviljad hel sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga kan han eller hon däremot inte få någon ytterligare sjukpenning i samband med utredning, behandling eller rehabilitering.

¹⁹ HFD 2020 not. 14.

²⁰ Jfr Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, s. 44.

Förebyggande sjukpenning för riskgrupper

En särskild form av förebyggande sjukpenning var den som berörde personer tillhörande riskgrupp för allvarlig sjukdom vid covid-19. Av förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärandepening med anledning av sjukdomen covid-19 framgick att dessa personer skulle kunna ansöka om och få förebyggande sjukpenning.

20.1.1 Handläggning av förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning har ett ansökningsförfarande och en handläggningsrutin som skiljer sig från sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Handläggningsrutinen har ändrats efter Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning år 2015, bland annat med nya blanketter. Tidigare ansökte den försäkrade personen om förebyggande sjukpenning, vilket normalt besvarades med ett beslut om att personen hade rätt till förebyggande sjukpenning. I beslutet angavs att personen därefter skulle skicka in en försäkran (en särskild blankett från Försäkringskassan) där myndigheten bland annat frågade i vilken omfattning personen hade avstått från arbete för att delta i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. När Försäkringskassan, efter rekommendation i den rättsliga kvalitetsuppföljningen, ändrade handläggningen, var det för att förtydliga att det första steget bara handlade om att godkänna behandlingsplanen, medan rätten till ersättning prövas först i nästa steg.

Ett ärende om förebyggande sjukpenning handläggs från december 2017 i ett tvåstegsförfarande, med två ansökningar. I det första steget ska handläggaren utifrån uppgifterna i ansökan ta ställning till om personens plan för behandling eller rehabilitering kan godkännas, utifrån uppgifterna i ansökan och det medicinska underlag som oftast lämnas i form av ett läkarutlåtande. Personen måste därför först få en behandlingsplan godkänd för att kunna ansöka om och få förebyggande sjukpenning. Ett godkännande av behandlingsplanen innebär just detta – att planen godkänns som en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som kan förebygga sjukdom, förkorta sjukdomsperioden eller nedsättning av arbetsförmåga. Det innebär alltså inte att personen har rätt till själva ersättningen. Om behandlingsplanen godkänns kan personen under eller efter genomgången be-

handling eller rehabilitering ansöka om förebyggande sjukpenning för de dagar eller delar av dagar som hen har genomgått behandlingen eller rehabiliteringen.

Den försäkrade ansöker alltså normalt om sjukpenning i förebyggande syfte innan behandlingen eller rehabiliteringen påbörjas. Försäkringskassan tar då ställning till rekvisitet för ersättningen: om den försäkrade har en förhöjd risk för sjukdom och arbetsförmåga samt om behandlingen är ordinerad av läkare och bedöms vara lämpad att minska risken för nedsatt arbetsförmåga. I så fall godkänner Försäkringskassan behandlingsplanen och beslutar att i princip bevilja sjukpenning i förebyggande syfte för de planerade åtgärderna. När den försäkrade sedan har deltagit i behandlingen lämnar han eller hon in en försäkran och då tar Försäkringskassan ställning till om och i vilken omfattning den försäkrade har behövt avstå från förvärvsarbete samt om den försäkrade har någon SGI som sjukpenningen kan grundas på. Om ansökan inte har beviljats i det första steget blir det andra steget inte aktuellt.²¹

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) konstaterade år 2020 att ett beslut att godkänna en behandlingsplan inte är ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrade personens rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning.

Ett ärende initieras

Ärenden om förebyggande sjukpenning initieras vanligtvis på Försäkringskassan genom att det kommer in en ansökan och/eller ett läkarutlåtande till myndigheten.

Försäkringskassans utredning

Ett ärende om sjukpenning i förebyggande syfte handläggs i två steg. I det första steget tar handläggaren ställning till om den försäkrades plan för medicinsk behandling eller rehabilitering kan godkännas. Om planen godkännas kan den försäkrade i steg två, efter genomgången behandling eller rehabilitering, ansöka om sjukpenning i förebygg-

²¹ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6 samt möte med handläggare på Försäkringskassan.

ande syfte för de dagar eller delar av dagar som hon eller han har varit tvungen att avstå från arbete på grund av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen.

Plan för medicinsk behandling eller rehabilitering

Det finns inga formella krav på planen för medicinsk behandling eller rehabilitering, men Försäkringskassan har tagit fram en blankett i form av ett läkarutlåtande som kan användas. Läkaren ska tydligt beskriva

- den försäkrades yrke och arbetsuppgifter,
- diagnos för sjukdom eller symptom som innebär en risk för nedsatt arbetsförmåga,
- hur det medicinska tillståndet skulle påverkas om den försäkrade inte får behandling,
- vilken behandling läkaren har ordinerat,
- innehållet i behandlingen,
- hur behandlingen kan motverka nedsatt arbetsförmåga,
- perioden som behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå,
- hur behandlingen är upplagd,
- var behandlingen kommer att genomföras och
- när uppföljning planeras och av vem.

Handläggaren ska bedöma planen baserat på

- om den försäkrade har en förhöjd risk för sjukdom som sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel samt om behandlingen i planen är ordinerad av läkare, och
- om det finns vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen i den försäkrades fall är lämpad för och syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga.

Handläggaren ska vid bedömningen vara uppmärksam på om planen har påverkats av stereotypa föreställningar om den försäkrade utifrån ålder, kön, sexuella läggning, religion eller etnicitet etc.

Om handläggaren anser att det är oklart om den föreslagna åtgärden utgör en medicinsk behandling eller rehabilitering och uppfyller kraven för att Försäkringskassan ska kunna godkänna planen bör han eller hon konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Handläggaren kan även ta hjälp av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Ansökan om ersättning

Om Försäkringskassan har godkänt planen och den försäkrade har genomgått behandlingen eller rehabiliteringen kan den försäkrade få ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte beviljad. Handläggaren ska först bl.a. kontrollera att den försäkrade har genomgått den ordinerade medicinska behandlingen eller rehabiliteringen så han eller hon behövt avstå från arbete eller arbetssökande minst en fjärdedel.

20.1.2 Rättspraxis rörande förebyggande sjukpenning

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 2009 ref. 37 – vad ska räknas som medicinsk behandling?

I målet tog Högsta förvaltningsdomstolen ställning till vad som kan anses utgöra medicinsk behandling. Den försäkrade hade ansökt om förebyggande sjukpenning för vistelse i Thailand i syfte att förbättra sin hälsa genom att förhindra uppblossande skov av eksem och förebygga ytterligare sjukskrivningsperioder.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det i lagtexten anges som en av förutsättningarna för den förebyggande sjukpenningen att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Det är således inte tillräckligt att yttre omständigheter är gynnsamma för förebyggandet av en sjukdom. Av ordalydelsen följer att dessa omständigheter ska kombineras med någon form av behandling.

Av utredningen framgick att vistelsen i Thailand inte innefattat någon behandling i den avsedda meningen. Förutsättningar saknades därför att bifalla ansökan om förebyggande sjukpenning.

*Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref. 41 –
arbetslösa försäkrade omfattas av rätten till förebyggande sjukpenning*

I Högsta förvaltningsdomstolens avgörande från den 23 september 2019 slog domstolen fast att även arbetslösa omfattas av rätten till förebyggande sjukpenning. Den försäkrade hade beviljats sjukpenning i förebyggande syfte för en period. Han var vid tidpunkten helt arbetslös.

Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning innebär att sjukpenning under vissa omständigheter betalas trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska betalas ut är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbета. Bestämmelsen i 6 § undantar inte den som är arbetslös från rätten till förebyggande sjukpenning (jfr även 28 kap.11 § SFB). Behandlingen eller rehabiliteringen ska vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta. Högsta förvaltningsdomstolen fann mot denna bakgrund att en försäkrad som är arbetslös har rätt till förebyggande sjukpenning om övriga förutsättningar för att ersättning ska lämnas är uppfyllda. Av utredningen i målet framgick att den försäkrade hade genomgått en sådan medicinsk behandling som avses i bestämmelserna om förebyggande sjukpenning och att han under den tid som behandlingen pågick var förhindrad att förvärvsarbета. Något krav på att han därutöver skulle ha gjort en inkomstförlust fanns inte. Han uppfyllde således förutsättningarna för att ha rätt till ersättning.

Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref. 42 – för vilken tid kan förebyggande sjukpenning betalas ut?

Högsta förvaltningsdomstolen berörde i avgörandet HFD 2019 ref. 42, meddelad den 23 september 2019 i mål nr 3398-18, frågan om när förebyggande sjukpenning kan betalas ut. I målet hade den försäkrade genomgått medicinsk behandling under en period om ca tre månader. Försäkringskassan beviljade honom förebyggande sjukpenning för fem dagar under vilka behandlingsåtgärder faktiskt genomfördes, men avtog hans ansökan för ersättning, såvitt här är av intresse, för dagar omedelbart före och efter behandlingstillfällena. Förvaltningsrätten i Malmö och Kammarrätten i Göteborg avtog hans överklagande. Kammarrätten anförde att förebyggande sjukpenning endast kan lämnas för tid i samband med själva behandlingen. För övrig tid då arbetsförmågan varit nedsatt till följd av behandlingen får prövningen av rätt till ersättning göras enligt reglerna om sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Högsta förvaltningsdomstolen anförde att bestämmelserna om förebyggande sjukpenning innebär att sjukpenning under vissa omständigheter betalas trots att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt. En förutsättning för att sådan sjukpenning ska lämnas är att den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Om ersättning lämnas ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Den försäkrade ska alltså vara förhindrad att förvärvsarbeta till följd av behandlingen eller rehabiliteringen i sig och inte på grund av nedsatt arbetsförmåga. I det senare fallet prövas rätten till sjukpenning i stället mot den allmänna bestämmelsen i 27 kap.2 § SFB. Av detta följer, anförde HFD, att förebyggande sjukpenning i första hand lämnas för den tid då den försäkrade faktiskt genomgår en behandling eller rehabilitering. Sådan ersättning kan också lämnas för tid då den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför eller åtgärder efter en behandling är förhindrad att förvärvsarbeta liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle. Dagarna före och efter de behandlingstillfällena för vilka den försäkrade beviljats förebyggande sjukpenning utgjorde mot denna bakgrund enligt HFD inte sådan tid för vilken förebyggande sjukpenning kan lämnas.

Högsta förvaltningsdomstolens beslut HFD 2020 not. 14 - kan behandlingsåtgärder utföras i hemmet (ej prövning i sak) samt behandlingsplanens status som överklagbart beslut

I Högsta förvaltningsdomstolens avgörande i mål nr 5742-19 var frågan i underinstanserna huruvida en av Försäkringskassan godkänd behandlingsplan som innefattade uppgifter på egen hand i hemmet kunde medföra rätt till förebyggande sjukpenning.

Försäkringskassan hade godkänt en behandlingsplan för den försäkrade som innebar att hon skulle delta i ett rehabiliteringsprogram för att bättre lära sig hantera stress och oro i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdom samt för att förebygga besvär med knäledsartros. I programmet ingick bl.a. fysisk och mental träning, avslappningsövningar samt föreläsningar. Vissa av uppgifterna i behandlingsplanen skulle genomföras på egen hand i hemmet.

Allmänna ombudet för socialförsäkringen överklagade Försäkringskassans godkännande till Förvaltningsrätten i Karlstad och yrkade att rätten skulle förklara att den försäkrade inte hade rätt till förebyggande sjukpenning för den del av behandlingen som genomfördes på egen hand i hemmet. Ombudet anförde bl.a. att ordinerade åtgärder bör kräva en insats av någon annan än den försäkrade själv samt att det blir svårt att kontrollera att behandlingen genomförs som den ska och att den sker på arbetstid när åtgärderna inte vidtas på en vårdinrättning. Förvaltningsrätten, som prövade överklagandet i sak, fann att de övningar som genomfördes på egen hand i hemmet kunde ge rätt till förebyggande sjukpenning och avslog överklagandet. Kammarrätten i Göteborg instämde i förvaltningsrättens bedömning och avslog allmänna ombudets överklagande. Den s.k. uppsläppandemeningen vid HFD:s beslut om prövningstillstånd gällde också om sådan behandling som en försäkrad genomför på egen hand eller utan överinseende av hälso- och sjukvårdspersonal kan ge rätt till förebyggande sjukpenning.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade i sitt avgörande att frågan i målet i första hand handlade om ifall Försäkringskassans godkännande av en plan för behandling eller rehabilitering utgjorde ett överklagbart beslut och om så var fallet huruvida den i målet aktuella behandlingen kan ge rätt till förebyggande sjukpenning. Vid denna prövning kom HFD till slutsatsen att Försäkringskassans godkännande av behandlingsplanen visserligen har en sådan hand-

lingsdirigerande effekt att godkännandet utgör ett förvaltningsbeslut, men för att ett beslut ska vara överklagbart måste det emellertid också vara fråga om en påverkan av tillräckligt kvalificerat slag. Försäkringskassans beslut att godkänna en behandlingsplan innebär inget slutligt ställningstagande avseende rätten till förebyggande sjukpenning, konstaterade HFD, utan är närmast att betrakta som en form av förhandsbesked inför prövningen av rätten till ersättning. Högsta förvaltningsdomstolen fann sammantaget att Försäkringskassans godkännande av den aktuella behandlingsplanen inte utgjorde ett överklagbart beslut och HFD tog således inte ställning till frågan om uppgifter som utförs i hemmet kan medföra rätt till förebyggande sjukpenning. Denna fråga är således inte prövad.

20.2 Utvecklingen av förebyggande sjukpenning över tid

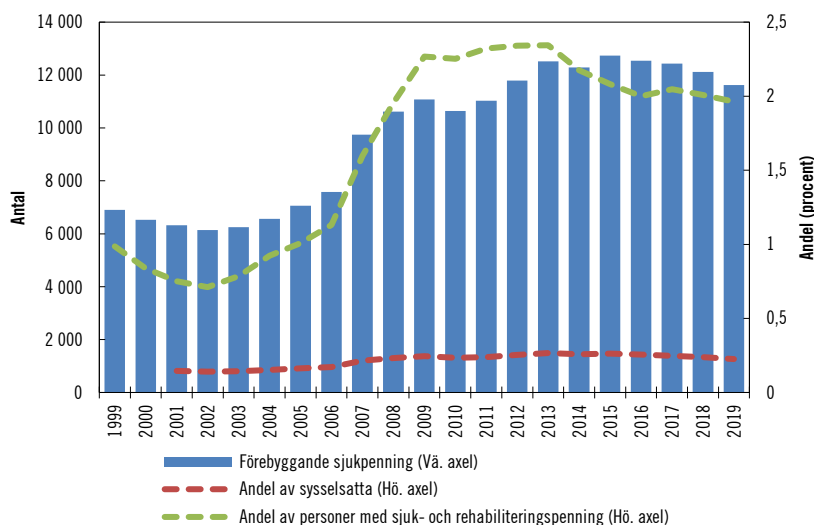
Antalet personer som får förebyggande sjukpenning har ökat över tid även om trenden under de senaste åren varit nedåtgående. År 2000 var det omkring 6 500 personer som någon gång under året haft förebyggande sjukpenning. Under perioden 2000–2015 nästan fördubblades antalet personer som beviljades ersättningen. Ökningen skedde i två steg där antalet beviljade ersättningstagare först steg kraftigt under perioden 2006–2009 för att sedan minska mellan 2009 och 2010. Därefter tog ökningen ny fart under åren 2010–2013. Under 2013 noterades en topp i antalet beviljade ärenden på omkring 12 700 personer. Därefter har utvecklingen vänt neråt och 2019 var det omkring 11 500 personer som beviljades förebyggande sjukpenning.

Förebyggande sjukpenning kan ges till dem som är sysselsatta eller har sjukpenning. Det är därför av intresse att relatera utvecklingen av antalet personer som fått förebyggande sjukpenning både till sysselsättningsutvecklingen och till det totala antalet personer med sjuk- eller rehabiliteringspenning. Av figur 20.1 framgår att utvecklingen av antalet personer med förebyggande sjukpenning och andelen i förhållande till den sysselsatta befolkningen och till dem som har sjuk eller rehabiliteringspenning följer ett likartat mönster även om nivåerna skiljer sig åt. Både andelen av de sysselsatta och andelen av dem med sjuk- och rehabiliteringspenning ökade under åren 2002–2010. Sedan dess har andelarna legat förhållandevis stabilt

och under de senaste åren minskat. Vid utgången av 2019 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte knappt 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning och ca 0,2 procent av de sysselsatta.

Det är generellt sett ovanligt med avslag på ansökan om förebyggande sjukpenning. Ansökan görs i två steg där först själva behandlingsplanen ska godkännas och sedan ansökan om ersättning. Under 2018 inkom drygt 12 000 ansökningar om behandlingsplaner till Försäkringskassan. Omkring en tredjedel kom från män och två tredjedelar från kvinnor. Avslagsfrekvensen var ungefär lika stor för kvinnor (2,8 procent) och män (2,4 procent). De allra flesta som ansöker om att få en behandlingsplan godkänd av Försäkringskassan går sedan vidare och ansöker om ersättning. Under 2018 var det 97 procent av kvinnornas ansökningar om behandlingsplaner som gick vidare till ansökan om ersättning och 95 procent av männens. Att alla beviljade ansökningar om behandlingsplaner inte går vidare till ansökan om ersättning kan ha flera olika förklaringar. Det kan t.ex. bero på att behandlingen i slutändan inte genomförs eller att den inte genomförs i enlighet med det som står i behandlingsplanen. Avslagsfrekvensen på ansökningar om ersättning är generellt sett ganska låg och något lägre för kvinnor än för män. För män avslås drygt 5 procent av alla ansökningar om ersättning medan det för kvinnor avslås omkring 2,5 procent.

Figur 20.1 Antal och andel med förebyggande sjukpenning



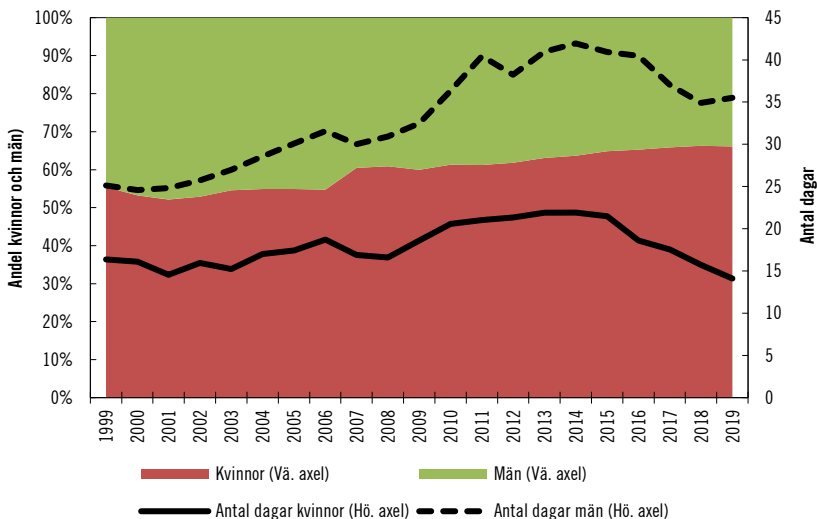
Källa: Försäkringskassan.

Den ökning av antalet personer som fått förebyggande sjukpenning skedde till en början relativt likartat hos både kvinnor och män. Under perioden 2000–2006 var det något fler kvinnor (52 procent) än män (48 procent) som beviljades förebyggande sjukpenning. Sedan dess har antalet personer med förebyggande sjukpenning ökat bland kvinnor medan antalet i princip varit konstant bland män. Det har inneburit att kvinnors andel av de som beviljats förebyggande sjukpenning ökat kraftigt och uppgick 2019 till omkring 66 procent av alla beviljade ärenden. Det innebär att det i dag är ungefär lika stor andel kvinnor som får förebyggande sjukpenning och sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Män får däremot ersättning för flera dagar än kvinnor. Män har under hela undersökningsperioden haft fler ersättningsdagar än kvinnor och skillnaden mellan det genomsnittliga antalet dagar som kvinnor och män får förebyggande sjukpenning har succesivt förstärkts över tid. Under 2019 fick män i genomsnitt förebyggande sjukpenning för 35,5 dagar medan kvinnor bara fick ersättning för 14,1 dagar. Skillnaden beror på att män oftare får ersättning för hela dagar medan kvinnor i större utsträckning får ersättning för delar av dagar. Det är också en större andel män än kvinnor som har långa

ersättningsperioder med förebyggande sjukpenning. En förklaring till detta kan vara att de behandlingar som män söker förebyggande sjukpenning för har en längre behandlingstid än de behandlingar kvinnor ansöker om. Vid samtal med Försäkringskassan framkommer att en vanlig behandling som män söker förebyggande sjukpenning för är olika typer av missbruksvård. Missbruksvård pågår ofta under hela dagar och under längre perioder.²²

Figur 20.2 Andelen kvinnor och män med förebyggande sjukpenning



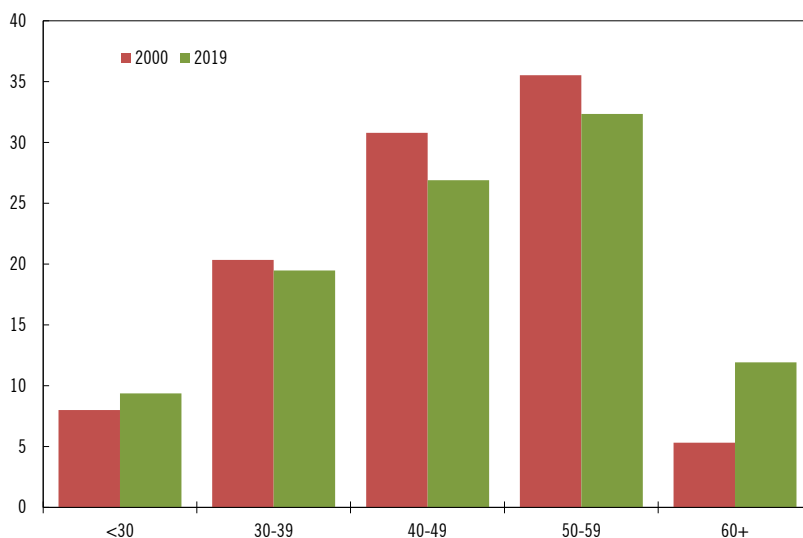
Källa: Försäkringskassan.

Ökningen av antalet personer med förebyggande sjukpenning har skett i samtliga åldersgrupper. Alla åldersgrupper har dock inte ökat lika mycket vilket gör att respektive åldersgrupps andel av det totala antalet personer med ersättningen förändrats över tid. Den tydligaste förändringen rör dem som är äldre än 60 år, vars andel mer än fördubblats från 5 till 12 procent. Även andelen personer yngre än 30 år har ökat bland dem som fått förebyggande sjukpenning. För denna grupp är ökningen dock betydligt mindre än för dem äldre än 60 år. I övriga åldersgrupper har andelarna minskat. Mätt i procentenheter är minskning störst i gruppen 40–49 år och 50–59 år.

²² Detta styrks även av de aktstudier som ISF gjort i rapporten Förebyggande sjukpenning (2020:6).

Även om andelarna som får förebyggande sjukpenning minskat i åldersgruppen 40–59 år så utgör personer i dessa åldrar över hälften av alla personer som får ersättningen. Omkring en tredjedel är yngre än 40 år och drygt 10 procent är äldre än 60 år. Att en så pass stor andel av alla som får förebyggande sjukpenning tillhör de äldre på arbetsmarknaden kan ha flera olika förklaringar. En förklaring kan vara att en hård belastning under ett långt arbetsliv, där förebyggande behandlingar kan bidra till att upprätthålla arbetsförmågan och förebygga sjukskrivning. Med åldern ökar också risken för kroniska sjukdomar vilket också kan vara en orsak till att äldre använder ersättningen mer än yngre.

Figur 20.3 Förebyggande sjukpenning, åldersgrupper



Källa: Försäkringskassan.

Försäkringskassans datalager saknar uppgifter om vilken diagnos som föreligger för dem som får förebyggande sjukpenning eller vilken behandling som ges. Vi vet dock att de personer som får förebyggande sjukpenning ofta har haft sjukpenning tidigare. Av de som fick sjukpenning i förebyggande syfte under 2018 hade nästan 90 procent tidigare varit sjukskrivna. Av dessa hade 30 procent varit sjukskrivna

med en psykiatrisk diagnos och 20 procent på grund av sjukdomar i rörelseorganen.²³

I en rättslig kvalitetsuppföljning som Försäkringskassan genomförde år 2015 var det två stora diagnosgrupper som låg bakom behovet av medicinsk behandling eller rehabiliteringsinsatser: psykiska sjukdomar (31 procent) och muskuloskeletala sjukdomar (29 procent). Den enskilt största behandlingstypen var missbruksbehandling som förekom i 27 procent av ärendena. Andra vanliga behandlingstyper var sjukgymnastik (22 procent), läkarvård (14 procent), psykologbehandling (11 procent) och arbetsterapi (8 procent). Utöver dessa behandlingstyper förekom en stor variation av åtgärder, såsom utlandsvård, multimodal rehabilitering, ospecificerad fysisk träning, yoga och vistelse på hälsohem.²⁴

Också i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2019 var de två vanligaste diagnosavsnitten psykiska sjukdomar och symptom och sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Inom ramen för de psykiska diagnoserna förekom enligt granskarna i stor utsträckning beroendesjukdomar och utmattningssyndrom. Det var vanligt att den försäkrade hade mer än en diagnos och granskarna noterade att det i en del ärenden verkade vara oklart om det var den psykiska eller muskuloskeletala diagnosen som utgjorde huvuddiagnos.²⁵

Bland de kvinnor som hade varit sjukskrivna innan förebyggande sjukpenning beviljats var de vanligaste diagnoserna vid den föregående sjukskrivningsperioden psykiska diagnoser orsakade av stress eller depressioner samt sjukdomar i rörelseorganen som t.ex. ryggvärk. Det är i princip de sjukskrivningsorsaker som är vanligast bland kvinnor generellt.

Bland de män som hade varit sjukskrivna före en period med förebyggande sjukpenning var det också vanligt att sjukskrivningen var kopplad till stress, men den vanligaste diagnosen var psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol. Stressrelaterade sjukskrivningar är generellt sett vanliga också för män, men psykiatriska diagnoser på grund av alkoholberoende tillhör inte de vanligaste orsakerna till mäns sjukskrivning. Deltagande i missbruksvård är ett exempel på en medicinsk behandling eller rehabilitering som

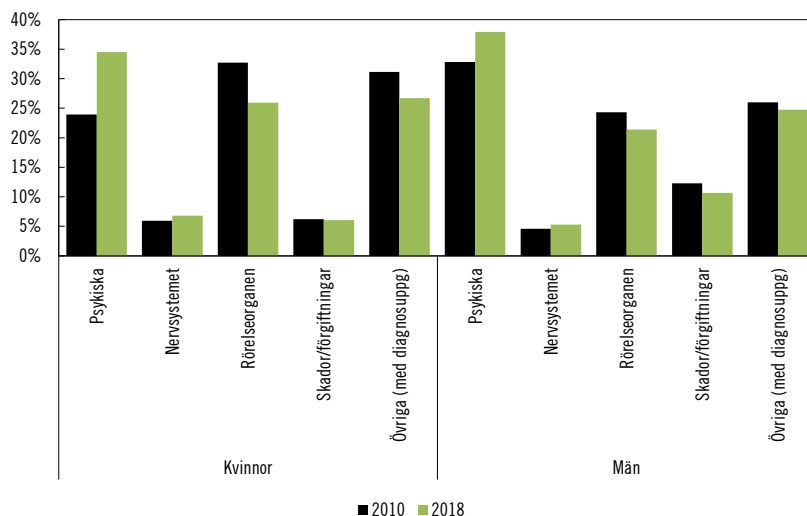
²³ Avser sjukskrivningsperioden innan förebyggande sjukpenning har beviljats.

²⁴ Försäkringskassan, Sjukpenning i förebyggande syfte, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.

²⁵ Försäkringskassan 2019:6, s. 16.

kan ge rätt till förebyggande sjukpenning och som vid samtal med handläggare på Försäkringskassan nämns som en vanlig behandling bland män som beviljats förebyggande sjukpenning.

Figur 20.4 Sjukskrivningsorsak före period med förebyggande sjukpenning



Källa: Försäkringskassan.

I Försäkringskassans rättsliga uppföljningar från 2015 och 2019 gjordes en genomgång av vilka behandlingar som ges inom ramen för den förebyggande sjukpenningen. I 14 procent av de studerade ärendena förekom läkarvård. Det handlade då oftast om att den försäkrade genomgick en cellgiftsbehandling eller att hen besökte läkare för utredning och uppföljning inom ramen för ett multimodalt smärtrehabiliteringsprogram. Sjukgymnastik förekom i drygt en femtedel av ärendena (22 procent). Ibland fanns det uppgifter om att den försäkrade skulle få sjukgymnastik som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Sjukgymnastik förekom oftare i ärenden som gällde kvinnor än i ärenden som gällde män (27 procent för kvinnor respektive 17 procent för män). Arbetsterapi förekom i 8 procent av ärendena, och i princip alltid som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Psykologbehandling förekom i 11 procent av ärendena och både som fristående samtalsbehandling och som en del av ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Sådan

behandling var, liksom sjukgymnastik, vanligare för kvinnor än för män (17 procent för kvinnor respektive 5 procent för män).²⁶ Syn- och hörselrehabilitering och utprovning av arbetshjälpmedel omnämns i förarbetena om sjukpenning i förebyggande syfte, men förekom inte i något av de granskade ärendena.

Även försäkringsmedicinsk utredning har enligt ett rättsligt ställningstagande från Försäkringskassan kommit att innefattas i sådan behandling eller rehabilitering som berättigar till förebyggande sjukpenning. Försäkringsmedicinsk utredning förekom dock bara i fem ärenden (1 procent) i uppföljningen 2015.

Desto vanligare var behandling mot beroende och missbruk. Mer än en fjärdedel av ärendena 2015 (27 procent) innehöll denna typ av behandling. Det gällde såväl behandling på behandlingshem som behandling i öppenvården, och inte sällan både och. Ofta angavs att behandlingen genomfördes enligt den så kallade 12-stegsmodellen (även kallad Minnesotamodellen). Missbruksbehandling var klart vanligare för män än för kvinnor (42 procent för män respektive 13 procent för kvinnor). I uppföljningen 2019 förekom missbruksbehandling i drygt en femtedel av ärendena (21 procent).

I uppföljningen från 2015 hamnade 39 procent av ärendena i kategorin annat. Några av dessa ärenden gällde utlandsvård, fysisk träning, besök hos kiropraktor, naprapat, kurator/socionom, dietist, arbetslivscoach eller friskvårdskonsult eller att den försäkrade fick hypnos eller akupunktur. Det förekom också att förebyggande sjukpenning beviljades för tid då den försäkrade deltog i renodlat medicinska undersökningar eller utredningar, såsom röntgenundersökningar, provtagningar och kliniska undersökningar.

20.3 Sjukpenning i förebyggande syfte – problemanalys

Sjukpenning i förebyggande syfte – fortsättningsvis kallad förebyggande sjukpenning – infördes för snart trettio år sedan i samband med den så kallade rehabiliteringsreformen 1992. Sedan dess har lagstiftningen varit oförändrad. Förmånen har tidigare inte heller varit föremål för någon mer grundlig utredning eller översyn. Inspektionen för socialförsäkringen utkom emellertid nyligen med en rapport som

²⁶ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6, s. 13.

berör den förebyggande sjukpenningen från flera perspektiv.²⁷ ISF:s slutsatser grundas i såväl intervjuer, aktgranskningar och en dokumentstudie. Försäkringskassan har framför allt publicerat två rättsliga kvalitetsuppföljningar, 2015 och 2019, där ett antal akter har granskats utifrån framför allt kvalitetsperspektivet, samt en så kallad kortanalys från 2019. Dessa rapporter har beaktats av utredningen i den följande analysen. Riksrevisionen har i ett sent skede av utredningens arbete publicerat en granskningsrapport om Försäkringskassans arbete med att förebygga sjukskrivning, där bl.a. den förebyggande sjukpenningen berörs.²⁸ Även denna rapport har beaktats i den utsträckning det varit möjligt.

I avsnitt 20.1 redogjordes för regelverket kring förebyggande sjukpenning och förutsättningarna för att beviljas ersättning. Syftet med både själva förmånen och med den medicinska behandlingen eller medicinska rehabiliteringen som krävs för ersättning är att hindra att en person blir sjuk, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva personens nedsatta arbetsförmåga. Det krävs däremot inte att en person redan har en nedsatt arbetsförmåga, inte heller att han eller hon gör inkomstförlust. Det som avgör är i stället den utsträckning som personen på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Enligt förarbetena till lagstiftningen ska den sjukdom som personen riskerar få vara av sådan art att den förväntas leda till att personens arbetsförmåga blir nedsatt.

Två olika syften

Förmånen förebyggande sjukpenning är speciell inom sjukförsäkringen då den innebär den enda möjligheten en försäkrad har att kunna få ersättning från sjukförsäkringen *innan* en sjukdom har uppstått eller förvärrats och lett till arbetsoförmåga. För förebyggande sjukpenning anses i stället nedsatt arbetsförmåga föreligga genom själva behandlingen eller rehabiliteringen och den tid som åtgärder tar i anspråk.

Förmånen förebyggande sjukpenning har enligt lagstiftaren två tydliga syften. Det första är att *förebygga* sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan, alltså att förhindra att en persons symptom och

²⁷ ISF 2020:6, Förebyggande sjukpenning – en granskning av sjukpenning i förebyggande syfte.

²⁸ RiR 2021:19.

ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Målet med behandlingen eller rehabiliteringen är i detta fall att förebygga att en persons ohälsa och symtom övergår till att personen blir sjuk och får nedsatt arbetsförmåga.

Det andra syftet handlar mer om en form av sekundärprevention; i detta fall har en försäkrad redan blivit sjuk och det handlar om att förkorta sjukdomstiden eller häva nedsättningen av arbetsförmågan, att förhindra att personen blir sjukare, att han eller hon blir sjuk upprepade gånger eller inte kan arbeta eller söka arbete under längre tid. Detta blir aktuellt vid t.ex. sjukdomar som är kroniska eller som går i skov.

De två syftena står inte på något sätt mot varandra. Men de har visats sig skapa problem när Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ska tillämpa reglerna för förebyggande sjukpenning.

Förmånen förebyggande sjukpenning syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. Genom att skapa ekonomiska förutsättningar för försäkrade att delta i åtgärder som förebygger sjukfrånvaro kan förmånen bidra till bl.a. att målet om en låg och stabil sjukfrånvaro uppnås. En utgångspunkt för den fortsatta analysen är således att det är eftersträvansvärt att förmånen används i den utsträckning som krävs för att uppfylla dessa mål, och att hinder eller problem för ett sådant användande medför oönskade konsekvenser. Av nedanstående redogörelse framgår bl.a. att få försäkrade använder sig av förmånen och Försäkringskassan fattar få beslut i ärendeslaget.

En annan viktig utgångspunkt – som bl.a. visats föreligga genom Inspektionen för socialförsäkringens granskning av förmånen – är att de centrala aktörerna som har att hantera den medicinska rehabiliteringen och tillhörande förmåner – Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – anser att förebyggande sjukpenning är en viktig länk i deras arbete med att förebygga att personer blir sjuka och får nedsatt arbetsförmåga. Samtidigt anser dessa aktörer att det finns både juridiska och administrativa hinder som gör att förmånen inte kan användas i tillräcklig omfattning. ISF konstaterar också mot bakgrund av den psykiska och fysiska ohälsan i befolkningen att användningen av förmånen inte motsvarar de behov som finns.²⁹

²⁹ ISF 2020:6, Förebyggande sjukpenning, s. 12–13.

Det är mot denna bakgrund angeläget att analysera tänkbara förklaringar till att förmånen används i sådan liten utsträckning och att identifiera eventuella problem kopplade till nuvarande regelverk och tillämpning. Följande avsnitt ägnas åt denna analys.

20.4 Tänkbara förklaringar till varför användandet av förmånen är begränsat

Utredningen har i tidigare avsnitt (20.2) kunnat konstatera att få försäkrade ansöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Det finns ett antal möjliga förklaringar till varför förmånen används i så liten utsträckning. Det skulle kunna röra sig om interna förklaringar såsom om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit. Externa faktorer, som att medicinsk behandling inte genomförs i någon högre utsträckning eller att förmånen inte är tillräckligt kända utgör andra möjliga förklaringar. Dessa olika förklaringsmodeller diskuteras i avsnitten nedan. En del faktorer kan utgöra både en förklaring till det begränsade användandet och vara del i en effekt av samma begränsade användande.

20.4.1 Förmånens syfte och funktion i de övergripande målen för sjukförsäkringen är otydligt formulerade

Förebyggande sjukpenning infördes för snart 30 år sedan för att sjukförsäkringen skulle kunna vara med och stödja de hälsopolitiska planerna och förbättra arbetet med att förebygga ohälsa eller sjukdom. Det är samma regler som gäller nu som när förmånen infördes. Avsikten med att införa förebyggande sjukpenning var att förmånen skulle vara ett av flera verktyg för att förhindra frånvaro från arbete på grund av sjukdom.³⁰

En grundläggande förutsättning för att en förmån och ett regelverk ska fungera som avsett är att den tillämpande myndigheten och övriga aktörer har tillräcklig kunskap om förmånen och att information om förmånen når berörda parter. Men lika viktigt är att det sker uppföljningar och utvärderingar och att syftet med den aktuella

³⁰ Prop. 1990/91:141, s. 33–34; SOU 1988:41, s. 313–335.

regleringen klart framgår. Det är svårt att tillämpa en reglering där avsikten och syftet med förmånen är otydlig.

Inspektionen för socialförsäkringen har som underlag för sin rapport 2020:6 bland annat gjort en dokumentstudie och undersökt Försäkringskassans interna styrning av förmånen, inkl. budgetpropositioner, regleringsbrev, åiterrapportering i Försäkringskassans årsredovisningar och myndighetens interna styrdokument.

ISF drar utifrån redovisningen i dessa dokument slutsatsen att det är oklart vilken funktion den förebyggande sjukpenningen har i sjukförsäkringen. Det finns inte någon tydlig koppling mellan förebyggande sjukpenning och de uppdrag och mål som regeringen genom åren har gett Försäkringskassan för att minska eller förkorta sjukfrånvaron.

En andra slutsats som ISF drar är att det hos Försäkringskassan saknas en tydlig koppling mellan den förebyggande sjukpenningen och de åtgärder som myndigheten har genomfört för att uppfylla olika mål om att minska eller förkorta sjukfrånvaron. I Försäkringskassans centrala dokument för verksamhetsplanering och i budgetunderlag i myndighetens årsredovisningar rapporteras bara hur många som har fått förmånen.

Regeringens styrning saknar specifika mål för förmånen

Som exempel på stöd för dessa slutsatser är att det i budgetpropositionerna för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning saknas mål eller analyser av hur den förebyggande sjukpenningen har använts. Det finns dock skrivningar i några av budgetpropositionerna från senare år som handlar om arbetet med att förebygga ohälsa och sjukfrånvaro.

Ett exempel är budgetpropositionen för 2020. Där redogör regeringen för ett förslag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården för sjukskrivna personer. Insatserna ska erbjudas enskilda patienter under villkor att dessa är sjukskrivna och har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller komma in i arbetslivet. Regeringen bedömer att detta förslag kommer bidra till att nå målet om att sjukskrivna ska kunna återgå till arbetet tidigare efter en sjukfrånvaro. Budgetpropositionen saknar dock en beskrivning av vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i

hälso- och sjukvårdens arbete med att förkorta tiden personer är borta från arbetet på grund av sjukdom.³¹

Försäkringskassans regleringsbrev

I tidigare avsnitt (se t.ex. avsnitt 7.2) har utredningen kunnat konstatera att styrning av Försäkringskassan genom regleringsbrev till myndigheten har stor betydelse som förklaringsmodell till utvecklingen för en viss förmån. Dessa regleringsbrev har berört sjukpenningen med också sjukersättningen, där t.ex. ett tak på antal beviljade ersättningar angavs i regleringsbrevet.

Vad gäller den förebyggande sjukpenningen kan konstateras att det i regleringsbreven till Försäkringskassan under perioden 2005–2020 inte fanns några specifika mål rörande den förebyggande sjukpenningen. Det fanns heller inga krav på att Försäkringskassan skulle återrapportera hur förmånen används för att förebygga och minska sjukfrånvaron.³² Däremot fanns det ett mål år 2006 under verksamhetsområdet Ersättning vid och åtgärder mot ohälsa, om att Försäkringskassan ska bidra till att förebyggande åtgärder vidtas för att minska sjukfrånvaron.³³ Men det fanns ingen beskrivning vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i de förebyggande åtgärderna.

Samma mål finns med i regleringsbreven för 2007 och 2008 tillsammans med en inriktning för sjukförsäkringen där den så kallade arbetslinjen skulle vara vägledande i sjukskrivningsprocessen. Regeringen skrev att Försäkringskassan tidigt ska gå in aktivt och stödja insatser som syftar till att motverka att personer är borta från arbetet under lång tid på grund av sjukdom och utanförskap.³⁴ Men inte heller här hade regeringen pekat ut ett uttryckligt samband mellan de tidiga insatserna och den förebyggande sjukpenningen.

I regleringsbreven för åren 2009–2013 gav regeringen Försäkringskassan ett mål, under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, att verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som skulle präglas av tidiga och aktiva insatser

³¹ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10.

³² Regleringsbrev budgetåren 2005–2020 avseende Försäkringskassan.

³³ Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan, S2007/1411/SF.

³⁴ Regleringsbrev för budgetåret 2007 avseende Försäkringskassan, S2008/1231/SF; regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan, S2008/6774/SF.

för att undvika att personer är borta från arbetet under lång tid på grund av sjukdom. Inte heller här fanns det en beskrivning av vilken funktion och betydelse den förebyggande sjukpenningen skulle ha i arbetet med de tidiga insatserna.

ISF konstaterar att det från år 2014 och fram till år 2020 inte finns några mål i regleringsbrev som går att koppla till tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen.³⁵ Riksrevisionen gör samma observation och konstaterar att Försäkringskassans uppdrag att förebygga sjukskrivningar inte är tydligt och att uppdraget inte har uttalats explicit i regeringens regleringsbrev sedan 2013.³⁶ Utredningen kan dock konstatera att regeringen nyligen gav Försäkringskassan ett ändrat regleringsbrev med tydliga formuleringar om förebyggande insatser.³⁷

Försäkringskassans interna dokument

Inte heller i Försäkringskassans verksamhetsplanering och budgetunderlag sägs något om den förebyggande sjukpenningen. Förmånen har dock två gånger varit föremål för Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar. I den rättsliga kvalitetsuppföljningen från år 2015 står att Försäkringskassan inte har prioriterat den förebyggande sjukpenningen i utbildningssammanhang eller i myndighetens ledning och styrning.³⁸

Årsredovisningarna rapporterar vissa insatser när det gäller målet om tidiga och aktiva insatser. Det handlar framför allt om att myndigheten har arbetat mer med arbetsgivare för att sjuka snabbare ska kunna återgå till sitt arbete. Målet handlar också om att företagshälsovården är arbetsgivarnas viktigaste resurs i arbete med att förebygga sjukfrånvaro och med rehabilitering. Försäkringskassan kopplar dock inte de åtgärder som myndigheten har genomfört för att förverkliga målet om tidiga och aktiva insatser till den behandling och rehabilitering som personer deltar i med stöd av den förebyggande sjukpenningen. I årsredovisningarna rapporterar också Försäkringskassan om myndighetens förebyggande arbete med att informera arbetsgivare och hälso- och sjukvården om hur sjukförsäkringen fungerar, för att den ska kunna fungera ändamålsenligt. Årsredovis-

³⁵ ISF 2020:6, s. 54.

³⁶ RiR 2021:19, s. 7.

³⁷ Regeringsbeslut S2021/03352, 2021-04-08.

³⁸ Försäkringskassan 2015:6, s. 22.

ningen rapporterar också om stöd som Försäkringskassan ger till arbetsgivare och företagshälsovård samt om de förebyggande individinsatser som Försäkringskassan deltar i genom samordningsförbunden. Men inte heller här står det något om vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i det förebyggande arbetet och i insatserna.³⁹

Riksrevisionens granskning visar att arbetet med den förebyggande sjukpenningen är lågt prioriterat internt inom Försäkringskassan. Riksrevisionen bedömer därför att, givet myndighetens nuvarande tillämpning av uppdraget, Försäkringskassans möjligheter att påverka sjukpenningstal och ohälsotal med ersättningen är begränsade.⁴⁰

En lågprioriterad del av sjukförsäkringen

Utredningen konstaterar mot denna bakgrund, i likhet med ISF och Riksrevisionen, att det finns stöd för uppfattningen att målen och syftet med den förebyggande sjukpenningen är otydligt uttryckta i de relevanta styrdokumentet. Ett annat sätt att beskriva detta är att förmånen synes utgöra en lågprioriterad del av sjukförsäkringen.

Utredningens bedömning är vidare att otydligheter i förmånens beskrivna syfte kan medföra att den inte blir en prioriterad del av Försäkringskassans arbete. Detta riskerar i sin tur att slå mot användningen av förmånen. Den närmre omfattningen av detta är dock svår att bedöma.

ISF konstaterar att det enligt flera försäkringssamordnare, samverkansansvariga och försäkringsspecialister verkar vara så att varken regeringen eller Försäkringskassan prioriterar eller uppmärksammar den förebyggande sjukpenningen. ISF anger vidare att både regeringen och Försäkringskassan dessutom saknar en övergripande strategi för att sprida information och kunskap om förmånen.⁴¹

ISF beskriver vidare bl.a. att Försäkringskassans samverkansansvariga säger att de är osäkra på hur mycket de ska informera om förebyggande sjukpenning. Det beror främst på att det inte finns några tydliga mål för förmånen, varken från regeringen eller från Försäkringskassan. Samtidigt anser flera av de personer som ISF har

³⁹ ISF 2020:6, s. 55.

⁴⁰ RiR 2021:19, s. 7.

⁴¹ ISF 2020:6, s. 51.

intervjuat – både inom hälso- och sjukvården och hos Försäkringskassan – att många inom hälso- och sjukvården och arbetsgivarna inte kan tillräckligt mycket om förmånen, till exempel hur och när förmånen kan användas.⁴²

Utredningen konstaterar sammantaget att bilden av den förebyggande sjukpenningen som en lågprioriterad förmån går igen i utredningens egna kontakter med berörda aktörer men också i ISF:s och Riksrevisionens granskningsrapporter. Regelverket är gammalt och syftet har inte beskrivits tydligt i de relevanta styrdokument som finns. Roll- och ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är inte tydlig. Detta utgör sannolikt en delförklaring till att förmånen används endast i begränsad utsträckning.

20.4.2 Regelverket innehåller flera svårbedömda rekvisit där tolkningen skiljer sig åt mellan aktörerna

Utredningen har tidigare redogjort för regelverket kring den förebyggande sjukpenningen och att ett flertal rekvisit måste vara uppfyllda för att ersättning ska kunna beviljas. Detta gäller såväl kraven på behandlingsplanen som förutsättningarna för själva ersättningen. Det kan konstateras att flera av dessa rekvisit innebär högt ställda krav. Flera av rekvisiten innefattar också bedömningsfrågor där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar och där bedömningsutrymmet för handläggaren är relativt stort. Utredningen konstaterar att detta kan medföra en hög risk för bristande enhetlighet i tillämpningen.⁴³ De krav som ställs kan också medföra att många typer av medicinska behandlingar och rehabiliteringar inte uppfyller kraven, vilket i sin tur medför att den försäkrade inte kan beviljas förebyggande sjukpenning. Detta utgör sannolikt en delförklaring till varför förmånen används i så liten utsträckning.

En central slutsats i denna del är också att bedömningen av de olika kriterierna skiljer sig åt mellan huvudaktörerna Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården. Det handlar då främst om de medicinska begrepp som avgör vad som ska anses utgöra medicinsk behandling eller rehabilitering, eller om sådan behandling ska anses vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet.

⁴² ISF 2020:6, s. 98.

⁴³ Jfr Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.

Begreppen medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering

Förebyggande sjukpenning kan bara betalas ut vid medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Lagstiftningen innehåller inte någon tydlig definition av dessa begrepp. Inte heller finns i aktuellt regelverk någon avgränsning av vilka behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder som kan ersättas. I förarbetena och rättspraxis nämns att det, som konstaterats ovan, förutom vanlig sjukvård kan röra sig om sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder.⁴⁴ I rättspraxis har även deltagande i missbruksvård ansetts kunna vara en sådan behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till sjukpenning i förebyggande syfte.

Det står alltså inte helt klart vilka typer av behandlingar som ska anses utgöra medicinsk behandling eller rehabilitering. Klart är att olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering inte ingår – den prövas och ersätts i stället inom ramen för rehabiliteringsersättningen. Däremot har utredningen tidigare konstaterat att gränsen mellan olika typer av rehabilitering inte alltid är lätt att dra och att människor ofta genomgår flera typer av rehabilitering samtidigt.

Rättsläget är också oklart exempelvis när det gäller frågan om hemuppgifter, dvs. en del av behandling eller rehabilitering som den enskilde utför på egen hand i hemmet, kan godkännas som del i en behandlingsplan. Som tidigare redogjorts för, har Kammarrätten i Göteborg prövat frågan (och godtagit denna typ av inslag i behandlingen) men frågan har inte prövats i sak av HFD.

Den kanske viktigaste frågan är dock den om andra inslag än rent medicinska som ingår som del i medicinska rehabiliteringsplaner. Behandling i form av KBT mot psykisk ohälsa är vanlig. Behandlingen innefattar typiskt sett även individuella inslag utförda i hemmet. Denna vanliga typ av behandling aktualiserar också frågan om vilka typer av vårdinsatser som kan ingå i medicinsk behandling och rehabilitering och ge rätt till ersättning. Denna fråga berörs nedan.

⁴⁴ Prop. 1991/92:40, s. 31.

Sociala och pedagogiska inslag i medicinsk behandling och rehabilitering

De två huvudsakliga aktörerna Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har enligt ISF:s granskning olika syn på hur reglerna ska tolkas när det gäller begreppet medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering. ISF:s granskning visar att Försäkringskassan tolkar begreppet *medicinsk* mer strikt än vad hälso- och sjukvården gör. Det gäller främst frågan om sociala eller pedagogiska inslag i ett behandlingsprogram kan godkännas i den behandlingsplan som ska ingå i en ansökan om förebyggande sjukpenning. Försäkringskassan godkänner enligt ISF vanligtvis inte pedagogiska eller sociala inslag i en behandlingsplan, medan hälso- och sjukvården anser att sådana inslag är en självklar del i många behandlingsprogram. ISF anser att reglerna skapar problem, eftersom det i modern behandling och rehabilitering i stort sett alltid ingår pedagogiska inslag, och ofta även sociala inslag. Dessa inslag är inbyggda i behandlingen eller rehabiliteringen för att enskilda personer själva ska kunna ta ansvar för sin ohälsa eller sin sjukdom, och själva kunna bidra till att deras hälsa utvecklas i en positiv riktning.⁴⁵

Som exempel kan nämnas den vanliga behandlingsformen multi-modal rehabilitering (MMR). I ISF:s aktstudie ingick MMR i behandlingsplanen i 11 av de 93 ärendena (12 procent) där personernas behandlingsplan har godkänts i sin helhet och personerna även har beviljats förebyggande sjukpenning. Det kan jämföras med att MMR ingick i behandlingsplanen i 20 av 73 ärenden (27 procent) där personernas behandlingsplan respektive ansökan om ersättning blivit antingen delvis beviljad eller inte beviljad. Det är alltså utifrån studien mer sannolikt att Försäkringskassan inte godkänner MMR som en del av en behandlingsplan än att myndigheten gör det. Detta resultat speglar Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens olika synsätt på om MMR är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Problemet är, som ISF beskriver det, att Försäkringskassan ifrågasätter att hela behandlingsprogrammet är evidensbaserat. Enligt de intervjuade väljer Försäkringskassan ofta att inte godkänna stora delar av programmet, framför allt de delar i behandlingen som innefattar pedagogiska och sociala inslag.

⁴⁵ ISF 2020:6, s. 90.

Några av de handläggare hos Försäkringskassan som ISF har intervjuat anser att de olika typer av behandlingar som används i dag innehåller delar som inte är rent medicinska. Det kan i sin tur göra att det är svårt för handläggarna att avgöra om behandlingen ska godkännas inom ramen för en behandlingsplan i förebyggande sjukpenning.⁴⁶ En paradox i dessa olika bedömningssätt kan illustreras av vad en samordnare för rehabilitering och försäkringsmedicin på en hälso- och sjukvårdsförvaltning uttrycker i en intervju med ISF:

Det finns evidens i ett evidensdokument för vad MMR är, och vården ska genomföra MMR. Vissa personer behöver detta i förebyggande syfte och ansöker. Då hamnar vi i ett problem [...] De medicinska rehabiliteringsprogrammen godkänns inte alla gånger av Försäkringskassan. De plockar ur delar av programmet och säger att detta inte är medicinsk behandling. Då blir det två motsägelser. Dels beställer hälso- och sjukvården behandlingen enligt evidensdokumentet. Dels så är det ju sociala delar i dagens medicinska behandlingar, och att då plocka ur delar gör att paketet till slut inte har evidens längre.⁴⁷

ISF uttrycker uppfattningen att de pedagogiska och sociala inslagen är nödvändiga eftersom bakomliggande faktorer vid ohälsa och sjukdom helt eller delvis finns utanför det rent medicinska området. Det gäller till exempel faktorer som berör livsstil, arbetsmiljö och balans i livet.⁴⁸

Begreppet ordinerad av läkare

Kriteriet att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska vara ordinerad av läkare synes utgöra ett mindre bekymmer. Om en läkare har fyllt i blanketten FK 7265 Läkarutlåtande – förebyggande behandling, medicinsk behandling, medicinsk rehabilitering och där beskrivit den planerade åtgärden har det i Försäkringskassans granskning i Försäkringskassan rättsliga kvalitetsuppföljning tolkats som att läkaren ordinerat den aktuella åtgärden. Även om läkaren på något annat sätt underrättat Försäkringskassan att hans eller hennes patient ska genomgå en viss behandling eller rehabilitering så kan det tolkas som en ordination.⁴⁹

⁴⁶ ISF 2020:6, s. 82.

⁴⁷ ISF 2020:6, s. 80.

⁴⁸ ISF 2020:6, s. 90.

⁴⁹ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6.

Svårt att avgöra om insatsen bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet

En ytterligare förutsättning för att kunna få sjukpenning i förebyggande syfte är att den försäkrade har en *förhöjd risk att få en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan*, och bedömningen om så är fallet ska enligt lagtexten göras utifrån *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Det måste alltså finnas någon specifik riskfaktor som kan förväntas medföra att den försäkrade får nedsatt arbetsförmåga om behandling eller rehabilitering inte genomförs. Läkaren ska även ha ordinerat personen att delta i en behandling eller rehabilitering, som ska vara lämplig för att minska risken att personen blir sjuk. Enstaka vårdbesök ger inte en person rätt till ersättning.⁵⁰

När en person ansöker om förebyggande sjukpenning ska Försäkringskassan i det första steget i handläggningen bedöma den medicinska behandlingen eller medicinska rehabiliteringen i den behandlingsplan som läkaren har ordinerat.⁵¹ Det innebär enligt Försäkringskassans vägledning att handläggaren ska

ta ställning till om den försäkrade, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, har en förhöjd risk att få arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom och om behandlingen minskar den risken. Det handlar alltså om att göra en evidensbaserad bedömning, dvs. ta ställning till om det finns ett vetenskapligt stöd för att den föreslagna behandlingen har effekt på sjukdomen.⁵²

Handläggaren kan därefter besluta att helt eller delvis godkänna behandlingsplanen eller att inte godkänna planen.

ISF beskriver att Försäkringskassans handläggare i intervjuerna anger att det finns två svårigheter med hur de ska tolka begreppen medicinsk behandling respektive medicinsk rehabilitering. Den första svårigheten handlar om att det kan vara svårt att avgöra vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet när det gäller nya behandlingsformer. Den andra svårigheten handlar om att lagen är gammalmodig, och att handläggarna tycker att de exempel som anges i förarbeten – och som därmed ska vara ett stöd för handläggarna när de tillämnar lagen – inte är aktuella och relevanta i dag.⁵³

⁵⁰ Prop. 1990/91:141, s. 84 f.

⁵¹ Prop. 1990/91:141, s. 73 och 85; 27 kap.6 § andra stycket SFB.

⁵² Försäkringskassan, Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Vägledning 2015:1, version 12, avsnitt 4.2.3.

⁵³ ISF 2020:6, s. 81–82.

ISF konstaterar vidare att kravet på att behandling eller rehabilitering ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet är något som väcker frågor och skapar problem i dialogen mellan Försäkringskassan och vårdgivare. Det beror sannolikt på att Försäkringskassan när de tillämpar lagstiftningen tolkar vetenskap och beprövad erfarenhet som att behandlingen eller rehabiliteringen ska vara *evidensbaserad*.

Förutsättningen för att få sjukpenning i förebyggande syfte är att man – utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet – kan *förvänta sig* att den planerade åtgärden kommer att förebygga att den försäkrade blir arbetsoförmögen. Försäkringskassan uttrycker detta som att åtgärden med andra ord ska vara *evidensbaserad* och dessutom *lämpad just i den försäkrades fall*.⁵⁴

ISF anser dock att detta är en långtgående och felaktig tolkning, och ett betydligt strängare villkor än vad som förarbetena till reglerna beskriver. Enligt förarbetena ska läkaren göra en bedömning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet om personen har en förhöjd sjukdomsrisk. Läkaren ska sedan ordinera en behandling som ska vara lämpad att minska sjukdomsrisken.⁵⁵ ISF anger att det givetvis viktigt är att den behandling som personen ska få bygger på bästa möjliga kunskap, men att detta inte betyder att behandlingen ska vara evidensbaserad. ISF ifrågasätter dessutom om det är rimligt att enskilda handläggare hos Försäkringskassan ska göra en rent medicinsk bedömning av om en behandling är lämpad för att minska risken för sjukdom eller inte. Det är ett ansvar som bör ligga på hälso- och sjukvården.⁵⁶

Riksrevisionen anger i sin rapport om Försäkringskassans förebyggande arbete att de förebyggande behandlingar och insatser som ges med Försäkringskassans ersättningar ska vara effektiva och att de därmed ska kunna förhindra eller förkorta sjukskrivning. I detta, liksom i all annan statlig verksamhet, ska hög effektivitet eftersträvas. Ur en effektivitetssynvinkel bör användningen av förebyggande ersättningar därför styras mot evidensbaserade förebyggande insatser.⁵⁷ Riksrevisionen redogör emellertid inte i rapporten för vad myndigheten menar avses med begreppet evidensbaserad eller för det rättsliga stödet för ett sådant krav.

⁵⁴ Försäkringskassan 2015:6 och 2019:6.

⁵⁵ Prop. 1990/91:141, s. 85.

⁵⁶ ISF 2020:6, s. 97.

⁵⁷ RiR 2021:19, s. 13.

Utredningen kan konstatera att bedömningen av huruvida en viss behandling bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet är svår och sannolikt skiljer sig åt mellan olika bedömare inom Försäkringskassan. Handläggare på Försäkringskassan beskriver för utredningen att bedömningen av om en åtgärd är evidensbaserad främst görs utifrån utredningen i ärendet:

Vi har läkarutlåtanden där vi läser och sedan har vi specialistkompetens, FMR och specialist inom sjukförsäkringsfrågor som vi kan prata med och rådfråga. Sedan kan man alltid ringa till läkaren om känns tveksamt. Vi har diskuterat oss fram till att KBT är evidensbaserat, 12-stegsbehandling är evidensbaserat. När vi startade upp teamet gjorde vi mycket så att vi gjorde studiebesök i vården och pratade med läkarna. Vi var där och informerade om förebyggande sjukpenning och de informerade oss om saker som de tycker är viktiga och vi stämde av att det var evidensbaserat och att det fanns forskning. Jag tycker vi har god uppfattning om vad som är medicinsk behandling.⁵⁸

Försäkringskassan rättsliga kvalitetsuppföljningar pekar på att resone-
manget om behandlingens stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet
sällan har uttryckligt stöd i utredningen. I Försäkringskassans rätts-
liga kvalitetsuppföljning 2015:6 bedömde granskarna att det i knappt
en tredjedel av ärendena (29 procent) framgick av utredningen att
den planerade åtgärden kunde förväntas förebygga arbetsförmåga.
I dessa ärenden hade läkaren på något sätt indikerat i utlåtandet att
behandlingen hade stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, men
det fanns få fall med någon uttrycklig beskrivning av vilken evidens
som finns eller någon källhänvisning. I princip hade det alltså bara
framgått på så sätt att en läkare i mer eller mindre uttryckliga ordalag
hade uppgett att behandlingen är evidensbaserad. Någon egentlig
värdering av utsagan kunde inte göras eftersom den inte hade
underbyggts. Granskarna bedömde att det i mer än två tredjedelar av
ärendena inte framgick att behandlingen var evidensbaserad, det
fanns inte ens ett påstående om att så var fallet. I dessa ärenden fick
granskarna även göra en *sannolikhetsbedömning* av denna fråga, dvs.
om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsförmåga hos
den försäkrade.⁵⁹ Vid den bedömningen utgick de från sina egna
kunskaper om behandlingar, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska
beslutsstöd, etc. Resultatet blev att granskarna bedömde det som
sannolikt i knappt två tredjedelar (64 procent) av ärendena och inte

⁵⁸ Utredningens möte med handläggare av förebyggande sjukpenning.

⁵⁹ Även i denna fråga tycks beviskravet *sannolikt* tillämpas vid denna bedömning.

som sannolikt i 1 procent av ärendena. I drygt en tredjedel av ärendena (35 procent) var uppgifterna så knapphändiga att de inte kunde göra någon sannolikhetsbedömning.⁶⁰

Resultatet var likartat i granskningen från 2019. Granskarna bedömde denna gång att det saknades tillräckliga uppgifter om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsförmåga hos den försäkrade. I stället gjordes, liksom 2015, en sannolikhetsbedömning i den här delen av den närmare en tredjedel av ärenden (30 procent) där granskarna bedömde att det saknades tillräckliga uppgifter om behandlingen kunde förväntas förebygga arbetsförmåga hos den försäkrade. Granskarna bedömde att det i knappt hälften av ärendena var sannolikt att förutsättningarna var uppfyllda.

Utredningen konstaterar i likhet med ISF att det finns en gradskillnad mellan förarbetenas beskrivning av att bedömningen ska göras mot bakgrund av vetenskap och beprövad erfarenhet å ena sidan och Försäkringskassans krav på evidensbaserad behandling eller rehabilitering å andra. Denna uppfattning delas även av den försäkringsmedicinskt sakkunniga som ingår i utredningens expertgrupp.⁶¹ Utredningen menar vidare att kravet på evidensbaserad behandling är att gå längre än vad det finns rättsligt stöd för och innebär att Försäkringskassan tillämpar en för strikt bedömning i denna fråga. Att ställa upp ett krav på evidens medför också att en behandlingsplan i färre fall kommer att godkännas, vilket också får som konsekvens att förebyggande sjukpenning inte beviljas.

Rekvisiten utgör medicinska frågor och bedömningar i högre grad än vid bedömningen av sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga

Resultatet från ISF:s granskning visar att förebyggande sjukpenning befinner sig i skärningspunkten mellan två helt olika typer av verksamheter. Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har skilda uppgifter i arbetet med att minska sjukfrånvaron, skilda sätt att se på hur förmånen kan och bör fungera och gör olika bedömningar och tolkningar av de begrepp som ingår i förmånsslaget.

Utredningen konstaterar att den förebyggande sjukpenningen är utformad så att Försäkringskassan i sina bedömningar tvingas gå in i hälso- och sjukvårdens kompetensområde. Det handlar i första hand

⁶⁰ Försäkringskassan 2015:6.

⁶¹ Utredningens möte med experter inom försäkringsmedicin 2020-11-26.

om att handläggarna måste bedöma risken för att en försäkrad blir sjuk eller inte. Men det handlar också om att handläggarna måste bedöma de behandlingar som ingår i behandlingsplaner och huruvida dessa kommer att vara effektiva eller inte. Ytterligare svårigheter uppstår genom Försäkringskassans tolkning av regelverket där myndigheten menar att det är handläggaren som ska göra bedömningen av den evidensbaserade behandlingen.

På så sätt rör dessa typer av ärenden i större utsträckning medicinska bedömningar än vad som t.ex. gäller för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Denna avvägning innefattar en försäkringsjuridisk bedömning av begrepp som arbetsförmåga, arbetsmarknad, anpassning m.m. medan kriterierna vid bedömningen av rätt till förebyggande sjukpenning i det närmaste rent medicinska.

Även ISF uttrycker uppfattningen att den expertis som behövs för att bedöma ärenden inom den förebyggande sjukpenningen ligger närmare hälso- och sjukvårdens kunskapsområde än för övriga förmåner inom sjukförsäkringen.⁶² ISF ifrågasätter dessutom i sin rapport om det är rimligt att enskilda handläggare hos Försäkringskassan ska göra en rent medicinsk bedömning av om en behandling är lämplig för att minska risken att en person blir sjuk. Det är ett ansvar som ISF anser bör ligga på hälso- och sjukvården med stöd av rekommendationer och kunskapssammanställningar från Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).⁶³

Börjesson och Enqvist drar slutsatsen att förmånens måluppfyllelse sannolikt skulle gynnas av att Försäkringskassan agerade utifrån en annan logik än vad den typiskt sett gör, genom högre acceptans för att innehållet i medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet ska bestämmas utanför den rättsliga arenan.⁶⁴

Medicinsk kunskap i form av konsultation med FMR används sällan av Försäkringskassan

I förarbetena lyfts det särskilt fram att det är lämpligt att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare i de fall det är oklart om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen uppfyller kraven för rätt

⁶² ISF 2020:6, s. 32.

⁶³ ISF 2020:6, s. 20.

⁶⁴ Börjesson och Enqvist, Nordisk administrativ tidskrift nr 1/2021.

till sjukpenning i förebyggande syfte.⁶⁵ I praktiken sker emellertid sällan en sådan bedömning, enligt vad utredningen har fått veta. I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning 2015:6 hade handläggaren inte konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i något av de granskade ärendena. I den senare rättsliga kvalitetsuppföljningen 2019:6 hade FMR konsulterats i ett fåtal ärenden.⁶⁶ Utredningens kontakter med handläggare på Försäkringskassan bekräftar denna bild.

I ISF:s rapport konstateras att aktstudien visar att handläggarna hade konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i 4 procent av de ärenden där personernas behandlingsplan hade godkänts i sin helhet och de hade beviljats förebyggande sjukpenning. Det kan jämföras med att handläggarna hade konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i 21 procent av de ärenden där den försäkrades behandlingsplan inte hade godkänts och han eller hon hade fått avslag på sin ansökan om förmånen.⁶⁷

Möjligen hade fler behandlingsplaner godkänts efter en större andel förfrågningar till FMR. Dock framstår det som mer sannolikt att en FMR skulle ha konsulterats i de ärenden där handläggaren varit osäker på om behandlingsplanen skulle godkännas. I så fall behöver inte det låga antalet fall där FMR har konsulterats ha påverkat antalet ärenden med beviljad förebyggande sjukpenning i negativ riktning; snarare tyder den redovisade statistiken på att fler avslag skulle blivit fallet efter konsultation med FMR.

Osäkerheten kring rekvisiten innebär ett minskat användande av förmånen

Sammantaget kan utredningen konstatera att det synes råda osäkerhet kring de olika rekvisiten för förebyggande sjukpenning och vilka inslag som kan ingå i medicinsk behandling eller rehabilitering.

De skilda tolkningarna får som resultat att hälso- och sjukvården ibland undviker att rekommendera patienter att ansöka om förebyggande sjukpenning. Detta beror på att hälso- och sjukvården misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan. Detta gäller särskilt vid behandling eller rehabilitering för att *förebygga* sjukdom, det vill säga för personer med psykisk

⁶⁵ Prop. 1990/91:141, s. 85.

⁶⁶ Försäkringskassan 2015:6, 2019:6.

⁶⁷ ISF 2020:6, s. 84.

eller fysisk ohälsa men utan utvecklad sjukdom. Sådan behandling eller rehabilitering innehåller vanligtvis pedagogiska och sociala inslag, och dessutom övningar som patienten ska genomföra hemma mellan besöken hos hälso- och sjukvården. I fall där hälso- och sjukvården misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan är det inte ovanligt att hälso- och sjukvården i stället sjukskriver patienten, så att hen kan använda sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga för att kunna delta i behandlingen eller rehabiliteringen. I båda de fallen – utebliven ansökan eller sjukskrivning i stället – kommer användandet av förebyggande sjukpenning att minska, och det utgör således en delförklaring till det begränsade användandet av förmånen.

20.4.3 Reglerna är svår använda för behandling och rehabilitering i förebyggande syfte

I tidigare avsnitt redogjordes för att förmånen har två huvudsakliga syften, där ett är att verka *förebyggande*, så att en försäkrad kan få ersättning under tid för medicinsk behandling eller rehabilitering för att förebygga sjukdom och arbetsoförmåga.

I det förebyggande arbetet kan en person använda förebyggande sjukpenning för att snabbare bli frisk eller för att förhindra att bli sjukare. Det går också att använda förmånen för att förhindra att en person blir sjuk igen i samma sjukdom, eller att personen många gånger eller länge måste avstå från att arbeta på grund av sjukdom.

Ett annat användningsområde är i arbetet mot *ohälsan*, det vill säga för att förebygga att människors ohälsa eller symtom leder till att de blir sjuka och helt eller delvis inte kan arbeta.⁶⁸ I regelverket för förebyggande sjukpenning ställs inte upp något krav på att den försäkrade ska ha en sjukdom eller diagnos; ett av syftena är tvärtom att sådan sjukdom ska förhindras och inte uppstå genom den förebyggande åtgärden.

Många i Sveriges befolkning har nedsatt psykiskt välbefinnande och symtom på psykisk ohälsa. År 2018 uppgav var femte kvinna (20 procent) och var sjunde man (14 procent) att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland unga och unga vuxna. Det kan alltså sägas finnas ett omfatt-

⁶⁸ ISF 2020:6, s. 72.

ande behov av förebyggande insatser för att förhindra psykisk sjukdom och sjukfrånvaro.

ISF konstaterar i sin rapport att endast i ca 10 procent av de studerade akterna, där den försäkrade hade blivit beviljad hel eller partiell förebyggande sjukpenning och inte redan hade sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, hade den försäkrade psykiska eller fysiska symtom men inte sjukdom, och där läkaren inte hade ställt en diagnos. Det innebär, konstaterar ISF, att det bara är en liten andel av personerna som har fått förmånen för att kunna delta i behandling eller rehabilitering där syftet är förebyggande och att förhindra att deras ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

Några exempel på ohälsa och besvär som beskrivs i dessa personers läkarutlåtanden är

- obalans i vardagliga aktiviteter som riskerar leda till ohälsa om man inte arbetar med att förbättra balansen, stresspåslag, trötthet
- stresssymptom med trötthet, nedsatt koncentration, minnessvårigheter och muskelspänningar
- övervikt och ansamling av riskfaktorer för att utveckla diabetes typ 2 eller hjärtkärlsjukdom
- smärta och spänd muskulatur i nacke och axlar.

De personer som ISF intervjuat inom hälso- och sjukvården anser att förebyggande sjukpenning borde kunna användas i större utsträckning, framför allt för att behandla psykisk ohälsa. De flesta av de rehabiliteringskoordinatorer som ISF har intervjuat anser att förebyggande sjukpenning skulle kunna vara ett viktigt verktyg för att se till att personer kan delta i sådan förebyggande behandling eller rehabilitering.⁶⁹

Regelverket fungerar olika bra för olika situationer

I sin rapport konstaterar ISF att reglerna för förmånen fungerar olika bra för olika typer av situationer. Det fungerar bra för personer som har en diagnosticerad tillfällig eller kronisk sjukdom. Det inne-

⁶⁹ ISF, 2020:6, s. 74.

bär att dessa personer ofta kan använda förmånen för att helt eller delvis förhindra eller häva en nedsättning av deras arbetsförmåga, eller för att förkorta sjukdomstiden. Reglerna fungerar också bra för personer som deltar i stora och väletablerade behandlingsprogram, eftersom det är lättare för personer att få en helt eller partiellt godkänd behandlingsplan av Försäkringskassan när det gäller sådana behandlingsprogram.

För personer som deltar i behandling eller rehabilitering för att minska diffusa psykiska eller fysiska besvär fungerar förmånen sämre. Dessa personer har svårt att få förebyggande sjukpenning. Det beror enligt ISF sannolikt på att Försäkringskassan inte godkänner de behandlings- eller rehabiliteringsalternativ som finns i behandlingsplanen för personer med sådana symtom eller besvär. Men det kan också bero på att hälso- och sjukvården inte rekommenderar förebyggande sjukpenning till personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär.⁷⁰

ISF:s registerstudie visar att det är betydligt vanligare att personer har haft någon av sjukpenningsförmånerna innan en ersättningsperiod med förebyggande sjukpenning än att de inte har haft det. Det pekar på att förmånen sällan används vid behandling eller rehabilitering där det främsta syfte är att förhindra att ohälsan eller besvären övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

ISF:s aktstudie förstärker bilden av att det är få personer som får förebyggande sjukpenning för att förhindra att ohälsan eller besvären övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Endast 10 procent av de personer som har blivit helt eller partiellt beviljade förebyggande sjukpenning av Försäkringskassan har fått förmånen för att förebygga psykisk eller fysisk ohälsa. Det gäller alltså personer som inte har fått någon diagnos av läkare. De intervjuade personerna inom hälso- och sjukvården berättar att det är svårt att använda förebyggande sjukpenning vid behandling av bland annat psykisk ohälsa.

En orsak till att förmånen är svår att använda vid psykisk ohälsa eller diffusa fysiska symtom är att personernas behandlings- eller rehabiliteringstid inte når upp till kravet om minst en fjärdedel av arbetstiden. En annan orsak är att det kan vara svårt att få behandlingarna godkända av Försäkringskassan. Att vissa behandlingar inte blir godkända av Försäkringskassan beror på att myndigheten be-

⁷⁰ ISF 2020:6, s. 72–73.

dömer att behandlingen inte uppfyller kravet på att den ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Denna faktor gör då också att hälso- och sjukvården i mindre utsträckning rekommenderar förebyggande sjukpenning till personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär.

20.4.4 Rekvisiten om ersättningsbar tid saknar flexibilitet

Sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut endast för tid då den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete för att kunna delta i behandling eller rehabilitering. Kraven för att en försäkrad ska kunna få förebyggande sjukpenning är att han eller hon en viss dag måste avstå från sitt arbete under *minst en fjärdedel* av arbetstiden på grund av behandlingen eller rehabiliteringen. Sådan ersättning kan som huvudregel endast lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar, men förebyggande sjukpenning kan också ges för tid då den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför behandlingen är förhindrad att förvärvsarbete liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle (se HFD 2019 ref. 42). En försäkrad kan alltså inte få förebyggande sjukpenning till följd av nedsatt arbetsförmåga, även om denna nedsättning av arbetsförmågan i sig är en följd av t.ex. biverkningar av behandling. För sådan tid är han eller hon i stället hänvisad till att ansöka om vanlig sjukpenning. Inte heller kan sjukpenning i förebyggande syfte ges för tid då den försäkrade redan får sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning kan dock betalas ut på båda grunderna för olika delar av samma dag, till exempel om den försäkrade är partiellt sjukskriven men behöver vara helt ledig från arbetet i samband med en vistelse på behandlingshem (som utgör en medicinsk rehabiliteringsåtgärd).

Ytterligare en fråga som uppstår är hur situationen ska hanteras när den faktiska behandlingen endast tar en begränsad tid att utföra, t.ex. en timme, men där den försäkrade till följd av trötthet eller andra biverkningar av behandlingen är förhindrad att arbeta den dagen. Utredningen har, bl.a. i kontakter med handläggare på Försäkringskassan, uppfattat den faktiska tillämpningen som att förebyggande sjukpenning kan betalas ut för sådan tid. Av Försäkringskassans väg-

ledning⁷¹ framgår att om behandlingen eller rehabiliteringen kräver att den försäkrade avstår från arbete även före eller efter besöket på vård- eller rehabiliteringsenheten kan den tiden också räknas med. Det kan till exempel vara när en försäkrad har tillfälligt lågt blodtryck efter en dialysbehandling eller när en försäkrad är tillfälligt illamående efter en cellgiftsbehandling.

Denna tillämpning synes vara begränsad till den aktuella behandlingsdagen. I vägledningen anges att om arbetsförmågan inte bara är nedsatt den aktuella behandlingsdagen kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Om det för behandlingen eller rehabiliteringen krävs att den försäkrade vistas heltid på till exempel ett behandlingshem eller en rehabiliteringsklinik, och därför måste avstå helt från förvärvsarbete, kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut i motsvarande omfattning som han eller hon skulle ha arbetat.

En sådan tillämpning som anges i Försäkringskassans vägledning är emellertid enligt utredningens bedömning tveksam utifrån gällande rättspraxis (se HFD 2019 ref. 42). Enligt rättsfallet är det bara den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen pågår som kan berättiga till förebyggande sjukpenning. För övrig tid utöver den tid som själva behandlingens faktiskt tar är den försäkrade enligt rådande rättsläge hänvisad till att ansöka om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga (eller sjuklön om han eller hon är anställd och befinner sig i början av sjukperioden). Detta torde innefatta även övrig tid under samma dag som behandlingstillfället. Beroende på hur rättsfallet ska tolkas kan det innebära ytterligare begränsningar av den ersättningsbara tiden.

Omfattningen motsvarar reglerna för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, där rätten till sjukpenning utgår från att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel. I likhet med sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga kan förebyggande sjukpenning utges i nivåer om fjärdedelar – 25, 50, 75 eller 100 procent.

Dessa kriterier innebär en begränsad flexibilitet i möjligheten till att genomföra behandling eller rehabilitering. För att ens nå upp till den grundläggande nivån för förebyggande sjukpenning krävs att behandlingen eller rehabiliteringen en viss dag – sjukpenning är en dagersättning – uppgår till minst två timmar. Utredningen menar här att det kan ifrågasättas om en normal behandlingsåtgärd typiskt sett

⁷¹ Försäkringskassan, vägledning 2015:1.

uppgår till två timmar; snarare får det anses ovanligt att enstaka behandlingstillfällen varar så länge. Ett exempel, som återges i ISF:s rapport, är behandling med KBT mot psykisk ohälsa. Denna typ av behandling pågår vanligtvis under en timme per dag, vilket gör att personer som behöver denna typ av behandling kan ha svårt att nå upp till kravet om minst en fjärdedel av arbetstiden. Detta trots att det handlar om upprepade behandlingar som ingår i en behandlingsplan.⁷²

Det räcker alltså inte med att behandling pågår under tio timmar under en vecka om dessa tillfällen inte också är fördelade med minst två timmar per dag. Behandlingar eller rehabiliteringar som inte uppgår till jämna tvåtimmarsblock medför också att ersättning inte kan betalas ut för den fulla tiden; ett behandlingstillfälle som varar tre timmar kan t.ex. inte ersättas med halv förebyggande sjukpenning utan endast med en fjärdedel.

De fyra nivåerna framstår vidare som mer stelbenta jämfört med bedömningen vid sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, där bedömningen av graden av en persons nedsatta arbetsförmåga ändå är artificiell i någon mening och inte enkelt kan placeras in på en mätbar skala. Vid medicinsk behandling eller rehabilitering beviljas förmånen för faktisk tid för åtgärden, vilket är enkelt att mäta.

I de intervjuer som ligger till grund för ISF:s granskning beskriver representanter från hälso- och sjukvården att de fyra ersättningsnivåerna skapar problem, och att förmånen inte kan användas på ett flexibelt sätt i arbetet med behandling eller rehabilitering. En intervjuad rehabiliteringskoordinator uppger exempelvis att det vid vissa behandlingar är svårt att komma upp till gränsen om två timmars behandling.⁷³

Ett annat exempel, som framkommit i utredningens kontakter med handläggare på Försäkringskassan, kan vara att den försäkrade har behandling del av dag. Man tycker att man är på behandling 2–3 timmar av normala arbetstid men en del av behandlingen ligger utanför arbetstiden vilket medför att man inte avstått en hel fjärdedel av arbetstiden, eller att man kanske ansöker om halv ersättning men bara kan få en fjärdedels förmån.

Många av avslagen på ansökningar om förmånen beror också på att den försäkrade i sin behandling eller rehabilitering inte kommit upp i tillräckligt många timmar. I ISF:s aktstudie rörde sig det parti-

⁷² ISF 2020:6, s. 86.

⁷³ ISF 2020:6, s. 84.

ella eller hela avslaget i 25 procent av de granskade avslagen om att den tid som personen hade avstått från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering inte nådde upp till en specifik ersättningsnivå. Det är ärenden där behandlingstiden inte når upp till en fjärdedels förebyggande sjukpenning, det vill säga två timmars behandling eller rehabilitering inklusive restid till och från behandlingen för en person som arbetar heltid. De partiella avslagen handlade också om personer som har ansökt om ersättning för att kunna delta i en behandling som har pågått under tre timmar. En sådan person når upp till en fjärdedels förmån (två timmar) men inte till halv förmån (fyra timmar). För personer med låg inkomst kan det trots att de får en viss ersättning för inkomstförlust från sjukförsäkringen därför bli särskilt svårt ekonomiskt att delta i en medicinsk behandling eller rehabilitering.⁷⁴

Sammantaget drar utredningen slutsatsen att regelverkets konstruktion med de fyra ersättningsnivåerna sannolikt utgör ett hinder för många typer av medicinsk behandling och rehabilitering. Därmed utgör dessa regler också en delförklaring till varför förebyggande sjukpenning används och beviljas endast i begränsad utsträckning.

20.4.5 Förmånen är administrativt betungande för hälso- och sjukvården

En ansökan om förebyggande sjukpenning ska innehålla ett läkarutlåtande med en behandlingsplan. En ny blankett för Läkarutlåtande om förebyggande sjukpenning som lanserades den 12 november 2017 togs fram som ett led i de förbättringsåtgärder som följde med anledning av Försäkringskassans tidigare rättsliga kvalitetsuppföljning från 2015. Ett sådant läkarutlåtande ska fyllas i med en stor mängd information. Som redogjorts för tidigare krävs också en godkänd behandlingsplan för rätt till förebyggande sjukpenning.

ISF:s intervjustudie visar att läkarna och rehabiliteringskoordinatorerna anser att processen kring att ansöka om förebyggande sjukpenning är komplicerad och administrativt betungande. De kan också vara osäkra om Försäkringskassan kommer godkänna patientens handlingsplan och därmed bevilja honom eller henne ersättning.⁷⁵

⁷⁴ ISF 2020:6 s. 85.

⁷⁵ ISF 2020:6, s. 63 f.

Enligt ISF:s intervjuer är de uppgifter som handläggarna behöver från läkarna ganska detaljerade, vilket kräver att läkarna lägger ner tid på att ange uppgifterna på rätt sätt. Förmånen blir också administrativt betungande för läkarna när Försäkringskassan begär att läkaren ska komplettera sitt utlåtande. Kompletteringar behövs när läkarutlåtandet inte innehåller tillräcklig information för att myndigheten ska kunna bedöma och fatta beslut i ärendet.

Detta gör att de ibland undviker att rekommendera patienterna att ansöka om denna förmån, och i stället rekommenderar dem att söka sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. I intervjustudien beskrivs bl.a. hur en rehabiliteringskoordinator ger ett exempel på hur hälso- och sjukvården lyckas undvika att ansöka om förebyggande sjukpenning för patienter. Det görs genom att justera omfattningen för de som redan har sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, i stället för att skicka in ett läkarintyg med en behandlingsplan för förebyggande sjukpenning.

Den bild som förmedlas av rehabiliteringskoordinatorerna framförs också i en intervju med företagshälsovården där det beskrivs att man undviker att föreslå förmånen till patienten av praktiska och administrativa skäl. Även om det juridiskt inte finns något hinder så uppstår ett administrativt hinder som intervjupersonen beskriver som ”en minsta motståndets lag”.⁷⁶

Utredningen gör, framför allt mot bakgrund av det som beskrivs i ISF:s rapport, bedömningen att det finns administrativa hinder för användandet av förmånen. Sådana administrativa hinder utgör med stor sannolikhet också en delförklaring till varför så få försäkrade ansöker om förmånen. Så länge hälso- och sjukvården, som är en central aktör i frågan, menar att administrationen kring handläggningen är betungande och att det finns ett alternativ att i stället sjukskriva personen för nedsatt arbetsförmåga, så kommer detta att påverka i vilken utsträckning förmånen används. Även i de fall där det enligt regelverket hade varit korrekt att använda sig av förebyggande sjukpenning blir det då sannolikt att alternativet används. I sammanhanget kan också konstateras att förmånen är speciell på så sätt att sjukskrivning för nedsatt arbetsförmåga finns som ett närliggande alternativ.

⁷⁶ ISF 2020:6, s. 64.

20.4.6 Det saknas tillräcklig kännedom om att förmånen finns och kunskap om hur den ska användas bland relevanta aktörer

En tänkbar förklaring till att förebyggande sjukpenning inte används i högre utsträckning än vad som är fallet skulle kunna vara att möjligheten inte är tillräckligt välkänd bland de försäkrade samt de andra aktörer som kan bli aktuella i en process som involverar förmånen – utöver Försäkringskassan i första hand arbetsgivare och hälso- och sjukvården. Visst stöd för en sådan förklaringsmodell framkommer i ISF:s rapport där flera intervjupersoner såväl inom Försäkringskassan som hälso- och sjukvården anger att många inom hälso- och sjukvården och bland arbetsgivare saknar tillräcklig kunskap om hur och när de kan använda sig av förebyggande sjukpenning. Även utredningens kontakter med Försäkringskassan styrker denna bild, och Försäkringskassan beskriver en situation där både arbetsgivare och en del vårdgivare saknar tillräcklig kunskap om förmånen och villkoren för att kunna beviljas förebyggande sjukpenning.

Även om skillnaderna i lagstiftningen mellan förebyggande sjukpenning respektive sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga kan verka uppenbara har Försäkringskassan och hälso- och sjukvården olika åsikter om hur och när förebyggande sjukpenning respektive sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga ska användas. Enligt personer som ISF har intervjuat hos Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården har inte alltid hälso- och sjukvårdspersonal kunskap om hur den förebyggande sjukpenningen fungerar och när förmånen ska användas. Detta gör att personalen inom hälso- och sjukvården är osäkra på hur de ska använda förmånen.⁷⁷

Flera av rehabiliteringskoordinatorerna i ISF:s undersökning anser att förebyggande sjukpenning skulle kunna användas mer och på ett bättre sätt om fler aktörer och allmänheten visste att förmånen finns och hur den fungerar. Det kan till exempel vara arbetsgivare som i sitt arbetsmiljöarbete identifierar anställda som behöver behandling eller rehabilitering för att inte bli sjuka. Om arbetsgivaren kände till den förebyggande sjukpenningen skulle den kunna bli ett värdefullt verktyg i en sådan situation.

⁷⁷ ISF 2020:6, s. 57.

Bilden av kunskapsbrist går också igen i utredningens kontakter med Försäkringskassan, där man bl.a. uppger att förmånen inte är tillräckligt kända hos arbetsgivare. En av anledningarna kan emellertid vara att regelverket är gammalt och inte anpassat för dagens arbetsmarknad eller den typ av ohälsa som är aktuell i dag och ofta rör stressrelaterade besvär snarare än fysiska åkommor. En okunskap hos arbetsgivare och vissa vårdgivare kan också röra att prövningen av rätt till ersättning är individuell.⁷⁸

Kunskapsbristen gör enligt utredningens bedömning att förmånen sannolikt används i mindre utsträckning än den hade gjort om kunskapsnivån var högre. Eftersom ett ärende om förebyggande sjukpenning oftast initieras genom kontakt med hälso- och sjukvården och ett resonemang om medicinsk behandling får bristande kunskap om möjligheten till förebyggande sjukpenning hos denna aktör betydelse för om möjligheten kommer att användas eller inte.

En ytterligare aspekt är att ISF har kunnat finna handläggningsbrister hos Försäkringskassan vid sin granskning av förmånen. ISF anger att det finns brister både i kommunikationen mellan Försäkringskassan och enskilda personer och i själva beslutsprocessen. Ett sätt som handläggningen hos Försäkringskassan brister är att handläggaren inte alltid upplyser enskilda personer om att de har ansökt om fel sjukförsäkringsförmån i de situationer där det är så. Det kan exempelvis gälla situationer där personen borde ha ansökt om förebyggande sjukpenning och inte om sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Det kan skapa problem för den personen eftersom hen kan ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen utan att Försäkringskassan informerar om att hen hade kunnat få det om hen hade ansökt om en annan förmån.⁷⁹ Utöver de brister detta innebär ur förvaltningsrättsligt perspektiv för bl.a. rättssäkerhet och likformighet konstaterar utredningen att det även kan få till följd att förmånen används i något mindre utsträckning, om försäkrade inte hänvisas till att ansöka om rätt förmån.

⁷⁸ Utredningens möte med handläggare av förebyggande sjukpenning på Försäkringskassan.

⁷⁹ ISF 2020:6, s. 21.

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

Förebyggande sjukpenning baseras på den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst – SGI. Det innebär att en förutsättning för att kunna beviljas förmånen är att den försäkrade också har en aktiv (ej vilande) SGI. Ersättningen innebär vidare att det är inkomstförlust för utebliven arbetsinkomst som ska ersättas. Arbetslösa kan enligt rättspraxis också ha rätt till ersättning enligt förmånen om de behöver avstå från att söka arbete för att delta i en behandlingsåtgärd. Olika grupper på arbetsmarknaden berörs på olika sätt av dessa förutsättningar. Utredningen kan konstatera att sjukförsäkringens regelverk till stor del utgår från att försäkrade personer har en fast anställning, en längre visstidsanställning eller är arbetslösa. Reglerna för förebyggande sjukpenning är inget undantag.

Som framgår av avsnittet om arbetsmarknadens utveckling hade ungefär 760 000 personer av de anställda i arbetskraften inte en fast anställning i augusti 2020. Det motsvarar 17 procent av alla anställda i Sverige. Det är således en mycket stor del av arbetskraften som inte omfattas av fasta anställningar, men inte heller är arbetslösa.

Nedan berörs olika gruppers incitament och möjligheter att ta del av förmånen och eventuella problem som kan uppstå vid tillämpningen av regelverket.

Rehabiliteringen som genomförs ersätts på andra sätt

En tänkbar möjlighet, som utredningen menar sannolikt utgör en viktig förklaring till att förmånen inte används mer än vad som är fallet, är att medicinsk behandling och rehabilitering sker, men att försäkrade inte ansöker om förebyggande sjukpenning eftersom rehabiliteringen ersätts på andra sätt.

Många försäkrade arbetar i yrken där arbetstiden är flexibel, eller där exempelvis kollektivavtal tillåter att personen gör besök hos läkare eller sjukgymnast på betald arbetstid. För dessa grupper är möjligheten till ersättning genom förebyggande sjukpenning för åtgärden inte intressant.

Anställda

Försäkrade med en tillsvidareanställning eller längre tidsbegränsad anställning utgör huvudgruppen för användandet av förebyggande sjukpenning. När reglerna skrevs utgjorde denna grupp den dominerande delen på arbetsmarknaden.

Intermittent anställda

Intermittent anställda, eller behovsanställda, räknas enligt rådande rättsläge som anställda i sjukförsäkringens mening endast för de perioder då avtal fattats om utförande av arbete. Under övrig tid räknas dessa personer som arbetslösa.⁸⁰

ISF gör i sin rapport 2020:6 bedömningen att reglerna inte fungerar för denna grupp personer som har korta behovsanställningar, eftersom reglerna utgår från att personer är antingen anställda eller arbetslösa. ISF menar att det inte är rimligt att dessa personer ska riskera att behöva avstå från arbetstillfällen för att kunna delta i behandling eller rehabilitering.⁸¹

Egenföretagare

Personer med enskild firma kan precis som anställda beviljas förebyggande sjukpenning. Förutsättningarna är att personen har en ökad sjukdomsrisk eller en sjukdom som riskerar att påverka arbetsförmågan, att man på grund av behandlingen eller rehabiliteringen behöver avstå från arbete under minst en fjärdedel av sin arbetstid per dag, att man blivit ordinerad behandlingen av en läkare, att man går miste om arbetsinkomst som är sjukpenninggrundande och är försäkrad i Sverige. Ersättningen baseras på den försäkrades SGI.

Arbetslösa

Om den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering kan ersättning lämnas. I så fall ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund

⁸⁰ Se ex SOU 2020:26.

⁸¹ ISF 2020:6, s. 93.

av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvs-arbeta. Det avgörande i regelverket om förebyggande sjukpenning är att man genom den medicinska förebyggande behandlingen ska vara förhindrad att utföra förvärvsarbete. Det krävs emellertid inte att man faktiskt *har* en anställning. Att sjukpenning i förebyggande syfte också kan betalas ut vid arbetslöshet kan uttolkas av andra meningens i 28 kap.11 § SFB, vars lydelse inte utesluter arbetslösa försäkrade. Denna tolkning klargjordes genom rättsfallet HFD 2019 ref. 41. Om den försäkrade är arbetslös ska dock bara sådan tid som denne är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen beaktas. En arbetslös försäkrad som behöver avstå från att söka arbete eller ta ett arbete på grund av en medicinsk behandling eller rehabilitering kan således få förebyggande sjukpenning.

Många arbetslösa saknar SGI. Det är särskilt vanligt om man tidigare varit sjukskriven men sedan inte skyddat SGI vid ett avslag om sjukpenning. Följden för dessa personer är att de inte kan beviljas förebyggande sjukpenning. Även om behandlingsplanen är godkänd för t.ex. missbruksvård på behandlingshem saknas den grundläggande rätten till ersättning genom den förlorade SGI:n och resultatet blir avslag på ansökan om ersättning.

Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

Personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som till följd av förebyggande medicinsk behandling är förhindrade att delta i programmet, kan enligt nuvarande regelverk inte få förebyggande sjukpenning, och inte heller aktivitetsstöd, vid frånvaro från programmet. Detta beror på att förebyggande sjukpenning baseras på den försäkrades SGI och att sådan SGI är vilande under tid i arbetsmarknadspolitiskt program. Alla personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program har inte heller någon upparbetad SGI. Dessutom finns det inget undantag i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, att dessa personer kan få aktivitetsstöd även om de inte deltar i insatser som ingår i programmet p.g.a. han eller hon får förebyggande medicinsk behandling.

Med nuvarande regelverk blir således en uttalad effekt för denna grupp att det inte är möjligt att delta i medicinsk behandling eller

rehabilitering utan att man också står utan ersättning för motsvarande tid. Det får anses föreligga stor risk att dessa personer därmed avstår från att delta i sådan behandling som hade kunnat förebygga framtida sjukdom och arbetsförmåga.

20.5 Konsekvenser av regelverket, tillämpningen och att få försäkrade beviljas förebyggande sjukpenning

I tidigare avsnitt har utredningen kunnat konstatera att få försäkrade använder sig av förmånen sjukpenning i förebyggande syfte och att Försäkringskassan beviljar få försäkrade ersättningen. Möjliga förklaringar till detta har också undersökts. En fråga som då uppstår är vilka effekter dessa olika förklaringar får på enskildas möjligheter att delta i behandling och/eller rehabilitering, och genom detta också förhoppningsvis undvika sjukdom och arbetsförmåga. I detta avsnitt behandlas möjliga effekter och konsekvenser av regelverket och tillämpningen samt omständigheten att få försäkrade beviljas förmånen.

En viktig utgångspunkt är här åter att förebyggande sjukpenning har en viktig funktion att fylla. Ett resultat i ISF:s granskning är att såväl Försäkringskassan som hälso- och sjukvården anser att förebyggande sjukpenning är en viktig länk i arbetet med att förebygga sjukdom, nedsatt arbetsförmåga och sjukfrånvaro. Men samtidigt anser de att det finns både juridiska och administrativa hinder som gör att förmånen inte kan användas i tillräcklig omfattning. ISF konstaterar också mot bakgrund av den psykiska och fysiska ohälsan i befolkningen att användningen av förmånen inte motsvarar de faktiska behov som finns.⁸²

Detta innebär således att dagens regelverk och tillämpning har ett antal oönskade effekter som bl.a. innebär att personer inte får den behandling eller rehabilitering de egentligen skulle ha nytta av, att sjukdom inte förebyggs i den utsträckning som vore möjligt och önskvärt och att detta särskilt gäller den psykiska ohälsan.

⁸² ISF 2020:6, s. 89.

20.5.1 Konsekvenser av att ersättning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar

Enligt bestämmelsen om sjukpenning i 27 kap.2 § SFB har en försäkrad rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För en försäkrad som skulle ha arbetat åtta timmar krävs det alltså att behandlingen tar minst två timmar den dagen. Det krävs också att behandlingen faktiskt inte kan genomföras utanför arbetstid. Om den försäkrade inte har behövt avstå från arbete, till exempel om behandlingen kan utföras på ledig tid, ska sjukpenning inte betalas ut. Av denna anledning har t.ex. sjukpenning i förebyggande syfte inte betalats ut för tid som den försäkrade har haft semester, eftersom han eller hon då inte har behövt avstå från förvärvsarbete.⁸³

Utredningen har dragit slutsatsen att reglerna om ersättningsnivåer utgör en delförklaring till det begränsade användandet av förmånen. Men den bristande flexibilitet som finns inbyggd i regelverket får också flera konsekvenser.

- Personer med lindrig eller medelsvår psykisk hälsa kan ha svårt att delta i behandling och rehabilitering eftersom de ofta inte kan få ersättning för förlorad inkomst genom den förebyggande sjukpenningen. Många av de behandlingar eller rehabiliteringar som personer deltar i för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga pågår under kortare tid än en fjärdedel av arbetstiden, det vill säga mindre än två timmar av en normal arbetsdag. Ett exempel är KBT-behandling – kognitiv beteendeterapi – som är ett behandlingsprogram som vanligtvis pågår under en timme per vårdbesök. Det är en behandling som går ut på att personen aktivt övar sig på att förändra tankar, känslor och beteenden som begränsar hen i livet. Därför ingår även hemuppgifter mellan vårdbesöken. Denna behandling, som riktar sig till personer med till exempel ångest och stressymptom, når vanligtvis inte upp till kravet på en fjärdedel av arbetstiden.
- Personer med låg inkomst är en särskilt utsatt grupp, eftersom det kan bli ekonomiskt betungande eller inte ens möjligt att delta i behandling eller rehabilitering utan ersättning för inkomstför-

⁸³ Försäkringskassan, Domsnytt 2013:032 och Kammarrätten i Jönköpings dom i mål nr 6791-12.

lust i samband med behandlingen. Om personerna på grund av ekonomiska skäl väljer att inte delta i en behandling eller rehabilitering kan risken öka att de senare blir sjukskrivna. Begränsningen till minst en fjärdedel av arbetstiden kan göra det svårare för enskilda personer och för hälso- och sjukvården att förhindra att ohälsa övergår till sjukdom. Det handlar om en stor grupp personer.

- Hälso- och sjukvården upplever att de ibland är tvingade att överdriva tiden för olika behandlingar för att patienten ska kunna få förmånen, eller få förmånen med en viss ersättningsnivå. I ISF:s granskning beskriver personal inom hälso- och sjukvården hur de försöker att lägga till eller pussla ihop behandlingar för att nå upp till kravet på att behandlingen ska pågå under minst en fjärdedel av en arbetsdag. Det betyder att reglerna för förebyggande sjukpenning ibland styr vilken eller vilka behandlingar personer får, vilket varken är syftet med eller en önskad effekt av förmånen.
- Effekten av att hälso- och sjukvården sammanlägger flera sådana behandlingar under kort tid kan bli överksam eller i värsta fall negativ.
- En ytterligare effekt av regelverket som utredningen kunnat observera genom såväl egna kontakter med bl.a. Försäkringskassans handläggare som genom ISF:s rapport är att restiden till och från en behandling eller rehabilitering kan vara avgörande för om en person får rätt till förmånen. Det betyder att två personer som genomgår samma behandling eller rehabilitering kan få olika beslut om rätten till förmån.⁸⁴ I Försäkringskassans tillämpning av reglerna för förebyggande sjukpenning räknas restid till och från behandlingen eller rehabiliteringen in i beräkningen av den tid som personen har behövt avstå från att arbeta. Det kan innebära att en person som har lång restid kan uppfylla kravet om minst en fjärdedel av arbetsdag medan en person med kort restid inte uppfyller kravet. Är det långt till orten där en behandling eller rehabilitering ges är det alltså mer sannolikt att Försäkringskassan kan bevilja förmånen. Detta får som följd att en effekt av tillämpningen är att restiden kan bli avgörande för om en person kommer upp i den tid som krävs för att få rätt till förmånen eller upp till en annan ersättningsnivå, till exempel från en fjärdedels

⁸⁴ ISF 2020:6 s. 14.

till halv förmån. I praktiken innebär det att en person som ska delta i en timmes behandling och har lång restid till sin vårdinstans kan få rätt till förebyggande sjukpenning, medan en person som ska delta i en timmes behandling och har kort restid inte får rätt till förmånen.

- ISF menar utifrån dessa effekter att kravet på att en person under en viss dag måste avstå från sitt arbete med minst en fjärdedel av arbetstiden för att få rätt till förebyggande sjukpenning riskerar att motverka målen om en jämlik socialförsäkring och en jämlik hälso- och sjukvård.⁸⁵

20.5.2 Konsekvenser för enskildas möjligheter att delta i behandling eller rehabilitering

I avsnitt 20.4.5 redogjordes för att en tänkbar förklaring till det begränsade användandet av förebyggande sjukpenning är att hälso- och sjukvården drar sig för att skriva behandlingsplaner och uppmana den försäkrade att ansöka om förebyggande sjukpenning, samt att detta beror på bl.a. att processen är administrativt mödosam och att det finns en osäkerhet i godkännandet av behandlingsplaner för etablerade behandlingsmetoder. I stället för att skriva ett läkarintyg och upprätta en behandlingsplan för en ansökan om partiell förebyggande sjukpenning använder sig vården av justerade sjukskrivningsgrader. De intervjuade i ISF:s granskning har uppgett att det sparar tid och resurser för hälso- och sjukvården.⁸⁶

Konsekvensen blir då att den försäkrade får ansöka om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga i stället för förebyggande sjukpenning. Detta behöver ur ett ekonomiskt perspektiv inte nödvändigtvis vara negativt för den försäkrade. Ersättningsnivåerna vid förebyggande sjukpenning är desamma som vid sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. Men det kan leda till negativa konsekvenser att hälso- och sjukvården justerar omfattningen av sjukskrivning i stället för att föreslå en person att ansöka om förebyggande sjukpenning. En större omfattning av sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, i stället för partiell förebyggande sjukpenning, bidrar till att personer hålls längre från sitt arbete och sin arbetsplats, vilket kan

⁸⁵ ISF 2020:6, s. 93.

⁸⁶ ISF 2020:6, s. 98.

försvåra och försena återgången till arbete. Rätten till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innebär också en annan typ av prövning där det inte är säkert att den försäkrades besvär medför rätt till ersättning.

Tillämpningen av begreppet medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering medför risk för att behandlingsplaner inte godkänns

I avsnitt 20.4.2 kunde utredningen konstatera att olika aktörer gör olika bedömningar i frågan om medicinsk behandling och rehabilitering. Det avser både vem som ska bedöma frågan – Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården – och bedömningarna av de enskilda behandlingsåtgärderna i sak. Försäkringskassans mer strikta syn på vad som kan ingå i begreppet medför att behandlingsplaner med vissa inslag av bl.a. sociala och pedagogiska element inte godkänns och därmed underkänns också behandlingsplanen helt eller delvis.

Om enskilda personer möts av olika syn på om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen är lämplig för att minska risken för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga kan det givetvis drabba personerna negativt. Det kan exempelvis leda till att de inte får den behandling eller rehabilitering som mest sannolikt skulle leda till att de inte blir sjuka.

Tillämpningen av reglerna för förebyggande sjukpenning medför att hälso- och sjukvården ibland undviker att rekommendera patienter att ansöka om förebyggande sjukpenning. Det beror på att hälso- och sjukvården tror eller misstänker att Försäkringskassan inte kommer att godkänna patientens behandlingsplan, eftersom den innehåller pedagogiska och sociala inslag och dessutom hemövningar som patienten ska genomföra mellan besöken hos hälso- och sjukvården. Detta gäller särskilt vid behandling eller rehabilitering för att förebygga sjukdom, det vill säga vid psykisk eller fysisk ohälsa.

Effekten av detta blir därmed också att regelverket – trots att avsikten har varit just att förebygga sjukdom och uppkomsten av arbetsoförmåga – inte förmår hantera dessa situationer i den utsträckning som varit önskvärt.

ISF:s granskning visar att reglerna för förebyggande sjukpenning inte fungerar när det gäller personer som behöver ersättning för inkomster som de förlorar på grund av deltagande i behandling eller rehabilitering av psykisk ohälsa och diffusa fysiska symtom, det vill

säga tillstånd av ohälsa där en läkare inte har ställt någon diagnos. ISF beskriver detta som ett problem, eftersom psykisk ohälsa drabbar många i vårt samhälle och riskerar att öka sjuktalet.

I ISF:s granskning av förmånen är en av slutsatserna att regelverket kring förebyggande sjukpenning försvårar för enskilda att delta i behandling eller rehabilitering. Granskningen visar att personer med psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har särskilt svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de bör utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron. Det betyder att en effekt är att förmånen inte används för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga i den utsträckning den skulle kunna användas.

Osäkerhet kring rätt till ersättning hos de försäkrade riskerar medföra att behandling eller rehabilitering uteblir

Som redogjorts för tidigare är i dagsläget Försäkringskassans beslut om ett godkännande av behandlingsplan inte ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrade personens rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning. Det innebär att den försäkrade inte kan utgå från att beskedet inte kan komma att ändras. HFD:s avgörande och rådande rättsläge innebär därför en stor osäkerhet för den försäkrade personen, som kan få leva i ovisshet om sin rätt till förebyggande sjukpenning till dess att han eller hon ansöker och får ett beslut om själva förmånen förebyggande sjukpenning som hen kan överklaga. Det riskerar i sin tur att få till följd att personer avstår från att delta i behandlingar eller rehabilitering som de skulle behöva för att förebygga att de blir sjuka eller förkorta tiden de är sjuka och inte kan arbeta.

Utredningen kan vidare konstatera att osäkerhet hos försäkrade anges som en faktor också i de workshoppar med handläggare och specialister som genomfördes av Försäkringskassan efter den rättsliga kvalitetsuppföljningen 2015. I dessa uppgavs att försäkrade upplever förmånen som otrygg.⁸⁷ I analysdelen av den rättsliga uppföljningen diskuteras inte närmre vad denna otrygghet bestod i, men

⁸⁷ Försäkringskassan 2015.

uppfattningen kan enligt utredningen ge uttryck för osäkerheter i bedömningen, särskilt att ett beslut om godkänd rehabiliteringsplan inte medför rätt till ersättning och kan ändras underhand, och alltför många faktorer i den administrativa processen för prövning av rätt till ersättning.

20.5.3 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete

En slutsats i ISF:s granskning är att det finns brister i regelverket som innebär att reglerna som de tillämpas i dagsläget inte är ändamålsenliga för vare sig hälso- och sjukvårdens eller Försäkringskassans arbete. Utredningen kan utifrån ISF:s rapport konstatera att tillämpningen av regelverket i dagsläget synes leda till konfliktytor mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Detta kan till viss del bero på okunskap kring förmånen, men är i grunden en konsekvens av ett föråldrat regelverk med svårbedömda rekvisit.

Förebyggande sjukpenning är en förmån i skärningspunkten mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Reglerna för förmånen är utformade på ett sätt som gör att tjänstepersoner hos Försäkringskassan upplever att myndigheten tvingas att arbeta i hälso- och sjukvårdens kompetensområde. ISF menar att en möjlig konsekvens av detta är risken att aktörerna brister i ömsesidigt förtroende för varandra. Det kan också drabba enskilda personer, genom att de möter olika syn från olika aktörer på frågan om den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringen är lämplig för att minska risken för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

20.5.4 Konsekvenser för möjligheter till kontroll

I direktiven nämns att rehabilitering inte längre sker vid arbetsmarknadsinstitut eller genom arbetsmarknadsutbildning. Detta skulle kunna utgöra risk för bristande kontroll och uppföljning av rehabiliteringen.

Utredningen har inte kunnat finna stöd för att det inte skulle vara möjligt att tillämpa kontrollmetoder för att den planerade behandlingen eller rehabiliteringen utförts som avsett. Försäkringskassan har läkarutlåtanden med beskrivning av behandlingsplanen och vad

behandlingen innehåller, schema för behandlingen och uppgifter om hur många timmar man avstår från arbete och ett arbetstidsschema från den enskilde. Har den enskilde oregelbundna arbetstider tar Försäkringskassan in schema på arbetstider.⁸⁸

Däremot finns vissa tecken på att såväl försäkrade som hälso- och sjukvården ibland justerar tidsåtgången för en viss behandling eller rehabiliteringsåtgärd för att åtgärden ska nå upp till rätt antal timmar.⁸⁹ Detta tolkar utredningen som ett resultat av att regelverket är oflexibelt.

Enligt Försäkringskassan får myndigheten ibland information om att den försäkrade inte deltar i beslutad verksamhet för förebyggande sjukpenning. Informationen kan exempelvis komma ifrån anordnaren av rehabiliteringen. Kombination kan också ske med bisysslor, dvs. att den försäkrade under tid med förebyggande sjukpenning samtidigt ägnar sig åt bisysslor.

20.6 Sammantagna slutsatser om förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning är en ersättningsform som i dagsläget dras med många problem. Regelverket är inte flexibelt och innehåller svårbedömda rekvisit. De relevanta aktörerna – framför allt Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – gör dessutom olika bedömningar av centrala rekvisit och begrepp. Detta, ihop med en otydlighet i styrningen och förmånens syfte, utgör enligt utredningen sannolika förklaringar till att användandet av förmånen är så begränsat.

Tillämpningen och det begränsade användandet får i sin tur negativa effekter som innebär administrativa svårigheter, onödiga sjukskrivningar, orättvisa utfall mellan försäkrade med olika långa res-tider och i värsta fall utebliven nödvändig behandling av ekonomiska skäl.

Samtidigt finns en uppfattning bland relevanta aktörer att förmånen borde kunna användas mer för att förebygga ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro. Den fyller således ett viktigt syfte. Behandling i samband med förebyggande sjukpenning verkar också vara effektivt i förebyggande syfte, för att förhindra att ohälsa utvecklas till sjuk-

⁸⁸ Utredningens möte med handläggare på Försäkringskassan.

⁸⁹ Utredningens möte med handläggare på Försäkringskassan.

dom och arbetsförmåga. I ISF:s granskning framgår att det är en relativt stor grupp som inte hade haft och inte har fått sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga efter perioden med förebyggande sjukpenning: 56,6 procent av kvinnorna och 70,4 procent av männen. Förmånen har för dessa personer sannolikt använts för att göra det möjligt för dem att delta i behandling och rehabilitering som gör att de kan fortsätta att arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande. ISF drar slutsatsen att förmånen för dessa personer har använts för att förebygga ohälsa eller sjukdom som leder till arbetsförmåga – vilket ju är ett av huvudsyftena med förmånen.

Resultatet i Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar indikerar att behandlingen eller rehabiliteringen i åtminstone en del av ärendena inte helt har kunnat förhindra sjukfrånvaro.⁹⁰

ISF drar slutsatsen att det är oklart vilken funktion den förebyggande sjukpenningen ska ha i förhållande till de övergripande målen för sjukförsäkringen. Både regeringen och Försäkringskassan saknar dessutom en övergripande strategi för att sprida information och kunskap om förmånen. Det finns också oklarheter om när förebyggande sjukpenning ska användas och när sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga ska användas. Det handlar ofta om att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inte har en enhetlig bild av vilka personer som kan vara aktuella för respektive förmån. Hälso- och sjukvården tycker också att det är administrativt betungande att skriva ett läkarutlåtande med en behandlingsplan för en ansökan om förebyggande sjukpenning.

ISF:s registerstudie visar att det är vanligt att en person har haft sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innan personen får en period med förebyggande sjukpenning. Resultatet betyder att en person ofta får förebyggande sjukpenning för att förkorta sjukdomstiden och nedsättningen av arbetsförmågan. Det innebär att förmånens potential att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ofta inte används på det sätt det är tänkt, och att förmånen alltså inte ger så bra resultat som den har potential för.

Utredningens analys har visat på flera problem med dagens regelverk och tillämpningen av detta:

- Kravet på att behandlingen ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet är strängt i sig. Försäkringskassan tolkar detta

⁹⁰ Försäkringskassan, 2019:6.

som ett krav på evidensbaserad vård vilket innebär ännu högre krav. Flera typer av vanliga behandlingsmetoder har svårt att uppfylla kraven på evidensbaserad åtgärd. Utredningen har dock även kunnat finna tecken på att kravet i praktiken tillämpas mildare i handläggningen. Medicinsk kunskap begärs i praktiken inte heller ofta in från FMR.

- En stor effekt av uppställda krav på evidensbaserad behandling och rehabilitering är att personer med de vanliga besvären psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de torde utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron. Det betyder att förmånen inte används för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga i den utsträckning den skulle kunna användas.
- Förmånen är administrativt betungande både för de försäkrade och läkare, bl.a. med två ansökningar och en rad frågor för läkaren att besvara. Från hälso- och sjukvårdens sida upplevs processen som betydligt mödosammare än vid vanlig sjukskrivning, vilket får till följd att enskilda ibland sjukskrivs i stället för att uppmanas att ansöka om förebyggande sjukpenning.
- Begränsningen till faktisk tid och till minst två timmar om dagen utesluter många från ersättningen. Detta slår orättvist mot olika försäkrade, särskilt med beaktande av att restid inkluderas. Konsekvensen blir att många behandlingar som inte kommer upp i denna tid exkluderas, vilket kan medföra att enskilda måste avstå från nödvändig behandling (t.ex. missbruksvård) av ekonomiska skäl.
- Förmånen fungerar inte för vissa grupper på arbetsmarknaden, t.ex. behovsanställda och de i arbetsmarknadspolitiskt program, där vilande SGI utesluter dessa personer från att kunna få förmånen.
- Till skillnad från vad som är fallet vid sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga och sjukersättning är bifallsfrekvensen hög men användandet litet.

21 Förmåner vid rehabilitering – rehabiliteringsprocessen

Den praktiska processen för rehabilitering är sammankopplad med de ersättningar (förmånerna) som kan beviljas för rehabilitering. Därför analyseras rehabiliteringsprocessen i den utsträckning det bedöms vara relevant för att komplettera analysen av rehabiliteringsförmånerna.

21.1.1 Samverkan kring rehabilitering

Regelverk om samverkan mellan aktörerna

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför. Samverkan mellan de inblandade aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i en mängd olika rättskällor, både sådana som tar sikte på alla myndigheter och sådana som riktar sig till särskilda aktörer i denna process.

Enligt förvaltningslagen ska alla myndigheter inom sina respektive verksamhetsområden samverka med andra myndigheter och i rimlig utsträckning hjälpa den enskilde genom att själv inhämta upplysningar eller yttranden från andra myndigheter.¹ Enligt myndighetsförordningen ska myndigheter verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.²

Försäkringskassan ska vidare enligt socialförsäkringsbalken samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.³ Försäkringskassan ska vidare, om den försäkrade går med på det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med

¹ 8 § förvaltningslagen (2017:900).

² 6 § andra stycket myndighetsförordningen (2007:515).

³ 30 kap. 8 § SFB.

den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska också verka för att dessa organisationer och myndigheter var och en inom sitt verksamhetsområde vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.⁴ Enligt förordningen med instruktion för Försäkringskassan ska myndigheten samverka med berörda myndigheter, kommuner och regioner samt andra berörda parter för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs. Försäkringskassan ska också samverka med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. I sistnämnda syfte ska Försäkringskassan vidare träffa överenskommelser med kommun, region eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.⁵

Även regionerna har ett samverkansansvar. Enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska regionen erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter efter behov, för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Om en patient som erbjuds sådana insatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB ska regionen informera Försäkringskassan om det, om patienten samtycker till att informationen lämnas.⁶

Enligt lagen om finansiell samordning får vidare finansiell samordning bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och region för att uppnå en effektiv resursanvändning. Insatserna inom denna samordning ska syfta till att individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete.⁷

Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess är nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka

⁴ 30 kap. 10 § SFB.

⁵ 5 § förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan. Se även 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket och 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁶ 1 och 4 §§ lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁷ 1 och 2 §§ lagen (2003:1210) om finansiell samordning.

för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete.⁸ Den utredningen rekommenderar därför att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljö-kunskap ska ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete. Försäkringskassan rekommenderas att ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Aktörerna rekommenderas också utveckla former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och ger förutsättningar att hantera brister i samverkan. Aktörerna bör enligt den utredningen teckna en överenskommelse som tydliggör hur de ska samverka, skapa en styrgrupp för en sådan överenskommelse, dela information om processpåverkande förändringar med varandra på ett strukturerat sätt och gemensamt ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.⁹

Att rehabiliteringsprocessen regleras i olika bestämmelser medför otydligheter

Rehabiliteringsprocessens delar regleras i en mängd olika bestämmelser. Detta kan skapa otydligheter som kan leda till att samverkan mellan de berörda aktörerna försvåras. Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess kan det faktum att olika regelverk reglerar olika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen göra det svårt för aktörerna att veta vad som gäller, och i förlängningen till att individen får motstridig eller felaktig information eller fel stöd. Nämnade utredning lyfter tre exempel: att arbetsgivares ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera bestämmelser, omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken samt att flera aktörer utformar planer för återgång i arbete. Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bedömer att lagstiftningens konstruktion kan skapa problem i samverkan men att den i sig inte är motstridig. Snarare är

⁸ SOU 2020:24.

⁹ SOU 2020:24, s. 20.

det överlappande ansvar och ordval som skapar oklarheter. Lösningen på de beskrivna problemen ligger därför inte i huvudsak i att förändra den befintliga lagstiftningen. Nämnda utredning bedömer att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har ett ansvar att samverka för att nämnda typ av problem kan undvikas i så hög utsträckning som möjligt. Samverkan skulle bland annat underlättas om de inblandade aktörerna hade en gemensam terminologi.¹⁰

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox

Enligt utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess består sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox i att rätten till ersättning från sjukförsäkringen bygger på arbetsoförmåga samtidigt som ett av processens syften är att leda till att en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara. Enligt utredningen är det en utmaning för aktörerna som ska stödja individen genom processen att hantera paradoxen eftersom flera av aktörerna har dubbla uppdrag och eftersom paradoxen riskerar att skapa mistro mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Läkare ska endast ordinera sjukskrivning när de bedömer att sjukskrivning är nödvändig ur ett medicinskt perspektiv och informera andra aktörer om individens möjligheter att kunna återfå arbetsförmåga. Försäkringskassans handläggare ska bedöma om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och samtidigt bedöma om det finns möjligheter för individen att återfå arbetsförmåga.

Enligt nämnda utredning kan uppvisandet av förmåga leda till att den ekonomiska ersättningen dras in. Detta faktum kan leda till att individen och andra runt denne medvetet eller omedvetet förstärker oförmågan i syfte att trygga den enskildes försörjning. Informationen i läkarintyget ska likväl tillgodose såväl behovet av att bedöma rätt till frånvaro och ersättning som behovet av att förse aktörerna i processen med information om potential för rehabilitering. Handläggaren från Försäkringskassan ska kunna lita på att läkaren gjort en saklig bedömning utifrån sin roll. Samtidigt ska läkaren kunna lita på att Försäkringskassan tar emot information om individens potential utan att nödvändigtvis ta informationen om rehabiliteringspotential som intäkt för att arbetsförmåga redan finns.

¹⁰ SOU 2020:24, s. 154.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppdrag i sjukskrivningsprocessen och det är inte meningen att konsensus mellan aktörerna ska föreligga i samtliga fall. Nämnda paradox kan dock leda till att läkare inte alltid uttrycker om en individ har rehabiliteringspotential i läkarintyget, med anledning av att det kan finnas en risk för att Försäkringskassan tolkar rehabiliteringspotential som att individen har arbetsförmåga. När detta händer skadas tilliten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. För att individen ska uppfatta processen som begriplig behöver det finnas hög tillit mellan aktörerna, i meningen att aktörerna har förtroende för att den andra aktören gör rätt utifrån sitt uppdrag.¹¹

21.1.2 Vad är effektiv rehabilitering?

Försäkringskassans utredning av rehabiliteringsbehov i sjukfall

Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum har berört frågan om rehabilitering.¹² Utredaren har bl.a. kommit fram till att det saknas ett ställningstagande avseende den försäkrades behov av rehabilitering i de flesta sjukpenningärendena. Vidare genomförs få åtgärder för att underlätta den försäkrades återgång i arbete; antalet avstämningmöten med arbetsgivare och sjukskrivande läkare har exempelvis minskat.¹³ Minskningen går igen också i antalet försäkrade som beviljas rehabiliteringsersättning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering och de personer som beviljas sådan ersättning får det allt senare under sjukfallen. Utredarens uppfattning är att en konsekvens blir att försäkrade inte har fått sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen, då arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Svårigheter kring definitioner av rehabiliteringsbegreppen

I avsnitt 18.1 har begreppet rehabilitering berörts. Begreppet innefattar i vart fall tre olika varianter – medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Som tidigare konstaterats finns det svårigheter

¹¹ SOU 2020:24, s. 144–147.

¹² SOU 2020:06.

¹³ Antalet avstämningmöten har sjunkit från 61 216 under 2016 till 38 671 under 2018, se Försäkringskassans årsredovisning för 2018.

med innebörden och definitionen av begreppen. I en underlagsrapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstaterade ISF att det inte är lätt att definiera arbetslivsinriktad rehabilitering eller att särskilja den från medicinsk rehabilitering.¹⁴ Svårigheten med att definiera och avgränsa vad som ska betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering gör att det inte heller är lätt att ge en samstämmig bild av dess effekter, ej heller för andra rehabiliteringsinsatser. ISF redogjorde vidare för att arbetslivsinriktad rehabilitering på ett övergripande plan handlar om åtgärder som syftar till att den som drabbas av arbetsoförmåga ska återfå densamma samt ges förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Det finns dock andra skäl att vara sjukfrånvarande än de rent hälsomässiga och dessa skäl kan vara svåra att både identifiera och därmed att rehabilitera. Hälsa och arbetsförmåga är inte binära tillstånd, utan sjuklighet och hälsa är tillstånd som varierar beroende med det känslomässiga tillståndet. Om arbetstagarnas närvaro kontrolleras eller om de finansiella kostnaderna för sjukfrånvaro är höga, kommer de också vid varje hälsoläge vara mindre frånvarande än om kontrollen är låg eller kostnaden låg. Graden av sjuklighet bland dem som är sjukskrivna beror därför på hur institutionerna är uppbyggda. På en dåligt fungerande arbetsplats i ett system med höga ersättningsnivåer, låga kostnader för arbetsgivare och låg grad av kontroll är graden av sjuklighet högre än på en välfungerande arbetsplats i ett system med låga ersättningsnivåer, höga kostnader för arbetsgivare och hög grad av kontroll. De sjukskrivna individernas incitament att komma tillbaka till arbetsplatsen är därför olika från individ till individ. Vidare är incitamenten för arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar väldigt olika. I jämförelse med länder som Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland har arbetsgivare i Sverige endast ett litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis mycket låga kostnader för sjukförsäkring.

¹⁴ ISF 2015, underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Vilka rehabiliteringsinsatser är effektiva – och när bör de genomföras?

Ändamålsenlig rehabilitering som möjliggör att den försäkrade på kortast tid kan återfå arbetsförmåga och återgå till i sitt ordinarie arbete, alternativt genom omställning kan använda sin arbetsförmåga i ett annat arbete är eftersträvansvärt. En relevant fråga är därmed vilka insatser som är effektiva när det gäller både skyndsamt och varaktig återgång i arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga. Dessutom är det angeläget att rätt insatser sätts in i rätt tid i det enskilda fallet. En uttalad utgångspunkt i direktiven för denna utredning är också att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas.

Tidiga initiativ i form av utredning och genomförande av rehabiliteringsinsatser anses allmänt som en viktig byggsten i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har också ett gemensamt uppdrag att identifiera och möta behov av rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt för personer som får sjukpenning eller aktivitetsersättning och som har behov av aktiva insatser.

I många sammanhang anges att långvariga sjukskrivningar och frånvaro från arbetet försämrar möjligheterna att återgå i arbete.¹⁵ I en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 konstaterar Försäkringskassan att det generellt sett finns begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro, samt att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är vagt och mångfacetterat.¹⁶ Ett problem som en rad utredningar har påpekat är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är bl.a. brist på effektstudier. Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum anser också att innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är oklart, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.¹⁷ I utredningens betänkande (SOU 2020:06) finns en litteraturoversikt om kunskapsläget gällande arbetslivsinriktad rehabilitering för att främja tidig återgång i arbete efter sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i

¹⁵ Se t.ex. prop. 2007/08:136, s. 61.

¹⁶ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2. Se även SOU 2015:21, där det framhålls att forskning visar att återgång i arbete i sig ofta kan påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självförtroende även om arbetsförmågan inte är helt återställd.

¹⁷ SOU 2020:6. Problembilden beskrivs även i SOU 2015:21.

rörelseorganen.¹⁸ I översikten anges bl.a. att när det gäller besvär i rörelseorganen har insatser som tillhandhålls av flerprofessionella team bättre effekt än enstaka insatser för återgång i arbete. Flertalet översikter fann också att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Översikterna som behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt.¹⁹ I forskningsöversikten anges att den sammanvägda slutsatsen är att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa. Enligt denna litteraturöversikt saknas översikter med fokus på arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö.

Även tidigare översikter pekar på att forskningen entydigt visar att åtgärder riktade mot arbetsplats och arbetsförhållanden har en betydelsefull effekt på återgång i arbete. Denna slutsats kom även det av regeringen tillsatta Rehabiliteringsrådet fram till i sitt slutbetänkande. ISF menar att åtgärder genomförda på arbetsplatsen har en mer positiv effekt än andra åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering.²⁰ En typ av arbetsplatsåtgärd är att anpassa arbetet. Detta kan handla om att anpassa arbetsuppgifter, själva arbetsplatsens utformning eller arbetets organisation. Även byte av arbetsuppgifter antingen inom ramen för befintlig anställning eller till en ny anställning, byte av arbetsgrupp etc. kan inbegripas i begreppet anpassning. Effekten av anpassningsåtgärder vid psykisk ohälsa är dock otillräckligt studerad.

Frågan om tidsaspekten vid rehabilitering, när i sjukfallen insatser bör påbörjas, har också granskats med skiftande resultat och slutsatser. Vissa studier visar att rehabiliterande åtgärder inte kan tas

¹⁸ SOU 2020:06, i litteraturöversikt av Agneta Blomberg & Gunnel Hensing, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien. Göteborgs universitet. I kartläggningen ingick 13 litteraturöversikter om besvär i rörelseorganen och 6 st om psykiska besvär. Dessutom inkluderades två andra typer av översikter.

¹⁹ Antalet översikter var färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingick i översikterna), varför man får vara mer försiktig när man drar slutsatser av dessa.

²⁰ ISF 2011, Arbetslivsinriktad rehabilitering, underlagsrapport nr 7 till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

tillvaras av den försäkrade i ett alltför tidigt skede under sjukskrivningsprocessen, eftersom själva sjukdomen och dess förlopp då dominerar. Rehabilitering blir därför mer betydelsefullt i ett något senare skede, när den egna motivationen och arbetets art kan vara avgörande.²¹ I nyss nämnda forskningsöversikt i SOU 2020:06 var frågan om betydelsen av tidiga insatser inte en huvudfråga. I översikten fanns samtidigt flera studier som diskuterar vilken roll tidsaspekten har. I litteraturöversikterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig i denna översikt, men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring.²²

I en rapport från ISF redovisas resultaten från ett experiment som genomfördes vid Försäkringskassan 2007 i samarbete med Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).²³ I experimentet fick en behandlingsgrupp hjälp tidigare i sjukfallet än en kontrollgrupp. Hjälpen bestod av en s.k. Sassam-kartläggning och ett avstämningmöte, som båda syftar till att öka möjligheterna att återgå i arbete. Resultaten visar att de som deltog i Sassam tidigt i sjukfallet på kort sikt i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning och på längre sikt i högre grad övergick till sjukersättning. Effekterna återfanns för både anställda och arbetslösa men är tydligare för arbetslösa; dessa återgick alltså till arbetslöshet i lägre utsträckning. Resultaten belyser svårigheterna med ett tidigt agerande i sjukskrivningsprocessen. En tolkning av resultaten som ISF gör är att det är svårigheterna med att särskilja individer i behov av rehabilitering från dem med förhållandevis låga kostnader att kvarstå i sjukskrivning som är orsaken till effekterna. Arbetslösa har t.ex. en sämre ställning på arbetsmarknaden än anställda, och de ekonomiska drivkrafterna att lämna sjukskrivning är därför i genomsnitt lägre. Vissa arbetslösa kan också vinna ekonomiskt på att vara sjukskrivna.

Resultaten kan anses stödja annan forskning som visat på att insatser kan ha en inlåsande effekt och förlänga sjukskrivningar, bland annat genom att förstärka en sjukdomsbild hos den enskilde. Trots de påvisade riskerna med tidiga insatser konstaterar ISF att det ändå är troligt att de haft positiva effekter för vissa grupper av sjukskrivna.

²¹ Se t.ex. SOU 2011:15.

²² SOU 2020:6.

²³ ISF 2011:17.

Exempelvis bör sjukskrivna som de facto hade behov av insatser därmed kunnat få dessa tidigare i sjukfallet. För att tidiga insatser ska ha en gynnsam effekt för möjligheterna att återgå i arbete krävs enligt ISF således att rätt person får rätt insats. Om så inte sker riskerar återgången i arbete att minska och sjukfrånvaron öka.²⁴

2014 genomförde ISF återigen en granskning av Sassam och avstämningsmöte för att studera effekterna av metoderna med avseende på de sjukskrivnas återgång i arbete.²⁵ I analysen nyttjades det faktum att handläggare har olika attityder till nyttan av utredningar som en hjälp för sjukskrivna att återvända till arbetslivet och därför använder dem i varierande grad. Detta skapar en experimentell situation där jämförbara sjukskrivna med olika sannolikhet kommer att genomgå en utredning beroende på vilken handläggare de tilldelas. Huvudresultatet i rapporten är att dessa utredningar inte förkortar sjukskrivningarna och ökar återgången i arbete. Tvärtom minskar enligt denna studie återgången i arbete efter ett genomfört avstämningsmöte. Resultaten tyder enligt ISF också på att Sassam reducerar återgången i arbete, åtminstone om utredningen erbjuds tidigt under sjukskrivningsperioden.

En möjlig förklaring till de negativa effekterna av framför allt avstämningsmöten är att utredningarna inte hjälper handläggarna att ta reda på vilka personer som kan bli hjälpta av en rehabiliteringsinsats. I rapporten konstateras att sjukskrivna som deltog i ett avstämningsmöte i högre utsträckning även blev föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett annat resultat i rapporten är att de negativa effekterna av utredningarna tenderar att avta ju senare i sjukfallet de genomförs. Det beror enligt ISF sannolikt på att de negativa konsekvenserna av utredningarna minskar när de ges till sjukskrivna som har en längre förväntad sjukskrivningstid.

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning från 2016²⁶ undersökte myndigheten de försäkrades arbetsförmåga efter genomgången arbetslivsinriktad rehabilitering, dvs. vad som hänt efter rehabiliteringen samt om de försäkrade hade återgått i arbete eller inte. Av de ärenden där rehabiliteringen hade avslutats hade den försäkrade helt återfått sin arbetsförmåga i 31 procent av ärendena. I 26 procent av ärendena hade den försäkrades arbetsförmåga till viss

²⁴ ISF 2011:17.

²⁵ ISF 2014:21.

²⁶ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

del förbättrats, men han eller hon var fortfarande sjukskriven till någon del. I 37 procent av ärendena var arbetsförmågan fortfarande nedsatt i samma omfattning som innan rehabiliteringen.²⁷ I dessa fall hade alltså rehabiliteringen inte medfört att den försäkrade kunnat minska sin sjukskrivningsgrad, i vart fall inte under den tidsperiod som studerades i uppföljningen. Arbetslivsinriktad rehabilitering hade varit effektiv i 57 procent av fallen. Myndigheten konstaterar att det emellertid är svårt att dra några bestämda slutsatser av utfallet, bl.a. eftersom det inte går att veta hur arbetsförmågan hade utvecklats om rehabiliteringen inte hade genomförts, om den hade satts in vid en annan tidpunkt – tidigare eller senare – under sjukfallet samt p.g.a. att det kan behövas ett längre tidsperspektiv för att kunna utvärdera effekterna.

21.1.3 Slutsatser rörande den faktiska rehabiliteringsprocessen

Samverkan kring rehabiliteringsprocessen

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför.²⁸ Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess lyfter att många hinder för samverkan kan vara svåra att lösa genom lagstiftning. Hinder som kommer av att ansvarsområden överlappar, att begrepp definieras och används olika samt att aktörerna ibland har begränsad förståelse för varandras perspektiv och förutsättningar är sådant som enligt nämnda utredning behöver hanteras av aktörerna gemensamt i samverkan.²⁹

Samverkan kan alltså föreslås som lösning även på problem kring samverkan. Utredningen bedömer dock att ett problem kan vara att det inte är närmare reglerat hur samverkan ska ske. Utökade krav på samverkan kan under sådana förhållanden bli ett slag i luften. Att i alltför stor detalj reglera denna fråga kan samtidigt medföra problem. En alltför specifik reglering skulle kräva undantag. Blir det för många undantag kan dock regleringen bli urvattnad. En för specifik reglering om samverkan kan vidare få följeffekter kring sekretessfrågor och den enskildes integritet i allmänhet. Det kan även få följd-

²⁷ I återstående sex procent framgick det inte klart vad rehabiliteringen hade resulterat i.

²⁸ SOU 2020:24, s. 18.

²⁹ SOU 2020:24, s. 18.

effekter för tillämpningen av den materiella rätt som de samverkande aktörerna har att hantera inom ramen för sina respektive verksamheter.

Vid en eventuell reformering av förmåner vid rehabilitering bör mot denna bakgrund sammanfattningsvis hänsyn tas till att de inblandade aktörerna har i uppdrag att samverka med varandra. Samverkan bör uppmuntras, men att i allt för stor detalj reglera hur samverkan ska ske kan innebära ett alltför fastlåst system. Förmånerna och utredningsprocessen kring dem bör formuleras på ett sådant sätt att en hög tillit mellan aktörerna för deras respektive bedömningar ska främjas. Detta inte minst med hänsyn till att den enskilde försäkrade ska kunna få så begriplig och sammanhängande information som möjligt.

Vid en eventuell reformering av förmånerna vid rehabilitering bör vidare beaktas att de olika inblandade och samverkande aktörerna har överlappande ansvar och förhåller sig till ordval och definitioner som delvis överlappar, delvis har nyansskillnader. Vid utformandet av nya rehabiliteringsförmåner (och vid eventuella justeringar av andra ersättningar som involverar samverkan mellan de här inblandade aktörerna) bör det därför tydligt regleras vilket ansvar de olika inblandade aktörerna har i förhållande till varandra. Överlappande och otydliga ansvarsområden bör undvikas. Gemensamma begrepp för snarlika men likväl olika processer, steg eller handlingar bör också undvikas och endast användas när risken för att olika aktörer gör skilda tolkningar från varandra är minimal.

Effektiv rehabilitering

En svårighet i att ha ett ändamålsenligt regelverk, insatser och process för rehabilitering är att det finns utmaningar med att definiera och avgränsa vad som ska betraktas som rehabilitering inklusive av olika former av rehabilitering. Detta medför också att svårigheter med att ge en samstämmig bild av effekter t.ex. av *arbetslivsinriktad* rehabilitering. Värt att notera är också det faktum att det även kan finnas andra skäl för enskilda att vara sjukfrånvarande än de rent hälsomässiga. Dessa skäl kan vara svåra att identifiera och därmed också att rehabilitera. På individnivå kan incitamenten att komma tillbaka till arbetsplatsen också se olika ut. Vidare kan incitamenten för

arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar för sina sjukskrivna anställda också vara väldigt olika. Dessa aspekter bör vägas in bl.a. när det gäller utformande av regelverket kring rehabilitering för återgång i arbete.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen; dels att utreda behovet av, dels att påbörja rehabiliteringsinsatser (här avses alla former av rehabilitering och inte enbart arbetslivsinriktad rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringspenning). Det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, medan andra sannolikt skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller få ett längre sjukfall om de får (tidiga) rehabiliteringsinsatser. Granskningar från ISF tyder också på att kartläggningar/utredningar av rehabiliteringsbehov i de flesta fall även medför att rehabilitering genomförs, oavsett om den försäkrade har reella behov av insatser eller ej. Samtidigt är utredningens uppfattning att det är angeläget med ett aktivt förhållningssätt och att tidigt utreda behovet av rehabiliteringsinsatser. Det är också angeläget att utveckla kunskapen och metoder som möjliggör bedömning av vilka personer som har behov och nytta av (tidiga) insatser, så att rätt personer får rätt stöd och i rätt tid. Detta är både angeläget sett till att Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl och att anställda försäkrade som är sjukskrivna ska kunna få sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen. För detta behövs bl.a. mer effektstudier om rehabilitering samt utveckling av definitioner av begreppen inom rehabiliteringsområdet.

22 Förmåner vid rehabilitering – utredningens överväganden och förslag

Inom ramen för utredningens arbete har flertalet aktörer betonat vikten av en fungerande rehabilitering. Även regeringen har betonat vikten av rehabilitering i sjukförsäkringen och att försäkrade som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin egen arbetsgivare.¹ Utredningen menar att sådana möjligheter till rehabilitering fyller ett viktigt syfte och bör underlättas. En viktig förutsättning för en framgångsrik rehabilitering är också att det finns rehabiliteringsförmåner som möjliggör ekonomisk ersättning för inkomstförlust under tid med rehabiliteringsåtgärder.

Också utredningens förslag om förändringar av förutsättningarna för att beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning är kopplade till reglerna om rehabilitering. Med en reglering som innebär att en försäkrad kan få avslag på ansökan om sjukersättning på grund av att det bedöms finnas återstående rehabiliteringsmöjligheter måste det finnas möjligheter för försäkrade att de facto kunna ta del av sådana åtgärder.

Ett av syftena med utredningens förslag är att rehabilitering ska kunna sättas in tidigare, och i större omfattning än i dag, i de fall där rehabilitering bedöms kunna ha en positiv effekt. För en försäkrad som inte längre har arbetsförmåga i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som bedöms ha arbetsförmåga i andra arbeten och efter en tid förväntas ställa om till ett annat arbete, bör dock kravet på omställning inte komma för tidigt i sjukfallet. Det är bl.a. viktigt att den

¹ Se t.ex. Prop. 2020/21:78, s. 10.

försäkrade får möjlighet att genomgå rehabilitering med syfte att återgå i arbete hos den befintliga arbetsgivaren, när det är relevant.

Omställning till ett nytt arbete torde dessutom i sig vara en påfrestning. Vid vissa typer av sjukdomar kan det vara avgörande för återhämtningen att arbeta i en trygg och välkänd miljö. Försäkrade som har möjlighet att återgå i sitt arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör enligt regeringens mening ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare.²

Inte bara rehabiliteringen i sig är central. De ersättningar som en försäkrad kan få under behandling eller rehabilitering fyller också ett viktigt syfte. Ersättningen kan vara ett viktigt verktyg för att förebygga sjukskrivning.³ För många försäkrade kan det vara en förutsättning att bl.a. inkomstförlusten vid rehabiliteringen ersätts av socialförsäkringen för att det alls ska finnas en möjlighet att genomgå rehabiliteringsinsatsen.

Ett regelverk i behov av modernisering

Den s.k. rehabiliteringsreformen genomfördes 1992 och är således nästan trettio år gammal. Som utredningen har kunnat konstatera i tidigare avsnitt har regelverket inte följt med den övriga utvecklingen i samhället, exempelvis i frågan om hur behandling och rehabilitering i dag genomförs i praktiken. Många olika förhållanden i samhället har genomgått förändringar som påverkar hur förmånerna används eller skulle kunna användas. Regelverket är inte flexibelt och innehåller svårbedömda rekvisit som har tolkats olika av olika berörda aktörer.

Tillämpningen och det begränsade användandet får i sin tur negativa effekter som kan medföra administrativa svårigheter, onödiga sjukskrivningar, och av ekonomiska skäl utebliven nödvändig behandling, i det fall t.ex. ersättning för inkomstförlust är en förutsättning för att en enskild försäkrad ska kunna delta i rehabiliteringen.

Utredningens bedömning är att det därmed finns behov av en ny syn på rehabilitering och vissa grundläggande förändringar av regelverket. Ett modernare regelverk för rehabilitering har potentialen att lösa flera av de problem som finns i dagens regelverk och öka förut-

² Prop. 2020/21:78, s. 15.

³ Utredningens slutsatser om förmånen förebyggande sjukpenning är bland annat att förmånen har positiv effekt, se avsnitt 20.6. Se även t.ex. Försäkringskassan, kortanalys 2019:3.

sättningarna för en ändamålsenlig tidig, effektiv rehabilitering för enskilda försäkrade.

Också Försäkringskassan har exempelvis angett att ett moderniserat regelverk för sjukpenning i förebyggande syfte har potential att vara ett mera träffsäkert och likvärdigt förebyggande stöd, inte minst för personer som har behovsanställning eller som är arbetslösa.⁴

Frågor om de diagnoser som blir allt vanligare är också viktiga att försöka lösa. Försäkringskassan har uttalat att man, liksom andra myndigheter och aktörer i samhället, ser att mer behöver göras för att möta, förstå och hantera utmaningen kring den ökade psykiska ohälsan.⁵

Två förmåner med överlappande syften

Både förmånen förebyggande sjukpenning och förmånen rehabiliteringspenning syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan. På så sätt liknar förmånerna varandra och kan sägas ha överlappande syften. Enligt nuvarande regelverk kan emellertid endast den förebyggande sjukpenningen användas för att förebygga sjukdom, medan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kräver att arbetsoförmåga redan har uppstått.

Olika typer av rehabilitering genomförs ofta samtidigt

Utredningen har tidigare redogjort för att det finns olika typer av rehabilitering (företrädesvis medicinsk, arbetslivsinriktad och social – se avsnitt 18.1), men också att detta är ett område med oklara gränser och utan klara rättsliga definitioner. Det står också klart att en rehabiliteringsprocess typiskt sett består av olika former av rehabilitering och att försäkrade inte sällan samtidigt är föremål för flera typer av rehabilitering. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag och regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Återgång till arbete kräver ofta såväl arbetslivsinriktad som medicinsk rehabilitering. Detta kan medföra oklarheter i begreppen och även vad gäller den förmån som den enskilde ska ha under tiden med rehabilitering. Ut-

⁴ Försäkringskassan, svar på ISF:s rapport 2020:9, 2020/001234.

⁵ Försäkringskassan, 2020, dnr 2020/001234.

redningen har också kunnat konstatera att det i dagsläget finns problem med vissa typer av medicinsk behandling och rehabilitering där behandlingsplanen innehåller också andra än rent medicinska inslag. Trots att det är fråga om etablerade behandlingsmetoder innebär dagens regelverk, och Försäkringskassans tillämpning av detsamma, att sådana inslag bryts ut ur behandlingsplanen och att Försäkringskassan inte bedömer att det medför rätt till ersättning. Detta utgör naturligtvis ett problem både för den enskilde och vårdgivaren.

I Försäkringskassans vägledning anges att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är åtgärder som behövs för att den som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärderna kan till exempel vara arbetsträning eller utbildning. Före och parallellt med dessa åtgärder kan medicinska och sociala rehabiliteringsinsatser pågå.⁶

Användandet av förmånerna har minskat och beviljas sent i sjukfallen

Av utredningens analys framgår att särskilt användandet av rehabiliteringsersättningen har minskat kraftigt under senare år. Även den förebyggande sjukpenningen uppvisar en avtagande trend där användandet har minskat under senare år, men inte i samma utsträckning som rehabiliteringspenningen. Förmånerna utgör endast ett par procent av det totala antalet utbetalda förmånsdagar i sjukförsäkringen.⁷

Vidare har kunnat konstateras att rehabiliteringspenning vid arbetslivsinriktad rehabilitering beviljas allt senare i sjukfallen. Rehabiliteringspenning ska även med nuvarande regler kunna användas när syftet är att bl.a. förkorta sjukdomstid genom en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats. Det innebär att det inte heller med nuvarande regler kan ställas upp något krav på att rehabilitering är en förutsättning för att den försäkrade ska kunna komma tillbaka till ordinarie arbete.

Utvecklingen har emellertid gått mot att rehabilitering sätts in i de längsta sjukfallen, i stället för att sättas in som tidig åtgärd för personer som fortfarande har en aktuell kontakt med sin arbetsplats. Detta har också pekats ut som ett problem i SOU 2020:6 där det

⁶ Försäkringskassan, vägledning 2013:1, version 6 s. 105.

⁷ Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Motsvarande siffra för rehabiliteringspenning var 2,4 procent.

bl.a. konstateras att insatser tidigt i sjukfallet i vart fall vid besvär i rörelseorganen har störst möjligheter att återfå de försäkrade i arbete.⁸ Redan i förarbetena till rehabiliteringsreformen påpekades att aktiva rehabiliteringsinsatser måste sättas in tidigt för att underlätta rehabiliteringen av den som drabbats av sjukdom. En effektiv rehabilitering förutsätter också att de olika åtgärder som sätts in samordnas och inriktas mot samma mål.⁹

Försäkringskassans striktare tillämpning av regelverket om rehabiliteringsersättning har konstaterats vara huvudförklaringen till den minskade användningen (se avsnitt 19.4.5). Utredningen menar att den tillämpning som har utvecklats hos Försäkringskassan med bl.a. sena insatser för klarläggande av rehabiliteringsbehov utgör ett stort problem vid tillämpningen av förmånerna. Trots att det står klart att tidig rehabilitering, särskilt när den försäkrade har en arbetsgivare, är att föredra om åtgärderna ska vara effektiva, och trots att det i lag anges att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas så tidigt som möjligt sker detta inte i praktiken i den faktiska tillämpningen.

Nuvarande former för förmånerna hindrar effektiv rehabilitering

Försäkringskassan har angett att en person vars arbetsförmåga inte redan är nedsatt med minst en fjärdedel inte heller har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Rehabilitering, som syftar till att återställa en förlorad arbetsförmåga, behövs enligt Försäkringskassan i ett sådant fall inte heller.¹⁰ Detta kan sägas vara ett uttryck för gällande rätt, som innebär att arbetslivsinriktad rehabilitering inte kan användas som förebyggande åtgärd. Denna fråga berörs också särskilt i utredningens direktiv.

Det finns enligt Försäkringskassan inte heller anledning för myndigheten att samordna rehabiliteringsåtgärder i den nyss nämnda situationen. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är enligt Försäkringskassans bedömning inte heller aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan få eller återfå arbetsförmåga utan arbetslivsinriktade åtgärder. Om det endast är medicinsk behandling som behövs för att återställa arbetsförmågan, eller om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt men där den försäkrade anses kunna återgå i

⁸ SOU 2020:6, s. 85–86 och 193 med hänvisning till relevanta forskningsöversikter.

⁹ Prop. 1990/91:141 s. 32–33.

¹⁰ Försäkringskassan, rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 10.

arbete utan rehabilitering, till exempel genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden, är det till exempel inte motiverat med arbetsträning.

Utredningens bedömning är att nuvarande regelverk och den tolkning som Försäkringskassan har gjort till viss del motverkar en tidig och effektiv rehabilitering. Försäkringskassans passivitet i samordningen av det rehabiliteringsarbete som bör ske tidigt i ett sjukfall behöver hanteras.

Området rehabilitering är svåröverskådligt och det finns inte tillräcklig med kunskap

De idéer och intentioner som i huvudsak ligger bakom dagens rehabiliteringsverksamhet inom socialförsäkringen och regelverket om rehabiliteringsförmåner formades under 1980-talet. Det fanns en stor optimism kring den ekonomiska utvecklingen, efterfrågan på arbetskraft var relativt hög och den långa sjukfrånvaron var inte så omfattande. Sedan reglerna infördes 1992 har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden med en ökad arbetslöshet och ökad långtids-sjukfrånvaro. Kraven i arbetslivet har också ökat och framför allt har det blivit gradvis svårare för personer med större eller mindre hälso-problem att få eller kunna behålla ett arbete. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs i dag således under helt andra förutsättningar än de som gällde under den tid då den övergripande rehabiliteringsstrategin utformades.

Behovet av samordning mellan olika aktörer, tidig rehabilitering där det är relevant och arbetsgivarens huvudansvar har ofta betonats av såväl statliga utredare som lagstiftaren. Några mer genomgripande lagändringar vad gäller rehabiliteringsverksamhetens villkor eller innehåll har dock inte skett.

Trots att rehabiliteringsverksamheten pågått under många år och trots det stora antalet utredningar är kunskaperna om den relativt begränsade. Ansvar för rehabilitering är mycket otydligt på så sätt att många olika aktörer berörs och är ansvariga för olika delar, men också genom att det är oklart vad som ska ske i olika situationer. Ytterligare ett problem är att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen starkt påverkas av hur stort inflödet av sjukskrivna är, vilka former av ohälsa dessa individer har samt av hur arbetsliv och arbetsmarknad förmår att ta emot dem efter rehabiliteringen.

Det bör slutligen också betonas att en fullständig översyn av rehabiliteringsprocessen i sig och frågan om hur samt i vilken form och utsträckning enskilda försäkrade ska beviljas rehabilitering ligger utanför utredningens uppdrag. Utredningens uppdrag och förslag innefattar en översyn av rehabiliteringsförmåner och hur dessa fungerar i förhållande till dagens rehabiliteringsformer samt hur förmåner vid arbetslivsinriktad rehabilitering på ett bättre sätt kan användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver sådan på grund av sjukdom. Utredningens förslag berör således i huvudsak *förmåner* vid rehabilitering och dessa förmåners effekt på rehabiliteringsprocessen. I den utsträckning förmåner är direkt kopplade till regelverket kring faktisk rehabilitering diskuteras även sådana förslag.

Två flexibla förmåner för preventiv rehabilitering och rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga

Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag om hur nuvarande förmåner kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer. Förmåner ska också vara enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt ska även säkerställa en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen.

Utredningen har kunnat konstatera att nuvarande regelverk för rehabiliteringsförmåner uppvisar ett antal brister som leder till oönskade konsekvenser i tillämpningen. Rättspraxis har ytterligare begränsat möjligheten till att beviljas rehabiliteringsförmåner. Vidare har kunnat konstateras att också rehabiliteringsprocessen har brister och att allt färre personer beviljas och rehabiliteringsförmåner samt att sådana åtgärder initieras allt senare i sjukfallen.

De förmåner som i dag finns i socialförsäkringsbalken gällande rehabilitering, rehabiliteringsersättning och förebyggande sjukpenning, kan överlag sägas fungera men uppvisar också brister. ISF har bl.a. gjort bedömningen att reglerna för förebyggande sjukpenning fungerar som det är tänkt för personer med diagnostiserad sjukdom och i etablerade behandlingsprogram, medan de fungerar sämre för personer med de numera allt vanligare besvären med psykisk ohälsa

och diffusa fysiska symtom, det vill säga tillstånd av ohälsa där en läkare inte har ställt någon diagnos.¹¹

De avsedda syftena med införandet av ett system med rehabiliteringsförmåner uppfylls således inte fullt ut genom dagens regelverk och tillämpning. Det beror till stor del på att regelverket är omodernt och inte utformat för dagens behandlingsformer och rehabiliteringsåtgärder. Samtidigt gör bristande kännedom om förmånerna och ett för smalt tillämpningsområde att personer sannolikt går miste om rehabiliteringsmöjligheter som kan vara gynnsamma.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det finns behov av en revidering av förmånerna vid förebyggande rehabilitering så att de täcker in ett större område än i dag.

Regelverket på området bör vidare sammantaget vara mer flexibelt och även justeras för att i högre grad kunna stödja en effektiv rehabiliteringsprocess. Enligt utredningens bedömning är en av förutsättningarna för att kunna behålla sjukförsäkringens legitimitet att rehabiliteringens plats i sjukförsäkringen stärks och förtydligas. En försäkrad som har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering ska också få genomgå sådan i stället för att vara sjukskriven med sjukpenning. Ett centralt syfte med förslagen är därmed också att föra in ett större inslag av rehabilitering i rehabiliteringskedjan.

Reglerna vid rehabilitering behöver bidra till att enskilda personer kan delta i den behandling eller rehabilitering de behöver, oavsett vilken typ av ställning personen har på arbetsmarknaden. Personer med låg inkomst är en särskilt utsatt grupp, eftersom det kan bli ekonomiskt betungande eller inte ens möjligt att delta i behandling eller rehabilitering om man inte kan få ersättning för den inkomstförlust som uppstår i samband med genomförande av insatsen. Om personerna på grund av ekonomiska skäl inte deltar i en förebyggande behandling eller rehabilitering kan risken öka att de senare får nedsatt arbetsförmåga och blir sjukskrivna. Enligt utredningens mening har förmånen potential att bli ett viktigt inslag när arbetsgivare agerar för att tillsammans med sina anställda genomföra preventiva insatser för att motverka ohälsa och nedsatt arbetsförmåga.

Mot bakgrund av vad som anförts bedömer utredningen att två flexibla förmåner vid rehabilitering behövs. Utredningen föreslår därför dels att den befintliga rehabiliteringsersättningen vid rehabilitering av personer som har nedsatt arbetsförmåga ska reformeras, se

¹¹ ISF 2020:6 s. 94–95.

avsnitt 22.1, dels att en ny förmån, preventionsersättning, införs för förebyggande insatser, se avsnitt 22.2. Båda förmånerna föreslås kompletteras med möjligheten till rehabiliterings- respektive preventionsbidrag. Dessa bidrag avser att täcka merkostnader i samband med förebyggande åtgärder respektive rehabilitering.

Varför behövs särskilda rehabiliteringsförmåner?

En relevant fråga är varför det över huvud taget behövs särskilda förmåner för förebyggande åtgärder respektive rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga och varför syftena med dessa ersättningar inte kan uppnås inom ramen för sjukpenningen. I dag deltar exempelvis många försäkrade i medicinsk rehabilitering samtidigt som de får sjukpenning och förmånen rehabiliteringspenning kräver att den försäkrade är sjuk och har nedsatt arbetsförmåga, vilket också krävs för sjukpenning.

En viktig aspekt som belyser skillnaden mellan ersättningarna är att den nya förmånen vid preventiv rehabilitering enligt förslaget inte ska vara kopplad till nedsatt arbetsförmåga, utan till åtgärden i sig och den tid denna tar i anspråk. Inte heller är förebyggande insatser direkt kopplade till att sjukdom har uppkommit, utan ska kunna användas i förebyggande syfte, innan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga har uppstått.

Behandling och rehabilitering kan som bekant genomföras också under sjukskrivning när sjukpenning betalas ut. Denna ersättning är emellertid en dagersättning och ersättningen kan komma att ifrågasättas över tid och i takt med att den försäkrades arbetsförmåga förbättras. När arbetsförmågan inte längre är nedsatt på den nivå som sjukpenning först beviljades kommer ersättningen att minskas, för att till slut upphöra helt om den försäkrade inte längre har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Effekten av en effektiv behandling och rehabilitering under period med sjukpenning kan således bli att sjukpenningen upphör under pågående behandling, innan denna är slutförd. I de flesta fall torde detta inte utgöra något problem eftersom den försäkrade i så fall har blivit arbetsför före den beräknade tidpunkten, men i vissa fall kan det ändå utgöra ett problem att en behandling inte kan slutföras. Att det finns en risk att sjukpenningen minskas eller dras in under pågående behandling kan

också ha negativ påverkan på den försäkrades möjligheter att ta till sig behandlingen.

Den grundläggande tanken med utredningens förslag om rehabiliteringsersättning och preventionsersättning är att det är *deltagandet* i den förebyggande insatsen eller rehabiliteringen som grundar rätten till ersättning. Så länge deltagande fortgår enligt den upprättade rehabiliterings- eller preventionsplanen är ersättningen fredad. Själva deltagandet i en åtgärd kan därför i sig inte tas till intäkt för att arbetsförmågan har förbättrats.

Inte heller ska det psykologiska värdet i att ge ersättningen till den som deltar i rehabilitering en adekvat benämning underskattas. I förarbetena till införandet av rehabiliteringsersättningen angavs att detta borde leda till större insikt, aktivitet och engagemang, såväl för de försäkrade som för de som är ansvariga för rehabiliteringsåtgärderna.¹²

22.1 En reformerad rehabiliteringsersättning

Utredningen föreslår en reformering av rehabiliteringsersättningen. I följande avsnitt presenteras förslaget mer i detalj. Sammanfattningsvis är syftet är att skapa flexibla möjligheter till arbetslivsriktad rehabilitering för personer som har nedsatt arbetsförmåga genom följande ändringar.

Möjligheten att finansiera utbildning med rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Rehabiliteringspenningen ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust i stället för att vara begränsad till kvartiler, även om det för att förmånen ska kunna betalas ut även fortsättningsvis ska krävas att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel.

I det fall den försäkrade utöver att uppfylla villkoren för att beviljas rehabiliteringspenning även har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning ska han eller hon beviljas rehabiliteringspenning motsvarande hela arbetsförmågenedsättningen, även för den del som uppfyller villkoren för just sjukpenning. Detta medför bl.a. att försäkrade som samtidigt genom-

¹² Prop. 1990/91:141, s. 60.

går arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering endast får rehabiliteringspenning utbetald.

Under den tid försäkrade är beviljade rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan *inte* bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Bedömningen av rätt till ersättning ska göras mot det arbetsmarknadsbegrepp som gällde när rehabiliteringsersättning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden. Detsamma gäller vid prövning av rätt till sjukpenning. Om den försäkrade beviljas sjukpenning efter en avslutad period med rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan återigen bedömas utifrån vid den tidpunkten aktuell dag i rehabiliteringskedjan.

Rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag ska ersättas av rehabiliteringsbidrag. Förutsättningarna för att en försäkrad ska kunna beviljas bidraget är i allt väsentligt desamma.

Regleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs ska kompletteras med krav på att en försäkrads rehabiliteringsbehov ska klarläggas senast dag 60 i sjukperioden.

22.1.1 Steglös ersättning för inkomstförlust

Utredningens förslag: Rehabiliteringspenning ska beviljas steglöst för inkomstförlust motsvarande den tidsåtgång som rehabiliteringsåtgärden tar i anspråk. För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För insatser som överstiger 25 procent ska ersättningen vara steglös, motsvarande tidsåtgången för rehabiliteringsinsatsen.

I det fall en försäkrad utöver deltagandet i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har nedsatt arbetsförmåga och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning ska han eller hon beviljas rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning för denna del. Ersättningen i form av rehabiliteringspenning ska i så fall motsvara den totala omfattningen av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga. Detsamma ska gälla för en försäkrad som får rehabiliteringspenning i särskilda fall. Han eller hon ska få rehabiliteringspenning i särskilda fall i stället för sjukpenning i särskilda fall om nedsättning av arbetsförmågan utöver deltag-

andet i rehabiliteringen uppkommer. För dessa försäkrade ska vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning tillämpas.

En försäkrad ska inte kunna få rehabiliteringspenning tillsammans med någon annan förmån i (som också ersätter inkomstförlust) i en sammantagen högre omfattning än hundra procent.

Skälen för utredningens förslag: En förklaring till det begränsade användandet av rehabiliteringsersättningen en minskad förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som en försäkrad kan beviljas rehabiliteringspenning för. En förklaring till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträkning är att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen, se avsnitt 19.4.2.

En grundläggande tanke med utredningens förslag är komma tillrätta med dessa problem genom att rehabiliteringspenningen i högre utsträckning än i nuläget ska möjliggöra för den försäkrade att på ett flexibelt sätt kunna delta i arbetslivsinriktad rehabilitering och samtidigt kunna få ersättning i de fall inkomstförlust uppkommer.

Utredningen anser att de nuvarande reglerna om rehabiliteringspenning och sjukpenning försvårar ett flexibelt upplägg av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Enligt utredningens mening krävs ett mera flexibelt ersättningssystem som tillåter en successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats i takt med hans eller hennes tillfrisknande. Utredningens bedömning är därför att systemet inte ska vara bundet till fasta nivåer utan att ersättningen i stället kan bestämmas utifrån den inkomstförlust den försäkrade gör för tid då han eller hon genomgår rehabilitering. Därför är förslaget att rehabiliteringspenning bör utges efter en steglös skala. Ett sådant system hindrar naturligtvis inte att ersättningen i ett enskilt fall liksom i dag kan bestämmas efter en 25, 50, 75 eller 100 ersättning. För att inkomstförlusten ska kunna kompenseras med rehabiliteringspenning ska rehabiliteringsinsatsen liksom i dag omfatta minst 25 procent. Rehabiliteringspenning ska dessutom liksom i dag beräknas på samma beräkningsunderlag som för sjukpenning.

Genom att rehabiliteringspenning kan beviljas steglöst, kan den försäkrade trappa upp återgången till arbete i en steglös omfattning vartefter personen får förbättrad arbetsförmåga. Det kan t.ex. gälla om den försäkrade först arbetstränar på heltid. Ifall den försäkrade under tiden insatsen pågår återfår arbetsförmåga på 30 procent, kan

han eller hon alltså fortsätta med arbetsträningen på 70 procent och även få utbetalning av 70 procent rehabiliteringsersättning. Utgångspunkten för rätten till rehabiliteringspenning ska alltså vara om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Även arbetslösa försäkrade kan kompenseras för inkomstförlust om de har nedsatt arbetsförmåga och är förhindrade att söka och ta förvärvsarbete p.g.a. att de genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Det ska liksom i dag krävas att den försäkrade har en SGI för att han eller hon ska kunna få rehabiliteringspenning.¹³

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

Ersättningen baseras på rehabilitering enligt rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringspenningen ska baseras på den faktiska inkomstförlust den försäkrade gör på grund av att han eller hon är förhindrad skaffa inkomst genom arbete på grund av deltagande i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.

Beräkningen av inkomstförlusten baseras som utgångspunkt på den tid som den försäkrade enligt rehabiliteringsplanen avstår från förvärvsarbete. Vid beräkningen av den sammanlagda tidsåtgång en viss rehabilitering kommer att ta i anspråk ska tiden avrundas nedåt till närmaste hel timme. För att en sådan beräkning ska vara möjlig kommer det att ställas högre krav på innehållet i en rehabiliteringsplan med precisering av när, i vilken omfattning och hur länge rehabiliteringsinsatsen kommer att pågå.

¹³ Ersättningsformen rehabiliteringspenning i särskilda fall i 31 a kap. SFB kvarstår dock. Denna typ av ersättning kräver inte att den försäkrade har en SGI.

Steglös ersättning för inkomstförlust i praktiken

En försäkrad har rätt till ersättning i form av rehabiliteringspenning för den inkomstförlust han eller hon gör till följd av att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Denna ersättning ska enligt utredningens förslag vara steglös. Det innebär att ersättningen inte är bunden till kvartiler, som är fallet för exempelvis sjukpenningen eller dagens rehabiliteringspenning, utan att det är den faktiska inkomstförlusten som ersätts.

Vid tidpunkten för prövningen av rätt till rehabiliteringspenning krävs, för rätt till ersättning, att den försäkrades arbetsförmåga bedöms nedsatt med minst 25 procent. Detta är en förutsättning även för att sjukpenning ska kunna beviljas. Bedömningen görs mot det arbetsförmågebegrepp som är aktuellt enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser när den försäkrade ansöker om ersättningen. Det innebär exempelvis att en anställd försäkrad som påbörjar rehabilitering vid dag 89 i sitt sjukfall kommer att få sin arbetsförmåga bedömt mot sitt ordinarie arbete hos arbetsgivaren. För en person som påbörjar rehabiliteringen först efter att dag 180 har passerats ska arbetsförmågan som utgångspunkt jämföras mot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.¹⁴

Det vanligaste scenariot för en person som påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering är att han eller hon först har varit sjukskriven en tid med sjukpenning. För en anställd försäkrad inleds arbetsgivarens rehabiliteringsansvar när arbetsförmågan blir nedsatt. Senast inom 30 dagar ska arbetsgivaren ha upprättat en plan för återgång i arbete.¹⁵

I samband med att rehabiliteringspenning beviljas ska även Försäkringskassan ha upprättat en rehabiliteringsplan i samråd med den försäkrade. Denna plan beskriver den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, dess mål och hur och när rehabiliteringen ska genomföras. Det är rehabiliteringsplanen som ligger till grund för exempelvis i vilken omfattning rehabiliteringsinsatsen ska ske och hur upptrappning i arbete planeras.

I tidigare avsnitt har utredningen redogjort för att arbetslivsinriktad rehabilitering ofta sker samtidigt eller i kombination med medicinsk rehabilitering och att detta inte utgör något hinder för att

¹⁴ Här ska dock även beaktas om övervägande skäl talar för att personen kommer att kunna återgå i arbete innan han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar, se 27 kap. 48 § SFB.

¹⁵ 30 kap. 6 § SFB.

rehabiliteringspenning ska kunna utbetalas. Så länge den försäkrade genomförs arbetslivsinriktad rehabilitering till någon del ska endast rehabiliteringspenning betalas ut för den totala inkomstförlust han eller hon gör. Den närmre fördelningen av rehabiliteringsåtgärdernas typ får i ett sådant fall inte betydelse för den utbetalda ersättningen. En försäkrad som exempelvis är sjukskriven med en nedsatt arbetsförmåga på 50 procent kan delta i arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering upp till halvtid och får i så fall rehabiliteringspenning under denna tid. På samma sätt kan en försäkrad som är helt sjukskriven och har bedömts ha helt nedsatt arbetsförmåga, som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och har beviljats rehabiliteringspenning ha en varierande omfattning på rehabiliteringsåtgärderna men ersätts ändå med rehabiliteringspenning för hela arbetsförmågenedsättningen.

Den steglösa ersättningen får betydelse främst i frågan om samordning mellan inkomst från förvärvsarbete och rehabiliteringsersättning. Avsikten med arbetslivsinriktade rehabilitering är att den försäkrade på ett effektivt sätt ska återfå arbetsförmågan och kunna återgå i arbete. En rehabiliteringsplan innehåller typiskt sett en plan för stegvis återgång i arbete. Likaså är medicinska rehabiliteringsplaner i regel upplagda för att arbetstiden ska trappas upp över tid. Den steglösa ersättningen innebär att den försäkrade, till skillnad från vid sjukpenning, kan få ersättning för inkomstförlust för den faktiska tid som han eller hon behöver avstå från förvärvsarbete. Den som exempelvis har återgått i arbete på 60 procent och genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering på 40 procent får ersättning för den del där rehabilitering pågår, trots att arbetsförmågan inte längre är nedsatt med minst 50 procent. Ett minimikrav på för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut är dock att arbetsförmågans nedsättning ska vara minst 25 procent.

Nedan redogörs för två exempel för hur ersättningen blir i fall där den försäkrade har rehabiliteringspenning vid en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats.

Exempel 1

Den försäkrade är anställd och har blivit sjukskriven på 50 procent till följd av utmattningssyndrom. Efter 30 dagars sjukskrivning påbörjas arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning i arbetsgivarens regi med stöd av företagshälsovården. Den försäkrade ansöker om rehabiliteringsersättning för insatsen. Försäkringskassan bedömer arbetsförmåga mot den försäkrades ordinarie arbete och beslutar att förmånen kan beviljas. Den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning för hela arbetsförmågans nedsättning, trots att den första tiden innehåller en större del vila och en mindre del arbetsträning. Enligt rehabiliteringsplanen ska den försäkrade trappa upp arbetstiden med 10 procentenheter varannan vecka och vara åter i heltidsarbete efter tio veckor. Planen håller. Efter två veckor arbetar den försäkrade 60 procent, efter fyra veckor 70 procent, efter sex veckor 80 procent, efter åtta veckor 90 procent och den försäkrade är åter i arbete efter tio veckor. Under tiden med upptrappning får den försäkrade steglös rehabiliteringspenning för den inkomstförlust som uppkommer: vid 60 procents arbete är rehabiliteringspenningen 40 procent, vid 70 procents arbete är rehabiliteringspenningen 30 procent och så vidare.

Exempel 2

En försäkrad har helt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Efter 212 dagars sjukskrivning påbörjas arbetslivsinriktad rehabilitering. Fram till dess har endast medicinsk behandling pågått. Den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning på 100 procent trots att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen endast pågår två timmar i veckan. Sjukpenning betalas alltså inte ut så länge den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår.

Ett bakslag i rehabiliteringen gör att rehabiliteringsinsatsens omfattning måste minskas och rehabiliteringsplanen revideras. Detta påverkar emellertid inte den försäkrade ersättning som utgörs av rehabiliteringspenning för hela nedsättningen av arbetsförmågan. Under kortare oförmåga att genomföra rehabiliteringen, upp till 30 dagar, behåller den försäkrade också rehabiliteringspenningen. Den försäkrade uppnår 20 procents arbetsförmåga och ersätts då till övriga 80 procent av rehabiliteringspenningen. Efter rehabiliterings-

periodens slut blir den försäkrade direkt sjukskriven på heltid. Den enskilde behöver då ansöka om sjukpenning igen eftersom någon arbetslivsinriktad rehabilitering inte längre pågår. Under tid med rehabiliteringspenning har ytterligare 200 dagar i rehabiliteringskedjan passerat och den försäkrades arbetsförmåga bedöms utifrån den aktuella bedömningsgrunden i rehabiliteringskedjan, dvs. arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Samordning med sjukpenning

En problematik som kan uppstå vid tillämpningen av steglös ersättning för inkomstförlust vid arbetslivsinriktad rehabilitering är att en försäkrad parallellt med rehabiliteringsersättning kan ha rätt till andra ersättningar, exempelvis sjukpenning, och att han eller hon i dessa fall kan den försäkrade bli underkompenserad eftersom de andra ersättningsystemen inte har samma steglösa nivåer på ersättningen utan beviljas i kvartiler. Om en försäkrad exempelvis arbetstränar tre timmar om dagen och sedan drabbas av ytterligare sjukdom och parallellt blir sjukskriven för en arbetsförmåga som totalt uppgår till heltid, kan sjukpenning endast betalas på 75 eller 50 procent eftersom den förmånen beviljas i kvartiler. Den försäkrade skulle i en sådan situation alltså kunna bli underkompenserad vad gäller hans eller hennes totala inkomstförlust för nedsatt arbetsförmåga.

Både rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas personer som har nedsatt arbetsförmåga. I de fall en person samtidigt har rätt till rehabiliteringspenning och sjukpenning föreslår utredningen därför att den försäkrade ska beviljas rehabiliteringspenning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga, såväl på den del den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som på den del personen har nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen. Det betyder t.ex. att den försäkrade i nyss nämnda exempel, som deltar i en rehabiliteringsinsats tre timmar om dagen och som parallellt är sjukskriven på en omfattning som totalt motsvarande heltid, således kommer att få 100 procent *rehabiliteringspenning*.¹⁶ Med denna lösning kommer försäkrade som samtidigt genomgår både arbetslivsinriktade och medicinska rehabiliteringsinsatser med

¹⁶ Detta förslag baseras till delar på förslag i Ds 2018:32.

andra ord ha samma sorts ersättning oavsett vilket slags rehabilitering personen genomgår.

Det kan poängteras att rehabiliteringspenning ersätter sjukpenning också om den försäkrade först efter påbörjad rehabiliteringsperiod med rehabiliteringspenning blir sjukskriven, t.ex. om rehabiliteringen pågår på halvtid och den försäkrade därefter blir sjukskriven på övriga 50 procent för en ny sjukdom. Eftersom rehabiliteringen syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan omfattar syftet även en ny sjukskrivning och ersättningsformen blir i ett sådant fall rehabiliteringspenning.

Samordning även mellan rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukpenning i särskilda fall

En försäkrad som saknar eller har låg sjukpenninggrundande inkomst kan under vissa förhållanden ha rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt bestämmelserna i 31 a kap. SFB under tid som han eller hon genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. En sådan försäkrad kan också ha rätt till sjukpenning i särskilda fall vid nedsatt arbetsförmåga enligt bestämmelserna i 28 a kap. SFB.

I avsnittet ovan redogjordes för utredningens förslag om att en försäkrad som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och har rehabiliteringspenning till någon del ska få rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen. Utredningen menar att samma konstruktion ska gälla för en försäkrad som får rehabiliteringspenning i särskilda fall och som utöver deltagande i rehabiliteringen har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning i särskilda fall. Den försäkrade ska då i stället för sjukpenning i särskilda fall beviljas rehabiliteringspenning i särskilda fall för att kompenseras för hela nedsättningen av arbetsförmågan.

Vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning ska tillämpas för de försäkrade som har rehabiliteringspenning

En försäkrad som får rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga utöver deltagande i en rehabiliteringsåtgärd ska i huvudsak omfattas av samma bestämmelser som en för-

säkrad som har sjukpenning. Detta inkluderar även de situationer som uppstår innan ersättning har beviljats, som frågan om sjuk-anmälan. Avsikten med förslaget är att förenkla tillämpningen och underlätta för en flexibel rehabiliteringsprocess som tillåter en stegvis upptrappning av arbete. Avsikten är att en försäkrad varken ska gynnas eller missgynnas av att söka och beviljas rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga i den aktuella situationen och i princip ska behandlas på samma sätt.

Det sagda innebär att relevanta bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning i 27 kap. och 28 kap. SFB kommer att vara tillämpliga för en försäkrad i denna situation. Vissa bestämmelser i dagens regelverk om rehabiliteringsersättning (31 kap. 10 och 13 §§) hänvisar redan i dag till bestämmelser i 27 och 28 kap. SFB. Dessa bestämmelser gäller generellt för rehabiliteringsersättningen. Därutöver ska alltså ett antal bestämmelser i 27 och 28 kap. vara tillämpliga för en försäkrad som omfattas av reglerna om rehabiliteringspenning i stället för sjukpenning. Dessa innefattar bestämmelser i 27 kap. om

- sjukresor
- samordning med sjuklön,
- sjukpenning vid kortare sjukdomsfall,
- sjukanmälan,
- krav på läkarintyg efter sjunde dagen,
- karensavdrag,
- allmänt och särskilt högriskskydd,
- utbetalning till arbetsgivare m.m.

I 28 kap. innefattas bestämmelser om

- beräkningsunderlag vid sjuklön,
- arbetstidsberäknad sjukpenning,
- samordning med samtidig lön.

Relationen till andra förmåner

Med hänsyn till att rehabiliteringspenningen föreslås kunna beviljas steglöst kommer försäkrade som parallellt får en ytterligare socialförsäkringsförmån som kompenserar för inkomstförlust kunna få ersättningarna på en sammantagen nivå som inte motsvarar kvartiler. En försäkrad som exempelvis samtidigt får både rehabiliteringspenning och föräldrapenning kan tänkas ha den senare ersättningen i en omfattning om 25 procent och den förra i en omfattning om 30 procent. Den försäkrade arbetar då i en sammantagen omfattning om 45 procent.

En försäkrad kan dock inte få rehabiliteringspenning och en annan förmån som också ersätter inkomstförlust i en högre omfattning än totalt 100 procent ersättning per dag. En försäkrad som t.ex. får rehabiliteringspenning i en omfattning om 30 procent och som sedan ansöker om föräldrapenning på 75 procent får i så fall minskad rehabiliteringspenning till 25 procent. Detta eftersom rehabiliteringspenningen ger ersättning för inkomstförlust. Om den försäkrade får föräldrapenning i en omfattning på 75 procent kan den försäkrade alltså som mest kompenseras för ytterligare 25 procent inkomstförlust vid rehabilitering. Den försäkrade behöver i ett sådant här fall alltså anpassa sitt deltagande i rehabiliteringsåtgärder till kvartiler. Ramen för hur mycket rehabiliteringspenning den försäkrade kan få i dessa slags fall är det kvarvarande del som den försäkrade inte har ersatts för inkomstförlust med en annan förmån för samma dag ersättningen avser och med den högsta omfattning den försäkrade kan få sett till personens SGI. Det kan också konstateras att enligt dagens regelverk hade den försäkrade i nyss nämnda exempel inte kunnat ha 30 procent rehabilitering, utan endast i kvartiler.

22.1.2 Rehabiliteringsersättningens koppling till rehabiliteringskedjan

Utredningens förslag: För tid som den försäkrade genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och är beviljad rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan inte bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan ska bedömas utifrån den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som var tillämplig vid den

tidpunkt då rehabiliteringspenning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden.

För en försäkrad som har rehabiliteringspenning ska även prövning av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom utöver deltagandet i rehabiliteringen och göras enligt den bestämmelse som var tillämplig den tidpunkt då rehabiliteringspenning först beviljades för den aktuella rehabiliteringsåtgärden.

Vid prövning av rätt till sjukpenning efter en avslutad period med rehabiliteringspenning ska en försäkrads arbetsförmåga bedömas mot det arbetsmarknadsbegrepp som gäller den vid den tidpunkten aktuella dagen i rehabiliteringskedjan.

Skälen för utredningens förslag: Enligt nuvarande regelverk räknas dagar i rehabiliteringskedjan såväl när den försäkrade får rehabiliteringspenning som när han eller hon får sjukpenning. Båda ersättningarna ingår i sjukperioden enligt 27 kap. 26 § SFB. Utredningen bedömer att dagar i rehabiliteringskedjan även fortsättningsvis ska räknas för rehabilitering som ersätts med rehabiliteringspenning.

Utredningen föreslår dock att någon bedömning av arbetsförmågan *inte* ska göras i relation till de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan under den tid som den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliteringspenning. Under sådan tid ska i stället arbetsförmågan jämföras mot den bedömningsgrund som var aktuell vid det initiala beviljandet av rehabiliteringspenning.

Om den försäkrade ansöker om sjukpenning efter att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen avslutats, kommer arbetsförmågan bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan utifrån vilken dag i sjukperioden den försäkrade befinner sig vid den tidpunkten, även inräknat tiden med rehabiliteringspenning. Vid denna tidpunkt kommer den försäkrade således befinna sig på samma dag i rehabiliteringskedjan som om han eller hon haft sjukpenning under hela sjukperioden, även om den försäkrade under en viss tid haft rehabiliteringspenning.

Som exempel kan nämnas en försäkrad som innan dag 181 i sjukskrivningen påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering. Under tiden med rehabiliteringspenning räknas dagar i rehabiliteringskedjan. När den försäkrade når dag 181 ska arbetsförmågan dock inte prövas mot normalt förekommande arbete om han eller hon fortfarande deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Först om den försäkrade återigen

blir sjukskriven efter att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har avslutats, ska den försäkrade åter få sin arbetsförmåga bedömd mot tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Utredningen anser att denna lösning utgör en väl avvägd balans mellan intresset av att en försäkrad ska kunna rehabiliteras åter till sitt befintliga arbete och kraven på den försäkrade att ställa om till ett (annat) normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Förslaget påverkar inte tillämpningen av nuvarande regler i 27 kap. 19 § SFB om vid vilken tidpunkt sjukpenning ska börja utbetalas på fortsättningsnivå. Så är fallet eftersom även dagar den försäkrade får rehabiliteringspenning fortfarande ska räknas som dagar i rehabiliteringskedjan.

Att den försäkrades arbetsförmåga inte ska bedömas gentemot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan under den tid han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering, för att sedan, när rehabiliteringen är avslutad, åter bedömas mot dessa gränser ökar visserligen till viss del regelverkets komplexitet. Det finns därmed en risk för att det uppstår missförstånd vid handläggningen och för att det blir svårare för inblandade aktörer att förstå regelverket. Utredningen bedömer dock att fördelarna med den föreslagna lösningen överväger, särskilt eftersom den bör minska risken för att rehabiliteringsinsatserna drabbas negativt av bedömningen gentemot tidpunkter i rehabiliteringskedjan.

Ingen bortre tidsgräns för hur länge rehabiliteringspenning kan utbetalas

I förarbetena till nuvarande regelverk anges att rehabiliteringsersättning endast i undantagsfall ska kunna betalas ut i längre tid än tre månader till den som behöver rehabiliteringsåtgärder för att komma tillbaka till sitt befintliga arbete, men som även utan rehabiliteringsinsatser har arbetsförmåga i andra arbeten.¹⁷ I förarbetena uttalas också att rehabiliteringsersättning som syftar till att förkorta sjukfallet eller att häva arbetsförmågans nedsättning inte bör utges efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar, om den försäkrade utan arbetslivsinriktad rehabilitering kan återgå i annat arbete hos arbetsgivaren.¹⁸

¹⁷ Prop. 1996/97:28, s. 19.

¹⁸ Prop. 2007/08:136, s. 70.

I Prop. 2020/21:78 anges att kopplingen mellan rehabiliteringspenningen och rehabiliteringskedjans tidsgränser har visat sig vara ett problem för möjligheten till tidiga rehabiliteringsinsatser för enskilda, liksom för möjligheten att fullfölja rehabilitering. Regeringen uttalar bl.a. följande:

När Försäkringskassan, enligt nuvarande regelverk, redan vid dag 180 drar in sjukpenningen och hänvisar individen att ställa sig som aktivt arbetssökande hos Arbetsförmedlingen, arbetar arbetsgivaren som regel fortfarande med målet att arbetstagaren ska komma åter i ordinarie arbete. Arbetstagaren kan också ha börjat återgå på deltid i arbetet med en tydlig plan att successivt återgå till heltid. De gällande reglerna kan därför försvåra eller i vissa fall tillintetgöra det arbete som har påbörjats på arbetsplatsen.¹⁹

I denna proposition nämner regeringen också att den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som har arbetsförmåga i andra arbeten efter en tid förväntas ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen. Samtidigt betonas vikten att kravet på omställning inte kommer för tidigt i sjukfallet.

Mot denna bakgrund är det enligt utredningens mening inte rimligt att sätta upp en fast tidsgräns på tre månader för en rehabiliteringsinsats som syftar till att en försäkrad ska kunna återgå i sitt ordinarie arbete. Utredningen anser att det inte heller generellt bör sättas upp någon specifik tidsgräns för hur länge rehabiliteringspenning ska kunna beviljas. Det avgörande ska vara huruvida behov av arbetslivsinriktad rehabilitering kvarstår och om det fortfarande finns adekvata åtgärder att vidta. Liksom regeringen anser utredningen att det också bör beaktas att den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren, men som har arbetsförmåga i andra arbeten efter en tid bör förväntas ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen. Samtidigt bör försäkrade som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete också ges reella förutsättningar att rehabiliteras åter till det arbetet.²⁰

Det faktum att rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utifrån hans eller hennes individuella förutsättningar och behov, i kombination med att ersättningen är steglös, obegränsad i tid och utan att dagar i rehabiliteringskedjan förbrukas, kan i och för sig minska incitamenten för den försäkrade att lämna

¹⁹ Prop. 2020/21:78, s. 18.

²⁰ Se också Prop. 2020/21:78, s. 10.

försäkringen, vilket kan leda till inläsningseffekter. Utredningen anser dock att risken för omfattande sådana effekter är små. När omfattande rehabiliteringsinsatser har genomförts och sannolikheten för att ytterligare rehabiliteringsåtgärder skulle understödja återgång i det ordinarie arbetet har minskat bör inte ytterligare åtgärder kunna genomföras med rehabiliteringsersättning.

Vilken ersättning är tillämplig vid olika typer av rehabilitering?

Liksom tidigare ska rehabiliteringspenning vara aktuellt när den försäkrade genomgår *arbetslivsinriktad* rehabilitering. Vid enbart *medicinsk* rehabilitering, som hälso- och sjukvården ansvarar för, kommer sjukpenning även fortsättningsvis vara den förmån som är aktuell för en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga. Avgränsningen mellan arbetslivsinriktad och medicinsk behandling och rehabilitering är emellertid inte kategorisk. Liksom tidigare ska gälla att deltagande i viss medicinsk behandling, t.ex. sjukgymnastisk, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår inte kommer att innebära något hinder för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas.

Som tidigare nämnts innebär utredningens förslag att en försäkrad som samtidigt har rätt till partiell rehabiliteringspenning och partiell sjukpenning endast kommer att få utbetalning av rehabiliteringspenning. Ersättningen ska i sådana fall motsvara hela den nedsatta arbetsförmågan, alltså även för den del som den försäkrade uppfyller villkoren för rätt till sjukpenning.

Även om den försäkrade får sjukpenning och genomgår medicinsk rehabilitering som pågår dag 181 i rehabiliteringskedjan finns möjligheter att inte bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Genom regler som trädde i kraft den 15 mars 2021 har möjligheterna att skjuta upp denna bedömning utökats. Även om en sammantagen bedömning alltid ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet kan förutsättningarna för att skjuta upp bedömningen normalt sett anses vara uppfyllt t.ex. om den försäkrade medverkar i insatser enligt en plan som kan innehålla bl.a. medicinska åtgärder.²¹ I förarbetena framgår också att lagändringen innebär att bedömningarna mot andra arbeten kan

²¹ Där målet är återgång i arbete senast dag 365 hos arbetsgivaren, i samma omfattning som före sjukperioden. Prop. 2020/21:78.

skjutas upp även vid psykiatriska diagnoser om det t.ex. pågår medicinsk rehabilitering.

Utredningen har tidigare kunnat konstatera att många rehabiliteringsinsatser har inslag av såväl arbetslivsinriktad som medicinsk rehabilitering. Sådana mer blandade insatser ska även fortsättningsvis kunna ersättas med rehabiliteringspenning inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I sådana fall kommer de försäkrade ha samma ersättningsform, rehabiliteringspenning, oavsett vilken typ av rehabilitering de genomgår, så länge de i vart fall till viss del genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Så är fallet eftersom utredningens förslag innebär att försäkrade som samtidigt uppfyller villkoren för både rehabiliteringspenning och sjukpenning ska få rehabiliteringspenning för hela nedsättningen av arbetsförmågan.

22.1.3 Utökade möjligheter att få rehabiliteringsersättning för utbildning

Utredningens bedömning: Det ska utöver de typer av utbildningar som kan bedrivas inom ramen för dagens rehabiliteringsersättning även vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Den maximala tid som rehabiliteringsersättning kan beviljas för studier ska vara 44 veckor. Utbildningen ska vidare kunna slutföras inom de 44 veckorna för att den försäkrade ska ha rätt till rehabiliteringsersättning.

Skälen för utredningens bedömning: För att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas för utbildning ska utbildningen enligt förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Avgörande för om utbildningen kan betraktas som rehabilitering är om den i den försäkrades fall syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

I utredningens direktiv anges att de begränsningar som finns med högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med

studiemedel och kring vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning i förordningen (1991:1321) i stort sett varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen, trots att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat och att utbildning numera är en sällsynt rehabiliteringsinsats. Det anges vidare att det kan övervägas om de begränsningar som finns fortfarande är motiverade, särskilt med hänsyn till att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas. Andra existerande förmåner vid utbildning behöver här beaktas.

Som redovisats i avsnitt 19.2.1 kan det faktum att studier är en sällsynt rehabiliteringsinsats bl.a. förklaras av Försäkringskassans tolkning att kravet på nedsatt arbetsförmåga för att rehabiliteringspenning ska kunna betalas ut innebär att det krävs att utbildningsinsatsen ska leda till högre arbetsförmåga. Eftersom arbetsförmåga i sjukförsäkringen endast ska bedömas utifrån rent medicinska kriterier krävs det således enligt Försäkringskassan att utbildningen leder till en medicinsk förbättring av arbetsförmågan, vilket utbildningar normalt inte gör. Av lagtexten framgår emellertid att rehabiliteringspenning också kan bli aktuell när den försäkrade genomgår en åtgärd som syftar till att förkorta sjukdomstid eller förhindra försämring av arbetsförmåga. Utbildning kan således bli aktuellt även i sådana fall och det krävs således inte heller att utbildningen de facto kommer att återställa den försäkrades arbetsförmåga.

För en anställd vars arbetsgivare kan erbjuda omplacering till ett annat arbete under förutsättning att den anställda går en utbildning kan rehabilitering i form av utbildning bli aktuell under den period i rehabiliteringskedjan då bedömningen av arbetsförmåga görs i förhållande till arbete hos den befintliga arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan utbildning bli aktuellt om arbetsförmågan är nedsatt i sådana slags arbeten, men ett specialanpassat eller skyddat arbete skulle kunna bli tillgängligt för den försäkrade efter utbildning.²²

²² Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 20.

Begränsningar i tid och till vissa typer av studier

I dag kan en försäkrad få rehabiliteringspenning för maximalt 40 studieveckor. Utredningens förslag är att denna gräns utökas till 44 veckor. Förslaget är motiverat av att vissa av de nya former av utbildningar som föreslås kunna ge rätt till rehabiliteringsersättning omfattar 44 veckor. Det innebär dock fortfarande att en försäkrad ska kunna studera maximalt ett år med rehabiliteringspenning. Det kan noteras att detta förslag också lämnas i departementspromemorian ”Omställningsstudiestöd – för flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden” (Ds 2021:18). Emellertid avser förslaget om maximalt 44 studieveckor i denna skrivelse endast heltidsstudier.

Det ska enligt utredningens bedömning liksom i dag vara möjligt att studera både på heltid och deltid med rehabiliteringsersättning, men det totala antalet veckor som den försäkrade kan studera på en utbildning som kan finansieras med studiemedel med förmånen bör vara 44 veckor oavsett studietakt. Längre sådana studier än så kan och bör vanligtvis finansieras genom studiemedelsystemet.

Utredningen anser dock att begränsningen avseende vilken typ av utbildning som ska kunna beviljas som rehabiliteringsåtgärd och således kunna berättiga till rehabiliteringsersättning bör ändras. Med hänsyn till utbildningens syfte (se nedan) och längd samt till om den är studiemedelsberättigande anser utredningen att det är motiverat att fler utbildningar kan omfattas än vad som gäller i dag. Särskilt anser utredningen att yrkeshögskoleutbildningar, som ofta innebär en möjlighet för försäkrade att på ett studieår få ny kompetens, bör vara möjlig att genomföra och finansiera med rehabiliteringsersättning. Det kan också tänkas att annan eftergymnasial utbildning utgör en rimlig rehabiliteringsåtgärd, varför även sådana studier ska kunna bedrivas med rehabiliteringsersättning. Framför allt kan det handla om studier på universitet och högskola, men det kan även röra sig om exempelvis eftergymnasial yrkesutbildning på folkhögskola. Utredningen menar att ett syfte med utbildningen ska vara att den är yrkesinriktad. Det ska därför krävas att utbildningen är av en sådan längd att den kan avslutas inom 44 veckors studier, eller att den försäkrade avslutar en sedan tidigare påbörjad utbildning inom denna tid, för att det ska vara möjligt att beviljas rehabiliteringsersättning under tiden för studierna.

För att nu nämnda utbildningar ska kunna finansieras med rehabiliteringsersättning ska dock krävas att utbildningen syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

De nu nämnda begränsningarna i tid och kring vilken sorts studier som kan bedrivas med förmånen framstår enligt utredningen som väl avvägda med hänsyn till att studierna bör leda till att den försäkrades nya kompetens är efterfrågad på arbetsmarknaden så att han eller hon snabbt kan ta tillvara sin arbetsförmåga i arbete.

Genom att någon åtskillnad inte längre kommer att göras mellan medicinsk rehabilitering och arbetsmarknadsinriktad sådan kommer förmånen kunna finansiera fler utbildningar även ur detta perspektiv. Här kan särskilt lyftas rättsfallet RÅ 1997 not. 102, där den försäkrade enligt tidigare regelverk inte kunde få rehabiliteringsersättning för en utbildning som enligt Högsta förvaltningsdomstolen utgjorde ett led i den försäkrades sociala och medicinska rehabilitering. En sådan typ av utbildning skulle enligt utredningens förslag kunna berättiga till rehabiliteringsersättning. Avgörande för om utbildningen kan bedrivas med förmånen ska vara om utbildningen i det enskilda fallet syftar till att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

Det kan konstateras att nedsatt arbetsförmåga även kan innebära nedsättning av förmågan att studera. Utredningen bedömer vidare att de utvidgade möjligheterna att studera med rehabiliteringsersättning inte innebär en beaktansvärd ökad risk för missbruk av förmånen eller beaktansvärda ökade incitament för försäkrade att söka sig till förmånen. För att kunna använda möjligheten att finansiera sina studier med förmånen måste den försäkrade genomgå en sjukskrivningsprocess med läkarundersökningar och visa att man uppfyller kriterierna för förmånen. Det är alltså inte möjligt att utan vidare finansiera sina studier genom rehabiliteringsersättning. Utredningens bedömning är därmed att det inte finns en beaktansvärd risk att förmånen utnyttjas felaktigt av personer som inte har rätt till ersättningen för att finansiera sina studier.

22.1.4 Rehabiliteringsbidrag ersätter särskilt bidrag

Utredningens förslag: Rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag ska ersättas av rehabiliteringsbidrag.

Utredningens bedömning: Samma nödvändiga merkostnader som enligt nuvarande regelverk kan ersättas genom det särskilda bidraget bör kunna ersättas genom rehabiliteringsbidraget. Begränsningar om att kostnader behöver överstiga 300 kronor bör tas bort.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: I direktiven anges att utredningen ska ta ställning till behovet av förändringar av det särskilda bidraget. Bidraget utgör en merkostnadsersättning för kostnader som uppstår till följd av och i samband med arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till rehabiliteringsersättning.

Utredningen bedömer att merkostnader även fortsättningsvis bör kunna ersättas. Incitamenten för försäkrade att delta i rehabiliteringsåtgärder kan minska om det saknas möjligheter att få kostnaden för exempelvis resor ersatta. En sådan begränsning riskerar i sin tur att den planerade rehabiliteringen inte kan genomföras på ett adekvat sätt, vilket riskerar att den inte blir så effektiv som den annars hade kunnat bli. Möjligheten att få ersättning för merkostnader vid exempelvis behandling fyller därmed en viktig funktion. Visserligen har konstaterats att det nuvarande särskilda bidraget nästan uteslutande används för att ersätta resekostnader till behandlingsställen, men utredningen anser att det inte utgör skäl att begränsa möjligheten till att endast kunna få ersättning för sådana utgifter. Det är viktigt att flera tänkbara utgifter kan ersättas för att öka incitamenten för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Någon begränsning kring vilka kostnader som kan ersättas jämfört med dagens bestämmelser föreslås därmed inte och det nuvarande särskilda bidraget bör alltså enligt utredningens bedömning kvarstå i huvudsak i oförändrad form.

Utredningen föreslår dock att det särskilda bidraget ska byta namn till rehabiliteringsbidrag. Det kan leda till otydligheter om rehabiliteringsersättningens merkostnadsersättning har det generella namnet *särskilt bidrag*, samtidigt som den nya förmånen preventionersätt-

ningens merkostnadsersättning föreslås få det mer specifika namnet *preventionsbidrag*.

Vissa följdförändringar kring rätten till merkostnadsersättning i form av rehabiliteringsbidrag föreslås också indirekt genom övriga förslag. Utredningen föreslår att begränsningen att ersättning endast betalas ut till den del skäligen kostnader överstiger 300 kronor sammanlagt för studietiden samt att begränsningen att resekostnader för resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen ska överstiga 300 kronor per månad ska tas bort. Resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen ska vidare inte heller behöva ske dagligen för att resorna ska berättiga till ersättningen. Formuleringen *dagligen* kan nämligen tolkas som att resor måste ske alla dagar i veckan, men utredningen anser att det ska vara möjligt att få resekostnaden ersatt även om den försäkrade har en åtgärd som enbart pågår exempelvis tre dagar i veckan. Detta för att minska de ekonomiska hinder som dessa begränsningar kan utgöra för försäkrade att delta i rehabiliteringsåtgärder.

Det är i dagsläget formellt möjligt att ansöka om enbart särskilt bidrag utan att vare sig ansöka om eller beviljas rehabiliteringspenning. Det är emellertid mycket ovanligt att försäkrade gör det. Denna möjlighet föreslås ändå kvarstå, bland annat för att det kan underlätta för försäkrade som saknar SGI. Merkostnadsersättning ska även fortsatt kunna lämnas vid rehabilitering som sker under tid för vilken den försäkrade beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning.

22.1.5 Handläggnings- och beslutsprocessen vid rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs kompletteras med krav på att den försäkrades rehabiliteringsbehov ska vara klarlagt senast dag 60 i sjukperioden, om det inte är uppenbart obehövligt.

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

Skälen för utredningens förslag: En förklaring till att arbetslivsinriktad rehabilitering sker i mindre uträkning att sådan rehabilitering sätts in allt senare i sjukfallen, se avsnitt 19.4.2. Genom att lagstifta om en senaste tidpunkt för när Försäkringskassan ska ha klarlagt den försäkrades behov av rehabilitering, bedömer utredningen att dessa problem kommer att minska. Bl.a. skulle en tidsgräns kunna påverka när i sjukfallen Försäkringskassan genomför avstämningsmöten och hur många möten som hålls.

Avstämningsmöten är en av de utredningsmetoder Försäkringskassan använder bl.a. för att utreda och bedöma den försäkrades behov av rehabilitering. Utredningen bedömer att avstämningsmötet är en god utredningsmöjlighet för att tidigt i ett sjukfall kunna identifiera behovet av rehabilitering. Avstämningsmöten sker dock sent i sjukfallen. Exempelvis var det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar innan det första avstämningsmötet genomfördes 397 dagar år 2019. Erfarenheter visar att rehabilitering som påbörjas efter en lång, passiv sjukskrivningstid har små möjligheter att lyckas.

Försäkringskassan har inom ramen för sitt samordningsuppdrag ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl. Detta betyder också att Försäkringskassan kan få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår i ett sjukfall i god tid innan dag 180 i sjukfallet.

Förutsättningarna att uppfylla samordningsansvaret torde också ha förbättrats i och med arbetsgivarens lagstadgade ansvar att upprätta en plan för återgång i arbete. Sedan juli 2018 har arbetsgivare även en lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar och som kan antas fortsätta vara frånvarande på grund av sjukdom i minst 60 dagar. Också enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ett ansvar för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering på arbetsplatsen.

Även regionerna har fått utökade skyldigheter i och med den lag som trädde i kraft den 1 februari 2020 och som anger att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Både arbetsgivare och hälso- och sjukvård har således fått ett tydligt ansvar de senaste åren för att stödja människor i deras återgång till arbete.

Regeringen har uttalat att dessa förutsättningar bör underlätta för Försäkringskassan att uppfylla sitt samordningsansvar.²³

Lagstiftningen kring rehabiliteringsplaner är i dagsläget i vissa delar detaljerad, bland annat vad gäller bestämmelser om vad en rehabiliteringsplan ska innehålla. I direktiven anges att denna typ av handläggningsregler över tid kan komma att svara sämre mot hur ärenden lämpligen bör handläggas. Utredningen gör emellertid bedömningen att det är viktigt att en tydlig plan finns på plats tidigt i rehabiliteringsärenden. I planen redogörs för hur, när och hur länge åtgärder kommer att genomföras, uppgifter som också kommer att ligga till grund för bestämmandet av ersättning för inkomstförlust. För detta syfte finns det fog för att regelverket till viss del är detaljerat.

Det kan konstateras att Försäkringskassan inom ramen för sitt samordningsuppdrag har ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds så tidigt som möjligt i ärendena. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas).²⁴ Detta betyder också att Försäkringskassan kan få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår. Utredningen anser att det behövs ett större fokus på tidiga klarläggande utredningar för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och adekvata insatser sättas in i rätt tid. Insatser bör för det mesta sättas in när en tydlig anknytning arbetsplatsen fortfarande finns kvar. Detta är vanligast tidigt i ett sjukfall. Vartefter sjukfrånvaron blir längre blir oftast också anknytningen till arbetsplatsen allt svagare. I vissa fall innebär också en längre sjukfrånvaro att den försäkrade även kan ha blivit uppsagd. Samtidigt är det viktigt att också beakta att viss försiktighet vid överväganden av vilka utredningsinsatser och rehabiliteringsåtgärder som ska sättas in. Som utredningen tidigare har kunnat konstatera kan en del åtgärder få effekten att sjukfallen förlängs i stället för att förkortas. Det finns också en risk att rehabiliteringsinsatser som inte varit behövliga ibland ändå genomförs, vilket alltså också kan medföra förlängda sjukfall.

I dag anges i socialförsäkringsbalken att Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering *snarast* klarläggs och att åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Det

²³ Se prop. 2020/21:78, s. 14–15.

²⁴ 30 kap. 9 § SFB.

saknas emellertid närmare redogörelser för vad begreppet *snarast* ska anses innebära i fråga om inom vilken tidsram Försäkringskassan ska ha klarlagt den försäkrades rehabiliteringsbehov. Mot bakgrund av vad utredningen kunnat konstatera utifrån den statistik som visar antalet sjukfall där rehabiliteringsplanering sker, antalet avstämningsmöten och när i ett sjukfall rehabilitering typiskt sett påbörjas är utredningens uppfattning att Försäkringskassan i många fall inte uppfyller det i lag angivna kravet på att snarast klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov.

Utredningens bedömning att det behövs en mer strikt styrning, med en fast tidpunkt för när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Utredningens bedömning är att det kommer kunna leda till en mer aktiv handläggning och bidra till att – när så är relevant – behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och genomförs så tidigt som möjligt i sjukfallen.

Det har tidigare varit lagstiftat om tidsgränser för när Försäkringskassan senast ska upprätta rehabiliteringsplaner och kalla till avstämningsmöten.²⁵ När dessa tidsgränser togs bort motiverades det bl.a. med att sådana slags bestämmelser riskerar att hämma Försäkringskassans metodutveckling.²⁶ Det faktum att olika diagnoser ger olika långa sjukperioder fördes också fram som skäl för att det inte är lämpligt att formulera exakta tider för när Försäkringskassan senast bör genomföra avstämningsmöten. I argumentationen nämndes också att resursanvändningen inte blir ändamålsenlig om åtgärder vidtas för att uppfylla lagstiftningens bestämmelser även om de inte behövs i det specifika ärendet.

Utredningen instämmer i att det kan vara problematiskt att lagstifta om fasta tidsgränser vad gäller när en specifik utredningsmetod ska användas i ett sjukfall samt exakt när själva rehabiliteringsplanerna ska upprättas. Trots det anser utredningen att det givet de senaste årens utveckling ändå finns behov av mer fast reglering om när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov. Utredningen föreslår därför att den befintliga regleringen om att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska klarläggas, ska kompletteras med en bestämmelse om när denna utredning *senast* ska genomförts. Utredningens förslag är att Försäkringskassan senast dag 60 i sjukfallet ska ha utrett den försäkrades

²⁵ Prop. 2004/05:21.

²⁶ Prop. 2006/07:59.

behov av rehabilitering. En sådan utredning ska dock inte behövs enligt nyss nämnda tidsgräns om det är uppenbart obehövt. Det kan exempelvis vara fallet om det finns en tydlig prognos om att den försäkrade inom kort kommer att kunna återgå i arbete utan att ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. På så sätt menar utredningen att risken minskar att åtgärder vidtas även om de inte behövs i det specifika ärendet.

Införande av denna tidsgräns förväntas kunna bidra till en mer ändamålsenlig samordning och genomförande av rehabilitering av sjukskrivna som har behov av det.

22.2 Preventionersättning – en ny förmån för förebyggande behandling och rehabilitering

Utredningen föreslår att en ny förmån, preventionersättning införs. I följande avsnitt presenteras förslaget mer i detalj, men sammanfattningsvis kan följande nämnas:

Preventionersättningen ska bestå av preventionsspänning och preventionsbidrag. Uppdelningen motsvarar vad som i dagsläget gäller för rehabiliteringsersättningen, som består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Preventionsspänning ska ge ersättning för den inkomstförlust den försäkrade gör genom att genomgå förebyggande åtgärder med syfte att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Rehabiliteringsåtgärden ska ha ett eller flera av dessa syften och vara nödvändig för att ett sådant syfte ska uppnås. Ersättningen kopplas till den tidsåtgång som insatsen pågår och i den utsträckning den försäkrade därmed är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete. Åtgärden ska beskrivas i en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan.

Preventionsbidrag ska ge ersättning för merkostnader som uppstår för den försäkrade i samband med sådan förebyggande behandling och rehabilitering för vilken preventionsspänning kan beviljas.

En avgörande förändring som förslaget medför är att åtgärdernas typ inte är avgörande för om ersättningen kan beviljas, utan sådan ska kunna beviljas för medicinsk behandling eller rehabilitering, förebyggande arbetslivsinriktad åtgärder eller en kombination av båda formerna.

Den nya förmånen ska, precis som dagens förebyggande sjukpenning, kunna beviljas den som genomgår medicinsk behandling i syfte att förebygga sjukdom eller arbetsförmåga, eller förkorta sjukdomstid eller arbetsförmågenedsättning. Förmånen sjukpenning i förebyggande syfte ersätts därmed genom denna nya förmån som avser att täcka samma situationer som den förebyggande sjukpenningen gör i dag.

Nytt är att preventionersättning, utöver medicinsk behandling och rehabilitering, även ska kunna beviljas vid förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder. För en försäkrad som är anställd utgör arbetsgivarens arbetsmiljöansvar gränsen för när en sådan åtgärd kan medföra rätt till preventionersättning. Åtgärder som ryms inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar ska inte kunna medföra rätt till preventionersättning.

22.2.1 Allmänt om preventionersättning

Utredningens förslag: Den nya förmånen preventionersättning ska införas och ersätta förmånen sjukpenning i förebyggande syfte. Preventionersättningen består av förmånerna preventionspenning och preventionsbidrag.

Preventionspenning ska beviljas en försäkrad som gör inkomstförlust till följd av att han eller hon genomgår en förebyggande medicinsk eller arbetslivsinriktad åtgärd i syfte att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Åtgärden ska vara nödvändig för att minst något av syftena ska kunna uppnås och olika typer av åtgärder kan kombineras. Nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom ska däremot inte vara en förutsättning för att ersättningen ska kunna beviljas.

Under den tid som den försäkrade genomgår sådan insats som ersätts med preventionspenning ska hans eller hennes sjukpenninggrundande inkomst vara skyddad mot sänkning.

Skälen för utredningens förslag: I tidigare avsnitt har redogjorts för de överlappande syftena i dagens rehabiliteringsförmåner. Förslaget innebär att förmånerna förtydligas och utvidgas så att även förebyggande insatser av arbetslivsinriktad natur ska kunna inkluderas.

deras i förmånen. Syftet med denna nya förmån är att det ska bli enklare för försäkrade att delta i förebyggande åtgärder.

Enligt gällande regelverk finns det skillnader i förutsättningarna för rehabiliteringsförmåner enligt socialförsäkringsbalken beroende på om rehabiliteringen är av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär. Vid medicinsk rehabilitering som i dag ersätts med förebyggande sjukpenning ställs inte något krav på nedsatt arbetsförmåga, medan det vid arbetslivsinriktad rehabilitering krävs att arbetsförmåga till följd av sjukdom ska vara nedsatt med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken kan således i dagsläget inte beviljas i rent förebyggande syfte. Rehabiliteringsersättning kan dock redan med dagens regelverk ges i förebyggande syfte, för att motverka ytterligare försämring för en försäkrad som redan har nedsatt arbetsförmåga. Den tredje huvudformen, social rehabilitering, kan inte ersättas genom rehabiliteringsförmånerna i socialförsäkringsbalken.

Förslaget utgör i princip ingen förändring mot tidigare reglering för *medicinsk* rehabilitering, som redan i dagsläget kan beviljas förebyggande och ersättas genom förmånen förebyggande sjukpenning. Avsikten med att införa förmånen förebyggande sjukpenning var att förmånen skulle vara ett av flera verktyg för att förhindra frånvaro från arbete på grund av sjukdom.²⁷ Utredningen kan emellertid konstatera att regelverket kring den förebyggande sjukpenningen är omodernt och behäftat med vissa brister. De behandlingsformer som tillämpas i dag skiljer sig från vad som gällde vid tidpunkten för regelverkets tillkomst. Synsättet på vad som kan anses utgöra en adekvat behandlings- eller rehabiliteringsinsats har också förändrats. Det är exempelvis inte alltid medicinsk personal som utför själva behandlingen, men det kan fortfarande vara en effektiv medicinsk behandling. Ett exempel kan vara den förändrade synen på fysisk aktivitet som ordinerar av läkare som behandling. Det finns sammantaget även förutsättningar för att förändra regelverket kring förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering vad gäller vissa frågor (se avsnitt 22.2.2).

Förslaget innebär en förändring i fråga om den *arbetslivsinriktade* rehabiliteringen; denna form av insatser kommer enligt utredningens förslag kunna beviljas i förebyggande syfte och därmed alltså även innan en arbetsförmågenedsättning har uppstått. Gränsdragningen

²⁷ Prop. 1990/91:141, s. 33–34; SOU 1988:41, s. 313–335.

för vad som utgör arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar blir avgörande för vilka situationer sådan arbetslivsinriktad insatser kan bli aktuell (se avsnitt 22.2.3).

Regelverket ska fungera för kvinnor och män och oavsett vilken kategori på arbetsmarknaden den försäkrade tillhör. Den nya förmånen ska därför kunna beviljas försäkrade som deltar i förebyggande insatser och rehabilitering oavsett anställningsform och även omfatta arbetslösa. Avgörande för ersättningsfrågan är om den aktuella insatsen medför att den försäkrade gör inkomstförlust. En förändring i ersättningsfrågan är att den nya förmånen ska kunna beviljas steglöst, utan krav på att behandlingen eller rehabiliteringen ska uppgå till minst 25 procent, eller 2 timmar, under en enskild dag. Storleken på ersättningen ska liksom för nuvarande rehabiliteringsförmåner vara baserad på den försäkrades SGI.

Förmånen vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering lyfts bort från sjukpenningens område

Utredningens förslag innebär att även inkomstförlust till följd av förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering kommer att ersättas genom preventionspenning. Den nuvarande förmånen sjukpenning i förebyggande syfte ersätts därmed. Denna förmån regleras i 27 kap. 25 § SFB och ligger således tillsammans, i samma kapitel, som regelverket för sjukpenning till följd av nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning i förebyggande syfte ingår i 1990-talets rehabiliteringsreform men har sin placering i kapitlet om sjukpenning i stället för i de kapitel som rör rehabilitering och förmåner vid rehabilitering. Denna typ av sjukpenning utges emellertid under tid med medicinsk behandling eller rehabilitering och det finns inte något krav på vare sig nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom – de två grundläggande kriterier som annars utgör basen för rätt till sjukpenning. Utredningen menar därför att den lämpligaste placeringen i regelverket för denna typ av förmån inte är inom kapitlet för sjukpenning; de fundamentala kriterier som sjukpenningen bygger på gäller inte för denna typ av ersättning, vars benämning därmed kan leda fel i tanke och tillämpning. Det finns i dagsläget också svårigheter i gränsdragningen mellan sjukpenning och sjukpenning i förebyggande syfte. Utredningen har vidare kunnat konstatera att användningen av förmånen förebyggande sjukpenning emellanåt används som vad som kan liknas vid en

reservförmån när den försäkrade fått avslag på ansökan om sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. Detta är emellertid inte avsikten med förmånen.

Genom den nya konstruktion för förmåner vid rehabilitering som utredningen föreslår kommer även medicinsk rehabilitering av förebyggande och återbyggande karaktär således att ingå i den nya förebyggande förmånen. Redan i dag kan förebyggande sjukpenning beviljas vid medicinsk behandling eller rehabilitering i syfte att förebygga en sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller att förebygga eller till och med häva arbetsoförmåga. I denna mening kommer alltså med utredningens förslag även medicinsk behandling som genomförs i förebyggande syfte att per definition anses utgöra rehabilitering.

I sak innebär den föreslagna förändringen inte någon skillnad sett till vilka typer av medicinska behandlings- eller rehabiliteringsåtgärder som kan berättiga till ersättning men kraven på dessa åtgärder kommer att göras mindre strikta. Den tämligen omfattande administrativa process som i dagsläget kringgärdar den förebyggande sjukpenningen kommer också göras enklare.

En definition av begreppen prevention och rehabilitering i detta sammanhang

Som utredningen tidigare har konstaterat finns i dagsläget ingen enhetlig definition av begreppet rehabilitering, och särskilt vad gäller frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering skiljer sig definitionerna åt (se avsnitt 18.1) mellan olika aktörer. Begreppet definieras också på olika sätt i olika sammanhang. I socialförsäkringsbalken är arbetslivsinriktad rehabilitering i dagsläget definierad utifrån sitt syfte. I tidigare betänkanden som berör denna fråga har uttryckts att det vore önskvärt med en gemensam definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.²⁸

Med begreppet prevention avses förebyggande insatser som kan aktiveras direkt när en individ börjat uppvisa tecken på eller signalerar att det finns risk för långvarig ohälsa, men innan situationen utvecklats till sjukdom, sjukskrivning och nedsatt arbetsförmåga.²⁹

Behovet av en sådan närmre definition blir i detta sammanhang mindre mot bakgrund av utredningens förslag om en samlad förmån

²⁸ Se bl.a. SOU 2020:6.

²⁹ Jfr även Riksrevisionen, RiR 2021:19, s. 11.

vid preventiva åtgärder; oavsett om dessa är av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär, eller en blandning av de två, ska det vara möjligt att få ersättning i form av preventionersättning. I ett sådant fall räcker det att konstatera att den försäkrade deltar i någon form av åtgärd och det behöver inte närmre kategoriseras vilken typ av åtgärd det rör sig om eller fördelningen mellan medicinska och arbetslivsinriktade inslag.

För frågan om rätt till den nya förmånen preventionersättning ska förebyggande åtgärder definieras utifrån sitt syfte i detta sammanhang: det ska vara fråga om en åtgärd av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär som syftar till att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid, och/eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga. En förebyggande behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd som sätts in i något av de nämnda syftena och som behövs för att syftet ska uppnås ska betraktas som en preventionsåtgärd avseende frågan om preventionersättning kan bli aktuellt.

Försäkringskassan har i sitt svar på ISF:s rapport 2020:9, som rör förebyggande sjukpenning, angett att det vore eftersträvansvärt med en översyn av begreppen *medicinsk* behandling och rehabilitering.³⁰ Detta begrepp förekommer i dagens regler om förebyggande sjukpenning. Medicinsk behandling som ges i det syfte som anges i detta kapitel ska alltså anses utgöra en rehabiliteringsåtgärd som kan ge rätt till preventionersättning. Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering diskuteras vidare i avsnitt 22.2.1.

Inget krav på att sjukdom ska ha uppstått

Enligt utredningens förslag ska uppkommen sjukdom hos den försäkrade inte vara ett kriterium för att preventionersättning ska kunna beviljas. Detta följer naturligt av förmånens karaktär, eftersom den ska kunna beviljas för åtgärder i förebyggande syfte. Avsikten med en sådan insats kan vara just att förhindra att ohälsa hos en försäkrad förvärras och att sjukdom bryter ut. Syftet med preventionersättning är att förebygga sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan. Det sker genom att förmånen kan användas för att ersätta en försäkrad för den inkomst som han eller hon förlorar genom att avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabili-

³⁰ Försäkringskassan, svar på ISF rapport 2020:6, 2020/001234.

tering för att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Exempel på sådana åtgärder är behandling av riskfaktorer för sjukdom såsom stress, ångest och övervikt.

Sjukdomsbegreppet – som diskuterades närmre i avsnitt 5.2.1 – kvarstår emellertid som en viktig del i bedömningen av rätt till förmånen. Syftet med rehabiliteringsinsatsen ska vara att förebygga uppkomst av sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller att förhindra nedsatt arbetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom. Sjukdom ska i detta hänseende inte ha någon annan innebörd än i sjukförsäkringen i övrigt.

Inget krav på nedsatt arbetsförmåga

Det finns enligt utredningens förslag inget krav på att arbetsförmåga till följd av sjukdom ska ha uppstått för att preventionersättning ska kunna beviljas. I detta avseende motsvarar preventionersättningen vad som i dag gäller för den förebyggande sjukpenningen. I stället kopplas förutsättningarna för ersättningen till att en rehabiliteringsåtgärd ska pågå som medför inkomstförlust för den enskilde, samt att denna rehabilitering sker med visst syfte. Ett sådant syfte som kan ligga till grund för ersättning är att förebygga uppkomsten av sjukdom, eller att förhindra att arbetsförmåga uppstår eller förvärras. Ett krav på att arbetsförmåga ska ha uppstått, som vid dagens rehabiliteringspenning, skulle utesluta att förmånen används i förebyggande syfte vid förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär. Detta är något som utredningens förslag avser att åtgärda.

Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen, eller den arbetslivsinriktade insatsen, ska vara av ett slag och genomföras på ett sätt som gör att den som är föremål för åtgärden inte kan arbeta så länge den pågår. Den försäkrade ska således befinna sig i en situation som innebär att han eller hon är förhindrad att arbeta. Men det är själva insatsen som medför att den försäkrade inte kan arbeta, inte faktumet att arbetsförmågan är nedsatt. Under tid med behandling eller rehabilitering ska den försäkrades arbetsförmåga anses vara nedsatt i den utsträckning insatsen förhindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta.

Det är Försäkringskassan som beslutar om rätten till ersättning och därmed också om det är fråga om en åtgärd som utförs med

sådant syfte som kan ge rätt till ersättning. Detta medför inte att Försäkringskassan ska utforma det faktiska innehållet i en åtgärd, bedöma huruvida en viss försäkrad är i behov av en förebyggande åtgärd eller bedöma om en sådan åtgärd kan anses leda till att arbetsförmåga på grund av sjukdom inte uppstår. Denna bedömning åligger i stället den enskilde tillsammans med aktörer som hälso- och sjukvården (medicinska åtgärder) eller arbetsgivare, facklig organisation eller Arbetsförmedlingen (arbetslivsinriktad förebyggande åtgärd).

Ersättning vid förebyggande medicinsk vård och behandling för personer som genomgår arbetsmarknadspolitiska program

Som konstaterats i avsnitt 20.4.7 kan personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som genomgår förebyggande medicinsk behandling inte få vare sig aktivitetsstöd eller förebyggande sjukpenning för frånvaro från programmet. Enligt direktivet finns därför skäl att pröva om det går att finna en konstruktion som säkerställer att arbetssökande som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program har möjlighet att delta i förebyggande behandling utan att riskera sin försörjning. I direktivet framgår också att en utgångspunkt i detta avseende ska vara att ansvaret för den enskilde under förebyggande behandling huvudsakligen bör ligga på den som har bäst förutsättningar att hjälpa denna.

Utredningen har övervägt olika lösningsförslag och instämmer i det reformförslag som Försäkringskassans lämnat rörande denna fråga.³¹ Det innebär att utredningen föreslår att aktivitetsstöd ska kunna utbetalas även vid sådan kortare frånvaro från programmet som beror på kortare förebyggande behandling. Utredningen anser att denna tidsperiod bör vara samma som gäller för frånvaro vid sjukdom, alltså motsvarande en frånvaro på maximalt 30 dagar i följd.

En person som genomgår en längre och mer omfattande förebyggande behandling kan rimligtvis inte samtidigt tillgodogöra sig insatser i det arbetsmarknadspolitiska programmet. När det gäller längre förebyggande behandlingar som förhindrar deltagande i programmet bör därför detta avbrytas. Om så sker kan personen i stället ansöka om den nya förmånen preventionspenning, om han eller hon har en SGI, eller preventionspenning i särskilda fall om han eller hon

³¹ Försäkringskassan, Fler förslag för minskat krångel, dnr 54379-2012, s. 52 f.

uppfyller kriterierna för denna ersättning. I direktiven anges vidare att ett fokus är att ersättningarna ska vara enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera. Genom den föreslagna hanteringen bedöms den administrativa bördan minska, för både den enskilde och för myndigheterna.

22.2.2 Preventionersättning ska kunna beviljas för medicinsk behandling i förebyggande syfte

Utredningens förslag: Preventionersättning ska kunna beviljas vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har kunnat konstatera att det nuvarande regelverket kring ersättning för inkomstförlust vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering – dvs. den förebyggande sjukpenningen – är behäftat med detaljerade handläggningsregler och flera oklara, svårtolkade rekvisit som orsakar problem vid tillämpningen. Dessa har framför allt sin grund i förarbetena från införandet av bestämmelsen³² och Försäkringskassans tolkning av desamma.

I utredningens problemanalys (se avsnitt 20.4.2) kunde konstateras att kravet på att en viss behandling ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet är ett strängt krav för att beviljas förebyggande sjukpenning och att Försäkringskassan tolkar detta som ett krav på evidensbaserad vård. Flera typer av vanliga behandlingsmetoder har svårt att uppfylla kraven på evidensbaserad åtgärd. Det nämns vidare att en signifikant effekt av uppställda krav på evidensbaserad behandling och rehabilitering är att personer med de vanliga besvären psykisk ohälsa eller diffusa fysiska besvär har svårt att få ersättning för behandling eller rehabilitering genom den förebyggande sjukpenningen, trots att de bör utgöra en stor och viktig målgrupp för förebyggande insatser som ska minska sjukfrånvaron.

Genom utredningens förslag ersätts den förebyggande sjukpenningen med förmånen preventionsspenning. Därutöver ska merkostnader kunna ersättas genom ett preventionssbidrag. De närmre formerna för att preventionsspenning ska kunna beviljas vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering kommer enligt utredningens

³² Prop. 1990/91:141.

förslag att i mycket likna dem som i dagsläget gäller för förebyggande sjukpenning, men med förtydliganden av kraven på den vetenskapliga grunden för rehabiliteringen och förändringar av vissa administrativa kriterier. Det förtydligas också att ansvaret för den medicinska bedömningen av huruvida en viss medicinsk behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd är lämpad i det enskilda fallet ska ligga på vårdgivaren och inte på Försäkringskassan.

Preventionsersättning avser att ersätta inkomstförlust vid förebyggande åtgärder. Sådana åtgärder kan dock sättas in även för en försäkrad som redan har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, då för att förhindra *ytterligare* försämring av arbetsförmågan. Åtgärder avser i ett sådant fall att bevara den arbetsförmåga som återstår eller att förkorta sjukdomstiden. Det kan då röra sig om medicinska rehabiliterande åtgärder och inte bara om habiliterande sådana, och en förbättrad arbetsförmåga kan uppkomma som en indirekt effekt av insatsen. Avsikten med utredningens förslag är inte att göra användningsområdet för förmånen snävare än det område den förebyggande sjukpenningen täcker enligt dagens regelverk. Det kan dock betonas att den huvudsakliga avsikten medventionsersättningen inte är att vara en förmån vid rehabilitering, utan att vara just förebyggande.

Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering

Den nuvarande förebyggande sjukpenning är en förmån som kan betalas ut till personer som deltar i medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Samma begrepp kommer att ligga till grund förventionsersättningen. Detta rehabiliteringsbegrepp – medicinsk behandling och rehabilitering – finns inte tydligt definierat i lagtext eller förarbeten, men den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska syfta till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden alternativt förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Som villkor för att förebyggande sjukpenning ska lämnas gäller också att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och ingår i en av Försäkringskassan godkänd plan.³³

Begreppet medicinsk behandling och rehabilitering berördes i avsnitt 20.4.2. Där kunde konstateras bl.a. att Försäkringskassans och

³³ 27 kap. 6 § SFB, se även Prop. 1990/91:141 s. 84 f.

hälso- och sjukvårdens olika tolkningar av begreppet har lett till problem i tillämpningen. Enligt utredningens förslag ska medicinsk behandling och rehabiliteringsinsatser av medicinsk karaktär kunna ge rätt till den nya förmånen. Med sådana medicinska insatser ska avses främst sådana insatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller som förebyggande eller rehabiliterande åtgärder. Begreppet är relativt brett och innefattar många typer av insatser och behandlingsvarianter och någon fullständig uppräknning låter sig inte göras. Redan i dagsläget kan åtgärderna utgöras av bl.a. missbruksvård, sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av hjälpmedel och andra stödåtgärder också utförda av andra aktörer än läkare. Sådana åtgärder utgör endast exempel. Det är inte möjligt att lista alla nu förekommande och framtida åtgärder som kan anses uppfylla kraven.

Den medicinska rehabiliteringen ska i detta sammanhang definieras från sitt syfte: att förebygga sjukdom och hjälpa patienter att återhämta sig från skador eller sjukdomar av olika slag. ISF:s registerstudie och Riksrevisionens granskning (se avsnitt 20.3 och 20.4) visar att det är vanligt att en person har haft sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga innan personen får en period med förebyggande sjukpenning. Resultatet betyder att en person ofta får förebyggande sjukpenning i syfte att förkorta sjukdomstiden och nedsättningen av arbetsförmågan. Det innebär att förmånens potential att förebygga att ohälsa övergår till sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ofta inte används på det sätt det är tänkt, och att förmånen alltså inte ger så bra resultat som den har potential för.

Utredningen har också kunnat konstatera att förmånen inte är särskilt kända och att även denna omständighet kan utgöra en förklaring till att potentialen inte uppfylls. Utredningen menar att användandet av förmånen i förebyggande syfte bör utökas och förutsättningarna för detta underlättas.

Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska liksom tidigare vara ordinerad av läkare. Liksom vad som tidigare har angetts kring förutsättningarna för förebyggande sjukpenning bör det inte vara fråga om en enstaka behandling eller behandlingstillfälle. Detta följer av att det ska vara fråga om en rehabilitering som beskrivs i en preventionsplan och som har ett tydligt syfte.

Utredningen menar i övrigt att vad som kan ingå i en sådan åtgärd lämpligen bör definieras av hälso- och sjukvården. Det finns således

inte skäl att i och för sig underkänna t.ex. hemuppgifter, dvs. en del av behandling eller rehabilitering som den enskilde utför på egen hand i hemmet, som del i en behandlingsplan.³⁴ Det kan i sammanhanget konstateras att det inte heller i dagens regelverk finns något hinder mot att delar av behandlingen genomförs som egen träning i hemmet; jfr Kammarrätten i Göteborgs uttalande i mål nr 10018-18. Den försäkrade skulle i avgörandet delta i ett rehabiliteringsprogram för att bättre lära sig hantera stress och oro i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdom samt för att förebygga besvär med knäledsartros. I programmet ingick bl.a. fysisk och mental träning, avslappningsövningar samt föreläsningar. Vissa av uppgifterna i behandlingsplanen skulle genomföras på egen hand i hemmet. Kammarrätten konstaterade att en individuell bedömning bör göras och att det inte kan finnas ett principiellt hinder mot att godkänna en behandlingsplan som innebär att den försäkrade ska utföra rehabilitering utan kontakt med vårdinrättning eller vårdpersonal. Mot denna bakgrund finns det inte heller generella hinder mot att annan fysisk träning ordinerar som del av en rehabilitering, också om sådan träning inte utförs under överseende av vårdpersonal. Det bör för tydlighetens skull betonas att ersättningen inte ska kunna beviljas för vanlig friskvård eller egenvård som den försäkrade utför och själv ansöker om, utan det ska krävas även för denna typ av träning att den ingår som en del av en etablerad behandling som är ordinerad av läkare.

En medicinsk behandling eller rehabilitering kan innehålla olika inslag. Är inslagen en del av en etablerad behandling eller rehabilitering ordinerad av Hälso- och sjukvården så ska de betraktas som medicinska. Det ska dock enbart vara fråga om sådana inslag som utgör del av en etablerad behandling. Behandling i form av KBT mot psykisk ohälsa är exempelvis vanlig och behandlingen innefattar typiskt sett även individuella inslag utförda i hemmet.³⁵ Enligt utredningens uppfattning bör sådana inslag som utgör en del av etablerad behandling anses utgöra sådan medicinsk behandling som kan ge rätt till preventionsspenning. Exempel på sådana element är de sociala eller pedagogiska inslag som ingår i många etablerade medicinska behandlingsformer. Det krävs således inte heller att den medicinska behandlingen utförs av närvarande vårdpersonal.

³⁴ Sådana inslag har också godkänts i praxis, se t.ex. Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5104-11.

³⁵ Se ISF 2020:6.

Mot denna bakgrund finns det även skäl att kommentera rättsfallet RÅ 2009 ref. 37. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade där att en vistelse utomlands som hade ordinerats av läkare, med gynnsamma förhållanden för en viss sjukdom och i syfte och med utsikter att förhindra sjukskrivning, inte kunde räknas som medicinsk behandling i lagens mening. Enligt de förslag som utredningen lägger kommer inte begreppet medicinsk behandling och rehabilitering att innefatta ett krav på *aktiv* behandling av vårdpersonal på plats. Med denna nya definition finns således inte heller något hinder mot denna typ av rehabilitering, förutsatt att åtgärden är lämpad, ordinerad av läkare och uppfyller ett eller flera av syftena i bestämmelsen om den nya ersättningen.

Den tekniska och medicinska utvecklingen går framåt och medför bland annat att det inte alltid krävs att patienter vårdas inom någon sjukvårdsinrättning. Sådana mer detaljerade handläggningsregler som förekommer i dagens regler om förebyggande sjukpenning är enligt utredningens bedömning mindre lämpliga för en försäkring som ska vara flexibel och hållbar över tid.

Behandlingen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt hälso- och sjukvårdens regelverk – men det krävs inte evidens

I problemanalysen om den förebyggande sjukpenningen har utredningen kunnat konstatera att det i dagsläget råder oklarheter kring vilka krav som ska ställas på en medicinsk behandling eller rehabilitering och den behandlingsplan som enligt rådande regelverk ska upprättas vid medicinsk behandling eller rehabilitering som ligger till grund för förebyggande sjukpenning. I förarbetena anges att det ska vara fråga om en förhöjd risk för sjukdom av den art som kan leda till nedsättning av arbetsförmågan, samt att denna riskbedömning ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den behandling som sätts in av läkare ska vara lämpad att minska denna sjukdomsrisk.³⁶

Försäkringskassan har i sin vägledning angett att detta innebär att det ska finnas *evidens* för att en viss behandling ska ha effekt för att förebygga sjukdom. Utredningen kan konstatera att begreppet *evidens* inte förekommer i vare sig lagtext eller i förarbetena till regelverket om förebyggande sjukpenning. Vidare kan konstateras att det

³⁶ Prop. 1990/91:141, s. 85.

i förarbetena faktiskt inte heller sägs att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet – det är *riskbedömningen* av sjukdomen som ska ha denna grund.

Utredningen har kunnat konstatera att tillämpningen av detta begrepp varierar. I ISF:s rapport 2020:6 beskrivs hur uppställda krav på evidens medför att etablerade behandlingsmetoder underkänns helt eller delvis av Försäkringskassans handläggare. I andra fall i kontakter med utredningen har Försäkringskassan uppgett att kravet på evidens görs genom en kontroll med den behandlande läkare som har upprättat behandlingsplanen.

Försäkringskassan har som svar på ISF:s rapport angett bl.a. att man kommer att se över hur begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet används inom den egna verksamheten. Om översynen leder till en förändrad tolkning kommer Försäkringskassan genom befintliga samverkanskanaler att informera och föra dialog med hälso- och sjukvården och berörda myndigheter om den förändringen.³⁷

Utredningen menar mot denna bakgrund, i likhet med vad bl.a. ISF har anfört, att det givetvis är viktigt att den behandling som personen ska få bygger på bästa möjliga kunskap. En rehabiliteringsåtgärd som ska kunna ge rätt till ersättning kan inte bestå i vilka åtgärder som helst, och t.ex. åtgärder som bevisligen inte har någon effekt ska naturligtvis vara uteslutna från spektrumet av möjliga åtgärder. Här kan exempelvis nämnas homeopati eller andra behandlingsåtgärder av alternativ natur. Att en vårdåtgärd inte medför säkerhetsrisker innebär inte att åtgärden är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Här finns också en koppling till begreppet medicinsk behandling och rehabilitering och innebörden av detta.

Det bör, för att rätt till preventionersättning ska föreligga för en viss insats, krävas att den medicinska rehabiliteringen är ordinerad av läkare och utgör en etablerad och allmänt accepterad behandlingsform som också är lämpad att minska sjukdomsriskerna. Denna rent medicinska bedömning bör åligga vårdgivaren.

Utredningen kan i sammanhanget konstatera att begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet förekommer i flera olika lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvårdens utgångspunkt vid medicinsk behandling och rehabilitering är genom patientlagen (2014:821) kopplad till vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt

³⁷ Försäkringskassan, 2020/001234, s. 4.

lagens 1 kap. 9 § ska patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av 7 kap. 1 § följer att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) följer samma sak, dvs. att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även t.ex. bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) 5 kap. 3 § kan nämnas, där det anges att innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett exempel på kunskapsstöd det försäkringsmedicinska beslutsstödet som Socialstyrelsens har utvecklat.

Det bör framhållas att uttrycket vetenskap och beprövad erfarenhet inte är noga avgränsat och detta kan i sig medföra oklarheter beträffande vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonalen får vidta.³⁸ Begreppet är inte definierat i lag och senare års analyser och debatt visar att det finns utrymme för många olika tolkningar. När en behandlingsmetod är ny kan den bygga på vetenskapligt underlag, t.ex. från prekliniska studier och mindre kliniska prövningar, men bredare beprövad erfarenhet saknas. Allteftersom metoden kommer att användas i klinisk praxis ökar erfarenheterna av hur metoden bäst används, vilka effekterna är i dagligt bruk och vilka mindre vanliga biverkningar som kan uppträda. Många metoder har svag vetenskaplig grund, men det finns omfattande beprövad erfarenhet och det finns en rimlig förklaring till att metoden skulle vara till nytta. Detta förekommer inom alla medicinska områden men är särskilt vanligt inom omvårdnad och rehabilitering. Andra metoder kan ha införts på teoretisk eller icke-klinisk vetenskaplig grund, och först senare

³⁸ Se t.ex. SOU 2019:28, s. 117.

har kliniska studier bekräftat att de är effektiva (eller funnit dem ineffektiva).³⁹

Det sagda innebär att de medicinska behandlings- och rehabiliteringsmetoder som hälso- och sjukvården har förordat som rehabiliteringsåtgärd i ett visst fall redan genom det regelverk som omfattar denna verksamhet har krav på sig. Det är därför inte nödvändigt att i regelverket om preventionersättning ytterligare reglera vilka preventiva åtgärder som kan bli aktuella eller att särskilt höga krav ska ställas på dessa insatser. Det är i normalfallet således tillräckligt att Försäkringskassan säkerställer att den aktuella behandlingen eller rehabiliteringen har förordats av hälso- och sjukvården och är ordinerad av läkare. Utredningen vill samtidigt betona att ett krav på att en viss medicinsk rehabiliteringsåtgärd ska vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet inte betyder att detta kan jämföras med att behandlingen ska vara evidensbaserad, dvs. att den typiskt ska ha vetenskapligt stöd visat genom studier och värderat utifrån en etablerat system såsom det internationella GRADE-systemet.⁴⁰ Det bör därför klargöras att rehabiliteringen inte behöver vara evidensbaserad och det ska inte krävas evidens för att en viss rehabiliteringsform ska kunna tillämpas och ge rätt till den nya ersättningen. Utredningen kan konstatera att det i dagsläget förefaller finnas stor samsyn kring detta synsätt⁴¹ och att det vidare alltså redan i dagens regelverk saknas stöd för att ställa upp krav på evidens.

Avgörande för vilken typ av medicinsk rehabiliteringsinsats som sätts in måste enligt utredningens mening vara vårdgivarens medicinska bedömning i det enskilda fallet. Den föreslagna behandlingsplanen, i de delar som avser den medicinska behandlingen, ska vara ordinerad av läkare och avsedd att förebygga sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan. En nyare medicinsk behandlings- eller rehabiliteringsmetod ska inte kunna avfärdas redan på grunden att det inte finns tillräckligt med vetenskapliga studier för att evidens har kunnat fastslås. För vissa sjukdomar och behandlingar torde det

³⁹ Se vidare SOU 2019:15, s. 363 f.

⁴⁰ Detta system används bl.a. av WHO (16), SBU (5) och Socialstyrelsen. Systemet innebär att tillförlitligheten till de sammanvägda resultaten från de vetenskapliga studierna graderas från mycket låg, över låg och måttlig till hög. Värderingen av tillförlitlighet enligt GRADE görs på ett strukturerat sätt och den sakliga grunden för värderingen redovisas tydligt så att det är möjligt för andra att granska och göra sin egen bedömning.

⁴¹ Utredningen har bl.a. haft kontakter med läkare och försäkringsmedicinskt expertis, med praktiserande läkare inom rehabilitering, med SKR samt försäkringsmedicinska rådgivare inom Försäkringskassan med likartade uppfattningar som resultat.

vidare vara svårt eller inte möjligt att uppnå evidens i begreppets vetenskapliga mening. Det får i stället i det enskilda fallet avgöras av den behandlande instansen inom hälso- och sjukvården om en viss medicinsk behandlingsmetod kan utgöra en rimlig rehabiliteringsåtgärd som kan bedömas ha den önskvärda effekten, dvs. att förebygga en sjukdom eller motverka försämring. Det är i detta sammanhang som också vikten av en tidig bedömning och upprättande av en preventionsplan är av stor vikt för att Försäkringskassan sedan ska kunna bedöma rätten till ersättning.

I sammanhanget kan också konstateras att några särskilda krav på vetenskapligt stöd eller evidens för att en viss *arbetslivsinriktad* rehabiliteringsåtgärd ska anses vara effektiv inte heller i nuvarande regelverk ställs upp för att en sådan åtgärd ska kunna tillämpas i rehabiliteringssyfte och ge rätt till rehabiliteringsersättning. I stället görs en bedömning av om åtgärden kan anses lämplig och om syftet i lagtexten är uppfyllt. Utredningen menar att det saknas skäl att – i den specifika frågan om bestämmande av rätt till ersättning enligt socialförsäkringsbalken – ställa upp högre krav på medicinska preventionsåtgärder än på arbetslivsinriktade. Sådana skilda krav kan inte bara medföra att en viss behandling kan bli svår att genomföra utan också skiftande bedömningar av olika insatser inom en och samma rehabiliteringsåtgärd. Ett av syftena med utredningens förslag är en harmonisering av åtgärder och de krav som kan ställas på sådana.

Den medicinska bedömningen av om en medicinsk åtgärd är lämpad ska göras av hälso- och sjukvården

En fråga som blir aktuell rörande medicinsk behandling och rehabilitering är vem som ska vara ansvarig för att bedöma om en viss insats de facto är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan övervägas om det är Försäkringskassan och dess handläggare som ska ha ansvaret för att bedöma om den medicinska behandlingsplan som hälso- och sjukvården har upprättat och agerar efter är rimlig utifrån sjukdomsbilden och förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Reglerna för den rådande förmånen förebyggande sjukpenning är utformade på ett sätt som enligt ISF gör att tjänsteper-

soner hos Försäkringskassan i dagsläget upplever att myndigheten tvingas att arbeta i hälso- och sjukvårdens kompetensområde.⁴²

Bedömningen av vilken medicinsk behandling som är lämplig att tillämpa i det enskilda fallet, och om en sådan behandling utgör en etablerad åtgärd förenlig med hälso- och sjukvårdens grundsatsar om behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, är i grunden en medicinsk bedömning. Det är enligt utredningens uppfattning inte lämpligt att handläggare på Försäkringskassan gör sådana rent medicinska bedömningar, inte heller med beaktande av möjligheten till stöd i form av medicinsk sakkunskap genom försäkringsmedicinska rådgivare (FMR). Detta är i stället ett ansvar som bör ligga på hälso- och sjukvården med stöd av rekommendationer och kunskapssammanställningar från Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). I detta delar utredningen således ISF:s bedömning.⁴³

Försäkringskassan avgör om den medicinska insatsen är adekvat beskriven och kan ligga till grund för ersättning

Hälso- och sjukvården gör den medicinska bedömningen av om en insats är lämpad och grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt är det enligt utredningens uppfattning nödvändigt med en kontrollfunktion som säkerställer att den föreslagna behandlingen eller rehabiliteringsåtgärden är adekvat beskriven så att det går att säga att den uppfyller kravet för att ligga till grund för ersättning. Detta utgör en försäkringsjuridisk bedömning. Om det finns anledning att ifrågasätta om det är fråga om en seriös vårdgivare eller liknande fyller Försäkringskassan också en viktig kontrollfunktion. I detta ska emellertid inte ingå en medicinsk överprövning av hälso- och sjukvårdens bedömning av lämplig medicinsk behandlingsinsats i det enskilda fallet. Försäkringskassan ska därmed inte heller göra någon bedömning av om behandlingen är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet; en bedömning om att så är fallet följer av den lagstiftning som berör hälso- och sjukvården.

Det finns sammantaget ett behov av en tydlig ansvarsfördelning i frågan, där hälso- och sjukvården och den behandlande läkaren står för den medicinska bedömningen av huruvida en viss behandling-

⁴² ISF 2020:6, s. 96.

⁴³ ISF rapport 2020:6, s. 81; jfr även Börjesson och Enqvist (2021).

eller rehabiliteringsinsats är lämplig i det enskilda fallet samt grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet, och gör en behandlingsplan, medan Försäkringskassan står för upprättande av en preventionsplan och bedömningen av om och i hur stor omfattning rehabiliteringen kan medföra ersättning genom den nya förmånen. I Försäkringskassans kontrollfunktion ingår däremot inte att bedöma huruvida den föreslagna behandlingsåtgärden är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet; detta är ett krav som vårdgivaren bedömer och ska uppfylla.

Formen för behandlingen avgör för vilken tid ersättning kan beviljas

Preventionsersättning kan enligt utredningens förslag beviljas vid rehabilitering som följer en preventionsplan. Ersättning betalas i sådant fall för hela rehabiliteringen och ersätter den inkomstförlust den försäkrade gör till följd av att deltagande i rehabiliteringen hindrar att den försäkrade skaffar inkomst genom arbete. Förutsättningarna är vidare att insatsen behöver göras under arbetstid och att den försäkrade alltså därmed gör en inkomstförlust.

Enligt vad som angetts ovan kommer medicinsk behandling och rehabilitering som ger rätt till förmånen att bestå av etablerade metoder som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär också att det inte kommer att finnas några begränsningar i regelverket som säger att exempelvis egenvård i hemmet utan överseende av sjukvårdspersonal inte kan ingå i en behandlingsplan och medföra att en försäkrad beviljas ersättning (se vidare om begreppet medicinsk behandling och rehabilitering ovan).

Detta innebär också att delar av behandlingen inte heller kommer att kunna lyftas ut och underkännas på grunden att de inte utgör medicinsk behandling i strikt mening. Detta problem har funnits vid tillämpningen av den förebyggande sjukpenningen (se avsnitt 20.4). I stället är det behandlingen i sin helhet som ska bedömas. Slutligen kan konstateras att det inte heller finns hinder mot att en medicinsk behandling innehåller även delar med arbetslivsinriktade eller utbildande inslag eftersom preventionsersättning enligt utredningens förslag kan betalas ut oavsett form på rehabiliteringen (se avsnitt 2.2.1); detta utgör tvärtom en av avsikterna med att inte göra skillnad mellan rehabiliteringsformer.

22.2.3 Preventionersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktade insatser i förebyggande syfte

Utredningens förslag: En försäkrad som genomgår förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär ska kunna beviljas preventionsspänning för den inkomstförlust som uppkommer till följd av att han eller hon måste avstå från förvärvsarbete.

Gränsdragningen för vilka åtgärder av arbetslivsinriktad natur som kan ge rätt till preventionersättning avgörs av arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar enligt arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller annan författning. Åtgärder som faller innanför arbetsmiljöansvaret ska inte kunna ersättas med preventionersättning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna meddela föreskrifter om preventionersättning vid utbildning.

Utredningens bedömning: Utbildning bör kunna utgöra en arbetslivsinriktad åtgärd även i förebyggande syfte. Utbildning som åtgärd bör inte begränsas till de fall där åtgärder kan medföra högre arbetsförmåga, utan även möjligheten till nödvändig omställning bör beaktas.

De typer av utbildningar som ska kunna ge rätt till preventionersättning bör vara samma som gäller i fråga om rehabiliteringsersättning. Motsvarande utökning som föreslås för rehabiliteringsersättning vid utbildning bör också gälla för preventionersättning. Det innebär att det även bör vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar i de fall studierna innebär ett slutförande av studierna. Preventionsspänning bör kunna beviljas för studier under maximalt 44 veckor.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Ett av syftena med den nya förmånen preventionersättning är att den ska innefatta ett bredare spektrum av åtgärder i förebyggande syfte. I dagsläget kan endast medicinsk behandling i förebyggande syfte ersättas, då genom förebyggande sjukpenning. Befintligt regelverk tillåter däremot inte att arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte sker med ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Förmånen rehabi-

literingspenning, som avser att ersätta inkomstförlust vid arbetslivs- inriktad rehabilitering, utges endast om arbetsförmågan är nedsatt med minst 25 procent. Förmånen kan i dag således inte användas för t.ex. nödvändig omställning förrän den försäkrade har blivit sjuk och arbetsoförmögen på minst 25 procent. Rehabiliteringspenning kan ges i förebyggande syfte, men då endast när arbetsförmågenedsättning redan har uppstått, och i syfte att motverka *ytterligare försämring*.⁴⁴

Arbetslivsinriktad rehabilitering ska enligt definitionen i socialförsäkringsbalken syfta till att den som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv (29 kap. 2 § SFB). Arbetslivsinriktad rehabilitering kan dels handla om insatser för att individen ska kunna fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare eller i sin egen verksamhet, dels om att ge individen förutsättning att försörja sig genom annat arbete. I det senare fallet sker detta ofta genom samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Allmänna bestämmelser om rehabilitering finns i 30 kap. 2–11 §§ SFB.

De krav som ställs på arbetsgivaren vad gäller rehabilitering, utgår i stort från de regler som styr Försäkringskassans verksamhet (socialförsäkringsbalken). Arbetsgivaren är bland annat skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om arbetstagarens arbetsituation. De kraven utgår alltså inte från arbetsmiljölagen.

Utredningen är av uppfattningen att det finns goda skäl för att också rehabiliterande åtgärder av arbetslivsinriktad natur ska kunna sättas in i förebyggande syfte i de fall de bedöms nödvändiga, och inte bara först när sjukdom har lett till nedsatt arbetsförmåga. Den försäkrade ska inte behöva vänta på att sjukdomsförloppet utvecklats till en nedsättning av arbetsförmågan innan adekvata åtgärder sätts in. Detta medför att preventionsersättning ska kunna utges även i samband med vissa förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. Sådana åtgärder bör också kunna underlättas genom en rehabiliteringsförmån som ersätter inkomstförlust för den som genomgår en sådan åtgärd. Det framstår inte som en optimal ordning att man först måste invänta att ett sjukdomstillstånd har uppstått och att den försäkrade ska ha fått nedsatt arbetsförmåga för att adekvata rehabiliteringsinsatser ska kunna sättas in och ersättning kunna beviljas. Genom möjligheten till ersättning för förebyggande åtgärder finns incitament för att agera tidigare i de fall där ute-

⁴⁴ 31 kap. 3 § SFB och Försäkringskassan, vägledning 2015:1.

blivna åtgärder kommer att medföra att den försäkrade blir arbetsoförmögen och en tidigare kontakt med relevanta aktörer kommer att kunna tas.

Ett sådant syfte kan utläsas redan i förarbetena som låg till grund för rehabiliteringsreformen. Där anges att rehabiliteringsersättning förutom när en försäkrad påbörjar rehabilitering som avlösning på sjukpenning också ska kunna ges förebyggande, i samband med rehabiliteringsåtgärder som sätts in för att den enskilde ska kunna få eller behålla ett arbete. Arbetsförmågan är då nedsatt i den utsträckning den försäkrade genom deltagande i rehabiliteringen måste avhålla sig från arbete.⁴⁵

Möjligheten till förebyggande arbetslivsinriktad rehabilitering ligger nära arbetsgivarens långtgående arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar, där bl.a. nödvändiga arbetsanpassningar ingår. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar aktualiseras emellertid först när den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga.⁴⁶ Avsikten med förmånen är att komplettera de verktyg och det ansvar arbetsgivaren har men inte att inkräkta på området för arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar. Denna gränsdragning diskuteras vidare i nästa avsnitt.

Ett annat syfte med förslaget är att medicinska och arbetslivsinriktade insatser ska kunna kombineras och att inkomstförlust till följd av sådana insatser ska kunna ersättas med samma förmån. Utredningen menar att det även fortsättningsvis är medicinska insatser som sannolikt kommer att utgöra den huvudsakliga delen av förebyggande åtgärder. Oavsett om den försäkrade genomgår olika typer av medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering – eller en kombination av de båda – ska insatsen enligt utredningens förslag kunna ersättas med den nya förmånen. Enligt utredningens uppfattning är en sådan lösning mer ändamålsenlig sett till hur dagens rehabiliteringsformer ser ut. Enligt utredningens förslag ska förebyggande åtgärder således kunna berättiga till ersättning utan att Försäkringskassan, som i dagsläget, behöver dela upp de åtgärder som ingår i en plan för att förebygga sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

Genom att tidigt uppmärksamma risker och behov av insatser i stället för att behöva invänta att det har gått så långt som att ohälsa har gått över till sjukdom, eller arbetsförmåga har uppstått till följd

⁴⁵ Prop. 1990/91:141, s. 60–61.

⁴⁶ Se 29 kap. 2 och 6 §§ SFB, prop 1990/91:140, 3 kap. 2 a och 3 §§ AML, 7 § LAS samt Broman m.fl. s. 70 f. och Iseskog, s. 33 f.

av sjukdom, är avsikten att sjukskrivningar och senfärdiga rehabiliteringsutredningar kommer att kunna undvikas i större utsträckning. Samtidigt kan nödvändiga omställningar både identifieras och underlättas i ett tidigt skede.

Enligt utredningens förslag ska fler typer av preventiva åtgärder kunna rymmas inom förmånens tillämpningsområde. Med förslaget blir det lättare att sätta in förebyggande åtgärder som motverkar att sjukdom och arbetsförmåga ens uppstår. I de fall rehabilitering bedöms relevant ska det ske tidigt, oftast tidigare än vad som är fallet i dagsläget och ofta i anslutning till arbetsplatsen, i processen när rehabilitering enligt rådande forskningsläge är som effektivast. Se vidare avsnitt 21.1.2.

En framgångsrik åtgärd bör kunna leda till att en anställd kan kvarstå i sitt nuvarande arbete eller, där det förstnämnda inte är möjligt, kunna bli kvar på sin befintliga arbetsplats. Är inte detta möjligt bör en omställning kunna ske tidigt som gör det möjligt för den enskilde att exempelvis byta arbete och där fortsätta kunna försörja sig själv. En sådan insats bör ske tidigt, och i bästa fall uppmärksammas riskfaktorer så tidigt att förebyggande insatser kan sättas in och sjukdom och sjukskrivning undvikas helt. Enligt utredningens uppfattning är det därför viktigt att det finns en sådan möjlighet, där ersättning för inkomstförlust för förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder kan beviljas.

Det är viktigt att ett sådant behov av åtgärder identifieras tidigt. Denna uppgift kommer inte heller att i första hand kunna åläggas Försäkringskassan. I ett pågående sjukfall ska Försäkringskassan identifiera och klarlägga behov av rehabilitering, men i det fall ersättningen ska ges förebyggande har Försäkringskassan sällan möjlighet att inledningsvis identifiera behovet. En stor del av detta ansvar kommer i stället att behöva ligga på den försäkrade själv, men även andra aktörer som den försäkrades arbetsgivare och de expertresurser som arbetsgivaren är skyldig att tillhanda enligt arbetsmiljölagen⁴⁷, vårdgivare och exempelvis lokal facklig organisation bör kunna bidra till att ett behov av insatser identifieras. Liknande problematik finns i dagsläget för den förebyggande sjukpenningen, som utredningen menar sannolikt är underanvänd, och där informationsbehovet är stort för såväl enskilda som vårdgivare.

⁴⁷ 12 § AFS 2001:1.

Enligt utredningens bedömning framstår det relevant att också andra typer av åtgärder än medicinska ska kunna sättas in i förebyggande syfte, förutsatt att dessa kan bedömas medföra att den enskilde därigenom kan undgå att drabbas av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, och att man därigenom kan undvika en sjukskrivningsprocess där rehabiliteringsarbetet för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete sannolikt dessutom tar längre tid och mer resurser i anspråk jämfört med om insatsen kan göras redan innan arbetsoförmåga uppstår. Vad gäller den medicinska rehabiliteringen framhålls den förebyggande sjukpenningens principiella fördelar av flera aktörer och resultaten av sådana förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering är ofta goda. Det finns vidare en uppfattning bland dessa aktörer att förmånen borde kunna användas mer för att förebygga ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro och att ersättningen således fyller ett viktigt syfte. Behandling i samband med förebyggande sjukpenning verkar också vara effektivt i förebyggande syfte, för att förhindra att ohälsa utvecklas till sjukdom och arbetsoförmåga.⁴⁸

Det vetenskapliga kunskapsläget för arbetslivsinriktad rehabilitering visar att flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid olika typer av besvär (se avsnitt 21.1.2). Även om forskningsläget är relativt gott för delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan utredningen konstatera att det återstår mycket att göra i forskningsväg när det kommer till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen; vilka insatser som fungerar, vilken effekt de ger och vid vilken tidpunkt de bör sättas in.⁴⁹ Frågan är aktuell också vad gäller Försäkringskassans statistik på vilka åtgärder som genomförs inom ramen för rehabiliteringsersättningen och resultat i de enskilda fallen. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan ska få ett uppdrag att sammanställa sådan statistik (se avsnitt 22.3.3).

⁴⁸ Se vidare ISF 2020:6.

⁴⁹ En rekommendation om uppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap har lämnats i SOU 2020:24.

Vem bedömer om en viss arbetslivsinriktad åtgärd kommer att uppfylla syftet med preventionersättning?

Ovan har angetts att ett behov av en förebyggande arbetslivsinriktad insats först måste identifieras. När ett sådant behov har identifierats krävs också en bedömning av vilken åtgärd som kan vara lämplig i det enskilda fallet för att uppfylla något av syftena för att ersättning ska kunna beviljas – dvs. att åtgärden ska vara effektiv för att motverka uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid eller förhindra nedsättning av arbetsförmåga.

Preventionersättningen skiljer sig inte från exempelvis förutsättningarna för att den försäkrade ska kunna beviljas rehabiliteringsersättning under arbetslivsinriktad rehabilitering där en sådan liknande bedömning måste göra, se vidare avsnitt 22.1. Det innebär att det är Försäkringskassan som fattar beslut om ersättning och om underlaget för ersättning adekvat beskriver en lämpad åtgärd. I sådant fall bör ersättning kunna beviljas. Det är alltså inte Försäkringskassan som planerar eller genomför de preventiva insatserna men det är Försäkringskassan som ska bedöma om underlaget och de beskriva insatserna är tillräckliga för att syftet med insatsen ska vara uppfyllt och ersättning kunna beviljas.

I arbetsgivarens skyldigheter enligt 30 kap. 6 a § SFB ingår att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, men vilka dessa är preciseras inte närmare. I förarbetena betonas det hur viktigt det är att arbetsgivaren så snart som möjligt genomför de åtgärder som kan behövas på arbetsplatsen.⁵⁰ Vad som ska anses utgöra en effektiv och lämpad åtgärd i det enskilda fallet kan enligt utredningens uppfattning inte definieras i förväg. Bedömningen är inte lika enkel som vid medicinsk rehabilitering, där hälso- och sjukvården utgör en naturlig expertbedömare som Försäkringskassan kan förlita sig på. Som konstaterats ovan finns stöd för att arbetsplatsnära åtgärder är effektiva för återgång i arbete. Det är arbetsgivaren som är skyldig att genomföra åtgärder för en effektiv återgång i arbete. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställda har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom

⁵⁰ Prop. 2006/07:59, s. 22.

arbetsmiljö och rehabilitering.⁵¹ En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för en effektiv preventiv åtgärd. Det kan finnas flera fördelar med att företagshälsovården används som stöd till såväl den enskilde som arbetsgivaren i frågor om förebyggande insatser eller stöd för återgång.⁵² För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll.

Det är sammantaget de aktörer som har insikt i arbetsplatsen och den enskildes situation som behöver göra bedömningen av vilken insats som är lämpad i det enskilda fallet. Arbetsgivaren, med stöd av erforderliga expertresurser såsom företagshälsovård, bör ha stora möjligheter att göra denna bedömning för anställda. Det är sedan Försäkringskassan som bedömer om åtgärderna är adekvat beskrivna och kan ligga till grund för ersättning.

När arbetsgivaren och/eller Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade tar fram planer för att underlätta återgång i arbete kan planerna innehålla olika typer av åtgärder, exempelvis av typen medicinsk rehabilitering som fysioterapi, arbetsterapi eller samtals-terapi tillsammans med mer arbetsplatsanknutna åtgärder som arbetsträning eller omskolande utbildning. Enligt utredningens förslag avses sådana åtgärder kunna berättiga till preventionersättning också i förebyggande syfte, utan att de olika åtgärderna behöver särskiljas på ett detaljerat sätt och hamna inom olika ersättningsslag. Avsikten med förslaget är således att den nya förmånen ska kunna ges för inkomstförlust till följd av ett brett spektrum av förebyggande åtgärder, enskild eller i kombination med varandra.

Det finns ingen uttömmande uppräknning av vilka åtgärder som kan utgöra sådana förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad natur. Som utgångspunkt är det fråga om samma sorts åtgärder som vid arbetslivsinriktad rehabilitering vid nedsatt arbetsförmåga (se dock gränsdragningen mot arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar nedan). Sakens natur innebär dock att vissa åtgärder som mer syftar till nödvändig omställning sannolikt kommer att vara vanligare i förebyggande syfte. Det kan exempelvis röra sig om arbetsträning hos annan arbetsgivare, utbildning eller omskolning samt tekniska arbetshjälpmedel, anpassning av arbete eller arbetsorganisation. Det går därför inte heller att generellt uttala när sådana åtgärder

⁵¹ 12 § AFS 2001:1.

⁵² Jfr SOU 2020:24, s. 255.

ska sättas in förebyggande och vilken typ av åtgärder det rör sig om och bedömningen får ske från fall till fall.

Ett typfall skulle kunna vara omskolning genom utbildning i förebyggande syfte. I ett fall där det bedöms vara nödvändigt med omställning för att undvika sjukdom och arbetsförmåga kan den försäkrade enligt utredningens förslag beviljas preventionersättning för utbildning. Exempelvis kan en försäkrad som har arbetat under många år i ett slitsamt yrke inom vården riskera att drabbas av förslitningsskador om han eller hon fortsätter i yrket. I dagsläget krävs att det går så långt att arbetsförmågan blir nedsatt med minst en fjärdedel innan den försäkrade kan få rehabiliteringsersättning för en utbildning som syftar till omställning; det krävs således att man inväntar att skadan uppstår innan inkomstförlusten för rehabiliteringsinsatsen kan ersättas från socialförsäkringsbalken. Med förslaget skulle denna försäkrade i stället kunna genomgå förebyggande rehabilitering i form av utbildning för att exempelvis utbilda sig till ett en administrativ tjänst med mindre fysiskt betungande arbetsuppgifter hos sin befintliga eller annan arbetsgivare.

Det är viktigt att sambandet mellan risken att få nedsatt arbetsförmåga och det nuvarande arbetet är klarlagt för att det ska vara motiverat att den enskilde ska få möjlighet att omskola sig och ha preventionersättning under tiden. Risken och behovet av nödvändig omställning ska också vara klarlagda i det enskilda fallet, dvs. det ska inte enbart vara fråga om en generell risk utan bedömningen ska ske utifrån den enskildes individuella förutsättningar.

Avgränsningar mot arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar

Preventionersättning ska enligt utredningens förslag kunna beviljas för förebyggande rehabiliteringsinsatser av arbetslivsinriktad karaktär. En viktig gränsdragning vid sådana insatser är att det ska vara fråga om sådana som inte rymms inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar. Däremot ska förmånen kunna beviljas för förebyggande åtgärder som ligger utanför ansvaret att anpassa arbetet enligt arbetsmiljölagen, men där arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ännu inte har aktualiserats eftersom den anställde ännu inte har fått nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och rehabiliteringsansvar har tidigare diskuterats, se avsnitt 18.3.2. Av socialförsäkringsbalken, arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter framgår att en arbetsgivare har ett långtgående ansvar för arbetsanpassning. Arbetsgivaren ska arbeta förebyggande med det systematiska arbetsmiljöarbetet och vid behov arbetsanpassa enskilda arbetstagares arbetsmiljö, detta för att undvika olyckor, ohälsa och sjukskrivningar. Arbetsanpassning är en del av arbetsgivarens arbetslivsinriktade rehabiliteringsansvar.

Därutöver inträder arbetsgivarens rehabiliteringsansvar när en arbetstagare får nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller skada. Arbetsgivaren behöver så långt det är skäligt med hjälp av stöd- och anpassningar rehabilitera arbetstagaren för att denne ska återfå sin arbetsförmåga. Rehabilitering är, som tidigare konstaterats, ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, arbetslivsinriktad och social art. Arbetsgivarens ansvar avser endast den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vidare avser rehabiliteringsansvaret endast åtgärder som syftar till att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Gällande regelverk innebär att rehabiliteringsersättning kan utges för sådana åtgärder som arbetsgivaren ansvarar för inom ramen för sitt rehabiliteringsansvar.

Sedan juli 2018 har arbetsgivare även en lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar och som kan antas fortsätta vara frånvarande på grund av sjukdom i minst 60 dagar. Planen är främst ett stöd för rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och ska underlätta en tidig återgång i arbete.

Det saknas ett samband mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och rehabiliteringskedjan och det saknas också uttalanden om hur systemen är tänka att korrespondera. Införandet av rehabiliteringskedjan medförde inte någon reducering av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Detta ansvar enligt socialförsäkringsbalken och arbetsmiljölagen har inte i någon del förändrats.

Utredningens förslag innebär att preventionersättning ska kunna beviljas också för åtgärder som sätts in i förebyggande syfte, innan ohälsa har lett till sjukdom. En målsättning med förslagen är också att rehabiliteringsbehov genom detta ska kunna utredas tidigare än i dag och att rehabilitering också ska kunna ske tidigare.

Arbetsgivarens ansvar förändras inte med utredningens förslag om införande av preventionersättning. Förändringar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och regleringen kring detta ligger utanför utredningens uppdrag.

Gränsen för arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och förebyggande rehabiliteringsansvar avgör tillämpningsområdet för förmånen

Arbetsgivaren kan sammantaget sägas ha ett omfattande ansvar för den enskilde arbetstagarens rehabilitering, såväl i förebyggande syfte enligt framför allt arbetsmiljölagen och dess relevanta föreskrifter som enligt socialförsäkringsbalken i de fall där arbetsoförmåga har uppstått.

I de ursprungliga förarbetena för rehabiliteringsreformen⁵³ angavs att åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar i den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. ändring i arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning eller omskolning. Vidare framhölls att det var viktigt att en gräns drogs mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt socialförsäkringsbalken (dåvarande AFL) och å andra sidan någon annan åtgärd som låg inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gällde arbetsmiljön och anpassningsverksamheten och som reglerades i bl.a. arbetsmiljölagen och lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Utredningen menar att denna gräns måste vara avgörande även för vilken typ av arbetslivsinriktade åtgärder som kan sättas in förebyggande och ersättas med förmånen preventionersättning. Avsikten med förslaget är inte att ersätta eller inkräkta på arbetsgivarens arbetsmiljöansvar, utan att underlätta för sådana åtgärder som normalt ligger inom rehabiliteringsansvaret och göra det möjligt för sådana insatser att sättas in även som förebyggande åtgärd.

Att denna gräns är viktig och måste vara avgörande för tillämpningen har också lyfts av flera aktörer i utredningens referensgrupp.⁵⁴ Sådana åtgärder som ska anses ingå i arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar kan inte ersättas med den nya förmånen. Detta ansvar är kopplat till den försäkrades anställning. Åtgärder i form av arbetsanpassning eller annat som ligger inom ramen för anställningen

⁵³ Prop. 1990/91:141 s. 88.

⁵⁴ Avser referensgruppen som består av arbetsmarknadens parter m.fl.

kommer således även fortsättningsvis att utgöra en del av arbetsmiljöansvaret. Utredningen kan konstatera att det skulle medföra risker om den nya förmånen skulle komma att täcka sådana områden som i dag omfattas av arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Exempelvis finns en risk att arbetsgivare skulle se beviljande av preventionspenning för insatser i förebyggande syfte som en förutsättning för att vidta förebyggande åtgärder. I dagsläget kan anställda också få förebyggande insatser med bibehållen full lön. Om arbetsgivare i stället hänvisar anställda till preventionspenning innebär detta i praktiken en ökad självrisk för de anställda. I det fall att ersättning sedan nekats kan arbetsgivare eventuellt avstå från att ta sitt rehabiliteringsansvar.

Detta innebär också att sådana insatser som kan ersättas med preventionsersättning inte kommer att sättas in så länge åtgärder enligt arbetsgivarens arbetsmiljöansvar pågår, såsom anpassningar av det ordinarie arbetet i syfte att den försäkrade ska kunna kvarstå i arbete. Om sådana åtgärder pågår finns således inte heller förutsättningar för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas, och något behov bör inte heller föreligga i detta läge. Som en del av Försäkringskassans bedömning av om rätt till ersättning föreligger behöver myndigheten därför kontrollera om åtgärder pågår eller har genomförts och vad dessa har bestått i.

Anpassning av arbete och arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsmiljölagen

Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen huvudansvaret för arbetsmiljön och ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering ska ingå som en naturlig del av arbetsgivarens arbetsmiljöarbete.

I 3 kap. 2 a § tredje stycket och 3 kap. 3 § andra stycket AML återfinns regler om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De handlar om den organiserade arbetsanpassningen- och rehabiliteringsverksamheten respektive arbetsgivarens skyldighet att genom anpassning av arbetsförhållandena eller vidtagande av annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Dessa regler har kvarstått oförändrade sedan de trädde i kraft den 1 juli 1991. Viktiga är också reglerna om det systematiska arbetsmiljöarbetet i 3 kap. 2 och 2 a §§ AML. Det systematiska arbetsmiljöarbetets betydelse i detta sammanhang ligger i att arbetsgivaren ska

inrätta en särskild effektiv organisation med uppgift att förhindra uppkomsten av sjukdom och olycksfall på arbetsstället.

Eftersom AML är en ramlag som förutsätter kompletterande detaljerade och praktiska anvisningar har tillsynsmyndigheten till uppgift att utfärda sådana föreskrifter. Sedan år 2001 är Arbetsmiljöverket tillsynsmyndighet.⁵⁵ De grundläggande reglerna om hur arbetsmiljöarbetet ska göras finns i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1. I AFS 2015:4 finns krav rörande organisatorisk arbetsmiljö. I dessa föreskrifter anges bl.a. att arbetsgivare ska vidta åtgärder i syfte att förebygga ohälsosam arbetsbelastning, som exempelvis kan ha sin grund i att det råder oklarheter i fråga om arbetstagarens arbetsuppgifter, prioriteringar i arbetet, resultatkrav i arbetet och stöd/hjälp i arbetet.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2020:5, som började gälla den 1 juni 2021 och har ersatt AFS 1994:1, berör ansvaret för arbetsanpassning. Föreskrifterna avser arbetsgivares organisation av arbetsanpassning och tillvägagångssätt, för att vid behov anpassa arbetsmiljön för enskilda arbetstagare. Med arbetsanpassning avses enligt föreskriften en individuell åtgärd i den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön som syftar till att en arbetstagare, med nedsatt förmåga att utföra sitt vanliga arbete, kan fortsätta arbeta, eller återgå i arbetet. Den används som en förebyggande åtgärd för att undvika ohälsa och sjukfrånvaro, samt vid återgång i arbete efter sjukfrånvaro. Arbetsanpassning kan vara tidsbegränsad eller varaktig. Arbetsanpassning kan genomföras på många olika sätt. Det kan till exempel innebära särskild arbetsutrustning, anpassade arbetsuppgifter, anpassade arbetstider, eller förändrad arbetsfördelning.⁵⁶ Anpassningen ska avse den enskilde och anställningen. Inom ramen för arbetsanpassning enligt AML kan exempelvis inte krävas av arbetsgivaren att en *annan* arbetstagare omplaceras.⁵⁷

Det kan särskilt noteras att frågan om rehabilitering har tagits bort från den uppdaterade föreskriften AFS 2020:5. Enligt Arbetsmiljöverket utgår de krav som ställs på arbetsgivaren vad gäller rehabilitering i stort från de regler som styr Försäkringskassans verksamhet, dvs. socialförsäkringsbalken. Arbetsgivaren är bland annat

⁵⁵ Broman, Ericson och Öhrn, Rehabiliteringsansvaret – En arbetsrättslig handbok, s. 25–26.

⁵⁶ AFS 2020:5 3 och 6 §§.

⁵⁷ Ideskog, s. 41.

skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om arbetstagarens arbetssituation. De kraven utgår alltså inte från arbetsmiljölagen.⁵⁸

Frågan om var gränserna går för vad som kan krävas av arbetsgivaren i arbetsanpassningshänseende är inte helt enkel att besvara. En utgångspunkt kan vara att arbetsgivaren är skyldig att undersöka vilka möjligheter till arbetsanpassning som föreligger i syfte att förebygga ohälsa eller för att en arbetstagare som har nedsatt arbetsförmåga ska kunna klara arbetet trots denna nedsättning.

I sammanhanget bör nämnas att arbetsgivaren även har möjlighet att ansöka om och beviljas det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstöd som regleras i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete. Av detta regelverk framgår att arbetsgivaren redan med dagens regelverk har möjlighet att få ekonomiskt stöd för åtgärder på arbetsplatsen i form av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.

Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Sådana insatser består av att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses inte medicinsk eller annan behandling.⁵⁹ I Försäkringskassans föreskrift FKFS 2018:3 framgår vilka kompetenskrav som gäller för anordnare av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.⁶⁰ På Försäkringskassans hemsida finns en lista över godkända anordnare som arbetsgivare kan ta kontakt med.

Syftet med bidraget är att förebygga sjukfall respektive att vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivare att vidta tidiga och anpassade åtgärder.⁶¹ Enligt vad som framgår av förordningen och villkoren för detta stöd för arbetsgivaren kan stödet utges också vid förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär. Med utredningens förslag om preventionsersättning till enskilda försäkrade under tid med sådana åtgärder harmoniseras dessa regelverk. Utredningen bedömer alltså att

⁵⁸ Information hämtad på Arbetsmiljöverkets hemsida 2021-04-28.

⁵⁹ 1 § förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

⁶⁰ Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2018:3 om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

⁶¹ 2 § förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

användningsområdet för det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet är tillräckligt brett för att täcka in också de situationer som preventionsersättningen avser att täcka och att dessa ersättningar därmed kan betalas ut samtidigt och för samma insats.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte enligt utredningens förslag

Ovan har redogjorts för arbetsgivarens långtgående arbetsmiljöansvar och att detta ansvar utgör gränsen för tillämpningsområdet för den nya förmånen. Samtidigt har kunnat konstateras att arbetsgivarens omfattande *rehabiliteringsansvar* aktualiseras först när den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga och behöver rehabilitering för att kunna återfå densamma.

Framställningen av anpassningsskyldighet enligt arbetsmiljölagen ovan har avsett åtgärder som rör hur arbetet och arbetsförhållandena kan och ska anpassas. Dessa åtgärder kan i princip grundas på arbetsmiljölagen och dess föreskrifter. Ett antal åtgärder rör emellertid sådant som ligger bortom anpassning av det ordinarie arbetet. Det handlar exempelvis om behandlingsåtgärder, socialt stödjande insatser, arbetsträning och kompetensutveckling. Krav på att arbetsgivaren ska vidta sådana övriga åtgärder kan inte grundas enbart på arbetsmiljölagen. Härvid går gränsen för det s.k. arbetsmiljörelaterade rehabiliteringsansvaret.⁶² Uppfattningen vinner stöd också i föreskrifterna i AFS 2020:5 som klargör att rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken inte är del av det förebyggande ansvar för arbetsanpassning som arbetsgivaren har.

Typiska åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär, såsom arbetsträning eller utbildning, ingår däremot i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt socialförsäkringsbalken, som blir aktuellt när den anställde har nedsatt arbetsförmåga och behöver rehabiliteras tillbaka till arbete. Men dessa ingår alltså inte i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och kan i dagsläget inte heller genomföras som *förebyggande* åtgärd där den försäkrade samtidigt kan få ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Det är däremot sådana åtgärder som avses ingå i tillämpningsområdet för den nya förmån som utredningen föreslår.

⁶² Iseskog, s. 48.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är begränsat till att arbetstagaren ska kunna återfå arbetsförmåga för arbete hos arbetsgivaren. För att utbildning ska falla inom arbetsgivarens ansvar krävs att utbildningen såsom rehabiliteringsåtgärd syftar till återgång hos arbetsgivaren och inte har som mål att arbete ska kunna utföras hos annan arbetsgivare⁶³. Några sådana begränsningar finns emellertid inte i frågan om möjligheten till *rehabiliteringsersättning* enligt socialförsäkringsbalken, där utbildning kan syfta även till arbetsförmåga hos annan arbetsgivare.

Det sagda innebär att det återstår ett gränsområde som faller utanför arbetsgivarens ansvar; det rör de fall där den försäkrade ännu inte har fått nedsatt arbetsförmåga men skulle vara behjälpt av förebyggande insatser av arbetslivsinriktad karaktär för att inte behöva drabbas av sådan arbetsförmåga och bli sjukskriven, samtidigt som anpassning av arbetet enligt arbetsmiljölagen inte täcker de nödvändiga åtgärderna.

En viktig fråga blir därmed var gränsen går för arbetsanpassning respektive arbetslivsinriktad rehabilitering. För att en rehabiliteringsåtgärd som omfattas av preventionersättning ska vara vid handen krävs att det är fråga om en åtgärd som inte ligger inom anpassning av arbetet, men som skulle aktualisera rehabiliteringsansvaret om den anställde hade fått nedsatt arbetsförmåga. Det är inte givet var denna gräns går. Som tidigare har konstaterats är begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inte helt tydligt. Rehabiliteringsutredningen har angett att enligt arbetsmiljölagen är arbetslivsinriktad rehabilitering det som inte är arbetsanpassning av arbetssituationen.⁶⁴ I Prop. 1990/91:140 s. 46 anges beträffande skillnaderna mellan arbetsanpassning och rehabilitering bl.a. att begreppen arbetsmiljöanpassning och rehabilitering kompletterar varandra. Rehabiliteringsbegreppet avser yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser. Åtgärder som kan aktualiseras är utbildning, arbetsträning, yrkesvägledning m.m. Arbetsanpassningen innebär ändringar i arbetsmiljön. Det kan vara fråga om både tekniska hjälpmedel, ändringar i den fysiska arbetsmiljön och ändringar av arbetsorganisation, arbetsfördelning och arbetstider m.m. Ovanstående uttalanden ger inte något säkert svar på frågan om innebörden av arbetslivsinriktad rehabilitering och hur denna ställer

⁶³ Broman et al, s. 150, detta framgår av AD 1993 nr 42.

⁶⁴ SOU 2006:107, s. 159.

sig i relation till arbetsanpassning. Betydelsen av begreppet är densamma i AML som i SFB.⁶⁵

Utredningens förslag avser att i dessa fall utöka möjligheterna till rehabiliteringsersättning där arbetsanpassning enligt arbetsmiljölagen inte är tillräckligt. Detta innebär inte att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar utvidgas på samma sätt; detta ansvar är även fortsättningsvis begränsat till att rehabilitera den arbetstagare som behöver insatser för att återfå arbetsförmåga. Däremot innebär förslaget en utökad möjlighet för den enskilde och arbetsgivaren att se till att en sådan insats genomförs redan i förebyggande syfte.

I typfallet torde den situation som ska täckas av den nya förmån som utredningen föreslår handla om behov av olika former av omställning. Utbildning utgör exempel på arbetslivsinriktade åtgärder som typiskt sett inte faller inom anpassning av arbetet enligt arbetsmiljölagen, men som kan utgöra nödvändiga åtgärder för att förhindra att den enskildes arbetsförmåga blir nedsatt genom sjukdom. Enligt utredningens bedömning bör även omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren kunna utgöra ett exempel på sådan åtgärd som faller utanför förebyggande arbetsanpassning (men naturligtvis en åtgärd som ingår i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar).⁶⁶ En tillfällig förflyttning kan bli aktuell i samband med arbetet med anpassning av arbetet och kan ses som en sådan åtgärd och medför ingen justering av anställningen. Innan en omplacering kan bli aktuell ska arbetsgivaren ha uttömt andra möjligheter till åtgärder för att arbetstagaren ska kunna vara kvar i sin ordinarie tjänst. Också andra aktiva åtgärder som inte faller inom ramen för anpassning av arbetet kan tänkas utgöra adekvata åtgärder med detta syfte, såsom arbetsträning i arbete hos annan arbetsgivare.

Var denna gräns ska dras är inte helt självklart och får avgöras i det enskilda fallet. Avgörande ska vara bedömningen att åtgärden är nödvändig för att uppfylla ett eller flera av syftena med förmånen: att förebygga uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga.

Utredningen menar att denna situation sannolikt inte heller kommer att vara särskilt vanlig. Anpassning av den försäkrades arbete i

⁶⁵ Broman, Ericson och Öhrn, s. 126.

⁶⁶ Se t.ex. Prop. 1990/91:141 s. 42 där omplacering anges som exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering.

enlighet med arbetsmiljöansvaret kommer i de flesta fall vara tillräckligt. Behovet av medicinsk behandling i förebyggande syfte kommer vidare fortfarande att utgöra majoriteten av de fall där behandling eller rehabilitering i förebyggande syfte sätts in. Det kan däremot enligt utredningens uppfattning vara av värde att också en förebyggande insats av arbetslivsinriktad karaktär i vissa fall genomförs för att motverka att den försäkrade blir sjuk eller får nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsgivarens rehabiliterings- och arbetsmiljöansvar kvarstår men förutsättningarna och verktygen för tidigare insatser blir fler

Förslaget om införande av förmånen preventionsspänning vid förebyggande insatser innebär sammantaget inte att arbetsgivarens ansvar för rehabilitering eller arbetsanpassning kommer att minska eller förändras på annat sätt. Möjligheterna till tidigare åtgärder för den enskilde arbetstagaren där ersättning för inkomstförlust kan ersättas enligt socialförsäkringsbalken bör dock kunna öka även från arbetsgivarens perspektiv. Den viktigaste förändringen i denna del torde vara att det blir möjligt att sätta in arbetslivsinriktade åtgärder i förebyggande syfte, inklusive en möjlighet till utbildning som omställning i de fall där detta bedöms vara en nödvändig åtgärd för att den försäkrade inte ska drabbas av sjukdom och arbetsoförmåga i sitt nuvarande arbete.

Tillämpningen av preventionersättningen kommer att innefatta en del svåra gränsdragningsbedömningar gentemot framför allt arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och i vilka situationer det kan bli aktuellt med förebyggande insatser som kan ge rätt till preventionersättning. Utredningen föreslår därför att det noga följs hur effekterna blir i praktiken och om den avsedda effekten uppnås. Här kommer arbetsmarknadens parter att spela en viktig roll eftersom det är dessa som till stor del i praktiken hanterar det förebyggande och rehabiliterande arbetet för anställda.

Förutsättningar för preventionsersättning vid utbildning

Utbildning kan redan i dag utgöra en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Enligt utredningens förslag ska utbildning även kunna beviljas som åtgärd i förebyggande syfte. Utredningen föreslår att utbildning som åtgärd inte begränsas till de fall där åtgärder kan medföra högre arbetsförmåga, utan även möjligheten till nödvändig omställning ska beaktas. Med preventionsersättning ska det vara möjligt att studera och genomgå de typer av utbildningar som i dagsläget är möjliga under tid med rehabiliteringsersättning. Därutöver ska det vara möjligt att studera på yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Det framgår av rehabiliteringsformens förarbeten⁶⁷ i vilka framhålls att såväl utredning som omskolning utgör rehabiliteringsåtgärder. Det framgår däremot inte av förarbetena vad som avses med utbildning eller omskolning. Utbildning får anses vara ett vidare begrepp som omfattar även omskolning. Sålunda kan utbildning innebära såväl någon form av vidareutbildning inom arbetstagarens befintliga yrke som omskolning till ett för arbetstagaren helt nytt yrke som finns hos arbetsgivaren.⁶⁸

Utbildning kan ske både på den egna arbetsplatsen och utanför denna. För att utbildning ska kunna ske utanför arbetsgivarens verksamhet förutsätts att arbetsgivaren beviljar arbetstagaren nödvändig ledighet för den aktuella utbildningen. För att utbildning ska falla inom arbetsgivarens ansvar krävs dock att utbildningen såsom rehabiliteringsåtgärd syftar till återgång hos arbetsgivaren och inte har som mål att förkovra sig för arbete hos någon annan arbetsgivare.⁶⁹

Utbildning som rehabiliteringsinsats ska enligt förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning avse yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i data-teknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Avgörande för om utbildningen kan betraktas som rehabilitering är om den i den försäkrades fall syftar till att han eller hon ska återfå arbetsförmågan, korta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan.

⁶⁷ Prop. 1990/91:140, s. 46 och Prop. 1990/91:141, s. 42 och 88.

⁶⁸ Broman, Ericson och Öhrn, s. 150.

⁶⁹ Se rättsfallet AD 1993 nr 42.

Studier är en form av arbetslivsinriktad rehabilitering för vilken rehabiliteringsersättning kan beviljas. Med hänsyn till att utredningen föreslår att den nya förmånen preventionersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering anser utredningen att det även ska vara möjligt att få studier som bedrivs i förebyggande syfte finansierade genom preventionersättning. I utredningens direktiv anges att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat. Det anges vidare att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör eftersträvas. Detta omnämns visserligen avseende rehabiliteringsersättningen, men utredningen anser att det är viktiga perspektiv även avseende förebyggande insatser. Utredningen har därför hämtat inspiration från regelverket avseende studier som rehabiliteringsåtgärd vid utformandet av förslaget att studier ska kunna bedrivs i förebyggande syfte. Av den nuvarande lagtexten avseende rehabiliteringsersättningen framgår exempelvis att rehabiliteringspenning också kan bli aktuell när den försäkrade genomgår en åtgärd som syftar till att förkorta sjukdomstid eller förhindra försämring av arbetsförmåga.

Förslaget i Ds 2021:18 om omställningsstudiestöd⁷⁰ är liksom utredningens förslag om möjligheten till preventionersättning för utbildning en form av nytt, parallellt offentligt studiestödssystem. Syftet med omställningsstudiestödet är att bidra till att skapa flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden.⁷¹

Till skillnad från omställningsstudiestödet fokuserar preventionersättning vid utbildning primärt på att förebygga ohälsa och nedsatt arbetsförmåga. Utredningen ser därför att båda dessa ersättningsformer är relevanta och kan fylla olika behov vad gäller omställning i form av utbildning.

Begränsningar i tid och till vissa typer av studier

Det ska vara möjligt att studera både på heltid och deltid med preventionersättning, men det totala antalet veckor som den försäkrade kan studera på en utbildning som kan finansieras med studiemedel med förmånen bör vara maximalt 44 veckor oavsett studietakt,

⁷⁰ Ds 2021:18.

⁷¹ Förslaget om omställningsstöd utgör en delkomponent av en helhet som innefattar flera olika förslag.

en begränsning som enligt utredningen framstår som väl avvägd.⁷² Förslaget om ersättning i maximalt 44 veckor är motiverat av att vissa av de utbildningar som föreslås kunna ge rätt till preventionsersättning omfattar 44 veckor. Det kan också noteras att detta förslag också lämnas i departementspromemorian Omställningsstudiestöd – för flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden (Ds 2021:18). Emellertid avser förslaget i denna Ds om maximalt 44 studieveckor endast heltidsstudier.

När det gäller längre studier än 44 veckor anser utredningen att de vanligtvis kan, och bör finansieras genom studiemedelssystemet.

Utredningen anser att begränsningen avseende vilken typ av utbildning som ska kunna beviljas som förebyggande åtgärd och således kunna berättiga till den nya förebyggande förmånen bör motsvara förutsättningarna för utbildning med rehabiliteringsersättning. Det innebär förändringar jämfört med vad som i dag gäller för rehabiliteringsersättning (se avsnitt 26.2.3 om förslag i denna del). Med hänsyn till utbildningens syfte (se nedan) och längd samt till om den är studiemedelsberättigande anser utredningen att det är motiverat att flera sorters utbildningar ska kunna omfattas än vad som gäller i dag för rehabiliteringsersättningen. Utredningen anser att särskilt yrkeshögskoleutbildningar, som ofta innebär en möjlighet för försäkrade att på ett studieår få ny kompetens bör vara möjlig att genomföra och finansiera med preventionsersättning. Det kan också tänkas att annan eftergymnasial utbildning innebär en rimlig förebyggande åtgärd, varför även sådana studier ska kunna bedrivas med ersättning i form preventionsersättning. Det kan i dessa fall röra sig om till exempel eftergymnasial yrkesutbildning på folkhögskola men även utbildning på universitet eller högskola. Förutsättningen för att sådan eftergymnasial utbildning ska kunna anses som preventionsåtgärd för vilken preventionsersättning kan beviljas är emellertid att utbildningen ska kunna slutföras inom den tidsgräns på ett års studier som föreslås. Det innebär att det inte ska vara möjligt att endast påbörja eller fortsätta en längre universitetsutbildning alternativt läsa enstaka kurser inom ramen för preventionsåtgärden. Detta ligger i linje med avsikten att utbildning som preventionsåtgärd ska leda till att den försäkrade kan ta ett annat arbete där sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan inte riskeras.

⁷² Samma längd föreslås för utbildning som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning.

För att nu nämnda utbildningar ska kunna finansieras med preventionersättning ska vidare krävas att de genomförs i omställningssyfte, och därmed utgöra en nödvändig förebyggande åtgärd. I kravet på att det ska röra sig om en nödvändig förebyggande åtgärd ligger att studier är en sistahandsåtgärd. Först när andra tänkbara anpassningar av arbetet och förebyggande insatser inte bedöms vara aktuella och den försäkrade inte bedöms kunna fortsätta i ordinarie arbete kan preventionersättning beviljas för studier.

Utredningen anser att det är rimligt att det krävs att studierna kan antas leda till att den försäkrade får ett arbete för att de ska kunna bedrivas som omställningsåtgärd. Det ska dock inte krävas att det finns en tjänst hos den försäkrades arbetsgivare som kräver den aktuella utbildningen för att det ska vara möjligt att finansiera utbildningen med preventionersättning.

De nu nämnda begränsningarna i tid och kring vilken sorts studier som kan bedrivas med förmånen framstår som väl avvägda med hänsyn till att studierna bör leda till att den försäkrades nya kompetens är efterfrågad på arbetsmarknaden så att han eller hon snabbt kan ta tillvara sin arbetsförmåga i arbete.

Studier som förebyggande rehabiliteringsåtgärd

Som framgår ovan är en del av utredningens förslag avseende preventionersättningen att för beviljande av sådan ska inte krävas en nedläggning av den försäkrades arbetsförmåga. För att det ska vara möjligt att finansiera studier med preventionersättning ska därmed inte krävas att studierna måste kunna leda till en förbättring av den försäkrades arbetsförmåga.

Utredningen föreslår att utbildning som arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats i förebyggande syfte ska kunna medföra rätt till preventionersättning. Om det bedöms vara nödvändigt med omställning genom utbildning för att förebygga sjukdom, återfå arbetsförmågan, förkorta sjukdomstid eller förhindra ytterligare försämring av arbetsförmågan kan den försäkrade enligt utredningens förslag beviljas ersättning för utbildningen. Exempelvis kan en försäkrad som har arbetat under många år i ett slitsamt yrke inom vården riskera att drabbas av förslitningsskador i knä eller axel om han eller hon fortsätter i yrket. I dagsläget krävs att det går så långt att arbetsförmågan

blir nedsatt med minst en fjärdedel av sjukdom innan den försäkrade kan få rehabiliteringsersättning för en omställande utbildning; det krävs således att man inväntar att skadan uppstår. Med utredningens förslag skulle denna försäkrade i stället kunna genomgå förebyggande rehabilitering i form av utbildning för att exempelvis utbilda sig till en administrativ tjänst med mindre fysiskt betungande arbetsuppgifter hos samma eller annan arbetsgivare.

Värt att uppmärksamma är att nästan alla försäkrade har möjlighet att finansiera studier för omskolning genom det offentliga studiemedelssystemet. I sammanhanget är det viktigt att beakta syftena med sjukförsäkringen. Försäkringen ska inte erbjuda lösningar på problem som den inte är avsedd att hantera. Sjukförsäkringsförmåner betalas vidare som utgångspunkt ut vid nedsatt arbetsförmåga. Det kan därför ifrågasättas om preventionsersättning ska betalas ut under tid den försäkrade studerar, om han eller hon inte har fått en nedsatt arbetsförmåga. Även om studierna är nödvändiga ur ett omställningsperspektiv är det tänkbart att de bör finansieras genom arbetsmarknads- eller utbildningsåtgärder, även om det för individen kan finnas ett intresse av att frågan hanteras genom sjukförsäkringen.

För att det ska vara möjligt att finansiera studierna genom preventionsersättning, alltså när den försäkrade inte har någon nedsatt arbetsförmåga, ska mot denna bakgrund krävas att studierna görs i *omställningssyfte*. Det ska således handla om en situation där omställning är nödvändig och den försäkrade, om han eller hon fortsätter i sitt nuvarande arbete, kommer drabbas av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Det ska således finnas ett krav på att den försäkrades arbetssituation måste ändras för att arbetsoförmåga inte ska uppstå. Andra alternativa insatser som skulle kunna medföra att den försäkrade kan bibehålla arbetsförmågan i ordinarie arbete ska också bedömas vara utsiktslösa. Utbildning som rehabiliteringsinsats ska, för att kunna medföra rätt till den nya förmånen, alltså vara en *nödvändig förebyggande åtgärd*.

Försäkrade som inte befinner sig i en sådan situation, men som av någon annan anledning vill studera, kan finansiera sina studier med studiemedel. Det kan i och för sig även försäkrade som befinner sig i en sådan situation, men att den försäkrade under sådana omständigheter tvingas till studielån anser utredningen kunna leda till att personer avstår från att omskola sig även om det är den mest rimliga lösningen för att hantera de problem den försäkrade har i att fort-

sätta sin anställning i det aktuella arbetet. Det kan vidare anses oskäligt att under sådana omständigheter kunna anses tvingas in i en studieskuld. Stöd ska alltså inte slentrianmässigt beviljas för utbildning. Samma antagningskrav ska vidare gälla för dem som studerar med preventionsspenning som andra som söker sig till en viss utbildning.

Utredningen bedömer vidare att möjligheten att studera med den nya ersättningen inte innebär en beaktansvärd ökad risk för missbruk av förmånen eller beaktansvärda ökade incitament för försäkrade att söka sig till förmånen. För att kunna använda möjligheten att finansiera sina studier med preventionssättning behöver individen kunna visa att detta är en nödvändig åtgärd i omställningssyfte. Det är alltså inte möjligt att utan vidare finansiera sina studier genom preventionssättning. Utredningens bedömning är därmed att det inte finns en beaktansvärd risk att förmånen utnyttjas felaktigt av personer som inte har rätt till ersättningen för att finansiera sina studier.

Försäkringskassan har i dagsläget kompetens att identifiera ärenden som har behov av rehabiliteringsinsatser, men kan behöva inspel från andra aktörer för att se om insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga. Det är därmed naturligt att myndigheten inhämtar den försäkrades, hans eller hennes arbetsgivares och fackliga organisations samt hälso- och sjukvårdens perspektiv och bedömning i frågan. För arbetslösa försäkrade utgör även Arbetsförmedlingen en sådan aktör. Det är alltså med dessa underlag som den försäkrade ska kunna visa att han eller hon har rätt till förmånen. Om Försäkringskassan från dessa aktörer får underlag till stöd för att andra åtgärder inte är aktuella och att utbildning är nödvändigt ska preventionssättning för utbildningsinsatsen beviljas. Precis som för andra åtgärder är det Försäkringskassan som beslutar om rätt till ersättning och ansvarar för bedömningen om utbildning i omställningssyfte är adekvat beskriven som nödvändig åtgärd och kan medföra rätt till ersättning.

För en anställd försäkrad bör typsituationen handla om att utbildning behövs för att den försäkrade ska få en annan tjänst hos sin nuvarande arbetsgivare. Men om arbetsgivaren inte kan erbjuda något annat arbete, och omställning likväl är nödvändigt, ska det vara möjligt att bevilja den nya förmånen för utbildning även till arbete tjänst hos en annan arbetsgivare. Det är också viktigt att betona att preven-

tionsersättning inte bara kan beviljas den som har en anställning. Även den som är arbetslös kan i teorin beviljas ersättningen för erforderlig utbildning som uppfyller något av syftena för ersättningen. Det är emellertid svårt att föreställa sig en situation där detta kan bli aktuellt eftersom den arbetslöse inte har ett arbete som kan vara skadligt för hälsan. För en arbetslös som riskerar sjukdom eller ned-satt arbetsförmåga bör det i stället vara andra åtgärder, såsom medicinsk behandling, som i första hand blir aktuellt som förebyggande åtgärd.

22.2.4 Steglös ersättning för inkomstförlust

Utredningens förslag: Ersättning i form av preventionspenning ska beviljas en försäkrad som gör inkomstförlust till följd av att delta i förebyggande åtgärd som är planerad och dokumenterad i en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan.

Preventionspenning ska beviljas steglöst för inkomstförlust motsvarande den tidsåtgång som åtgärden tar i anspråk. Ersättning ska utges för hela timmar.

Ersättningen ska beräknas på samma beräkningsunderlag som för sjukpenning.

Skälen för utredningens förslag: Av problemanalysen framgår bl.a. att den förebyggande sjukpenningens begränsning till faktisk tid och till minst två timmar om dagen utesluter många försäkrade från ersättningen och kan medföra att enskilda måste avstå från nödvändig behandling, se vidare avsnitt 20.4.4.

Enligt utredningens förslag ska preventionspenning utgöra en förmån som en försäkrad kan få om han eller hon gör inkomstförlust genom att delta i en rehabiliteringsåtgärd som har något av de syften som framgår i avsnitt 22.2. Förmånen avser förebyggande åtgärder och kompletteras med möjligheten till preventionsbidrag för merkostnader.

En grundläggande tanke med förslaget om preventionsersättning är att det är en ersättningsform som i högre utsträckning än tidigare ska möjliggöra för den försäkrade att delta i förebyggande rehabilitering och samtidigt kunna få ersättning från socialförsäkringsbalken i de fall inkomstförlust uppkommer. Enligt nuvarande regel-

verk och rättspraxis kan t.ex. ersättning i form av förebyggande sjukpenning lämnas endast för den faktiska tid som själva behandlingen eller rehabiliteringen tar samt för vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen (se HFD 2019 ref. 42).

Utredningen menar att nuvarande konstruktion utgör hinder för möjligheten att på ett optimalt sätt använda förmånen för att förebygga eller förkorta sjukdom och att detta utgör ett problem i den praktiska tillämpningen. Detta har också förts fram av bl.a. ISF (se avsnitt 20.5). Framför allt kravet på att behandlingen eller rehabiliteringen ska pågå under minst två timmar (25 procent av heltid) under en viss dag gör att många behandlingsformer utesluts, eller att hälso- och sjukvården i vissa fall justerar den faktiska tidsåtgången för att den ska stämma med kraven i regelverket. Som tidigare nämnts kan avståndet till vårdinrättningen också innebära ojämlikhet i tillämpningen av den nuvarande förmånen, där den som har längre restid kan ha rätt till ersättning medan en försäkrad med kortare restid inte kommer upp i den tid som krävs för ersättning en enskild dag och därför nekas förebyggande sjukpenning. Det finns enligt utredningens uppfattning därför skäl att överväga en annan lösning för ersättning vid rehabilitering som inte är kopplad till att rehabiliteringsåtgärd ska uppgå till en viss minsta tidsåtgång under en viss dag.

Utredningen är medveten om att ersättningsfrågan i många fall i praktiken inte utgör något större problem. Den arbetstagare som behöver insatser i form av förebyggande åtgärder eller arbetslivs-inriktad rehabilitering behöver i många fall inte göra någon inkomstförlust utan får hos många arbetsgivare sedvanlig lön också under denna tid. Rätten till att delta i sådan behandling under arbetstid regleras ofta i kollektivavtal. Men för att preventionersättning ska kunna beviljas krävs att den försäkrade gör inkomstförlust genom att genomgå en rehabiliteringsåtgärd och därmed inte har möjlighet att skaffa inkomst genom arbete.

Steglös ersättning baserad på inkomstförlust

Avsikten med den nya ersättningen är att den ska fungera bättre än dagens förmåner och vara mer träffsäker genom att ersättningen inte ska vara begränsad till att ersättas med kvartiler eller för insatser som

omfattar minst 25 procent av heltid under en dag. I stället ska ersättningen enligt utredningens förslag kunna beviljas steglöst.

Sjukförsäkringen vilar på inkomstbortfallsprincipen. Utgångspunkten för bestämmande av rätt till preventionspenning är således om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Förmånen omfattar dock även arbetslösa, varför dessa personer kan kompenseras för inkomstförlust då de är förhindrade att söka och ta förvärvsarbete till följd av att de genomgår rehabilitering.

Enligt utredningens förslag ska ersättningen för inkomstförlust i stället kunna lämnas steglöst, baserat på den faktiska inkomstförlusten den försäkrade har gjort under de dagar han eller hon har genomgått förebyggande behandling eller rehabilitering. Det innebär att även inkomstförlust till följd av mindre omfattande insatser än 25 procent av en dag föreslås kunna ge rätt till ersättning.

En grundläggande tanke med den nya förmånen är att den ska möjliggöra för den försäkrade att delta i förebyggande insatser. Det finns därför skäl för att den enskilde ska ersättas även för tid som inte omfattar endast den faktiska rehabiliteringsinsatsen, utan också annan nödvändig tidsåtgång som orsakats av insatsen. I beräkningen av den tid som ersätts ska därför även ingå inkomstförlust som uppstått t.ex. för tid som avser vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen. Detsamma gäller om den försäkrade till följd av behandlingen av medicinska skäl behöver avstå arbete före och/eller efter att insatsen har genomförts. Det kan t.ex. handla om försäkrade som efter en dialysbehandling behöver återhämtning innan han eller hon kan börja arbeta igen. Tillstöter ytterligare, oväntade komplikationer av en medicinsk behandling kan den försäkrade i stället ansöka om sedvanlig ersättning vid nedsatt arbetsförmåga, såsom sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga eller sjuklön för en anställd.

För att en försäkrad ska kunna få preventionspenning krävs att det finns en fastställd SGI för den försäkrade. Detta utgör ingen skillnad mot vad som gäller med den nuvarande rehabiliteringspenningen. Ersättningen beräknad på samma sätt som sjukpenning.

Ersättningen baseras på inkomstförlust för åtgärder

En avgörande skillnad mot nuvarande rehabiliteringsförmåner är att preventionersättning ska vara steglös och baseras på den tid som den planerade behandlingen eller rehabiliteringen faktiskt tar i anspråk, och under vilken den försäkrade gör inkomstförlust till följd av att han eller hon är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete under denna period. Den steglösa beräkningen innebär vidare att det inte kommer att krävas att rehabiliteringsinsatsen måste uppgå till en viss mängd timmar och i steg om kvartiler under en viss dag, som är fallet med dagens rehabiliteringsförmåner. Det är i stället den faktiska inkomstförlust under den tid som rehabiliteringen tar i anspråk som ersätts genom förmånen. Preventionersättningen är dock fortfarande en dagersättning, vilket innebär att en försäkrad måste göra inkomstförlust en viss dag för att ersättning ska kunna beviljas för den aktuella dagen. Vid beräkningen av den tidsåtgång en viss rehabilitering tar i anspråk en viss dag ska tiden avrundas nedåt till hela timmar. För att en sådan beräkning ska vara möjlig kommer det att behöva ställas högre krav på innehållet i en preventionsplan med precisering av när, i vilken omfattning och hur länge rehabiliteringsinsatsen kommer att pågå.

Förändringen innebär som exempel att en förebyggande medicinsk behandlingsåtgärd bestående av KBT en timme om dagen tre dagar i veckan under åtta veckors tid kommer att kunna ersättas genom den nya förmånen. Detta hade inte varit möjligt med gällande regelverk eftersom insatsen understiger 2 timmar per dag. I det omnämnda fallet kommer ersättningen enligt utredningens förslag motsvara den inkomstförlust den försäkrade sammantaget gör under den planerade rehabiliteringsperioden, dvs. totalt 24 timmar.

Den ersättning som en försäkrad kan få vid behandling eller rehabilitering beror sammantaget på den inkomstförlust som han eller hon gör till följd av inte kunna skaffa inkomst genom förvärvsarbete. Beräkningen av inkomstförlusten utgår från den tid som den försäkrade enligt rehabiliteringsplanen måste avstå från förvärvsarbete och avrundas nedåt till hela timmar.

Preventionsåtgärder på eller utanför arbetstid

Ett problem som utredningen har kunnat notera i sin analys är att Försäkringskassan i ärenden om förebyggande sjukpenning emellanåt gör bedömningen att förebyggande behandling lika gärna kan utföras efter arbetstid som under arbetstid. Denna bedömning sker först i samband med att beslut om rätt till förebyggande sjukpenning fattas. Det innebär att en behandlingsplan för medicinsk behandling eller rehabilitering kan ha godkänts, men att den försäkrade ändå nekas ersättning vid beslutstillfället med motiveringen att behandlingen skulle ha kunnat utföras utanför arbetstid.

Ett krav på inkomstförlust för uteblivet förvärsarbete innebär också att insatsen ska utföras på arbetstid för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det är den faktiska förläggningen av insatsen som är avgörande. Mycket av den egenvård som utgör väsentliga delar av många moderna rehabiliteringsinsatser kan rimligen förläggas utanför arbetstid. Sådan tid kommer då inte heller kunna ersättas med den nya förmånen. Det finns å andra sidan ofta goda skäl för att utföra rehabiliteringen dagtid. Utöver hänsyn till vårdgivarens tider kan det finnas anledning att den försäkrade utför behandlingsinsatserna i lugn och ro, vilket för vissa försäkrade kan vara svårt att uppnå på kvällstid. Avgörande för frågan bör enligt utredningens mening vara när vårdgivaren har möjlighet att erbjuda behandlingen eller rehabiliteringen och när vårdgivaren bedömer att det är lämpligt att den utförs. Det är också viktigt att denna bedömning görs utifrån den faktiska rehabiliteringen; det ska inte vara en teoretisk bedömning av huruvida rehabiliteringen hade kunnat utföras utanför arbetstid. Det är därför av vikt att det redan av preventionsplanen tydligt framgår när och hur insatsen är tänkt att utföras. Yttre omständigheter, t.ex. sjukdom eller vård av sjukt barn, kan naturligtvis medföra att planen behöver revideras.

Preventionspenning parallellt med sjukpenning

I vissa fall kan den försäkrade få preventionspenning parallellt med sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga. En sådan situation kan till exempel uppstå om den försäkrade är partiellt sjukskriven med sjukpenning på denna del och samtidigt arbetar partiellt. Om Försäkringskassan exempelvis remitterar den försäkrade till en försäkrings-

medicinsk utredning och han eller hon behöver avstå helt från arbete under utredningstiden kan preventionspenning betalas ut för resterande del.⁷³ Detsamma gäller om en deltidssjukskriven försäkrad behöver avstå från arbete i ytterligare omfattning för att delta i en förebyggande behandling eller rehabilitering i syfte att exempelvis motverka ytterligare försämrad arbetsförmåga. Motsvarande gäller i dag om den försäkrade har både sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga och sjukpenning i förebyggande syfte.

I fall där den försäkrade är partiellt sjukskriven med sjukpenning och på en mindre del genomgår en förebyggande rehabiliteringsåtgärd med preventionspenning uppstår inget glapp för inkomst; den försäkrade arbetar till den del han eller hon inte är sjukskriven eller genomgår åtgärder. Om den försäkrade redan är beviljad hel sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga kan han eller hon där emot inte få någon preventionspenning i samband med utredning, behandling eller rehabilitering, detta eftersom det inte uppstår någon inkomstförlust till följd av att den försäkrade inte kan utföra förvärvsarbete i denna situation.

SGI-skydd under tid med preventionsersättning

Under tid som den försäkrade får preventionsersättning till följd av deltagande i förebyggande åtgärd ska hans eller hennes SGI vara skyddad. Detta motsvarar vad som gäller för dagens förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.⁷⁴

22.2.5 Preventionspenningens koppling till rehabiliteringskedjan

Utredningens förslag: En sjukperiod enligt rehabiliteringskedjan ska inte anses ha påbörjats under period då endast preventionsersättning utbetalas. Under tid som den försäkrade genomgår en förebyggande åtgärd som ersätts med preventionspenning ska således inte dagar i rehabiliteringskedjan räknas.

⁷³ Denna typ av utredning räknas även i dagsläget som medicinsk rehabilitering och kan ge rätt till förebyggande sjukpenning, enligt ett rättsligt ställningstagande av Försäkringskassan, FKRS 2008:04, se Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 12, s. 43.

⁷⁴ 26 kap. 17 § SFB.

Skälen för utredningens förslag: Rehabiliteringskedjan innehåller inte, namnet till trots, konkreta inslag av rehabilitering, se avsnitt 18.2. Det rör sig i stället om ett regelverk med fasta tidsgränser som avgör mot vilket arbetsmarknadsbegrepp en sjukskriven försäkrads arbetsförmåga ska jämföras.

Den förebyggande sjukpenningens koppling till rehabiliteringskedjan framgår av lagtexten i 27 kap. 26 § SFB. Enligt andra punkten i bestämmelsen utgör tid då den försäkrade har förebyggande sjukpenning en sjukperiod.

Utredningen har vidare redogjort för rehabiliteringspenningens koppling till rehabiliteringskedjan och att kravet för att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas i dagsläget i dagsläget är att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel enligt den bedömningsgrund som är aktuell enligt rehabiliteringskedjans gränser (se avsnitt 19.1).

Som framgår av redogörelsen för utredningens förslag utgör nedsatt arbetsförmåga inte ett kriterium för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det finns därmed inte heller någon naturlig koppling till den s.k. rehabiliteringskedjan, som i huvudsak bestämmer vilket arbetsmarknadsbegrepp den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot vid olika tidpunkten i en sjukperiod. Under tid som preventionsersättning betalas ut ska den försäkrade därför inte heller få sin arbetsförmåga bedömd enligt rehabiliteringskedjan.

Ingen sjukperiod påbörjas under tid med preventionspenning

Enligt gällande regelverk inleds en sjukperiod när den försäkrade har en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan, har rätt till förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall.⁷⁵ Sjukperioden för en försäkrad som har förebyggande sjukpenning avbryts redan vid en enskild dag då den försäkrade inte längre får ersättningen.⁷⁶

Sjukperioden är således kopplad till krav på antingen sjukdom och nedsatt arbetsförmåga eller till ersättning som i sin tur kräver sådan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

⁷⁵ 27 kap. 26 § SFB.

⁷⁶ Jfr Prop. 1991/92:40 s. 64 och Försäkringskassan, vägledning 2015:1, version 14, s. 49.

Utredningen har emellertid ovan redogjort för att kriterierna för rätt till preventionersättning inte kräver att den försäkrade har sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga; tvärtom är förmånen avsedd för åtgärder som ska förhindra att sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga över huvud taget uppkommer. Vidare har ovan redogjorts för att den förebyggande förmånen ska lyftas bort från sjukpenningens område och att förmånen inte uppställer sjukpenningens grundläggande krav på sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Det framstår därför inte heller som ändamålsenligt att tid med förebyggande åtgärder, som inte innebär att sjukdom har uppstått, ändå ska medföra att en sjukperiod ska anses påbörjad.

Enligt utredningens förslag ska därför tid under vilken den försäkrade genomgår en förebyggande insats som endast ersätts med preventionersättning inte anses utgöra en sjukperiod. Detta hindrar emellertid inte att en sjukperiod ändå pågår i det fall den försäkrade samtidigt har exempelvis partiell sjukpenning.

Enligt utredningens förslag kommer därmed inte heller dagar i rehabiliteringskedjan att räknas under tid med en sådan åtgärd. En försäkrad som blir sjukskriven och får nedsatt arbetsförmåga efter att en sådan förebyggande insats har avslutats kommer således att inleda en ny sjukperiod och befinna sig på dag 1 i rehabiliteringskedjan.

Ingen bortre tidsgräns för hur länge preventionersättning kan utbetalas

Preventionersättning ska kunna betalas ut så länge det är fråga om en behandling eller insats som uppfyller syftet för ersättningen och sker enligt en av Försäkringskassan upprättad preventionsplan. I detta avseende motsvarar ersättningen vad som gäller i dag för den förebyggande sjukpenningen.

22.2.6 Preventionspenning i särskilda fall

Utredningens förslag: Den nya ersättningsformen *preventionspenning i särskilda fall* ska införas.

En försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning

kunnat betalas ut, eller en försäkrad som har haft aktivitetsersättning och vars rätt till aktivitetsersättning upphör på grund av att han eller hon fyller 30 år, ska kunna beviljas preventionspenning i särskilda fall. Preventionspenning i särskilda fall ska vara möjlig att få från och med dagen efter den då rätten till sådan tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning upphör.

För rätt till preventionspenning i särskilda fall ska det, liksom för preventionspenning, krävas att den försäkrade genomgår en förebyggande medicinsk eller arbetslivsriktad åtgärd i syfte att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Åtgärden ska vara nödvändig för att minst något av syftena ska kunna uppnås och olika typer av åtgärder kan kombineras.

För rätt till preventionspenning i särskilda fall ska också krävas att den försäkrade på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i socialförsäkringsbalken inte skulle ha rätt till preventionspenning för hel dag motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag.

Preventionspenning i särskilda fall ska lämnas med högst 160 kronor per dag. För en försäkrad som har partiell sjukersättning ska beloppet justerat proportionerligt i enlighet med förmånsnivån på sjukersättningen.

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

Skälen för utredningens förslag: Ersättningsformerna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall kom till samtidigt och avser att skydda samma grupp försäkrade från att bli utan ersättning vid sjukdom och rehabilitering efter att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffats. Sjukpenning i särskilda fall kan enligt nuvarande regelverk beviljas även för medicinsk behandling och rehabilitering i förebyggande syfte och motsvarar således den förebyggande sjukpenningen.

Enligt utredningens förslag ska den förebyggande sjukpenningen ersättas med den nya förmånen preventionsersättning. En konsekvens av förslaget är att den grupp försäkrade som i dag omfattas av

reglerna om sjukpenning i särskilda fall skulle gå miste om möjligheten att få ersättning för den typ av åtgärder som i dagsläget täcks av den förebyggande sjukpenningen. Utredningen anser mot denna bakgrund att det ska införas en ny förmån – preventionspenning i särskilda fall – utöver den ordinarie preventionspenningen. Denna ersättning avser att tillgodose behovet av ersättning för denna grupp försäkrade och motsvarar till sin uppbyggnad enligt förslaget hur ersättningstyperna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall är konstruerade.

Utredningens förslag innebär inte någon utökning eller minskning av denna målgrupp. Samma kriterier ska därför gälla för att en försäkrad ska omfattas av reglerna som för sjukpenning eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Det innebär även att om den försäkrade en gång har förlorat rätten till preventionspenning i särskilda fall så går den inte att få tillbaka vid ett senare tillfälle.⁷⁷

Vilka ingår i personkretsen?

För att ingå i personkretsen som omfattas av rätten till rehabiliteringspenning i särskilda fall måste den försäkrade dels ha haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning som upphör för att personen fyller 30 år, dels ha låg eller ingen SGI. Dessa villkor motsvarar vad som gäller för personkretsen för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Personkretsen omfattar därmed två grupper av försäkrade:

- De som fått tidsbegränsad sjukersättning under maximal tid enligt de övergångsregler som infördes i samband med att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades.
- De som har fått aktivitetsersättning till och med månaden innan de fyllt 30 år och därmed inte kan få ersättning längre.

För att tillhöra personkretsen krävs därutöver att den försäkrade skulle få låg eller ingen preventionspenning till följd av reglerna om SGI. Kravet är uppfyllt om den försäkrade inte skulle ha rätt till preventionspenning motsvarande vad som för preventionspenning medför en ersättning om minst 160 kronor per hel kalenderdag, dvs.

⁷⁷ Jfr Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10, s. 90.

den inkomstförlust en person som behöver avstå från förvärvsarbete en hel kalenderdag skulle få. Kravet på en preventionspenning som på fortsättningsnivå är lägre än 160 kronor per kalenderdag uppfylls om den försäkrades SGI är lägre än 80 300 kronor.⁷⁸ Rätten till preventionspenning i särskilda fall upphör när den försäkrade har en SGI eller skulle kunna få en SGI som uppgår till minst 80 300 kronor.

I den grupp försäkrade som har fått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelserna i 4 kap. 31 § lagen om införande av socialförsäkringsbalken kan finnas försäkrade som vid utgången av en period med tidsbegränsad sjukersättning inte har någon sjukpenninggrundande inkomst att återfå och försäkrade som då har en sjukpenninggrundande inkomst att återfå, men där denna inte leder till att den försäkrade skulle ha rätt till hel preventionspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag. Så är fallet när det för den försäkrade kan fastställas en sjukpenninggrundande inkomst som understiger 80 300 kronor.

När inträder rätten till preventionspenning i särskilda fall?

En försäkrad kan få rätt till preventionspenning i särskilda fall från och med dagen efter den dag då

- rätten till tidsbegränsad sjukersättning upphörde, eller
- rätten till aktivitetsersättning upphörde på grund av att han eller hon fyller 30 år.

Ersättningsnivåer för preventionspenning i särskilda fall

Till skillnad från sjukpenning i särskilda fall ska rehabiliteringspenning i särskilda fall inte betalas ut på fyra förmånsnivåer med fasta ersättningsbelopp. Det beror på att preventionspenningen till sin karaktär ska vara steglös. I stället baseras beloppet på den del av en kalenderdag som åtgärden pågår. För en åtgärd som pågår en hel kalenderdag betalas ersättning med 160 kronor och för en mindre del av en dag betalas ersättning med ett belopp som motsvarar den

⁷⁸ Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10, s. 75.

del av 160 kronor som utgör den del av en dag som åtgärden har förhindrat den försäkrade från förvärvsarbete.

Rehabiliteringspenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka. Detta kan bli aktuellt exempelvis om den försäkrade genomgår behandling mot missbruk under en längre sammanhängande period på exempelvis behandlingshem.

22.2.7 Preventionsbidrag

Utredningens förslag: Den försäkrade ska ha rätt till ersättning för sådana nödvändiga merkostnader som uppkommer till följd av insatser som berättigar till preventionspenning. Sådana merkostnader ska ersättas genom den nya förmånen *preventionsbidrag*.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna meddela närmare föreskrifter om sådant bidrag.

Utredningens bedömning: Motsvarande merkostnader som i dag kan ersättas genom rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag bör ersättas genom preventionsbidrag, med tillägget att även motsvarande merkostnader för förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering bör ersättas.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Med utredningens förslag om den nya förmånen preventionspenning kommer det att uppkomma situationer där det uppstår merkostnader för en försäkrad när han eller hon deltar i förebyggande åtgärder av medicinsk och/eller arbetslivsinriktad karaktär. Exempel på sådana merkostnader är kursavgifter, kostnader för läromedel, resekostnader, logi och kostnader för ledsagare. Utredningen bedömer att merkostnader bör kunna ersättas vid förebyggande insatser. Som konstaterats avseende rehabiliteringsersättningen kan inlåsnings effekter uppstå om möjligheterna för försäkrade att delta i insatser begränsas för att det exempelvis inte finns möjlighet att få kostnaden för resor ersatta, se vidare avsnitt 19.7. En sådan begränsning riskerar i sin tur att insatsen inte kan genomföras på ett adekvat sätt, eller inte alls, vilket riskerar att den inte blir så effektiv som den annars hade kunnat bli. Möjligheten att få ersättning för merkostnader vid behandling

för exempelvis nödvändiga resor fyller därmed en viktig funktion. Visserligen har konstaterats att det nuvarande särskilda bidraget som finns för rehabiliteringsåtgärder nästan uteslutande används för att ersätta resekostnader, men utredningen anser att det inte utgör skäl att begränsa möjligheten att få ersättning endast för sådana utgifter. Det är viktigt att många tänkbara utgifter kan ersättas för att inläsningseffekter i det enskilda fallet ska kunna motverkas.

Utredningen föreslår därför att en merkostnadsersättning införs för kostnader som uppstår till följd av och i samband med insatser som kan berättiga till preventionspenning. Med hänsyn till de systematiska likheterna med rehabiliteringsersättningens uppbyggnad har övervägts att även låta denna merkostnadsersättning heta *särskilt bidrag*. Att ha samma namn för två olika sorters ersättningar kan dock leda till otydligheter. Dessutom föreslår utredningen att särskilt bidrag inom rehabiliteringsersättningen ska byta namn.

Utredningen föreslår därmed att merkostnadsersättningen för preventionsersättningen ska ha namnet preventionsbidrag. Preventionsersättning i form av preventionspenning gäller därmed för inkomstförluster på grund av deltagande i förebyggande insatser och preventionsersättning i form av preventionsbidrag ska ge ersättning för de merkostnader som kan uppstå på grund av deltagande i sådana insatser.

För att den försäkrade ska kunna få ersättning för merkostnader ska det röra sig om merkostnader för deltagande i sådana insatser som ger rätt till preventionsersättning. Något krav på att deltagandet ska uppgå till en viss omfattning, exempelvis en fjärdedel av den försäkrades arbetsutbud, finns inte.

Det ska vara möjligt att få ersättning för merkostnader utan att ansöka om eller beviljas preventionspenning. Utredningen bedömer att en sådan möjlighet kan fylla en funktion bland annat för försäkrade som inte har någon SGI.

22.2.8 Handläggnings- och beslutsprocessen vid preventionersättning

Utredningens förslag: Försäkringskassan ska upprätta en preventionsplan om en försäkrad ska genomgå sådana förebyggande åtgärder som kan ge rätt till preventionspenning. En sådan plan ska till sitt innehåll motsvara en rehabiliteringsplan.

Vid prövning av rätt till preventionersättning ska endast ett beslut fattas: Kravet på en särskild medicinsk behandlingsplan och ett särskilt beslut om att godkänna planen vid förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering avskaffas.

Skälen för utredningens förslag: I avsnitt 20.4.5 redogörs för att förebyggande sjukpenning är administrativt krävande för både enskilda försäkrade och läkare, bland annat på grund av kraven om två ansökningar med separata beslut. Utredningens förslag innebär några förändringar av hur handläggningsprocessen kommer att se ut för bland andra Försäkringskassan.

Enligt utredningens förslag ska en ansökan om ersättning göras av den enskilde när det finns en plan för förebyggande insatser. Ansökan kan göras antingen inför en planerad rehabilitering eller när delar av eller hela behandlingen eller rehabiliteringen är genomförd. I ansökan ska redovisas vilken tid den försäkrade behöver avstå från arbete för att delta i behandling eller rehabilitering. Försäkringskassan ska sedan bedöma om alla villkor är uppfyllda och om ersättning därmed kan betalas ut.

Försäkringskassan ska göra bedömningen av om förutsättningarna för preventionersättning är uppfyllda

En viktig fråga är att avgöra i vilka fall som det är aktuellt med förebyggande rehabiliteringsinsatser och i vilka fall sådan rehabilitering ska anses medföra rätt till preventionspenning och/eller preventionsbidrag.

Precis som vid andra förmåner inom sjukförsäkringen i socialförsäkringsbalken är det Försäkringskassan som ska ansvara för att besluta om rätt till ersättning och därmed om förutsättningarna för preventionersättning är uppfyllda. Denna bedömning bör emeller-

tid vara begränsad till den försäkringsjuridiska bedömningen av om kriterierna i försäkringen är uppfyllda. Det innebär exempelvis att Försäkringskassans handläggare inte ska göra en medicinsk bedömning i frågan om en viss medicinsk behandling är lämpad för att minska risken att en person blir sjuk, eller avgöra om det finns vetenskaplig evidens för potentialen att en viss rehabiliteringsåtgärd kan anses vara framgångsrik.

En utgångspunkt vid denna bedömning ska vara om något av de syften som anges som kriterier för ersättningen är uppfyllda. Om den enskilde ska genomgå en rehabiliteringsåtgärd med syftet att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller motverka nedsättning av arbetsförmåga bör ersättning typiskt sett kunna utges. Det är eftersträvansvärt att de åtgärder som de försäkrade genomgår också är effektiva. En förutsättning är att insatsen framstår som rimlig och utgör en åtgärd som på ett övergripande plan kan bedömas vara effektiv. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.⁷⁹

Avsikten är inte att Försäkringskassan ska göra någon ingående bedömning av innehållet i en rehabiliteringsåtgärd eller en förhandsbedömning av om den enskilda rehabiliteringsåtgärden är adekvat eller inte, dvs. i t.ex. att förhindra att sjukdom uppkommer eller att en försäkrad drabbas av arbetsoförmåga. En sådan bedömning kan också vara mycket svår att göra på förhand. Denna bedömning måste i stället huvudsakligen åligga utföraren av åtgärden att göra, dvs. hälso- och sjukvården i fråga om medicinsk behandling och rehabilitering och arbetsgivaren med exempelvis stöd av företagshälsovård eller facklig organisation, eller Arbetsförmedlingen, i fråga om arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet med en arbetslivsinriktad åtgärd såsom arbetsträning kan också vara att kartlägga om arbetsförmåga fortsatt finns i det ordinarie arbetet. Innan sådan arbetsträning har påbörjats kan det vara svårt att uttala sig om dess effekter.

För att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga krävs således inte att det är sannolikt att insatserna kan leda till att den försäkrade kan behålla arbetsförmåga. Det kan konstateras att något stöd för att en sådan prognosbedömning ska göras av Försäkringskassan innan rehabiliteringsersättning kan beviljas inte heller finns i dagens regelverk. I stället är det syftet med rehabiliteringsåtgärden som är avgörande för om rehabiliter-

⁷⁹ 30 kap. 6 a § SFB.

ingersättning kan beviljas.⁸⁰ Avsikten med utredningens förslag är inte att göra bedömningen striktare än i dag.

Det sagda innebär emellertid inte att t.ex. vilken medicinsk insats som helst ska kunna berättiga till ersättning; Försäkringskassan måste i det enskilda fallet i första hand bedöma dels huruvida rehabiliteringsbehov föreligger, dels om den föreslagna åtgärden framstår som en adekvat åtgärd som uppfyller ett eller flera syften med ersättningen.

Försäkringskassan ska upprätta en preventionsplan vid förebyggande åtgärder

En av Försäkringskassan upprättad rehabiliteringsplan är i dag ett krav vid rehabiliteringsåtgärder som kan medföra rätt till rehabiliteringsersättning. Enligt utredningens förslag ska preventionersättning kunna utges vid såväl medicinsk som arbetslivsinriktad rehabilitering i förebyggande syfte. Enligt utredningens förslag ska även i dessa situationer en plan upprättas i form av en preventionsplan.

Förslaget innebär att Försäkringskassan i dessa fall i ett tidigare skede än i dag behöver upprätta en plan i de fall sådan förebyggande rehabilitering blir aktuell och kan medföra rätt till preventionersättning. En sådan plan kan enligt förslaget alltså behöva upprättas också när den försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga. Till skillnad från i dag innebär förslaget att en sådan plan ska upprättas oavsett insatsernas karaktär – dvs. också när rehabiliteringsinsatserna helt eller delvis är av medicinsk art. Det kan poängteras att det inte är något krav att förmånen ska beviljas för att en plan ska upprättas, utan det räcker med att det är fråga om en åtgärd som *kan* medföra rätt till ersättning.

Preventionsplanen fyller flera viktiga syften. Den är dels ett instrument för Försäkringskassans bevakning av ett erforderliga preventionsåtgärder genomförs i det enskilda fallet, dels ett underlag för Försäkringskassan inför beslut om rätt till ersättning. Det är i denna plan som den planerade rehabiliteringen beskrivs; vilka typer av åtgärder som ska genomföras och en tidplan för när dessa ska genomföras. I fråga om medicinsk behandling och rehabilitering behöver

⁸⁰ 31 kap 3 § SFB. Den försäkrade ska delta i arbetslivsinriktad rehabilitering som *avser* att

1. förkorta sjukdomstiden, eller

2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

rehabiliteringsplanen också ange när det planerade behandlingen ska äga rum. Om den försäkrade inte behöver avstå från arbete, t.ex. om behandlingen ska utföras på ledig tid, kan preventionspenning inte betalas ut för denna tid.

Enligt utredningens förslag kommer också preventionsersättning att vara direkt kopplad till preventionsplanens beskrivning av åtgärdernas omfattning, varaktighet och tidsåtgång. Det är den period som beskrivs i preventionsplanen som kommer att ligga till grund för bestämmandet av ersättningen.

En preventionsplan ska, liksom en rehabiliteringsplan, innehålla

- de åtgärder som ska komma i fråga,
- uppgift om vem som ansvarar för åtgärderna,
- en tidsplan för åtgärderna,
- övriga uppgifter som behövs för att genomföra åtgärderna.

Försäkringskassan ska fortlöpande se till att preventionsplanen följs upp och vid behov revideras.

Förebyggande åtgärder ska planeras i samråd med den enskilde och utgå från dennes förutsättningar och behov. Den försäkrade är å sin sida skyldig att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering och att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. I det fall rehabiliteringen innefattar nödvändiga förberedelser och om den försäkrade av medicinska skäl behöver avstå arbete före och/eller efter åtgärden ska detta framgå i rehabiliteringsplanen.

En administrativt enklare process vid förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering – endast ett beslut om ersättning och inget krav på särskild medicinsk behandlingsplan

Enligt dagens regelverk om förebyggande sjukpenning måste en medicinsk behandlingsplan ges in till Försäkringskassan innan rätten till ersättning kan prövas. Behandlingsplanen prövas sedan i ett separat beslut. Försäkringskassans beslut om godkännande av behandlingsplan utgör inte ett överklagbart beslut, eftersom det inte har några faktiska verkningar när det gäller den försäkrades rätt till själva ersättningen förebyggande sjukpenning. Det innebär att det är först

när en person får ett beslut om rätt till själva förmånen förebyggande sjukpenning eller inte som personen säkert vet om han eller hon har rätt till ersättning.

ISF har uttryckt att tvåstegsförfarandet med beslut om godkännande av en behandlingsplan innan påbörjad behandling, och separat beslut om ersättning efter genomförd behandling, kan orsaka en osäkerhet för den enskilde. Det framgår av rättspraxis (HFD 2020 not. 14) att godkännandet av behandlingsplanen utgör ett förvaltningsbeslut samt att detta beslut inte är överklagbart. En konsekvens av det kan enligt ISF bli att personen avstår från att genomgå förebyggande behandling eller rehabilitering.⁸¹

Försäkringskassan har anfört att myndigheten inte ser att det med nuvarande regelverk är möjligt eller lämpligt att frångå tvåstegsförfarandet. Med gällande regelverk kan Försäkringskassan inte ge den enskilde beslut om både behandlingsplan och ersättning innan han eller hon faktiskt har avstått från arbete eller arbetssökande. Myndigheten menar att det skulle bli än större osäkerhet för den enskilde om Försäkringskassan tog ställning till både behandlingsplan och ersättning först efter genomförd behandling eller rehabilitering. Dagens tvåstegsförfarande gör att den enskilde tidigt får besked om huruvida behandlingen kommer att kunna leda till ersättning i ett senare skede, vilket bidrar till en förutsebarhet för den enskilde.

Utredningen delar inte ISF:s betänkligheter kring att försäkrade i någon större utsträckning skulle avstå från behandling inför risken att Försäkringskassan skulle ändra sitt beslut om godkänd behandlingsplan under vägen. Denna risk framstår som liten och beslutet om behandlingsplan utgör, som Försäkringskassans anger, ett gynnande förvaltningsbeslut som inte kan ändras till den enskildes nackdel utan vidare. Däremot kvarstår problemet med krav på en detaljerad behandlingsplan som innebär ett för vården administrativt betungande system som också leder till viss osäkerhet för den enskilde. Ett särskilt problem är att ett beslut om godkänd behandlingsplan också kan leda till förvirring hos den enskilde när ersättningen sedan nekas i processens andra beslut, t.ex. mot bakgrund av att den enskilde saknar SGI eller att han eller hon inte har deltagit fullt ut i behandlingen. Utredningen har också fått veta att sjukpenning i förebyggande syfte avslås i en del fall där Försäkringskassan i efterhand har bedömt att behandlingen har *kunnat* utföras utanför arbetstid, detta

⁸¹ ISF 2020:6.

alltså trots att behandlingsplanen i sig har godkänts i det första beslutet.

Utredningens förslag är avsedda att komma till rätta med dessa problem. Det handlar om att förenkla de administrativa kraven på vården och förenkla beslutsförfarandet och göra bedömningen tydligare för den enskilde och vårdgivaren. Det är enligt utredningens mening inte en givande lösning att ett tvåstegsförfarande behålls, men där det första beslutet inte skulle vara överklagbart.

Kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om godkännande av denna behandlingsplan tas bort

Enligt gällande regelverk ska en särskild behandlingsplan lämnas in till Försäkringskassan vid förebyggande medicinsk rehabilitering. Denna plan får anses innefatta relativt detaljerade krav med ett stort antal frågor som läkaren måste besvara.

Det finns enligt utredningens bedömning inte behov av att en sådan särskild plan upprättas. Kravet har visat sig leda till omfattande administrativa hinder för den enskilde men framför allt för hälso- och sjukvården. Försäkringskassans förändrade tillämpning har vidare gjort att en sådan behandlingsplan prövas och godkänns i ett separat beslut från beslutet om rätt till ersättning. Handläggningsordningen följer inte uttryckligen av lagstiftningen och har tagits fram av Försäkringskassan, som tidigare har genomfört processen med ett beslut. Genom senare rättspraxis har fastslagits att beslutet om behandlingsplan inte är överklagbart.

Enligt utredningens förslag ska det tvåstegsförfarande som tillämpas i dagsläget, med kravet på en separat plan som godkänns i ett separat beslut, inte kvarstå. Planeringen av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska i stället innefattas i den preventionsplan som Försäkringskassan ska upprätta i samråd med att den försäkrade bedöms ha ett rehabiliteringsbehov som kan medföra rätt till ersättning. På så sätt samordnas villkoren för olika typer av rehabilitering.

Den enskilde ansöker om ersättningen hos Försäkringskassan. I de fall grunden för rehabiliteringen är medicinsk kommer vårdgivaren att skriva ett intyg om behandlingen, med den nödvändiga information som krävs för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om det är fråga om en behandlings- eller rehabiliteringsåtgärd

med det syfte som krävs för att preventionsersättning ska kunna beviljas. Försäkringskassan tar sedan ställning till rätten till ersättning i ett beslut.

Förslaget innebär att vårdgivaren även fortsättningsvis att ansvara för att planera och dokumentera den medicinska behandling eller rehabilitering som ska genomföras. Försäkringskassan är också, precis som tidigare, beroende av att få information från vården om den medicinska rehabiliteringen för att kunna besluta om ersättning. De administrativa kraven på vården bedöms dock minska i och med avskaffandet av en särskild behandlingsplan med formkrav, som också måste godkännas i ett särskilt beslut.

Utredningen kan konstatera att förslaget inte är helt befriat från risker. Genom att föra över ansvaret för planeringen av rehabiliteringen till Försäkringskassan och den rehabiliteringsplan som ska upprättas i alla ärenden som rör rehabilitering underlättas hälso- och sjukvårdens roll och de formella kraven på en medicinsk behandlingsplan minskas. Samtidigt ställer detta högre krav på att den samordnade planeringen fungerar och att den enskilde kan få ett tydligt besked från Försäkringskassan om sin förebyggande rehabilitering och huruvida denna kan ligga till grund för ersättning genom den nya förmånen. Utredningen bedömer att detta sammantaget bör medföra en något enklare administrativ process och ett mer förutsebart tillvägagångssätt, men kan samtidigt konstatera att det ställer högre krav på att Försäkringskassan i god tid kan ta ställning till den planerade medicinska rehabiliteringen och om denna kan anses utgöra sådan rehabilitering som kan medföra rätt till preventionspenning. Med detta kommer Försäkringskassans administrativa börda också att öka något.

22.2.9 Försäkringsskyddet

Utredningens förslag: Preventionspenning ska vara en arbetsbaserad förmån och preventionsbidrag samt preventionspenning i särskilda fall ska vara bosättningsbaserade förmåner, på motsvarande sätt som i dag gäller för rehabiliteringsersättningen.

Skälen för utredningens förslag: Den som arbetar i Sverige är försäkrad för bland annat rehabiliteringspenning och den som är bosatt

i Sverige är försäkrad för bland annat rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Utredningen anser att preventionersättningen och preventionsbidraget ska behandlas på samma sätt som rehabiliteringsersättningen i frågor om försäkringsskydd.

22.2.10 Samordning med andra förmåner och andra författningar samt övriga frågor med anledning av de nya förmånerna

Utredningens förslag och bedömning: Preventionersättning och preventionspenning i särskilda fall ska hanteras på samma sätt som rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall vid övriga tillkommande frågor, såsom statlig ålderspensionsavgift, socialavgifter, samordning med andra förmåner samt förhållandet till andra rättsfrågor såsom utmätning och beskattning.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Preventionersättningen och preventionspenning i särskilda fall bedöms ha stora likheter med rehabiliteringsersättningen och rehabiliteringspenningen i särskilda fall. Utredningen anser därför att de nya förmånerna bör hanteras på samma sätt som rehabiliteringsersättningen vad gäller exempelvis frågor om hur länge den försäkrade som längst kan lämnas till den försäkrade, rätten till penningförmånen i särskilda fall, ersättningsnivåer, beräkning, förmånstid, behållande och upphörande av rätten till penningförmån i särskilda fall, reglering av vissa frågor i en särskild förordning, statlig ålderspensionsavgift, socialavgifter, bemyndigande till Försäkringskassan om verkställighet m.m.

Utredningen bedömer vidare att samma grundsyn gäller vid frågor om samordning med andra förmåner. Utredningen anser således att preventionersättningen ska behandlas på samma sätt som övriga närliggande socialförsäkringsförmåner vid exempelvis samordningen med föräldrapenning, sjukpenning, ersättning till familjehemsföräldrar, studiestöd, arbetsgivarinträde eller bedömningen av en försäkrads rätt till ersättning vid arbetslöshet, studiemedel, smittbärrapenning, närståendepenning, aktivitetsstöd, utvecklingsersättning, etableringsersättning, boendetillägg m.m.

Av samma skäl bedömer utredningen att de nya förmånerna ska behandlas på samma sätt som rehabiliteringsersättning vid frågeställningar utifrån andra rättsområden, såsom hur förmånerna ska behandlas vid utmätning och hur de ska beskattas.

22.3 Övrigt om preventionersättning och rehabiliteringsersättning

22.3.1 Kontroll och uppföljning

I direktivet till utredningen konstateras att det är viktigt att den rehabilitering som bedrivs fullgörs enligt de intentioner och planer som ledde till beslutet att bevilja ersättning. Det framgår också att det finns det skäl att överväga hur kontrollen och uppföljningen av rehabilitering bör utformas.

Som nämnts i avsnitt 19.4.7 har utredningen inte identifierat några större risker vad gäller bristande kontrollmöjligheter av rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Företrädare för Försäkringskassan har i kontakter med utredningen heller inte uppgett att de ser några direkta problem eller brister vad gäller möjligheten till uppföljning och kontroll av rehabiliteringsförmånerna.

Samtidigt är det naturligtvis viktigt att det sker uppföljning av närvaro t.ex. vid arbetsträning och andra rehabiliteringsinsatser. Detta torde i första hand kunna ombesörjas med en mer strukturerad användning av Försäkringskassans befintliga uppföljning av närvaroförsäkring vid rehabilitering. I dag används en fastställd blankett för närvaroförsäkring.

Eftersom Försäkringskassan behöver tillräckliga uppgifter om det faktiska deltagandet för att kunna ta ställning till rätten till ersättning blir det även naturligt att myndigheten i detta syfte följer upp den försäkrades närvaro och frånvaro. Detta framgår redan av förarbetena till det nuvarande regelverket. För att Försäkringskassan ska kunna uppfylla sin skyldighet inom samordningsansvaret krävs att myndigheten kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena ”för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten och att ingenting görs”.⁸² Dessutom bör det vara givet att Försäkringskassan i egenkap av samordnare av rehabiliteringsinsatser genom personlig kon-

⁸² Prop. 1990/91:141, s. 91.

takt följer den försäkrade i rehabiliteringsprocessen för att kontinuerligt kunna ta ställning till bl.a. eventuella behov av revidering av rehabiliteringsplanen.

Kontroll sker således i första hand genom att den enskilde lämnar närvaroförsäkran. Den enskilde försäkrade har också ett ansvar att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning och en skyldighet att skyndsamt informera om ändrade förhållanden som kan påverka rätten till ersättning. Även anordnaren av rehabiliteringsinsatsen bör emellertid ha ett visst ansvar genom en skyldighet att anmäla till Försäkringskassan i de fall den enskilde har uteblivit från de åtgärder som återfinns i rehabiliteringsplanen.

22.3.2 Intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa

Enligt direktiven ska utredningen överväga om förmåner vid rehabilitering för intermittent anställda, egna företagare och arbetslösa behöver förtydligas eller moderniseras.

Den nuvarande lagstiftningen anger vilket ansvar olika parter har för rehabilitering. Ett stort ansvar vilar på arbetsgivaren. De nuvarande reglerna är således utformade med utgångspunkten att det finns ett anställningsförhållande, men de omfattar även arbetslösa, intermittent anställda och egenföretagare.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar vid sjukskrivningar gäller alla anställda, oavsett anställningsform, och omfattar således även tidsbegränsat anställda. Av rättspraxis framgår att en arbetsgivare är skyldig att göra vad som är skäligt och den bedömningen torde kunna påverkas av exempelvis hur länge och i vilken omfattning som den anställda har arbetat. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar för tidsbegränsat anställda sträcker sig dessutom inte längre än till anställningstidens slut. Sannolikt har detta störst påverkan på personer som har korta visstidsanställningar samt behovsanställda. I dessa fall blir arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i praktiken mycket begränsat eftersom anställningarna har kort varaktighet. Därigenom begränsas även den försäkrades möjlighet att rehabiliteras till ett arbete på samma arbetsplats. Samma sak gäller personer som har korta visstidsanställningar hos olika arbetsgivare. Det kan också uppstå oklar-

heter vid bedömningen om en försäkrad som är behovsanställd vid ett givet tillfälle ska betraktas som arbetslös eller anställd.

För egenföretagare kan det uppstå vissa svårigheter med en rehabiliteringsprocess där de själva både har ett behov av rehabilitering i sin roll som arbetstagare och ett ansvar för detsamma i sin roll som arbetsgivare. T.ex. har dessa försäkrade oftast inte samma möjligheter som en anställd att kunna bli omplacerade eller få andra arbetsuppgifter på sin arbetsplats.

Såväl vissa kategorier av egenföretagare som vissa personer med tidsbegränsade anställningar kan också ha svårt att uppfylla villkoren för att få en SGI fastställd. De kan således uppfylla villkoren för rätt till rehabiliteringspenning, men ändå inte få någon ersättning för inkomstförlust.

Även arbetslösa försäkrade ska kunna få preventionsersättning och rehabiliteringsersättning. Dessa personer har även i dag rätt till förmåner vid rehabilitering. HFD uttalade t.ex. i rättsfallet HFD 2019 ref. 41 att även arbetslösa kan ha rätt till förebyggande sjukpenning.

De särskilda svårigheter som utredningen har identifierat kring rehabilitering för just intermittent anställda, egenföretagare och arbetslösa har främst koppling till andra faktorer och regelverk än själva utformningen av det nuvarande regelverket kring rehabiliteringsersättning och förebyggande sjukpenning. Utredningen bedömer dock att förslag om reformering av nyss nämnda system, såsom villkoren för att få en SGI fastställd och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar t.ex. för personer som är behovsanställda, inte ingår i utredningens uppdrag. Med de reformer som utredningen föreslår, med införande av preventionsersättning samt justeringar av rehabiliteringsersättningen, bedömer utredningen dock att stödet vid rehabilitering även kommer dessa grupper tillgodo. Exempelvis kan även egenföretagare som har en fastställd SGI få ersättning för inkomstförlust vid *förebyggande* arbetslivsinriktade insatser i form av preventionspenning. Den nya ersättningen preventionspenning kommer också att omfatta exempelvis arbetslösa försäkrade som behöver genomgå förebyggande medicinsk behandling.

22.3.3 Uppdrag att sammanställa statistik om rehabiliteringsinsatser

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att sammanställa statistik över vilka insatser som ersätts med preventions- och rehabiliteringsersättning.

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

Mot bakgrund av nyss nämnda omständigheter anser utredningen regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att utveckla statistik över vilka rehabiliteringsinsatser försäkrade deltar i enligt socialförsäkringsbalken. Regeringen bör även finansiera ytterligare forskning kring effekterna av olika rehabiliteringsinsatser. Genom utveckling av denna statistik kan den bl.a. användas för denna slags forskning.

22.3.4 Förslag till ändringar i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Utredningens bedömning: Ordet *handikapp* i olika former och sammansättningar bör i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning tas bort.

Skälen för utredningens bedömning: I nuvarande 4 och 10 §§ i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning förekommer begreppet *handikappad* i olika former och sammansättningar. Utredningen konstaterar att begreppet av många anses föråldrat och därmed olämpligt. Utredningen bedömer därmed att nämnda paragrafer bör justeras för att få en modernare lydelse, se författningsförslagen.

23 Förmåner vid rehabilitering – konsekvenser av utredningens förslag

Enligt kommittéförordningen ska konsekvenserna av utredningens förslag belysas ur en rad olika perspektiv. Det handlar om ekonomiska konsekvenser för staten, myndigheter, kommuner, regioner, organisationer, företag och enskilda. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheteten, sysselsättningen, offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenser för små och stora företag samt för den personliga integriteten redovisas. I denna del redovisas konsekvenserna av förslagen om att reformera dagens rehabiliteringsförsäkring och att införa en ny förmån i form av preventionsersättning.

Utredningen bedömer att förslagen i detta avsnitt framför allt påverkar den enskildes möjligheter till att få preventiva och rehabiliterande åtgärder, statens försäkringsutgifter, handläggande myndigheters administrativa kostnader samt kostnader för vårdens administration och behandlingsinsatser. Förslaget bedöms ha mindre effekter för sysselsättningen och jämställdheten mellan kvinnor och män. Nedan beskriver utredningen vilken bedömning som görs kring konsekvenserna ur dessa perspektiv. Ur övriga perspektiv som utredningen enligt kommittéförordningen har att beakta bedöms inga direkta konsekvenser av förslagen uppstå.

Ett generellt problem vid konsekvensanalyser av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror på att människor beteenden under nya förutsättningar ofta är svåra att förutsäga. Vad gäller preventions- och rehabiliteringsåtgärder kan utredningen konstatera att

det saknas ett adekvat underlag kring vilka rehabiliteringsåtgärder de som i dag får rehabiliteringspenning eller förebyggande sjukpenning faktiskt får ta del av. Det gör en från början svår uppskattning än svårare. De beräkningar som genomförs i denna del ska därför mer ses som en ungefärlig bedömning av utfallet under vissa antaganden än som en säker prognos om själva utfallet. Beräkningarna bör därför tolkas med försiktighet.

Till grund för de antaganden som gjorts ligger i så stor utsträckning som möjligt historiska uppgifter kring användningen av förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning. Utifrån historiken har utredningen strävat efter att göra så realistiska antaganden som möjligt och på så sätt ge exempel på storleksordning på effekterna av utredningens förslag. Utredningens beräkningar ska därför inte tolkas som en prognos över hur det faktiska utfallet blir, utan som ett rimligt resultat givet de förutsättningar som ligger till grund för beräkningen. De administrativa effekterna för myndigheter, företag och organisationer har i möjligaste utsträckning stämts av med berörda parter.

23.1 Konsekvenser av en reformerad rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag innebär en reformering av dagens rehabiliteringsersättning. Rehabiliteringsersättningen ska bestå av rehabiliteringspenning och rehabiliteringsbidrag. För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad liksom i dag har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust och kunna beviljas för en nedsättning av arbetsförmågan även om den avviker från dagens kvartiler. I de fall rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas parallellt, för samma dag, ska den försäkrade få utbetalning av rehabiliteringspenning för hela arbetsoförmågan, alltså även för den del av arbetsoförmågan som motsvarar rätt till sjukpenning. Det innebär att för en försäkrad som samtidigt genomgår arbetslivsriktad och medicinsk rehabilitering betalas all ersättning för nedsatt arbetsförmåga ut som rehabiliteringspenning.

Under de dagar som den försäkrade får rehabiliteringspenning fortsätter dagar att räknas i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan

prövas dock under hela tiden som rehabiliteringen pågår mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som den enskilde befann sig vid när rehabiliteringen påbörjades. När rehabiliteringen avslutas eller avbryts och om den försäkrade då ansöker om sjukpenning, bedöms arbetsförmågan mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som denne då befinner sig vid.

En viktig del av utredningens förslag är att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas tidigare i sjukfallen. Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs föreslås därför kompletteras med krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet. Klarläggande inom denna tidsgräns behöver inte göras om det är uppenbart obehövligt.

Utredningen föreslår vidare att möjligheten till utbildning inom rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkes- högskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Förändringarna föreslås för att skapa flexiblare möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering för personer som har nedsatt arbetsförmåga. Det blir även lättare att kombinera medicinska och arbetslivsinriktade insatser inom ramen för rehabiliteringsersättningen. Syftet med de förslag som utredningen lägger i detta betänkande är att förbättra rehabiliteringsprocessen så att sjukskrivningarna blir färre och kortare. Med ett tydligare fokus på tidigare insatser och krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet, gör utredningen bedömningen att fler kan beviljas rehabiliteringsersättning än i dag. Utökade möjligheter till utbildning som en del av rehabiliteringen bedömer utredningen också medföra att fler kan beviljas rehabiliteringsersättning.

Personer som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning har i dag rätt till de rehabiliteringsåtgärder som ryms inom ramen för dagens rehabiliteringsersättning. För dessa personer betalas emellertid ingen rehabiliteringspenning utan de behåller sin sjuk- eller aktivitetsersättning under den tid som behandlingen tar i anspråk. För partiellt ersatta kan rehabilitering ges på heltid. Ersättning kan då betalas ut genom sjuk- eller aktivitetsersättningen, rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Utredningens förslag påverkar inte detta och därmed bedöms inga effekter för gruppen som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning uppstå i detta avseende.

23.1.1 Effekter för försäkringen

I problemanalysen av rehabiliteringsersättningen kunde utredningen konstatera att det i dag är relativt få personer som beviljas rehabiliteringsersättning. Både antalet och andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning har minskat över tid. Även tidpunkten för när rehabiliteringen sätts in har med tiden kommit att ske allt senare i sjukfallen. Utredningen pekar på ett antal möjliga förklaringar till denna utveckling. Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering. Förändringar i den utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs kan därför vara en förklaring till det minskade antal människor som får rehabiliteringsersättning. Andra tänkbara förklaringar utgörs av svåra avgränsningar i regelverket mellan olika aktörer eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma.

Med ett tydligare fokus på en tidig utredning av rehabiliteringsbehovet är utredningens bedömning att fler kan beviljas rehabiliteringspenning än i dag. Utredningen föreslår också ökade möjligheter till utbildning inom ramen för förmånen. Enligt utredningens bedömning torde det leda till att fler kan beviljas utbildning inom ramen för rehabiliteringsersättning även om det sannolikt inte är den första rehabiliteringsinsatsen som vidtas. I den utsträckning de som beviljas utbildningsinsatser är personer som inte tidigare tog del av andra former av rehabiliteringsinsatser kommer utredningens förslag att öka antalet personer med rehabiliteringsersättning. Det mest sannolika är dock att utbildning för de flesta beviljas först efter att andra rehabiliteringsinsatser prövats och inte varit verkningsfulla och således till personer som redan i dag har eller har haft perioder med rehabiliteringspenning. Det är således inte självklart att de vidgade möjligheterna till att beviljas studier inom ramen för rehabiliteringspenningen leder till att fler personer får rehabiliteringspenning. Däremot är det möjligt att tiden med förmånen ökar.

Utredningen föreslår även att rätten till rehabiliteringsbidrag ska vidgas jämfört med vad som gäller i dagsläget för särskilt bidrag.¹ Det lägsta belopp som i dag kan betalas ut är 300 kronor. Utredningen föreslår att denna begränsning tas bort. Det torde leda till att fler kan beviljas bidraget och en viss ökning av utgifterna.

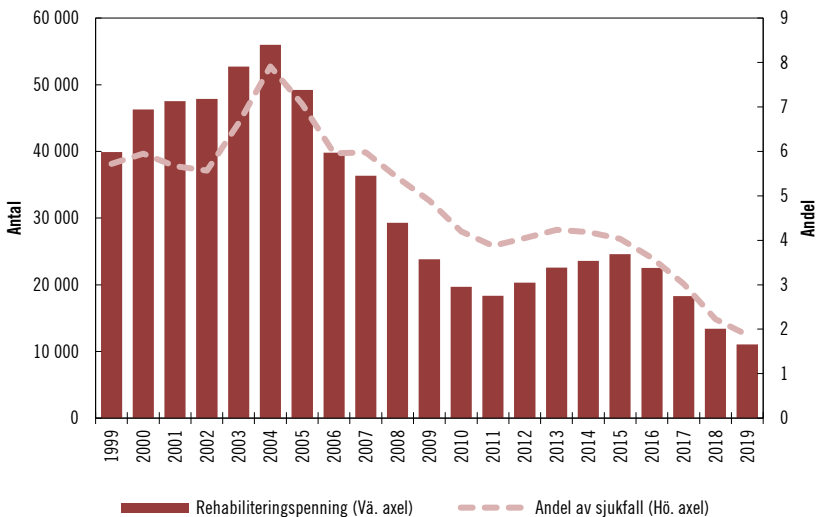
¹ Rehabiliteringsbidrag är det som dag heter särskilt bidrag.

Effekter för rehabiliteringsersättningen

En utgångspunkt för en bedömning av hur många fler som kan beviljas rehabiliteringsersättning med utredningens förslag är den andel av det totala antal personer med sjukpenning som i dag får rehabiliteringspenning och hur denna andel förhåller sig till historiska nivåer. Som utredningen redovisade i avsnitt 23.2 har andelen av alla sjukfall där rehabiliteringspenning betalas ut minskat över tid. I början av 2000-talet betalades rehabiliteringspenning i omkring 6 procent av alla sjukfall. Sedan dess har andelen minskat och 2020 var motsvarande andel ca 1,4 procent. Ett genomsnitt under perioden landar på omkring 4 procent och det är ungefär den nivå som gällde under åren 2014–2015. Utredningen bedömer att ett ökat fokus på tidigare rehabiliteringsåtgärder i pågående sjukfall skulle kunna innebära att andelen av samtliga sjukfall där rehabiliteringsåtgärder sätts in på sikt uppgår till omkring 4 procent. Med utgångspunkt i det genomsnittliga antal personer som under de senaste fem åren haft sjukpenning skulle det innebära att antalet personer som under ett år deltar i rehabiliteringsåtgärder ökar med ca 15 000 personer.² Därmed skulle det totalt sett vara knappt 25 000 personer som får rehabiliteringsåtgärder under ett år, vilket är ungefär lika många som 2015. Denna bedömning är högst osäker. Utredningen redovisar därför två ytterligare två alternativ. Ett där hälften så många, 7 500 ytterligare personer skulle beviljas rehabiliteringspenning och ett där dubbelt så många, 30 000 ytterligare personer skulle beviljas rehabiliteringspenning. Det ger ett relativt brett intervall för en kostnadsuppskattning men speglar också det stora mått av osäkerhet som ligger bakom dessa bedömningar.

² År 2020 undantas. Här finns en tydlig effekt av covid-19-pandemin som inneburit en kraftig ökning av antalet personer som haft sjukpenning under 2020. Genomsnittet beräknas därför på åren 2015–2019.

Figur 23.1 Antal personer med rehabiliteringspenning och andel personer med rehabiliteringspenning i förhållande till det totala antalet personer som får sjuk- och rehabiliteringspenning



Källa: Försäkringskassan.

Antal dagar med rehabiliteringspenning

Med ett ökat antal personer som beviljas rehabiliteringsåtgärder ökar också utbetalningen av rehabiliteringsersättning. Ett av utredningens syften är att rehabiliteringsinsatser ska kunna sättas in tidigare i sjukfallen. Det innebär att sjukdomsbilden i den nya gruppen i genomsnitt inte är lika komplex som hos de som får rehabiliteringspenning i dag. Därmed torde också rehabiliteringsinsatserna i genomsnitt kunna bli kortare än i dag. Ett rimligt antagande är därför att det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning i den tillkommande gruppen är färre än för de som beviljats rehabiliteringspenning i dag.

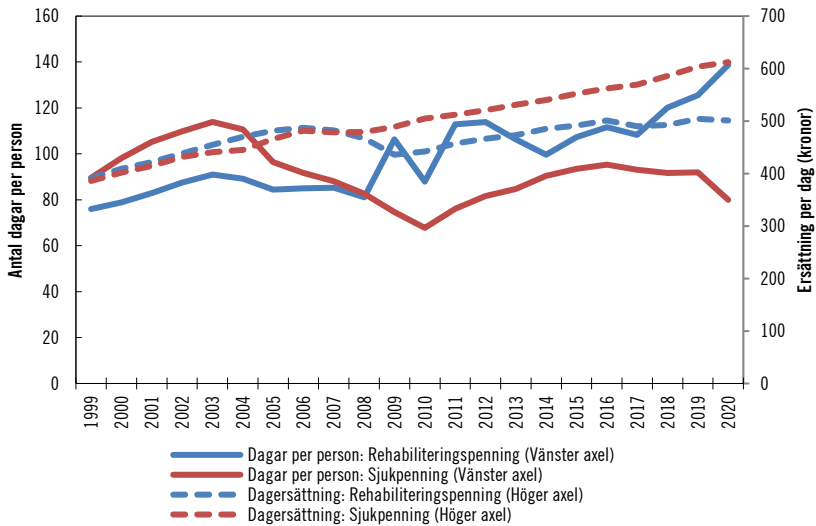
Under de senaste åren har det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning ökat samtidigt som antalet personer som fått rehabiliteringspenning har minskat. Sett över tid är sambandet mellan antalet personer som fått rehabiliteringspenning och det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning inte helt entydigt. Under åren 1999–2008 låg det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning på omkring 80 dagar per person. Detta sam-

tidigt som antalet personer med rehabiliteringspenning först ökade under perioden 1999–2004 och sedan minskade under perioden 2004–2008. Under åren 2008–2016 varierade det genomsnittliga antalet dagar med rehabiliteringspenning kring ett genomsnitt på ca 106 dagar per person. Under de senaste åren, 2018–2020, har detta genomsnitt ökat kraftigt från ca 108 dagar 2016 till ca 138 dagar 2020. Genomsnittet för de tre sista åren, 2018–2020, är ca 128 dagar. Lite förenklat kan man utifrån den historiska utvecklingen konstatera att antalet dagar per person med rehabiliteringspenning har legat på tre olika nivåer. Omkring 86 dagar under åren 1999–2008, 106 dagar under åren 2009–2017 och 128 dagar under åren 2018–2020.

Dagersättning vid rehabiliteringspenning

Den genomsnittliga dagersättningen har ökat över tid. Det är en naturlig utveckling mot bakgrund att inkomstutvecklingen i samhället varit positiv under perioden. Under de senaste åren har den genomsnittliga dagpenningen legat relativt stabilt kring 500 kronor per dag. Utredningen tar denna nivå som utgångspunkt i de vidare beräkningarna men redovisar också ett alternativ med en något högre dagersättning. Förklaringen till att ersättningen skulle kunna vara högre kan vara att om rehabiliteringsinsatser sätts in tidigare i sjukfallet så är det färre i den tillkommande gruppen än de som har ersättning i dag som får ersättning efter dag 365, då ersättningsnivån i sjuk- och rehabiliteringspenningen sjunker från 80 till 75 procent. Det skulle i så fall innebära en lite högre dagpenning i den tillkommande gruppen med rehabiliteringspenning än hos de som har ersättningen i dag. Utredningen räknar därför med ett alternativ där dagpenningen är ca 5 procent högre för den tillkommande gruppen än för de som har rehabiliteringspenning i dag.

Figur 23.2 Genomsnittligt antal dagar per person med sjuk- och rehabiliteringspenning samt genomsnittlig dagpenning



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Kostnader av ett ökat antal försäkrade med rehabiliteringspenning

Utifrån de ovan diskuterade antagandena uppskattar utredningen att kostnaderna av att fler beviljas rehabiliteringspenning uppgår till mellan 300 miljoner kronor och 2 miljarder kronor. Av tabell 23.2 framgår hur kostnaderna utvecklas när antagandena förändras. Det breda kostnadsintervallet är ett uttryck för den stora osäkerhet som framför allt volymförändringarna innehåller. Av tabellen framgår att med det antal nya personer som utredningen bedömer mest troligt, ca 15 000 personer, skulle kostnaden för att fler får rehabiliteringspenning ligga på ca 0,7–1 miljard kronor, beroende på vilka antaganden om dagpenning och ersatta dagar som görs. Om antalet nya ersättningsstagare skulle bli hälften så stort, 7 500 personer, uppskattar utredningen kostnaden till ca 300–500 miljoner kronor. Om 30 000 fler än i dag skulle beviljas rehabiliteringspenning uppskattar utredningen kostnaden till ca 1,3–2,0 miljarder kronor. I ett statistiskt perspektiv innebär en överflyttning av personer från sjukpenning till rehabiliteringspenning att sjukpenningen kommer att minska i motsvarande grad som rehabiliteringspenningen ökar. Vad som händer i ett mer långsiktigt dynamiskt perspektiv råder ingen tydlig konsen-

sus kring i forskningen. I följande avsnitt redovisas en översiktlig beskrivning av de slutsatser kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter som finns i dagens forskningslitteratur. I avsnittet *Effekter för sjukpenningen* redovisas därefter olika alternativa utvecklingar för hur kostnaden för sjukpenning kan komma att utvecklas vid ökade rehabiliteringsinsatser.

Tabell 23.1 Ökade kostnader för rehabiliteringspenning

Kronor och miljoner kronor

Nya ersättningstagare	Dagar med ersättning (Antal)	Dagpenning (Kronor)	Kostnad (Mnkr)
7 500	86	501	323
	86	526	339
	106	501	398
	106	526	418
	128	501	481
	128	526	505
15 000	86	501	646
	86	526	679
	106	501	797
	106	526	836
	128	501	962
	128	526	1 010
30 000	86	501	1 293
	86	526	1 357
	106	501	1 593
	106	526	1 673
	128	501	1 924
	128	526	2 020

Källa: Egna beräkningar.

Kunskapsläge om arbetslivsinriktad rehabilitering

Forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering är begränsad i slutsatserna om vilken typ av insatser som är effektiva för att få sjukskrivna att återgå i arbete. Utredningen har i avsnitten 21.1.2 och 21.1.3 diskuterat de empiriska erfarenheterna som finns av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter. Resultaten från dessa studier är inte entydiga. Ett av problemen är att begreppet arbetslivsinriktad

rehabilitering inte är entydigt definierat, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.³ Den kanske mest aktuella sammanställningen av kunskapsläget inom den arbetslivsinriktade rehabilitering effekter finns i SOU 2020:06.⁴ I litteraturöversikten dras slutsatsen att när det gäller besvär i rörelseorganen har insatser som tillhandhålls av flerprofessionella team bättre effekt än enstaka insatser för återgång i arbete. Vidare konstateras att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Studierna som behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt.⁵ Andra studier har funnit stöd för att tidiga insatser av KBT kan ha positiva effekter vid psykiska besvär. En utvärdering av KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin visar positiva effekter för dem som ännu inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades, men inga signifikanta effekter för dem som redan blivit sjukskrivna.⁶ Den sammanvägda slutsatsen är att förebyggande och tidiga insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering som har en nära koppling till arbetsplatsen, är mer effektiv när det gäller att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Det gäller oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller på grund av psykisk ohälsa.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen. Det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, men andra sannolikt egentligen skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller få ett längre sjukfall om rehabiliteringsinsatser ges tidigt i sjukfallet.⁷ Granskningar från ISF tyder också på att kartläggningar/utredningar av rehabiliteringsbehov i de flesta fall även medför att rehabilitering

³ SOU 2020:6. Problembilden beskrivs även i SOU 2015:21.

⁴ SOU 2020:06, litteraturöversikt av Agneta Blomberg & Gunnel Hensing, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin. Göteborgs universitet. I kartläggningen ingick 13 litteraturöversikter om besvär i rörelseorganen och 6 om psykiska besvär. Dessutom inkluderades två andra typer av översikter.

⁵ Antalet översikter var färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingick i översikterna), varför man får vara mer försiktig när man drar slutsatser av dessa.

⁶ Hägglund, , Johansson, och Laun(2014), "Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro", IFAU Rapport 2014:12. Hägglund, , Johansson och Laun (2020), "The Impact of CBT on Sick Leave and Health", Evaluation Review, forthcoming.

⁷ Hägglund et al, IFAU Rapport 2014:12.

genomförs, oavsett om den försäkrade har reella behov av insatser eller ej. Utredningens uppfattning är här att det är angeläget med ett tidigt och aktivt förhållningssätt när det gäller att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser. Däremot ska inte rehabiliteringsinsatser sättas in i de fall där de inte bedöms vara effektiva. Med dagens kunskapsläge om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan det på förhand vara svårt att veta vilka åtgärder som är effektiva i det enskilda fallet. Det är därför angeläget att utveckla kunskapen och metoder som möjliggör en bedömning av vilka personer som har behov och nytta av tidiga eller tidigare insatser, så att rätt personer får rätt stöd vid rätt tidpunkt. Detta inte minst för att Försäkringskassan ska kunna leva upp till lagens intention om att rehabiliteringsåtgärder ska påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt och att anställda försäkrade som är sjukskrivna ska kunna få sina möjligheter till rehabilitering utredda innan dag 181 i sjukfallen.

Effekter för sjukpenningen

Syftet med utredningens förslag är att rehabiliteringsprocessen ska effektiviseras och att insatser ska förkorta sjukskrivningstiden. Det förutsätter att insatser ges till rätt individ vid rätt tid. I dag sätts rehabiliteringsåtgärder in mycket sent i sjukfallen. Omkring 85 procent av de rehabiliteringsinsatser som startade 2018 sattes in efter dag 365 i sjukfallet. Knappt 5 procent av rehabiliteringsåtgärderna startade innan dag 180. Omkring 96 procent av alla sjukfall 2018 genomlöpte utan att någon rehabiliteringsinsats vidtogs.⁸ När man väntar så pass länge med rehabiliteringsåtgärder är det ofta komplexa rehabiliteringsinsatser som krävs för att den sjukskrivne ska kunna återvända till arbetslivet. Tiden som rehabiliteringen tar blir därför ofta lång. Det är emellertid inte självklart att en tidigare rehabilitering hade varit möjligt i just de fall som i dag fått rehabiliteringsinsatser. Det är dock utredningens mening att med en så stor andel som 96 procent som inte får del av någon arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats, finns personer där rehabiliteringsinsatser skulle kunna ha satts in i ett tidigare skede. I många av dessa fall är sannolikt sjukdomsbilden inte lika komplex som hos de som får rehabiliterings-

⁸ Uppgifterna hämtade från SOU 2020:6.

åtgärder i dag, vilket skulle tala för att de åtgärder som sätts in blir kortare insatser än hos de som får rehabiliteringsåtgärder i dag.

Med det begränsade kunskapsläge som i dag finns kring effektiviteten i arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, kommer det vara svårt att avgöra när i ett sjukfall en viss individ är betjänt av rehabiliteringsåtgärder. Det gör att det finns en risk att åtgärder sätts in vid fel tillfälle. Därmed är det inte säkert att tiden med sjukpenning förkortas i alla sjukfall. Utredningens bedömning är emellertid att det i genomsnitt borde bli mer rätt än fel och att det på ett aggregerat plan bidrar till att den sammanlagda tiden i sjuk- och rehabiliteringspenning förkortas. Om fler erbjuds rehabiliteringsåtgärder borde också med tiden mer kunskap kring vilka åtgärder som är effektiva kunna samlas in. Med de osäkerheter kring vilka effekter arbetslivsinriktad rehabilitering har finns det emellertid skäl för att i en kostnadsberäkning även ta höjd för att en positiv effekt inte är självklar. Utredningen redovisar därför vid sidan av sitt grundantagande om ett positivt utfall även alternativa beräkningar som även visar utfallet under andra antaganden.

En utgångspunkt för en sådan bedömning är hur antalet nettodagar per person med sjukpenning har utvecklats över tid. Av figur 23.2 framgår att antalet ersatta nettodagar per person steg relativt kraftigt i sjukpenningen under åren 2010–2015. Under dessa år ökade antalet ersatta nettodagar per person från ca 65 till 95 dagar. Under åren 2015–2019 har antalet nettodagar minskat svagt till ca 90 dagar per person. En kraftig minskning syns 2020. Minskningen är med största sannolikhet en effekt av Coronapandemin, då antalet korta sjukfall ökat kraftigt under året, vilket minskat det genomsnittliga antalet dagar för de som haft sjukpenning. För att kunna göra en strukturell bedömning av hur utredningens förslag kan påverka den utbetalda sjukpenningen förbises denna minskning och vi utgår i stället från det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar per person under åren 2015–2019, vilket är ca 93 dagar. Med denna nivå som utgångspunkt redovisar utredningen i tabell 23.1 vad en ökning respektive minskning med fem dagar skulle innebära för kostnadsförändringar för sjukpenningen. I beräkningarna antas att antalet bruttopersoner som får sjukpenning är detsamma som i dag och att utredningens förslag enbart påverkar antalet dagar med ersättning. Det ger en minskning av antalet helårsekvivalenter i sjukpenningen. Utredningen antar vidare i dessa beräkningar att den genomsnittliga

ersättningen per dag i sjukpenningen ligger på 612 kronor, se figur 23.2.

Beräkningarna under dessa antaganden visar att en besparing i sjukpenning kan göras med 1,9 miljarder kronor om det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning minskar med fem dagar. En minskning med två dagar skulle ge en besparing i sjukpenningen med ca 700 miljoner kronor. Beräkningarna ger ett linjärt utfall. Det innebär att om antalet dagar med sjukpenning skulle öka i stället för att minska, vilket skulle kunna hända om det skapas inlåsnings effekter i rehabiliteringspenningen på grund av utredningens förslag, så innebär en ökning med två dagar att utgifterna för sjukpenningen ökar med 700 miljoner kronor och en ökning med fem dagar att utgifterna ökar med 1,9 miljarder kronor. Oavsett om man tror på en ökning eller minskning av utgifterna vid en förändrad rehabiliteringsprocess med den utformning som utredningen förslår, visar beräkningarna att relativt små förändringar av varje persons tid med ersättning, sammantaget ger stora effekter. Utfallet är naturligtvis känsligt för vilka antaganden som görs. Exemplet visar dock att givet nivåerna på antalet dagar med sjuk- respektive rehabiliteringspenning som inträffat historiskt, skulle man kunna uppnå betydande besparingar i sjukförsäkringen med en effektivare rehabiliteringsprocess.

Tabell 23.2 Effekter på sjukpenning av ökad rehabilitering

Antal dagar per person	Kostnad sjukpenning (Mdkr)	Differens mot i dag (Mdkr)
88	32,8	-1,9
89	33,2	-1,5
90	33,5	-1,1
91	33,9	-0,7
92	34,3	-0,4
93 (Dagens nivå)	34,7	0,0
94	35,0	0,4
95	35,4	0,7
96	35,8	1,1
97	36,1	1,5
98	36,5	1,9

Källa: Egna beräkningar.

Anm. Dagens nivå är beräknad utifrån att antalet dagar per person är 93 dagar. Det skiljer sig från den verkliga nivån 2020 som steg kraftig p.g.a. korta sjukfall ökat kraftigt under 2020 som en följd av Coronapandemin. Utredningen använder därför 93 dagar som bedöms vara en långsiktigt rimligare nivå.

23.1.2 Effekter för den enskilde

För personer som i dag är sjukskrivna bedömer utredningen att en tidig bedömning av den enskildes rehabiliteringsbehov leder till att fler personer får rehabiliteringsåtgärder. Med rätt insatser vid rätt tid gör utredningen bedömningen att sannolikheten ökar för att den enskilde snabbare kan återgå i arbete. När försörjningen kommer från förvärvsarbete i stället för socialförsäkringen stärks den enskildes ekonomiska situation. Under tiden med ersättning påverkas emellertid inte den enskildes ekonomiska situation av om rehabiliteringsinsatser sätts in eller inte eftersom ersättningen är lika stor i rehabiliteringspenningen som i sjukpenningen. Med utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen kommer detta förhållande inte förändras, eftersom ersättningen vid rehabilitering även fortsättningsvis kommer vara lika stor som sjukpenningen.

23.1.3 Effekter för sysselsättning

Rehabiliteringsåtgärder som förkortar sjukskrivningstiden påverkar inte i sig sysselsättningen i statistisk mening, eftersom sjukskrivna ingår i den sysselsatta populationen. Däremot innebär kortare sjukskrivningstider att antalet arbetade timmar i ekonomin kan öka. Kan man genom förebyggande insatser dessutom förhindra att människor får nedsatt arbetsförmåga och blir sjukskrivna innebär det ytterligare en ökning av antalet arbetade timmar. Detta resonemang förutsätter dock att de arbetstimmar som i dag faller bort genom sjukskrivning och förebyggande insatser inte ersätts genom överanställningar. I en konkurrensutsatt verksamhet kan det tänkas att det förekommer överanställningar för att kunna upprätthålla utlovade produktionsnivåer även när en del av personalen är sjukskriven. En effektivisering av sjukskrivningsprocessen kan i ett sådant läge innebära en minskad sysselsättning och att personal kan behöva säga upp. Utredningen bedömer dock denna effekt som liten och effekterna på sysselsättningen som små.

23.1.4 Effekter för arbetsgivare

Tidiga rehabiliteringsinsatser kan enligt utredningens bedömning bidra till att sjukskrivningstiden kan kortas. Med ett snabbare återinträde i arbetslivet minskar tiden som arbetsgivare behöver avvara viktig kompetens. Att fler personer genomgår olika rehabiliteringsåtgärder innan de återvänder till arbetslivet menar utredningen även minskar risken för en snar återkomst till sjukförsäkringen. Mer rehabilitering gör individen bättre rustad och mer observant på tidiga signaler om en begynnande ohälsa. Med genomförd rehabilitering tidigare i sjukfallet kan det även ge verktyg till både individen och arbetsgivaren för hur verksamheten kan anpassas så att individens arbetsförmåga kan tas tillvara på bästa sätt. Utredningen gör därför bedömningen att mer rehabiliteringsåtgärder på sikt leder till att en större del av människors arbetsförmåga kan tas tillvara. Det är positivt för arbetsgivare, individen och samhället i stort. Det minskar behovet av sjukskrivningar och minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön och rekrytering.

Förslagen i sig har inte någon annan innebörd för små företag än för större företag och organisationer. Mindre företag bedöms dock generellt sett vara känsligare för sjukfrånvaro än större företag. I mindre företag är ofta organisationen mer slimmad, varje enskild medarbetare har i någon mening en viktigare funktion i den samlade produktionsprocessen och han eller hon blir därmed generellt sett svårare att ersätta. Det innebär att sjukfrånvaro ofta slår hårdare mot mindre företag än hos större. Den positiva effekten av en minskad sjukfrånvaro bedöms därför vara något större i mindre företag än i större företag och organisationer.

Det är svårt att uppskatta hur stor effekt på sjukfrånvaron fler och tidigare rehabiliteringsåtgärder kan få. I det korta perspektivet kan sjukfrånvaro både öka och minska arbetsgivarens kostnader. För arbetsgivaren innebär sjukfrånvaro att en viss del av individens lön inte behöver betalas ut. Andelen som behöver betalas ut är större under sjukfallets första 14 dagar än senare i sjukfallet. Under hela sjukperioden kvarstår dock personalomkostnader t.ex. för lokaler, dator, mobiltelefon och annan utrustning. Arbetsgivaren har också ett rehabiliteringsansvar som kan innebära kostnader även om bidrag för vissa av dessa delar kan betalas ut genom t.ex. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Under en begränsad period kan det för vissa

arbetsgivare vara möjligt att omdisponera sina resurser så att sjukfrånvaro inte har tydligt negativa effekter. I de fall där ersättningsrekryteringar behöver göras uppstår emellertid kostnader både för rekrytering och för de lönekostnader som ersättaren får. I dessa fall är det rimligt att tänka sig att arbetsgivarens kostnad för sjukfrånvaro innebär ökade utgifter. För vilka arbetsgivare som utgifterna ökar eller minskar till följd av sjukfrånvaron är svårt att ha någon generell uppfattning om. Företagets eller organisationens specifika förutsättningar avgör detta. Utredningen nöjer sig därmed att konstatera att sjukfrånvaro i det korta perspektivet både kan innebära minskade och ökade utgifter för företag och organisationer. I ett längre perspektiv bedömer dock utredningen att en minskad sjukfrånvaro även minskar arbetsgivarnas utgifter. För att långsiktigt kunna upprätthålla produktion och lönsamhet krävs att sjukfrånvarande medarbetare ersätts med annan personal. Då uppstår rekryteringskostnader, personalomkostnader och löner för ytterligare anställda samtidigt som arbetsgivaren fortfarande bär kostnader för den sjukskrivne.

23.1.5 Effekter för jämställdhet

Utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen syftar till att fler ska få rehabilitering tidigare i sjukfallen. Förslagen i sig förändrar inte kvinnors möjligheter att söka ersättning på annat sätt än mäns. Konsekvensen av utredningens förslag bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten. I dag är emellertid 70 procent av de som beviljas rehabiliteringspenning kvinnor. Vad som skulle kunna påverka fördelningen mellan kvinnor och män är om fördelning mellan kvinnor och män med sjukpenningen är annorlunda bland de kortare sjukfallen än bland de längre. Utredningen kan konstatera att det bland de pågående sjukfallen finns en lite ökning av andelen kvinnor ju längre sjukfallen pågår. Skillnaden är emellertid liten. Det innebär att om rehabilitering sker tidigare i sjukfallen än i dag påverkar det fördelningen mellan kvinnor och män i relativt liten omfattning. I den utsträckning effekten är mätbar skulle det i så fall innebära att andelen män som beviljas rehabiliteringsersättning skulle öka.

23.1.6 Effekter för myndigheter

Försäkringskassan

Utredningens förslag kan förväntas leda till att fler personer beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Med ett tydligare krav på att rehabiliteringsbehovet ska kartläggas tidigt i sjukfallet kommer det innebära en ökad administration för Försäkringskassan för att upprätta rehabiliteringsplaner, följa upp dessa planer och vid behov revidera dem. Det kan också komma att innebära fler och tätare kontakter med arbetsgivare för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att enbart ett ersättningsslag ska betalas ut vid partiell rehabilitering minskar enligt utredningen till viss del den sammanbundna administrationen i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen.

Utredningens förslag kan i det korta perspektivet innebära att tiden med ersättning i en del fall förlängs. Syftet med att rehabiliteringskedjans bedömningskriterier pausas under tiden med rehabiliteringsersättning är att ge tillräckligt med tid för att påbörjade rehabiliteringsåtgärder ska kunna slutföras. Utredningens bedömning är att med fler personer som erbjuds rehabiliteringsåtgärder och att dessa åtgärder ges tillräcklig tid att verka kan sannolikheten för att personer återvänder till sjukförsäkringen minska. Det kan således på kort sikt innebära längre sjukfall men i ett längre perspektiv kan det minska sjukfrånvaron. Det skulle då både innebära lägre kostnader i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen och minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan då färre ärenden behöver hanteras på sikt.

Arbetsförmedlingen

Med fler personer som beviljas rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser kan det även komma att påverka Arbetsförmedlingen och antalet personer som blir föremål för det förstärka samarbetet. Det innebär även att antalet personer som blir föremål för en gemensam kartläggning kommer att öka. Den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen innebär att alla aktiviteter som erbjuds arbetssökande ska utföras av fristående aktörer på leverantörsmarknaden. Detta gäller redan i dag i hög grad för dem som deltar i det förstärkta samarbetet och det kommer sannolikt att

gälla även för de ytterligare personer som kan tänkas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för det förstärkta samarbetet. En konsekvens av detta blir att mer resurser inom Arbetsförmedlingen måste avsättas för upphandling av fristående aktörer utifrån den aktuella målgruppens behov. Utredningens bedömning är att detta kommer öka de administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen. Utredningen har dock inte haft möjlighet att närmare bedöma kostnader för detta.

23.1.7 Effekter för hälso- och sjukvården

Utredningens förslag om en reformerad rehabiliteringsersättning har fokus på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Effekterna på hälso- och sjukvården bedöms därför ur detta perspektiv som små.

23.2 Konsekvenser av preventionsersättningen

Utredningen föreslår att dagens förmån förebyggande sjukpenning ersätts med preventionsersättning som dels består av preventionspenning, dels av preventionsbidrag.

Preventionspenning ska kunna beviljas för medicinsk eller arbetslivsinriktad behandling eller insats vars syfte är att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra försämring av arbetsförmåga. Ersättningen beviljas bara när de planerade behandlingarna hindrar den enskilde från att utföra förvärvsarbete och är kopplat till den inkomstförlust som åtgärden medför. Ersättningen baseras på den sjukpenninggrundande inkomsten och ska kunna lämnas steglöst i relation till den förlorade arbetsinkomsten. Dagar med preventionspenning ska inte ingå i sjukperioder och således inte heller i rehabiliteringskedjan.

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar avgör gränsen för när en förebyggande åtgärd kan medföra rätt till preventionsersättning. Åtgärder som faller inom arbetsgivarens förebyggande arbetsmiljöansvar ska inte kunna medföra rätt till preventionsersättning. Preventionsbidrag ska ersätta de eventuella merkostnader den enskilde har i samband med förebyggande behandling.

Det är Försäkringskassan som bedömer om förutsättningarna för att bevilja preventionsersättning är uppfyllda. För den som beviljas

preventionspenning ska Försäkringskassan upprätta en preventionsplan. Vid prövning av rätt till preventionersättning ska, till skillnad från vad som gäller i dag kring förebyggande sjukpenning, endast ett beslut fattas. Nuvarande krav på en särskild medicinsk behandlingsplan och ett särskilt beslut om att godkänna planen vid förebyggande medicinsk behandling/insatser tas alltså bort.

Utredningens förslag ger ett ökat fokus på förebyggande insatser. Syftet är att färre ska få nedsatt arbetsförmåga, vilket minskar de försäkrades behov av sjukpenning. Utredningens bedömning av effekterna av dessa förslag är att fler kommer kunna beviljas förebyggande insatser genom att fler medicinska insatser blir ersättningsberättigade samt att vissa arbetslivsinriktade insatser inkluderas i försäkringen. Möjligheten till en steglös ersättning gör också att fler kan beviljas ersättning. Insatsen ska inte längre behöva uppgå till minst två timmar per dag för att ersättning ska kunna beviljas utan det är i stället den förlorade arbetsinkomsten som ska vara avgörande för huruvida ersättningen kan betalas ut.

Nedan beskriver utredningen de mer detaljerade effekterna av dessa förslag.

23.2.1 Effekter för försäkringen

Den förebyggande sjukpenningen används i dag i mycket liten omfattning. Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade ansöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Utredningen har identifierat ett antal olika förklaringar till att förebyggande sjukpenning används i så liten utsträckning. Det handlar dels om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit, dels om att medicinsk behandling inte genomförs i någon större utsträckning i förebyggande syfte och att förmånen inte är tillräckligt kända vare sig i vården eller hos den enskilde.

Mot bakgrund av denna analys bedömer utredningen att antalet personer som kan beviljas den nya förmånen preventionersättning i jämförelse med de som i dagsläget beviljas förebyggande sjukpenning kommer att öka, men åtminstone inledningsvis kommer effekten vara förhållandevis liten.

Utredningens förslag om att kravet för att beviljas förebyggande ersättning sänks från att i dag kräva evidensbaserade behandlingsmetoder till vetenskapligt och beprövade behandlingsmetoder gör att fler kan beviljas ersättning än i dag. Även formen för hur ersättningen ska beräknas torde påverka antalet personer som ersätts för förebyggande behandlingar. Med dagens krav på att en behandling ska ta minst två timmar inklusive restid, är många kortare behandlingar inte ersättningsberättigade. Utredningens förslag fokuserar mer på det faktiska inkomstbortfall som den enskilde har under hela den period som behandlingsplanen sträcker sig över. Det gör att fler behandlingar och fler personer kan beviljas ersättning för förebyggande behandlingar än i dag.

Det finns emellertid redan i dagens system, svårigheter med att bedöma när förebyggande behandlingar ska sättas in och hur dessa insatser kan förväntas påverka den enskildes eventuella framtida sjukskrivning. Det är sannolikt också en av flera förklaringar till att förebyggande behandlingar inte används i så stor uträkning i dag. Med utredningens förslag kvarstår denna problematik och gör att utredningen bedömer att antalet förebyggande behandlingar som ger rätt till preventionersättning inte kommer öka dramatiskt. Även gränsdragningsproblem i förhållande till vad som är arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och vad som ska täckas av försäkringen kan bidra till att ökningen blir begränsad. I praktiken blir det fråga om bedömningar i det enskilda fallet som inte alltid är så enkla.

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

Under 2020 var det omkring 10 000 personer som beviljades förebyggande sjukpenning. Det är en nivå som varit förhållandevis stabil sedan 2008. Åren dessförinnan, 1999–2006, beviljades betydligt färre förebyggande sjukpenning, ca 6 000 personer. Med detta nivåskifte,

från 6 000 till 10 000 personer, som utgångspunkt för vad som historiskt sett varit möjligt att förändra på en relativt kort tid, skulle en rimlig bedömning av vad utredningens förslag skulle kunna innebära i fråga om volymförändringar vara omkring 5 000 ytterligare personer med preventionspenning, jämfört med dagens antal personer med förebyggande sjukpenning. Det skulle innebära en ökning av försäkringskostnaderna med ca 90 miljoner kronor i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning, givet att den genomsnittliga ersättningen är den samma. Att den genomsnittliga ersättningen skulle vara densamma är ett antagande som kan diskuteras. Att preventionsersättning ska kunna beviljas på en lägre nivå än vad som är fallet i dagens förebyggande sjukpenning skulle kunna innebära att den genomsnittliga ersättningen i preventionsersättningen är lägre. Det skulle i så fall innebära en något lägre kostnad.

Med antagandet om fler personer som kan beviljas preventionspenning för förebyggande åtgärder av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär gör utredningen bedömningen att även inflödet till sjukpenningen påverkas. Ett viktigt syfte med preventionspenning är att insatser kan sättas in redan innan arbetsförmågan blivit nedsatt och ett sjukfall inträffat. Det innebär att sannolikheten för att ett sjukfall och nedsatt arbetsförmåga inträffar minskar med förebyggande insatser. I de fall ett sjukfall ändå uppstår kan de bli kortare eftersom förebyggande behandling redan påbörjats innan arbetsförmågan blivit nedsatt. Därmed är startsträckan till rehabilitering för nedsatt arbetsförmåga kortare, vilket gör att de som trots förebyggande insatser fått nedsatt arbetsförmåga redan tidigt i sjukfallet torde kunna få och effektivt ta till sig rehabiliterande åtgärder. I hur många fall dagens förebyggande sjukpenning innebär att sjukskrivning undviks eller förkortas har utredningen inga uppgifter om. Utredningen har inte heller uppgifter om sjukskrivningens omfattning eller den enskildes underliggande inkomst i dessa fall. Utredningen kan därför inte göra någon mer omfattande bedömning av hur detta påverkar utgifterna i sjukförsäkringen, annat än att konstatera att utgifterna sannolikt minskar.

23.2.2 Effekter för den enskilde

Utredningens bedömning är att möjligheten till förebyggande rehabiliteringsinsatser även av arbetslivsinriktad karaktär har en positiv effekt på individens möjligheter att vara kvar i arbetslivet utan att få nedsatt arbetsförmåga och behöva bli sjukskriven. För den enskilde innebär det en bättre ekonomisk situation om inkomsten kommer från lön i stället för sjukpenning. Kan förebyggande insatser leda till att sjukskrivning undviks innebär det också att individens inkomst i ett längre perspektiv blir högre med utredningens förslag än med dagens gällande regler. I samma riktning verkar utredningens förslag om en mer generös tillämpning av möjligheten till ersättning för förlorad arbetsinkomst i samband med förebyggande insatser. Fler åtgärder kan ersättas och därmed minskar den enskildes inkomstförlust för att delta i förebyggande insatser.

Utredningens förslag om att insatser kan beviljas om de bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet vidgar sannolikt antalet möjliga insatser som kan ersättas jämför med nuvarande regelverk. De kan enligt utredningens resonemang ovan ha en positiv effekt på antalet personer som blir sjukskrivna. För den enskilde betyder detta att denne kan vara kvar i arbete och undvika sjukskrivning eller förkorta sjukskrivningstiden, vilket har en positiv effekt på den enskildes inkomst. Dock är det så att ersättningen för själva insatsen följer de befintliga principer som gäller vid sjukpenning. Det innebär att det under de insatser som den enskilde genomgår uppstå en inkomstförlust som inte ersätts fullt ut.

Även de ökade möjligheterna till omskolning genom studier i förebyggande syfte kan ha en positiv effekt på den enskildes inkomst. Vid behov av omskolning och studier för att kunna få en ny anställning kan preventionersättning beviljas i stället för att personer t.ex. behöver sägas upp och övergå till insatser från Arbetsförmedlingen och således till de ersättningsnivåer som gäller i aktivitetsstöd, som ofta är lägre än i sjukpenningen. Även vid behov av studier för att kunna få en ny anställning ger utredningens förslag ett skydd för den enskilde mot allt för stor inkomstförlust. I stället för att behöva söka studiemedel kan den försäkrade beviljas preventionersättning under som mest 44 studieveckor.

23.2.3 Effekter för sysselsättning

Med fler som beviljas förebyggande insatser gör utredningen bedömningen att fler försäkrade kan undvika att drabbas av nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning, eller att förebyggande insatser i vart fall kan bidra till att förkorta sjukskrivningstiden. Det har en positiv betydelse för den enskildes möjligheter att fortsätta arbeta eller att snabbare återgå i arbete. Även om det initialt innebär att den enskilde arbetar mindre menar utredningen att den långsiktiga effekten är positiv för sysselsättning och arbetade timmar i samhället. Med de små volymer, sett till samhällsekonomin som helhet, som utredningen menar kan bli föremål för dessa åtgärder har det sannolikt en knappt mätbar effekt på sysselsättningen i samhället.

23.2.4 Effekter för arbetsgivare

Om fler anställda får förebyggande insatser bedömer utredningen att det även kan ha positiva effekter på arbetsgivarens eget förebyggande arbetsmiljöarbete. Utredningens förslag om preventionersättning syftar på intet sätt till att ta över något av det ansvar som arbetsgivare har i dag för arbetsanpassning, rehabilitering eller övrigt systematiskt arbetsmiljöarbete. Gränsdragningen mellan det som är arbetsgivarens ansvar och det som ska täckas av försäkringen kommer dock i praktiken inte alltid vara glasklar. Ett bifall eller avslag på en ansökan om preventionsspänning kan därmed bidra till nya sätt att tänka kring förebyggande åtgärder i den egna organisationen. Även om insatsen inte kan ersättas med preventionersättning kan den vara motiverad utifrån ett företagsekonomiskt perspektiv. Det faktum att det med utredningens förslag ska gå att få preventionersättning även för arbetslivsinriktade åtgärder i förebyggande syfte kan således stimulera till en diskussion och tydliggörande om av vad som är arbetsgivarens ansvar och vad som faller utanför detta. Det kan ge nya tankar och idéer på vad som kan göras i den egna verksamheten för att förebygga ohälsa. I förlängningen bedöms det kunna ha en positiv effekt på sjukfrånvaron, vilket minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön, ökar möjligheten att behålla befintlig personal på arbetsplatsen och minskar kostnader för rekrytering.

Vad gäller kostnader för rekrytering finns emellertid en motverkande effekt. Om arbetstagare ska kunna utföra arbetslivsinriktad

rehabilitering i förebyggande syfte som t.ex. arbetsträning förutsätter det att det kan göras utan produktionsansvar. Det kan innebära att det uppstår ett behov av att anställa ersättare. Det leder till ökade kostnader för arbetsgivaren och till att fler får sysselsättning. Arbetsträningen kan ställa krav på att arbetsgivaren tillhandahåller handledare för den som arbetstränar, vilket kan innebära en ökad kostnad och produktionsbortfall hos arbetsgivaren.

Arbetsgivaren har en viktig roll i den enskildes arbetslivsinriktade rehabilitering och kommer även att vara en viktig del av den ansökningsprocess som den enskilde genomgår vid en ansökan om preventionersättning för förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. Även om det är den enskilde som ansöker om preventionersättning kommer denne behöva underlag och stöd från sin arbetsgivare för att styrka de risker som finns kring en framtida nedsättning av arbetsförmågan om arbetet i nuvarande anställning fortsätter utan åtgärd. Det kan innebära ökade administrativa kostnader för arbetsgivarna som behöver utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering eller omställningsåtgärder. Det kan innebära att mer tid behöver läggas på att skriva intyg eller delta i utredningsmöten tillsammans med den enskilde, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Med fler personer som deltar i arbetslivsinriktade insatser i preventivt syfte kan också behovet av ersättningsanställningar öka för myndigheter, företag och organisationer. Det ökar arbetsgivarnas rekryteringskostnader.

23.2.5 Effekter för jämställdhet

Utredningens förslag om preventionersättning påverkar inte kvinnors möjligheter att söka ersättning för förebyggande insatser på annat sätt än mäns. Konsekvensen av utredningens förslag bedöms därför inte ha någon speciell påverkan på jämställdheten. Däremot finns det i dag en tydlig skillnad mellan hur många kvinnor och män som söker och beviljas förebyggande sjukpenning. Andelen kvinnor som beviljas förebyggande sjukpenning är knappt 70 procent, vilket är ungefär lika stor andel som beviljas sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Personer som beviljas förebyggande sjukpenning har ofta haft sjukpenning tidigare, vilket förklarar att fördelningen mellan kvinnor och män i de båda ersättningssystemen följer samma struk-

tur. Med utredningens förslag ges ökade möjligheter till ersättning för förebyggande åtgärder av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär. Vad gäller förändringarna inom den medicinska delen finner utredningen inga tydliga skäl till att den skillnad mellan kvinnor och män som finns i dagens system skulle förändras till följd av förslagen. För de förebyggande arbetslivsinriktade åtgärderna är utfallet mellan kvinnor och män svårt att bedöma. Åtgärderna som kan bli aktuella är emellertid desamma som beviljas inom ramen för dagens rehabiliteringspenning. Rehabiliteringspenningen har samma fördelning mellan kvinnor och män som sjukpenning och förebyggande sjukpenning. Utredningen drar utifrån detta slutsatsen att det mest rimliga är att fördelningen mellan kvinnor och män i den nya preventionsersättningen följer det mönster som finns i dagens förebyggande sjukpenning.

23.2.6 Effekter för myndigheter

Försäkringskassan

Syftet med utredningens förslag är att fler ska kunna beviljas förebyggande insatser av både medicinsk och arbetslivsinriktad karaktär. Utredningens bedömning är dock att antalet personer med preventionsersättning åtminstone inte inledningsvis kommer öka särskilt mycket i förhållande till dagens förebyggande sjukpenning. Det kommer dock innebära att Försäkringskassan behöver handlägga fler ärenden än i dag. Ansvaret för att upprätta en plan vid medicinska förebyggande åtgärder förflyttas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den preventionsplan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär att Försäkringskassan behöver ha fler kontakter med hälso- och sjukvården jämfört med i dag, för att skaffa de uppgifter som behövs för upprättandet av preventionsplanen.

Ett viktigt syfte med att fler ska beviljas förebyggande behandlingar är att det på sikt ska innebära att färre behöver vara sjukskrivna. Det innebär i så fall minskade administrativa kostnader för att handlägga sjukpenningärenden. Utredningens samlade bedömning är dock att förslaget kommer innebära ökade kostnader för Försäkringskassans administration.

Arbetsförmedlingen

Den nya förmånen ska kunna beviljas försäkrade som deltar i förebyggande insatser och rehabilitering oavsett anställningsform och även omfatta arbetslösa. I en arbetsgivares roll ingår att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering hos de anställda. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering. En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för en effektiv preventiv åtgärd. För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll. Det innebär att i de fall arbetslösa är i behov av preventiva åtgärder för att minska sannolikheten för kommande sjukskrivningar kommer Arbetsförmedlingen vara en part i den process som leder fram till att Försäkringskassan kan bevilja preventionersättning.

Försäkringskassan har i dagsläget kompetens att identifiera ärenden som har behov av rehabiliteringsinsatser, men kan behöva inspel från andra aktörer för att se om insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga. Det är därmed naturligt att myndigheten begär in den försäkrades, hans eller hennes arbetsgivares och fackliga organisations samt hälso- och sjukvårdens perspektiv och bedömning i frågan. För arbetslösa försäkrade utgör även Arbetsförmedlingen en sådan aktör. Det är alltså med dessa underlag som den försäkrade ska kunna visa att han eller hon har rätt till förmånen. Det innebär att Arbetsförmedlingens administration kring arbetslösa som är i behov av förebyggande rehabiliterande åtgärder som kan medföra att Försäkringskassan beviljar preventionersättning kommer att öka. Som beskrivits i tidigare avsnitt bedömer dock utredningen att denna ökning åtminstone inledningsvis inte kommer vara så stor. Utredningen kan inte närmare siffrasätta vad den ökade administrationen kommer att innebära för Arbetsförmedlingen men bedömer mot bakgrund av att de ökade volymerna bedöms som små att även kostnaderna för den ökade administrationen blir relativt begränsad.

23.2.7 Effekter för hälso- och sjukvården

En viktig utgångspunkt för utredningens arbete har varit att minska administrationen för vården i samband med ansökningar om förebyggande rehabiliteringsåtgärder. Förslaget om att kravet på en separat, detaljerad behandlingsplan och särskilt beslut om denna behandlingsplan slopas minskar enligt utredningens mening administrationen för vården i samband med förebyggande behandlingar som kan ge rätt till preventionersättning. Vården ska dock vara Försäkringskassan behjälplig vid upprättandet av den plan som beskriver vilka åtgärder som ska vidtas i behandlingsprogrammet. Det innebär således inte att de administrativa uppgifterna för vården helt försvinner. De torde dock enligt utredningens mening minska i omfattning i förhållande till i dag.

Syftet med förslaget är dock vidare att fler personer än i dag ska beviljas förebyggande behandlingar. Genom att vidga vad som kan ingå i en förebyggande behandling som kan ge rätt till ersättning, från dagens krav på evidens till krav på behandlingsmetoder som inom sjukvården anses grundade i vetenskap och beprövad erfarenhet, borde fler personer och behandlingar kunna rymmas inom ramen för den nya preventionersättningen jämfört med dagens förebyggande sjukpenning. För vårdens del kan det innebära en viss ökning av personer som söker förebyggande behandlingar, vilket innebär ökade kostnader. I samma riktning verkar även utredningens förslag om att det är den faktiska inkomstförlusten som ska ersättas. Om ersättningsmöjligheterna ökar menar utredningen att det sammantaget kan innebära att fler söker sig till vården för förebyggande behandlingar och efterfrågan på förebyggande behandlingar kan därmed förväntas öka. Det innebär också att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar.

24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

24.1 Ikraftträdande

24.1.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Förslagen som avser rätten till sjukersättning, sjukersättning för äldre försäkrade och aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och börja tillämpas den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Med den 1 december 2022 som ikraftträdande-tidpunkt bedöms berörda aktörer ha tillräckligt med tid för nödvändiga förberedelser inför att lagändringarna träder i kraft. Genom att reglerna ska börja tillämpas den 1 januari 2023 kan Försäkringskassan fatta beslut innan den tidpunkt som beslutet gäller infaller.

24.1.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Utredningens förslag: Förslagen som avser arbete under tid med sjukersättning för försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008 ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom steglös avräkning beräknas på kalenderår behöver ändringen att använda inkomstbasbelopp vid beräkning av bl.a. fribeloppen för steglös avräkning börja tillämpas vid ett årsskifte, med andra ord fr.o.m. den 1 januari. Genom förslaget att reglerna ska träda i kraft den 1 december 2022 kan försäkrade ansöka om steglös avräkning före det aktuella kalenderår då reglerna ska börja tillämpas. Därmed kan Försäkringskassan också fatta beslut innan den tidpunkt som beslutet gäller infaller.

Ändringarna kräver anpassning av Försäkringskassans it-system för att kunna handläggas på ett ändamålsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för denna it-utveckling.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

24.1.3 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller fr.o.m. 1 juli 2008

Utredningens förslag: Reglerna om flexibelt vilande sjukersättning vid arbete och vilande ersättning vid studier ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Reglerna om ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med sjukersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka innan han eller hon börjar arbeta eller studera med vilande ersättning, behöver tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna ska börja tillämpas. Om en försäkrad exempelvis vill börja arbeta med vilande ersättning fr.o.m. samma dag som reglerna ska börja tillämpas kan han eller hon alltså ansöka i förväg, innan han eller hon ska börja arbeta.

De föreslagna ändringarna kräver bl.a. en mer omfattande it-utveckling på Försäkringskassan för att kunna handläggas på ett ända-

målsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för dessa förberedelser.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

Reglerna om åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning bedöms vara lämpliga att införa samtidigt som övriga föreslagna ändringar. Därför föreslås det regelverket träda i kraft den 1 januari 2023.

24.1.4 Under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Reglerna om steglöst vilande aktivitetsersättning vid arbete och vilande ersättning vid studier samt prøvotid vid studier ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Reglerna om ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. under tid med aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Reglerna om arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetsersättning ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka innan han eller hon börjar arbeta eller studera med vilande ersättning eller med prøvotid, behöver tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Om en försäkrad t.ex. vill börja arbeta med vilande ersättning fr.o.m. samma dag som reglerna ska börja tillämpas, kan han eller hon alltså ansöka i förväg, innan han eller hon börjar arbeta.

De föreslagna ändringarna kräver bl.a. en mer omfattande it-utveckling inom Försäkringskassan för att kunna handläggas på ett ändamålsenligt sätt. Därmed är det relevant att lämna tillräcklig tid för dessa förberedelser.

Mot bakgrund av ovan nämnda skäl bedöms den 1 januari 2023 vara en lämplig tidpunkt för att börja tillämpa detta regelverk.

Reglerna om åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning bedöms vara lämpliga att införa samtidigt som övriga

föreslagna ändringar. Därför föreslås det regelverket träda i kraft den 1 januari 2023.

Arbetsmarknadspolitiskt program för unga med aktivitetserättning föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Bl.a. kommer detta program kunna ersätta det årliga regeringsuppdraget om förstärkt samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för denna målgrupp. Därmed är det lämpligt att denna övergång sker vid ett årsskifte.

24.1.5 Rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: Reglerna om rehabiliteringsersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka om rehabiliteringsersättning, bör tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Tack vare detta kan en försäkrad ansöka om ersättning i förväg, för en planerad rehabiliteringsåtgärd.

Lagändringarna bedöms kräva viss uppdatering av handläggningsprocesser för handläggning på Försäkringskassan m.m. samt anpassning av myndighetens it-system. För att ge tillräckligt med tid för dessa förberedelser föreslås reglerna börja tillämpas fr.o.m. den 1 januari 2023.

24.1.6 Preventionersättning

Utredningens förslag: Reglerna om preventionersättning ska träda i kraft den 1 december 2022 och börja tillämpas den 1 januari 2023.

Reglerna om beskattning av preventionersättning, utmätning av förmånen, socialavgifter och övriga bestämmelser om förmånen som regleras i andra författningar än socialförsäkringsbalken ska träda i kraft den 1 januari 2023. Beskattningsreglerna ska tillämpas första gången för det beskattningsår som börjar efter den

31 december 2022. Ändringar avseende avgiftsfria socialavgifter tillämpas på ersättning som utges efter den 31 december 2022.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom en försäkrad ska ansöka om preventionersättning, bör tidpunkten för ikraftträdandet förläggas tidigare än tiden för vilken reglerna kan tillämpas. Tack vare detta kan en försäkrad ansöka om ersättning i förväg, för en planerad preventiv åtgärd.

Dessa lagändringar avser förslag om att införa en ny ersättningsform i socialförsäkringsbalken. Regeländringarna bedöms därför kräva mer omfattande uppdatering av Försäkringskassans handlägningsprocesser, blanketter och mallar m.m. samt viss anpassning av myndighetens it-system. Det bedöms även påverka andra aktörer vad gäller behov av förberedelser inför lagändringarna.

För att ge tillräckligt med tid för dessa förberedelser föreslås reglerna börja tillämpas fr.o.m. den 1 januari 2023.

Eftersom reglerna om preventionersättning ska börja tillämpas den 1 januari 2023 bör reglerna om beskattning och utmätning av förmånen, samordning med andra förmåner, socialavgifter m.m. också träda i kraft den 1 januari 2023 och börja tillämpas i samband med att reglerna om preventionersättning börjar tillämpas.

24.2 Övergångsbestämmelser

24.2.1 Rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Ärenden som inletts hos Försäkringskassan före den 1 januari 2023 men som inte avgjorts innan reglerna ska börja tillämpas, ska handläggas enligt de nya bestämmelserna. Äldre bestämmelser ska dock tillämpas för tid som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att utredningen föreslår lättnader i regelverket avseende beslut om rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning bedöms att ärenden som inletts hos Försäkringskassan före ikraftträdandet av de nya reglerna men

som inte har avgjorts ska handläggas enligt de nya bestämmelserna för tid fr.o.m. när de nya reglerna ska börja tillämpas.

För att ansökningar om rätt till ersättning inte ska behandlas olika beroende på faktorer såsom handläggningstider m.m. anser utredningen även att äldre bestämmelser ska tillämpas för tid avseende tid innan ikraftträdandet. Det innebär exempelvis att om en försäkrad i oktober 2022 lämnar in en ansökan om sjukersättning fr.o.m. juli 2022 och får beslut den 1 januari 2023 eller senare, ska prövningen av rätt till ersättning göras enligt äldre bestämmelser för perioden juli–december 2022 och enligt det nya regelverket för tid fr.o.m. den 1 januari 2023. Om Försäkringskassan fattar beslut i ärendet före december 2022 kommer ärendet att bedömas utifrån nuvarande regler. Fattar Försäkringskassan beslut den 1 december 2022 eller senare bedöms tiden från och med den 1 januari 2023 enligt de nya reglerna.

24.2.2 Under tid med sjukersättning – försäkrade som har beviljats sjukersättning enligt reglerna som gällde före 1 juli 2008

Utredningens förslag: Äldre bestämmelser gäller för tid för ersättning som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att reglerna avseende steglös avräkning tillämpas för arbete som utförs per hela kalenderår samt att utredningen föreslår att de nya reglerna ska börja tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023 bedömer utredningen att de nuvarande reglerna ska gälla för tid före den 1 januari 2023.

24.2.3 Under tid med aktivitetsersättning

Utredningens förslag: Om den försäkrade vid ikraftträdandet redan har beslut om rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som även avser tid fr.o.m. den 1 januari 2023, ska Försäkringskassan snarast, i samråd med Arbetsförmedlingen utreda om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Denna utredning

behöver inte göras om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet.

Skälen för utredningens förslag: När det gäller klarläggande av rehabiliteringsbehov enligt 33 kap. 20 a §, ska det i de fall det vid ikraftträdandet redan finns beslut om rätt till aktivitetsersättning snarast utredas om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Detta gäller ärenden där de försäkrade har beslut om rätt till ersättning som även gäller fr.o.m. den 1 januari 2023.

Utredningen ser inte skäl till att försäkrade som redan beviljats aktivitetsersättning inte ska få en bedömning av om de kan delta i det nya programmet. Med hänsyn till det stora antalet ärenden som ska bedömas anser dock utredningen inte att någon fast tidsram för när ett klarläggande avseende dessa försäkrade ska regleras, annat än att så ska ske snarast möjligt. Möjligheten att avstå från ett klarläggande finns även avseende dessa försäkrade.

24.2.4 Preventionsersättning

Utredningens förslag: För försäkrade som senast vid utgången av december 2022 har fått ett beslut om godkänd behandlingsplan för insatser som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning ska äldre bestämmelser om förebyggande sjukpenning fortfarande tillämpas.

Skälen för utredningens förslag: Övergångsperioden mellan det gamla och nya regelverket bör vara så kort som möjligt för att minimera tiden med två parallella system. Att behöva ha två delvis olika regelverk att förhålla sig till för ersättning för insatser som syftar till att förebygga nedsatt arbetsförmåga kan bl.a. innebära ett administrativt merarbete och därmed ökade kostnader för Försäkringskassan och andra inblandade aktörer, såsom arbetsgivare och hälso- och sjukvården. Av rättssäkerhetsskäl bör det nya regelverket inte ges någon retroaktiv effekt. Försäkrade som innan tidpunkten för när de nya reglerna ska börja tillämpas har fått ett beslut om godkänd behandlingsplan för medicinska insatser som kan ge rätt till före-

byggande sjukpenning ska bedömas enligt nuvarande regelverk. Bestämmelserna om sjukpenning i förebyggande syfte bör därför fortsätta att gälla för enskilda som har en pågående ersättningsperiod vid tidpunkten för när preventionersättning ska börja tillämpas. När den pågående ersättningsperioden är avslutad omfattas den försäkrade vid en eventuell ny period med förebyggande insatser av de nya reglerna som föreslås börja tillämpas den 1 januari 2023. På så sätt begränsas övergångsperioden mellan det gamla och nya regelverket samtidigt som rättssäkerheten, särskilt förutsebarheten, för den enskilde upprätthålls på ett nöjaktigt sätt.

24.2.5 Rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: De nya bestämmelserna ska även tillämpas på sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet.

Äldre bestämmelser gäller i fråga om sjukpenning och rehabiliteringsersättning som avser tid före den 1 januari 2023.

Skälen för utredningens förslag: Med hänsyn till att utredningen föreslår mer generösa regler avseende rätten till rehabiliteringsersättning bedöms att ärenden som inlets hos Försäkringskassan och där en ersättningsperiod har påbörjats före ikraftträdandet av de nya reglerna ska handläggas enligt de nya bestämmelserna. Alternativet är en ordning som innebär att ärenden ska handläggas enligt de regler som gällde vid tidpunkten för ansökan respektive att sedan tidigare fattade beslut om pågående ersättningsperioder ska bedömas enligt tidigare regler. Alternativet skulle således innebära att olika regler skulle gälla för olika försäkrade, beroende på när perioden med rehabiliteringsersättning påbörjades, i stället för på vilka regler som är i kraft vid tiden för prövningen. En sådan lösning bedöms riskera att uppfattas som godtycklig eller orättvis. Att behöva ha två delvis olika regelverk att förhålla sig till vid bedömningar av rätten till ersättning kan vidare innebära ett administrativt merarbete och därmed ökade kostnader för Försäkringskassan. Vidare skulle en försäkrad ändå kunna få sina rehabiliteringsinsatser prövade enligt de nya reglerna genom att återkalla sin ansökan eller avbryta sin pågående period med rehabiliteringspenning enligt nuvarande regler och lämna in en ny ansökan fr.o.m. tidpunkten för när de nya reglerna trätt i kraft.

25 Konsekvenser

Enligt kommittéförordningen ska utredningen redovisa konsekvenserna av de förslag som presenteras i detta betänkande. Det handlar om påverkan på kostnader eller intäkter för staten, kommuner, regioner, företag eller andra organisationer. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet ska detta också beskrivas. Utredningen ska dessutom beskriva konsekvenserna för sysselsättning, offentlig service i olika delar av landet, små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga i förhållande till större företags samt jämställdheten mellan kvinnor och män. Om utredningens förslag bedöms påverka möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska även konsekvenserna ur dessa avseenden belysas. Även kostnads- mässiga och andra konsekvenser av förslag till nya eller ändrade regler ska anges¹

I kapitel 5–9 beskrivs utredningens förslag gällande rätten till sjukersättning. I kapitel 10–13 redovisas utredningens förslag gällande rätten till aktivitetsersättning. Förslag rörande möjligheten till arbete, studier och uppdrag under tid med dessa ersättningar beskrivs i kapitel 14–17 och förslag rörande förmåner vid förebyggande insatser och rehabilitering redovisas i kapitel 18–23. Konsekvenserna av respektive förslag eller grupp av förslag beskrivs i direkt anslutning till de kapitel där förslagen presenteras. I det här kapitlet finns en *sammanfattande sammanställning* av samtliga förslag som utredningen presenterar i detta betänkande. För mer detaljerade beskrivningar av konsekvenserna hänvisas till redovisningarna i kapitel 9, 13, 17 och 23.

Ett generellt problem vid konsekvensbeskrivningar av förändringar i olika ersättningssystem är svårigheten att bedöma vilka volymförändringar förslagen medför. Det beror till stor del på att

¹ 14–15 a §§ Kommittéförordningen (1998:1474).

det är svårt att förutsäga människors beteenden under nya förutsättningar. Därmed blir det t.ex. svårt att beräkna hur många nya ansökningar om sjuk- och aktivitetsersättning, hur många som kan tänkas använda de möjligheteter till arbete, studier och uppdrag eller använda de nya möjligheter till förebyggande åtgärder eller rehabiliteringsförmåner som utredningen föreslår. Det är också svårt att uppskatta när i tiden kostnader uppstår, dvs. om förslagen redan vid införandet kommer innebära stora förändringar i ansökningsvolymen eller om detta är en ökning som kommer ske mer succesivt. Mot bakgrund av detta vill utredningen betona att de beräkningar som redovisas är gjorda utifrån de *antaganden* som beskrivs i respektive avsnitt. Ändras antagandena påverkar det också utfallet av beräkningen. Konsekvensberäkningarna ska därför mer ses som en indikation av storleksordningen på de ekonomiska konsekvenserna, givet de gjorda antagandena, än som en mer säker prognos över de faktiska utfallet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisationer har i möjligaste mån stämts av med berörda myndigheter men är av naturliga skäl även beroende av de volymantaganden som görs. Ändrade volymer får det således även konsekvenser för myndigheternas administrativa kostnader.

25.1.1 Rätten till sjukersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändringar som utredningen föreslår gällande rätten till sjukersättning. Inledningsvis ges en kort presentation av utredningens förslag. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 9.

Förslagen

Utredningen föreslår en förändring av det arbetsmarknadsbegrepp som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot när han eller hon ansöker om sjukersättning. Den försäkrades arbetsförmåga ska enligt förslaget bedömas mot ett förvärsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller ett för den försäkrade tillgängligt arbete (hädanefter normalt förekommande arbete). Det innebär att den försäkrade enligt utredningens förslag ska bedömas mot samma

arbetsmarknadsbegrepp som föreslås av regeringen i prop. 2020/21:171 för prövning av rätt till sjukpenning.²

För personer med mindre än fem år kvar tills sjukersättning inte längre kan lämnas ska dock enbart arbetsförmågan i de arbeten där den försäkrade har erfarenhet av eller annat tillgängligt arbete beaktas.

Vidare föreslår utredningen en förändring av varaktighetsbegreppet. Utredningens förslag innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig tid i stället för som i dag stadigvarande nedsatt. Vid bedömningen av huruvida arbetsförmågan är nedsatt under överskådlig tid ska inte beaktas tid bortom den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas. Förslaget syftar till att tydliggöra hur lagstiftningen ska tolkas och har inte för avsikt att förändra de principer som redan i dag gäller vid bedömning av varaktigheten för nedsättningen av arbetsförmågan.

Liksom gäller i dag ska det inte finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan. För försäkrade som aldrig haft någon arbetsförmåga görs ett förtydligande att även åtgärder som kan antas medföra att en försäkrad får arbetsförmåga ska beaktas. Vid denna bedömning ska endast sådana rehabiliteringsåtgärder där den försäkrade bedöms få eller återfå arbetsförmåga före den tidpunkt då sjukersättning inte längre kan utbetalas beaktas.

Förslaget innehåller också ett förtydligande kring vilken nivå på arbetsförmågan som den försäkrade kan förväntas återfå för att ansökan om sjukersättning ska kunna avslås på denna grund. Bestämmelsen justeras från att den försäkrade ska bedömas kunna återfå *någon* arbetsförmåga till att avse den arbetsförmågenivå som ansökan avser. Avseende beviskravet för bedömning av om det finns återstående rehabiliteringsmöjligheter, som kan ge eller återge den försäkrade arbetsförmåga, är det för att sjukersättning ska kunna beviljas tillräckligt att det kan antas att det inte finns sådana rehabiliteringsmöjligheter.

Utredningen föreslår också en kodifiering av beviskravet för rätt till sjukersättning. Rätt till sjukersättning ska anses föreligga om det är *sannolikt* att kriterierna för att den försäkrade ska kunna beviljas sjukersättning är uppfyllda.

Utredningens bedömning är att det framförallt är förändringen av arbetsmarknadsbegreppet som kommer innebära att fler kan be-

² Efter dag 180 för anställda.

viljas sjukersättning än i dag. Övriga förslag bedöms ha en mindre påverkan men bidrar alla till att göra rätten till sjukersättning mer generös. De utgör alla rekvisit som reglerar rätten till sjukersättningen. Respektive rekvisit utgör en del av en helhet som tillsammans innebär att rätten till sjukersättning blir mer generös med utredningens förslag än med dagens regler.

Konsekvenser

De samlade effekterna av utredningens förslag avseende rätten till sjukersättning redovisas i tabell 25.1. Utredningen har i kapitel 9 redovisas ett antal olika utvecklingsscenarier kring hur volymerna av antalet nybeviljande sjukersättningsärenden kan komma att se ut. Utredningen gör bedömningen att förslagen, beroende på hur nybeviljandet utvecklas, under det första året totalt sett kommer innebära att ca 2 300–16 000 fler personer kan beviljas sjukersättning. Under dessa förutsättningar gör utredningen bedömningen att utgifterna för sjukersättning ökar med 0,1–1,0 miljarder kronor i förhållande till dagens nivå under införandeåret. Året därefter ökar antalet personer som kan beviljas sjukersättning till 3 200–17 600 personer. Kostnaderna för sjukersättningen stiger då till 0,3–2,2 miljarder kronor.

För den enskilde individen innebär beviljandet av sjukersättning att inkomstnivån i genomsnitt stärks. Den disponibla inkomsten ökar totalt sett med 10–90 miljoner kronor under det första året efter införandet och 30–220 miljoner kronor under det andra året. På individnivå finns det dock personer som får både ett bättre och sämre ekonomiskt utfall med de nya reglerna. Huruvida inkomsterna ökar eller minskar beror på vilken ersättning den enskilde hade innan den beviljas sjukersättning. För personer med låga inkomster innebär ett beviljande av sjukersättning i de flesta fall att inkomsterna stärks medan det för personer med höga inkomster ofta innebär en försvagad ekonomisk situation.

För staten innebär förslagen att de samlade utgifterna ökar. Staten påverkas dels genom ökade utgifter för sjukersättning, dels genom minskade utgifter i de ersättningsystem där individen tidigare fick sin ersättning ifrån. Det innebär att utgifterna för sjukpenning och arbetslöshetsersättning minskar. Beviljandet av sjukersättning innebär också att individen kan söka bostadstillägg vilket ökar utgifter

inom detta försäkringsområde. En ansökan om sjukersättning är vanligtvis också ett tillfälle då en prövning av arbetsskada sker. Därmed kan fler komma att beviljas arbetsskadelivränta. Utredningens bedömning är att statens utgifter ökar med 30–250 miljoner kronor i förhållande till dagens nivå. Året därefter förväntas utgifterna stiga till 70–540 miljoner kronor i förhållande till dagens nivå.³

De som beviljats sjukersättning befinner sig ofta i sjukersättningsystemet under en lång tid. För de allra flesta är det fram tills de inte längre kan uppbära sjukersättning⁴ och i stället tar ut ålderspension. Det innebär emellertid inte att systemet är helt statiskt. Några individer avlider under tiden de har sjukersättning och en mindre grupp lämnar även sjukersättningen av andra skäl, t.ex. att det fått eller återfått arbetsförmåga och inte längre uppfyller villkoren för rätt till ersättning. Samtidigt beviljas hela tiden nya personer sjukersättning och omfattningen av sjukersättningen kan förändras över tid för de som redan har ersättning. Partiell ersättning kan exempelvis utökas och övergå till hel sjukersättning. Hur det årliga antalet personer som har sjukersättning utvecklas från ett år till ett annat beror därför både på hur många som initialt befinner sig i systemet och hur de fördelas över olika åldersgrupper, hur många som lämnar systemet, hur många som kommer in i systemet (nybeviljanden) och hur behovet av ersättning förändras för de som redan har sjukersättning.

Erfarenheter från tidigare perioder då reglerna för rätten till sjukersättning/förtidspension varit mer generösa indikerar att ökningen av antalet ersättningstagare kan vara relativt omfattande. Under 1970- och 1980-talen reformerades det dåvarande förtidspensionssystemet i ett antal steg i en mer generös riktning. Särskilda regler för äldre arbetstagare mellan 63 och 67 år introducerades. Det innebar att äldre inte behövde omskola sig eller flytta när de av hälsoskäl inte kunde utföra sitt ordinarie arbete, att lägre medicinska krav ställdes vid bedömning av arbetsförmåga och att funktionsnedsättningar till följd av normalt åldrande också kunde ligga till grund för beviljande av förtidspension. Samtidigt infördes också möjligheten att bevilja förtidspension av arbetsmarknadsskäl i kombination med hälsoskäl. Detta innebar att långtidsarbetslösa med nedsatt funk-

³ I dessa utgifter ingår inte ökade utgifter för arbetsskadelivränta då utredningen saknar underlag för en sådan beräkning.

⁴ I dag månaden då den försäkrade fyller 65 år.

tionsförmåga kunde beviljas förtidspension efter att ha varit arbetslösa i ett till två år. När pensionsåldern sänktes till 65 år 1976 ändrades åldersgränserna för när dessa regler kunde användas till 60–64 år. Utöver dessa förändringar genomfördes även reformer som gjorde ersättningen vid förtidspension mer generös.

Konsekvenserna av dessa förändringar blev en kraftig ökning av antalet förtidspensionärer. Under perioden 1970–1990 ökade andelen förtidspensionärer i befolkningen både bland kvinnor och män. Tydligast är trenden för åldersgruppen 60–64 år. I forskningsutvärderingar har betydelsen av de förändrade reglerna uppskattats till att andelen förtidspensionärer i befolkningen ökat med 10–13 procentenheter i åldersgruppen 60–64 år.⁵

I utredningens förslag finns både likheter och olikheter med de regler som infördes under 1970- och 1980-talen. En likhet är att utredningens förslag gör det enklare att beviljas sjukersättning, speciellt för äldre men även för yngre. Inriktning mot de äldre fanns också i de reformer som lättade upp reglerna i förtidspensionssystemet under åren 1970–1990. Dessa förändringar tog dock mer sikte på rent arbetsmarknadsmässiga aspekter än vad utredningens förslag gör. I aktuellt förslag är det arbetsförmågans nedsättning och varaktighet som sätts i fokus medan regelverket i förtidspensionen också väjde in individens möjligheter att kunna få arbete. Det innebär att utredningens förslag för den äldre arbetskraften är mer strikt än tidigare regler i förtidspensionen som också avsåg äldre personer. Vidare innehåller inte utredningens förslag någon förändring av ersättningens storlek, vilket var fallet under den period som förtidspensionssystemet gjordes generösare. Därmed bedömer utredningen att de regler för äldres rätt till sjukersättning som nu föreslås sannolikt inte får lika kraftiga effekter på inflödet till sjukersättningen som under perioden fr.o.m. 1970 fram till millennieskiftet.

Regelverkens utformning har dock en viktig betydelse för hur antalet ersättningstagare kan komma att utvecklas. Mot bakgrund av den forskning som gjorts kring regelverkens betydelse för samhällsekonomin funktionssätt kan utredningen konstatera att generösare regler har negativa effekter på arbetsutbud, sysselsättning och ekonomisk tillväxt. I den uppskattning som utredningen gjort av de långsiktiga effekterna av utredningens förslag beräknas sysselsätt-

⁵ Johansson, Laun, Palme och Olofsdotter Stensöta (2018), *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*, Stockholm: SNS Förlag, samt IFAU Rapport 2018:20.

ningen årligen bli ca 6 000 personer lägre än om utredningens förslag inte genomförs, transfereringsutgifterna ca 2,8 miljarder högre per år och den disponibla inkomsten ca 500 miljoner högre per år.

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

Tabell 25.1 Sammanfattning av utredningens förslag rörande rätten till sjukersättning

Miljoner kronor

Effekter för	År 1	År 2	Lång sikt
<u>Sjukersättning</u>			
Yngre	90–630	190–1330	
Äldre	60–410	120–880	
Totalt (Yngre och äldre)	140–1040	310–2 210	2 850 per år
<u>Disponibel inkomst</u>			
Yngre	10–70	20–140	
Äldre	3–20	10–60	
Totalt (Yngre och äldre)	10–90	30–220	0,5 per år
<u>Staten totalt</u>			
Yngre	20–150	40–310	
Äldre	10–100	30–220	
Totalt (Yngre och äldre)	30–250	70–530	+0,8 % av BNP
Effekter på sysselsättning			-6 000 pers./år
Kommuner	-(10–40)	-(10–50)	
<u>Administration</u>			
Försäkringskassan	29–80	9–60	
Arbetsförmedlingen	0,2–2	0,2–2	
Hälso- och sjukvården	1–8	1–8	
Totalt (Administration)	30–90	10–70	

Källa: Egna beräkningar.

Med fler personer som beviljas sjukersättning behöver också fler ärenden handläggas av Försäkringskassan. Utredningen bedömer att den ärendetyp som framförallt kommer öka är utbytesärenden, dvs. ärenden där Försäkringskassan själv initierar ett utbyte från sjuk-

penning till sjukersättning. Det innebär i sin tur färre ansökningar om sjukpenning i pågående sjukfall. Därmed minskar Försäkringskassans handläggningskostnader för sjukpenning samtidigt som den ökar för sjukersättning. Utredningen uppskattar att detta totalt sett leder till ökade utgifter för handläggningen med 9–60 miljoner, beroende på hur många nya personer som ansöker om och beviljas sjukersättning.

Utöver kostnader för handläggningen av de nya ärendena kan det också konstateras att de nya reglerna kommer innebära ett antal initiala kostnader för Försäkringskassan. Det omfattar kostnader för att uppdatera styrande och stödjande dokument såsom blanketter, brevmallar samt interna och externa informations- och utbildningsinsatser. Utredningen bedömer även att det finns ett behov för Försäkringskassan att se över och uppdatera statistiksystemen i samband med de nya reglerna. I övrigt bedömer utredningen att it-system behöver ses över och anpassas till det nya regelverket. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 20 miljoner kronor.

En del av de försäkrade som beviljas sjukersättning har tidigare varit arbetslösa. Utredningen bedömer därför att Arbetsförmedlingens utgifter för administration av arbetslösa minskar. Utredningen uppskattar denna effekt till ca 0,2–2 miljoner kronor beroende på hur stort flödet blir från arbetslöshetsförsäkringen och arbetsmarknadspolitiska åtgärder till sjukersättningen.

Med fler som ansöker om sjukersättning kommer även belastningen på hälso- och sjukvårdens avseende läkarutlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd att öka. Den ökade belastningen i form av intyg för sjukersättning ska dock ställas mot att färre läkarintyg behöver skrivas under pågående sjukperiod med sjukpenning. Utredningen uppskattar dock att detta sammantaget leder till ökade utgifter för hälso- och sjukvården med 1–8 miljoner kronor.

25.1.2 Rätten till aktivitetsersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändring som utredningen föreslår för rätten till aktivitetsersättning. Inledningsvis ges en kort presentation av utredningens förslag. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 13.

Förslagen

Utredningens förslag angående rätten till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga följer till största delen de förslag till förändringar som beskrivs i avsnittet om rätten till sjukersättning. Det innebär att utredningen föreslår ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp för rätten till aktivitetsersättning, så att den försäkrades arbetsförmåga prövas mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Varaktighetskravet i aktivitetsersättningen ska enligt utredningens bedömning även fortsättningsvis vara att nedsättningen av arbetsförmågan ska antas bestå under minst ett år. Utredningen vill dock framhålla att det befintliga kravet ”kan antas” ska anses utgöra ett beviskrav. Vidare föreslås att rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är sannolikt att kriterierna för sådan ersättning är uppfyllda. Det föreslagna beviskravet *sannolikt* utgör enligt utredningens bedömning endast en kodifiering av det beviskrav som redan gäller som normalkrav för förvaltningsprocessen i stort och för ansökningsärenden om aktivitetsersättning.

Konsekvenser

I dag sker inflödet till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga till 30 procent från personer som tidigare haft aktivitetsersättning vid förlängd skolgång, omkring 5 procent från sjukpenning och resterande 65 procent kommer från annan ersättning. Annan ersättning kan t.ex. vara aktivitetsstöd från olika arbetsmarknadspolitiska insatser och/eller ekonomiskt bistånd från kommunen. Till stor del består gruppen av personer med medfödda funktionsnedsättningar där föräldrarna tidigare haft vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag. Med de förändringar av regelverket som utredningen föreslår gör utredningen bedömningen att inflödet till aktivitetsersättningen kommer öka från samtliga dessa grupper.

Utredningens bedömning är att det totala inflödet till aktivitetsersättningen till följd av utredningens förslag ökar med ca 3 000 personer per år. Omkring två tredjedelar (ca 2 000 personer) bedöms komma från gruppen ”annan ersättning” där det största inflödet kommer från personer med ett medfött funktionshinder. Omkring

500 personer kommer från personer med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång och ca 500 personer kommer från sjukpenningen.

Det ökade inflödet av personer till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga beräknas öka kostnaderna för aktivitetsersättningen med ca 170 miljoner kronor under införandeåret. Under det första året antas inflödet ske med en jämn fördelning över årets alla månader. Effekten under införandeåret blir därför lägre än under de kommande åren. Åren efter införandet kan utgifterna för aktivitetsersättning därför förväntas öka till ca 500 miljoner kronor.

Ett ökat antal personer som beviljas aktivitetsersättning ökar statens utgifter inom detta anslag. Samtidigt minskar utgifterna för sjukpenning och arbetsmarknadspolitiska stöd, när personer byter dessa ersättningar mot aktivitetsersättning. Med fler som beviljas aktivitetsersättning blir det också fler som kan beviljas bostadstillägg. Utredningen uppskattar att de samlade utgifterna för staten totalt sett, när alla dessa förändringar beaktats, ökar med 130 miljoner kronor under det första året och 390 miljoner kronor under de följande åren.

De personer som med utredningens förslag bedöms kunna beviljas aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga är personer som i dag har sjukpenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning eller helt saknar egen inkomst och försörjs genom anhöriga eller kommunernas socialtjänst. För de allra flesta innebär en beviljad aktivitetsersättning att individens ekonomi stärks. Totalt sett bedömer utredningen att den disponibla inkomsten för de som beviljas aktivitetsersättning ökar med 120 miljoner kronor under det första året och 360 miljoner kronor under de följande åren.

Med fler som beviljas aktivitetsersättning minskar också behovet av ekonomiskt bistånd från kommunen. Totalt sett innebär det minskade utgifter med omkring 10 miljoner kronor under införandeåret och ca 30 miljoner kronor under åren därefter.

Tabell 25.2 Sammanfattning av utredningens förslag rörande rätten till aktivitetsersättning

Miljoner kronor

Effekter för	År 1	År 2
<u>Försäkringen</u>		
Aktivitetsersättning	170	500
Disponibel inkomst	120	360
Staten totalt	130	390
Kommuner	-10	-30
<u>Administration</u>		
Försäkringskassan	20+40=60	40
Arbetsförmedlingen	+	+
Hälsa- och sjukvården	4,6	4,6
Totalt (Administration)	65	45

Källa: Egna beräkningar.

Utredningen bedömer också att med fler som beviljas aktivitetsersättning kommer administrationen för berörda myndigheter att öka. För Försäkringskassans del innebär det att fler ärenden ska handläggas och utredas om rätten till ersättning men det blir även fler ärenden som ska hanteras vid ansökningar om ny period med aktivitetsersättning ("förlängningsansökan"). Även om förlängningsansökningarna ofta inte innebär en lika omfattande process som den första prövningen av rätt till ersättning innebär det emellertid att Försäkringskassans administrationskostnad påverkas mer än vid enbart ett tillfälle. Dessutom ska det ske en förutsättningslös prövning av rätt till ersättning vid varje prövningstillfälle.

Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning ökar också kostnaderna för att administrera det som ska ske under tid med ersättningen. Fler kommer t.ex. behöva samordning av insatser vilket i sin tur medför ökade förvaltningskostnader. Med fler personer som beviljas aktivitetsersättning kan även fler bli aktuella för vilande ersättning och prøvotid för studier, se kapitel 17. Det kan också innebära en ökad administration för aktiviteter enligt SFB under tid med ersättning och att fler har rätt till särskild ersättning för dessa aktiviteter. Utredningen uppskattar de samlade utgifterna för den ökade administration till ca 40 miljoner kronor.

Utöver detta bedöms myndigheten även få ökade utvecklingskostnader, främst för utbildningsinsatser och förändringar i it-systemen. De sistnämnda är dock kostnader av engångskaraktär som när väl investeringen gjorts inte återkommer. En uppskattning är att dessa kostnader uppgår till ca 20 miljoner kronor.

Även Arbetsförmedlingen berörs till viss del av att fler personer, som i dag finns i arbetsmarknadspolitiska program, kan beviljas aktivitetsersättning. Det innebär att tiden i program minskar och insatser som ska administreras under kortare perioder än i dag. Inflödet från dessa program till aktivitetsersättning bedöms dock vara relativt litet och den minskade administrationen blir därmed också relativt begränsad. Arbetsförmedlingen berörs dock desto mer av det arbetsmarknadspolitiska ramprogram som utredningen föreslår. Vid beslut om rätt till aktivitetsersättning ska ingå beslut att försäkrade, som har behov av det, har rätt till relevanta insatser från Arbetsförmedlingen i syfte att få eller återfå arbetsförmåga under tiden den försäkrade får ersättning. En närmare beskrivning av de administrativa konsekvenserna av detta förslag redovisas i kapitel 17.

Liksom vid bedömning av rätten till sjukersättning kommer ett ökat antal ansökningar om aktivitetsersättning innebära att hälso- och sjukvården behöver bistå den försäkrade med läkarutlåtanden och intyg. Det skulle därmed innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården med ca 4,6 miljoner kronor. Ett fåtal av dem som beviljas aktivitetsersättning har tidigare haft sjukpenning. De allra flesta har emellertid aldrig arbetat och saknar SGI. Utredningen räknar därmed inte med att det på samma sätt som inom sjukersättningen kan göras en besparing på sjukintyg i pågående sjukfall till följd av att fler beviljas aktivitetsersättning. Den besparing som eventuellt kan göras är i så fall liten och utredningen saknar närmare underlag för att kunna kostnadsberäkna en sådan besparing.

25.1.3 Arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förslag som utredningen föreslår för att förbättra och underlätta för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning att förvärvsarbeta, ta uppdrag, studera, arbeta ideellt eller delta i samhällslivet på andra sätt.

För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 17.

Förslagen

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna och risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetald sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan utvecklar ett beräkningsstöd för personer som omfattas av reglerna för steglös avräkning. Beräkningsstödet ska underlätta för den enskilde att få en bättre överblick över de ekonomiska konsekvenserna av att arbeta med steglös avräkning genom att, givet de inkomster som den försäkrade uppger, beräkna hur skatter, bostadstillägg och bostadsbidrag samt sjukersättningen påverkas.

För samma målgrupp föreslår utredningen att fribeloppet för hur mycket som får tjänas innan ersättningen börjar trappas av ska följa den allmänna inkomstutvecklingen i stället för den allmänna prisutvecklingen. Fribeloppet har visat sig vara viktigt för vilket arbetsutbud den försäkrade är beredd att erbjuda. Höga marginaleffekter och risken att bli återbetalningsskyldig bidrar sannolikt till detta beteende. För att den enskilde individen ska kunna fortsätta att erbjuda samma mängd arbete krävs att fribeloppen utvecklas i takt med den allmänna inkomstutvecklingen. Annars kommer den försäkrade vid ökade löner erbjuda en mindre mängd arbete för att fortsatt kunna arbeta utan att inkomsterna överstiger det aktuella fribeloppet.

Vidare föreslår utredningen ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad provotid för studier. Utredningen bedömer att dessa regler går hand i hand, där många inledningsvis prövar studier för att sedan övergå i vilande ersättning för studier.

Utredningen föreslår också ökade möjligheter att delta i ideellt arbete, föreningsverksamhet, fritidsverksamhet, hemarbete m.m. samtidigt som sjuk- eller aktivitetsersättning betalas ut.

För personer med aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga föreslås att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för personer som är i behov av insatser från Arbetsförmed-

lingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tid med ersättning. Förslaget förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärsarbete.

Utredningen föreslår också att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt SFB som de försäkrade deltar i.

Avslutningsvis föreslår utredningen att Försäkringskassan ges i uppdrag samt tilldelas resurser för riktade informationsinsatser avseende de nya reglerna. Utredningen ser detta som en viktig del för att de föreslagna regeländringarna ska få så stort genomslag som möjligt och på bästa sätt bidra att de används av de aktuella målgrupperna.

Konsekvenser

Beräkningsstöd vid steglös avräkning

Utredningen har kunnat konstatera att osäkerheten kring hur mycket man kan tjäna *och* risken för att bli återbetalningsskyldig för utbetald sjukersättning kan få försäkrade att avstå från arbete. Med ett beräkningsstöd där den försäkrade enkelt kan överblicka de ungefärliga ekonomiska konsekvenserna av att arbeta bedömer utredningen att fler ska våga att arbeta. Förslaget har ingen konsekvens för kostnaderna för steglös avräkning i sig men bedöms medföra en utveckling av Försäkringskassans it-stöd. Utredningen uppskattar denna kostnad till ca 5 miljoner kronor.

Höjda fribelopp vid steglös avräkning

Höjda fribelopp för den som arbetar med steglös avräkning innebär att det blir mer lönsamt att arbeta än i dag. Utredningen har kunnat konstatera att fribeloppet över tid har urholkats. Nivån för fribeloppet indexeras med prisutvecklingen medan inkomsterna för de som arbetar har ökat snabbare än priserna. Det innebär att en person som i dag arbetar med steglös avräkning i genomsnitt kan arbeta i

mindre omfattning innan inkomsterna når upp till fribeloppet än vad som var fallet när systemet infördes januari 2009.

Utredningen har också kunnat konstatera att fribeloppet i hög grad styr arbetsutbudet hos de som väljer att arbeta med steglös avräkning. Även om arbetsutbudet för många av de som arbetar enligt detta regelverk har ökat över tid överstiger arbetsinsatsen sällan den som ger en inkomst över fribeloppet. Det innebär att sjukersättningen inte reduceras för många av de som arbetar enligt reglerna för steglös avräkning. Utredningen gör bedömningen att det främst är de som redan arbetar med steglös avräkning som kommer att öka sin arbetsinsats till följd av de nya reglerna. Många som arbetar i dag har inkomster som understiger fribeloppet. Utredningens bedömning är att det kommer vara så även med utredningens förslag om höjt fribelopp. Därmed blir effekten på den utbetalda sjukersättningen väldigt liten. På marginalen är det rimligt att anta en viss, om än liten, ökning av arbetsutbudet som påverkar försäkringskostnaderna. Med ytterligare 1 000 personer som arbetar med steglös avräkning kan det komma att minska utbetalningen av sjukersättning med ca 15 miljoner kronor. I de fall bostadstillägg och arbetsskadelivränta betalas ut kommer även dessa ersättningslag påverkas.

Utredningens bedömning är att om relativt få personer berörs av förslaget torde det ha relativt begränsade konsekvenser för Försäkringskassans administration avseende sjukersättning, bostadstillägg och arbetsskadelivräntor. Utredningen uppskattar att administrationskostnaderna ökar med ca 200 000 kronor till följd av förslaget.

Mer flexibel vilande ersättning vid arbete

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

I dag är det omkring 2 000 personer som arbetar med vilande sjukersättning och lika många som arbetar med vilande aktivitetsersättning. Utredningen bedömer att antalet personer som arbetar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning kan komma att fördubblas med utredningens förslag. Det innebär omkring 2 000 fler personer med vilande sjukersättning och lika många med vilande aktivitets-

ersättning. Med fler som arbetar med vilande ersättning minskar utbetalningarna av både sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen beräknar besparingen i sjukersättningen till 90 miljoner kronor och besparingen i aktivitetsersättningen till 60 miljoner kronor.

Med fler personer som använder möjligheten till vilande sjukersättning ökar också Försäkringskassans administration. Ny ersättning ska beräknas för fler ärenden än i dag och fler ärenden ska följas under period med vilande ersättning för att veta vad individen tänker göra efter att vilandeperioden upphör, det innebär således inte bara administration kopplat till själva beslutet och utbetalningen under vilandeperioden. Därtill behöver blanketter och beslutsmallar ändras. Utredningen uppskattar sammantaget att de administrativa utgifterna för handläggning av vilande ersättning i sjuk- och aktivitetsersättningarna ökar med 4,2 miljoner kronor.

I dag hanteras mycket av handläggningen av den vilande ersättningen manuellt. För att möjliggöra handläggningen av en mer flexibel vilande ersättning krävs därför att ett nytt it-stöd utvecklas. Utredningen uppskattar kostnaden för detta till 20 miljoner kronor.

Ändring av regelverket för vilande ersättning vid studier

Utredningen föreslår ökade möjligheter till partiellt vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier samt utökad provotid för studier. Utredningen gör bedömningen att förslagen har effekter för den enskildes vilja och möjligheter att studera, försäkringens utgifter och på Försäkringskassans administration.

Mot bakgrund av att det i dag är så pass få som använder möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att studera och att förslaget i praktiken inte berör alla med sjukersättning, gör utredningen bedömningen att förslaget åtminstone inledningsvis inte kommer innebära någon större ökning av antalet som studerar med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. En ökning av antalet personer som väljer att studera vare sig det handlar om helt eller delvis vilande ersättning innebär minskade försäkringskostnader i sjuk- och aktivitetsersättningen. Om 500 personer som i dag har sjukersättning skulle börja studera och gå från hel till halv sjukersättning skulle det innebära en besparing på ca 27,5 miljoner kronor i sjukersättningen. I aktivitetsersättningen är det fler som studerar än i sjukersättningen.

Om det blir enklare att ha vilande ersättning för studier kan det också antas att fler av dem som har aktivitetsersättning vill pröva att studera. I dag är det omkring 500 personer per år som har provotid för studier och ca 1 700 personer som har vilande aktivitetsersättning för studier. Sammantaget innebär det att ca 2 200 personer antingen har provotid för studier eller bedriver studier med vilande aktivitetsersättning. En fördubbling av detta antal, dvs. en ökning med 2 000 personer skulle givet att studier bedrivs på halvtid, innebära en besparing för aktivitetsersättningen med 80 miljoner kronor.

Med fler som väljer att studera bedömer utredningen att administrationskostnaderna för Försäkringskassan kommer att öka. En revidering av Försäkringskassans styrande och stödjande dokument så som information på webbplatsen, vägledning och processbeskrivning, ansökningsblanketter och brevmallar samt en omarbetning av de utbildningar som Försäkringskassan genomför behöver göras. Därtill kommer de kostnader för utveckling av it-stödet som regeländringarna medför. Försäkringskassan beräknade denna kostnad vid ett införande 2016 till ca 1,2 miljoner kronor. Utredningens bedömning är att denna nivå är en rimlig utgångspunkt även vid ett införande 2023, dock med en justering av den prisökningen som skett under dessa år. Utredningen bedömer därför att de sammantagna administrativa kostnader uppgår till ca 2 miljoner kronor.

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

Förslaget om ökade möjligheter att delta i ideellt arbete etc. med bibehållen rätt till ersättning kan förväntas ha en positiv effekt på antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som deltar i samhällslivet genom uppdrag, ideellt arbete, fritidsverksamhet m.m. Eftersom detta kan göras utan att vare sig rätten till ersättning eller storleken på den utbetalda ersättningen påverkas har det inga konsekvenser för utgifterna inom vare sig sjuk- eller aktivitetsersättningen. Däremot har det administrativa konsekvenser för Försäkringskassan. Förslaget innebär t.ex. ett förtydligande av vilka sysslor som kan utföras utan att de behöver anmälas till Försäkringskassan och till hur stor del dessa kan utföras. Det leder enligt utredningens mening till att färre fall än i dag behöver anmälas till Försäkringskassan och därmed behöver Försäkringskassan också bedöma färre sådana ären-

den. Det får vidare administrativa effekter, såsom revideringar av styrande och stödjande dokument samt utbildningar. Det kan också, åtminstone inledningsvis, innebära en ökning av antalet frågor från de försäkrade till handläggare, vilket ökar handläggningskostnaderna. Det kan också för personer som får aktivitetsersättning och ansöker om en ny period eller om en övergång till sjukersättning leda till utökat informationsinhämtande och mer tidskrävande utredningar för Försäkringskassan i samband med nya beslut. Sammantaget bedömer dock utredningen att förslaget innebär minskade administrativa kostnader för Försäkringskassan. Utredningen saknar dock underlag för att mer exakt kunna kostnadsberäkna storleken på denna minskning.

Ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram inrättas

Utredningen föreslår att ett nytt arbetsmarknadspolitiskt ramprogram ska inrättas för unga försäkrade som beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och som har behov av sådana insatser från Arbetsförmedlingen som syftar till att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga under tiden med ersättning och försörja sig genom eget arbete. På sikt kan detta komma att minska försäkringskostnaderna eftersom den totala tiden en försäkrad har behov av aktivitetsersättning förväntas minska.

Förslaget kan förväntas medföra att fler försäkrade får mer ändamålsenligt stöd för att kunna få eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det finns redan i dag samarbeten mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med fokus på stöd till unga som beviljas aktivitetsersättning. I dag är det dock få av de försäkrade som uppbär aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som deltar i det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under 2020 var det drygt 1 000 personer med aktivitetsersättning som fick rehabiliteringsinsatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Utredningen gör antagandet att antal deltagare i ramprogrammet inledningsvis kommer att fördubblas jämfört med hur många personer med aktivitetsersättning som i dag får insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet. Det innebär cirka 2 200 personer per år som förväntas delta i det arbetsmarknadspolitiska ramprogrammet för unga med aktivi-

tetsersättning. Jämfört med de ungefärliga kostnaderna 2020 för deltagare med aktivitetsersättning i det förstärkta samarbetet innebär det en kostnadsökning med ca 23 miljoner kronor.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska tillsammans klarlägga om försäkrade som uppbär aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kan delta i ramprogrammet. Försäkringskassan ska initiera denna utredning. Om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet behöver samråd med Arbetsförmedlingen dock inte ske. Myndigheternas gemensamma administration av denna kartläggning bedömer utredningen tillsammans kostar ca 3–8 miljoner kronor per år för de båda myndigheterna. För Försäkringskassan tillkommer kostnader för samordning av insatser. Utredningen bedömer att dessa kostnader uppgår till ca 8,8 miljoner kronor per år.

Förbättrad statistik om aktiviteter enligt SFB

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utveckla statistik över vilka aktiviteter enligt SFB som de försäkrade deltar i. Vidare anser utredningen att uppföljningar bör genomföras om vilka av dessa slags aktiviteter som har störst positiv effekt på de försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga. En systematisk uppföljning är avgörande för att öka kunskapen om vilka aktiviteter enligt SFB som är framgångsrika i att stödja personer att närma sig arbetsmarknaden. Det gäller både på individuell nivå och på grupp-nivå.

Försäkringskassan bör därför utveckla ett statistiksystem och registrera vilka åtgärder som ges till respektive individ. Det innebär utöver kostnader för ändringar i dagens it-system även ökad handläggstid och en högre handläggningkostnad. Utan kunskap om vilka åtgärder som ges till enskilda individer inom ramen för de aktiviteter och rehabiliteringsinsatser som de enskilde erbjuds är det svårt att utvärdera vilka av åtgärderna som har en positiv effekt på möjligheten att närma sig arbetsmarknaden. Utredningen föreslår att 1 miljon kronor anslås för att Försäkringskassan ska kunna utveckla ett statistiksystem som gör det möjligt att redovisa vilka aktiviteter som ges till personer under tid med aktivitetsersättning.

Informationsinsatser om arbete och studier m.m.

Nya och/eller ändrade regler innebär alltid, åtminstone inledningsvis, en osäkerhet kring hur regelverket ska tolkas. Som tidigare nämnts bidrar information om regler och hur en reform är avsedd att fungera till vilket genomslag reglerna och reformen får.

För att de föreslagna regeländringarna vad gäller möjligheterna till arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med ersättning ska få så stort genomslag som möjligt anser utredningen att regeringen bör ge Försäkringskassan ett uppdrag om riktade informationsinsatser till berörda försäkrade. Informationsinsatser kan göras på många olika sätt, exempelvis genom personliga brev, information på Försäkringskassans hemsida m.m. Utredningen föreslår att regeringen anslår medel för informationsinsatser till de berörda målgrupperna motsvarande 2 miljoner kronor.

Tabell 25.3 Sammanfattning av utredningens förslag rörande arbete, studier och uppdrag under tid med ersättning

Miljoner kronor

	Försäkringen	Administration
Beräkningsstöd steglös avräkning		5
Höjda fribelopp steglös avräkning	-15	0,2
Mer flexibel vilande ersättning	-90-60=-150	24
Vilande ersättning vid studier	-27,5-80=-107,5	2
Ökade möjligheter att delta i ideellt arbete		-
Ett arbetsmarknadspolitiskt ramprogram	23	8+8=16
Förbättrad statistik	1	
Informationsinsatser om arbete och studier m.m.	2	
Totalt	-246,5	47,2

Källa: Egna beräkningar.

25.1.4 Förmåner vid rehabilitering

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av effekterna av de förändringar som utredningen föreslår för att förbättra och utvidga möjligheterna till förebyggande rehabiliteringsåtgärder samt till arbetslivsinriktad rehabilitering vid arbetsoförmåga. För en mer detaljerad beskrivning av konsekvenserna hänvisas till kapitel 23.

Förslagen

Reformering av rehabiliteringsersättning

Utredningens förslår en reformering av dagens rehabiliteringsersättning. Förmånen består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas krävs att en försäkrad liksom i dag har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning ska vara en steglös ersättning för inkomstförlust och kunna beviljas för en nedsättning av arbetsförmågan även om den avviker från dagens kvartiler. I de fall rehabiliteringspenning och sjukpenning beviljas parallellt ska den försäkrade få utbetalning av rehabiliteringspenning för hela arbetsoförmågan, alltså även för den del av arbetsoförmågan som motsvarar rätt till sjukpenning.

Under de dagar som den försäkrade får rehabiliteringspenning fortsätter dagar att räknas i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmågan prövas dock under hela tiden som rehabiliteringen pågår mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som den enskilde befann sig vid när rehabiliteringen påbörjades. När rehabiliteringen avslutas eller avbryts och om den försäkrade då beviljas sjukpenning, bedöms arbetsförmågan mot den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som denne då befinner sig vid.

En viktig del av utredningens förslag är att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas tidigare i sjukfallen. Den befintliga lagregleringen om att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs föreslås därför kompletteras med krav på att rehabiliteringsbehovet ska klarläggas senast dag 60 i sjukfallet. Klarläggande inom denna tidsgräns behöver inte göras om det är uppenbart obehövligt.

Utredningen föreslår vidare att möjligheten till utbildning inom rehabiliteringsersättning ska utökas och även kunna beviljas för yrkeshögskoleutbildningar och andra eftergymnasiala utbildningar.

Införande av preventionersättning

Utredningen föreslår att dagens förmån förebyggande sjukpenning ersätts med den nya förmånen preventionersättning. Förmånen ska bestå av preventionspenning och preventionsbidrag.

Preventionspenning ska kunna beviljas för medicinsk eller arbetslivsinriktad behandling/insats vars syfte är att förebygga sjukdom,

förkorta sjukdomstid eller helt eller delvis förhindra försämring av arbetsförmåga. Ersättningen beviljas när de planerade behandlingarna hindrar den enskilde från att utföra förvärvsarbete och är kopplat till den inkomstförlust som åtgärden medför. Ersättningen baseras på den sjukpenninggrundande inkomsten och ska kunna utgå steglöst i relation till den förlorade arbetsinkomsten. Dagar med preventionspenning ska inte ingå i sjukperioder och således inte heller i rehabiliteringskedjan. Preventionsbidrag ska ersätta de eventuella merkostnader den enskilde har i samband med förebyggande behandling.

Det är Försäkringskassan som ska bedöma om förutsättningarna för att bevilja preventionsersättning är uppfyllda. För den som beviljas preventionspenning ska Försäkringskassan upprätta en preventionsplan.

Konsekvenser

Reformering av rehabiliteringsersättning

Utredningen har i detta betänkande kunnat konstatera att det i dag är relativt få personer som beviljas rehabiliteringsersättning. Både antalet och andelen av de sjukskrivna som får rehabiliteringsersättning har minskat över tid. Även tidpunkten för när rehabiliteringen sätts in har med tiden kommit att ske allt senare i sjukfallen. Utredningen pekar på ett antal möjliga förklaringar till denna utveckling. Rehabiliteringsersättningen är nära knuten till frågan om arbetslivsriktad rehabilitering. Förändringar i den utsträckning och i de former som denna rehabilitering genomförs kan därför vara en förklaring till det minskade antal människor som får rehabiliteringsersättning. Andra tänkbara förklaringsmodeller utgörs av svåra avgränsningar i regelverket mellan olika aktörer eller förändringar i tolkning och tillämpning av detsamma. Med ett tydligare fokus på en tidig utredning av rehabiliteringsbehovet är utredningens bedömning att fler kan beviljas rehabiliteringspenning än i dag.

Med utgångspunkt i hur andelen av samtliga sjukfall där arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder satts in utvecklats under de senaste fem åren gör utredningen bedömningen att antalet personer som under ett år deltar i rehabiliteringsåtgärder skulle kunna öka med ca 15 000 personer. Under dessa förutsättningar bedömer utred-

ningen att utgifterna för rehabiliteringspenning skulle öka med 0,7–1,0 miljarder kronor. I ett statistiskt perspektiv innebär en överflyttning av personer från sjukpenning till rehabiliteringspenning att sjukpenningen kommer minska i motsvarande grad som rehabiliteringspenningen ökar.

Vad som händer i ett mer långsiktigt dynamiskt perspektiv råder i forskningen ingen tydlig konsensus kring. Forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering är begränsad i slutsatserna om vilken typ av insatser som är effektiva för att få sjukskrivna att återgå i arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Förebyggande och tidiga insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering som har en nära koppling till arbetsplatsen är mer effektiva för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Det gäller oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

En annan viktig fråga när det gäller själva rehabiliteringsprocessen är frågan om tidigt agerande i sjukfallen. Här finns det finns studier som pekar i olika riktningar där det tycks som om vissa grupper av sjukskrivna blir hjälpta av tidiga rehabiliteringsinsatser, men andra sannolikt skulle kunnat återgå i arbete utan insatser. Den sistnämnda gruppen riskerar i stället i flera fall att gå in i en sjukroll och/eller att sjukfallet förlängs om rehabiliteringsinsatser ges tidigt i sjukfallet.

Utredningen beskriver därför konsekvensen för sjukpenningen både vid ett ökat antal sjukdagar och vid ett minskat antal sjukdagar. Om det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning minskar med fem dagar kan en minskning av utgifterna för sjukpenning göras med ca 1,9 miljarder kronor. En minskning med en dag skulle innebära minskade utgifter för sjukpenning med ca 400 miljoner kronor. På motsvarande sätt skulle utgifterna öka med 1,9 miljarder kronor om antalet dagar med sjukpenning förlängs med 5 dagar och med 400 miljoner kronor om antalet dagar ökar med en dag.

För personer som i dag är sjukskrivna bedömer utredningen att en tidig bedömning av den enskildes rehabiliteringsbehov leder till att fler personer får rehabiliteringsåtgärder. Med tidigare rehabiliteringsinsatser ökar sannolikheten för att den enskilde snabbare kan återgå i arbete. När försörjningen kommer från förvärsarbete i stället för från socialförsäkring stärks den enskildes ekonomiska situa-

tion. Under tid med ersättning påverkas emellertid inte den enskildes ekonomiska situation av om rehabiliteringsinsatser sätts in eller inte. Ersättningen är i dag lika stor i rehabiliteringspenningen som i sjukpenningen. Med utredningens förslag om förändringar i rehabiliteringsersättningen kommer detta förhållande inte förändras, eftersom ersättningen även fortsättningsvis kommer vara lika stor som sjukpenningen.

Tabell 25.4 Sammanfattning av utredningens förslag rörande förmåner vid rehabilitering

<u>Preventionsersättning</u>	
Preventionspenning	90
Försäkringskassan	+
Arbetsförmedlingen	+
Hälso- och sjukvården	-
Arbetsgivare	-
Individen	+
<u>Rehabiliteringsersättning</u>	
Rehabiliteringspenning	700–1 000
Sjukpenning (antagen minskning av sjukpenning på lång sikt)	-(400–1 900)
Individen	+
Försäkringskassan	+
Arbetsförmedlingen	+
Arbetsgivare	-

Källa: Egna beräkningar.

Utredningens förslag kan förväntas leda till att fler personer beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Med ett tydligare krav på att rehabiliteringsbehovet ska kartläggas tidigt i sjukfallet kommer det innebära en ökad administration för Försäkringskassan för att upprätta rehabiliteringsplaner, följa upp dessa planer och vid behov revidera dem. Det kan också komma att innebära fler och tätare kontakter med arbetsgivare för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att enbart ett ersättningsslag ska betalas ut vid partiell rehabilitering minskar enligt utredningen till viss del den sammanlagda administrationen i sjuk- och rehabiliteringsförsäkringen.

Med fler personer som beviljas rehabiliteringspenning och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser kan det även komma att påverka Arbetsförmedlingen och antalet personer som blir föremål för det förstärkta samarbetet. Det innebär även att antalet personer som blir föremål för en gemensam kartläggning kommer att öka. Den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen innebär att alla aktiviteter som erbjuds arbetssökande ska utföras av fristående aktörer på leverantörsmarknaden. Detta gäller redan i dag i hög grad för dem som deltar i det förstärkta samarbetet och det kommer sannolikt att gälla även för de ytterligare personer som kan tänkas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för det förstärkta samarbetet. En konsekvens av detta blir att mer resurser inom Arbetsförmedlingen måste avsättas för upphandling av fristående aktörer utifrån den aktuella målgruppens behov. Utredningens bedömning är att detta kommer öka de administrativa kostnaderna för Arbetsförmedlingen. Utredningen har dock inget närmare underlag för att kunna beräkna kostnader för detta.

För arbetsgivare gör utredningen bedömningen att tidiga rehabiliteringsinsatser kan bidra till att sjukskrivningstiden kan kortas. Med ett snabbare återinträde i arbetslivet minskar tiden som arbetsgivare behöver avvara viktig kompetens. Att fler personer genomgår olika rehabiliteringsåtgärder innan de återvänder till arbetslivet menar utredningen även minskar risken för en snar återkomst till sjukförsäkringen. Mer rehabilitering gör individen bättre rustad och mer observant på tidiga signaler om en begynnande ohälsa. Med genomförd rehabilitering tidigare i sjukfallet kan det även ge verktyg till både individen och arbetsgivaren för hur verksamheten kan anpassas så att individens arbetsförmåga kan tas tillvara på bästa sätt. Utredningen gör därför bedömningen att mer av rehabiliteringsåtgärder på sikt leder till att en större del av människors arbetsförmåga kan tas tillvara. Det är positivt både för arbetsgivare, individen och samhället i stort. Det minskar behovet av sjukskrivningar och minskar arbetsgivarnas utgifter för sjuklön och rekrytering.

Införande av preventionersättning

Förmånen förebyggande sjukpenning används i dag i mycket liten omfattning. Utredningen har kunnat konstatera att få försäkrade ansoöker om och beviljas förebyggande sjukpenning och att förmånen i dag utgör en mycket liten del av sjukförsäkringen. Utredningen har identifierat ett antal olika förklaringar till att förebyggande sjukpenning används i så liten utsträckning. Det handlar dels om regelverkets utformning, tillämpningen av detsamma och tolkningen av begrepp och rekvisit, dels om att medicinsk behandling inte genomförs i någon större utsträckning i förebyggande syfte och att förmånen inte är tillräckligt känd vare sig i vården eller hos den enskilde. Mot bakgrund av denna analys bedömer utredningen att antalet personer som kan beviljas den nya förmånen preventionersättning i jämförelse med de som i dagsläget beviljas förebyggande sjukpenning kommer att öka. Effekten kan åtminstone inledningsvis förväntas vara förhållandevis liten.

Utredningens förslag om att kravet för att beviljas ersättning för förebyggande behandling sänks från att i dag kräva evidensbaserade behandlingsmetoder till vetenskapligt och beprövade behandlingsmetoder gör att fler kan beviljas ersättning än i dag. Även formen för hur ersättningen ska beräknas torde påverka antalet personer som ersätts för förebyggande behandlingar. Med dagens krav på att en behandling ska ta minst två timmar inklusive restid, blir många kortare behandlingar inte ersättningsberättigade. Utredningens förslag fokuserar mer på det faktiska inkomstbortfallet som den enskilde har under hela den period som behandlingsplanen sträcker sig över. Det gör att fler behandlingar och fler personer kan beviljas ersättning för förebyggande behandlingar än i dag.

Det finns emellertid redan i dagens system, svårigheter med att bedöma när förebyggande behandlingar ska sättas in och hur dessa insatser kan förväntas påverka den enskildes eventuella framtida sjukskrivning. Det är sannolikt också en av flera förklaringarna till att förebyggande behandlingar inte används i så stor uträkning i dag. Med utredningens förslag kvarstår denna problematik och gör att utredningen bedömer att antalet förebyggande behandlingar som ger rätt till preventionersättning inte kommer öka dramatiskt. Även gränsdragningsproblem i förhållande till vad som är arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och vad som ska täckas av för-

säkringen kan bidra till att ökningen blir begränsad. I praktiken blir det fråga om bedömningar i det enskilda fallet som inte alltid är enkla.

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

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

Utredningens bedömning är att möjligheten till förebyggande insatser även av arbetslivsinriktad karaktär har en positiv effekt på individens möjligheter att vara kvar i arbetslivet. För den enskilde innebär det en bättre ekonomisk situation om inkomsten kommer från lön i stället för sjukpenning. Kan förebyggande insatser leda till att sjukskrivning undviks innebär det sannolikt att individens inkomst även i ett längre perspektiv blir högre med utredningens förslag än med dagens gällande regler.

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

Även Arbetsförmedlingens administration kan komma att öka. Arbetsförmedlingen får den roll som arbetsgivare har för anställda när det gäller att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv reha-

bilitering. Samma skyldighet föreligger inte innan den anställde har fått nedsatt arbetsförmåga men samma åtgärder torde många gånger ha effekt även i detta läge. Arbetsgivaren har också en skyldighet att hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering. En sådan resurs, företrädesvis företagshälsovård, bör i normalfallet kunna bistå arbetsgivaren med en plan för effektiva preventiva åtgärder. För arbetslösa försäkrade har Arbetsförmedlingen och de expertresurser myndigheten förfogar över i stället denna roll. Arbetsförmedlingen blir också den aktör som bäst kan identifiera behov av förebyggande insatser för de arbetslösa. Försäkringskassan kan därför behöva inhämta uppgifter från Arbetsförmedlingen om huruvida olika insatser bedöms relevanta för den arbetslöse. Det gäller t.ex. om behovet av insatser i form av utbildning i omställningssyfte är aktuellt och utgör en nödvändig åtgärd. Detta inte minst då det kan krävas bedömningar avseende arbetsmarknad, anställningsbarhet och vilka utbildningar som finns tillgängliga.

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

26 Författningskommentar

26.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

5 kap.

9 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner den som är bosatt i Sverige är försäkrad.

Genom ändringen framgår av paragrafens sjunde punkt att den som är bosatt i Sverige är försäkrad för rehabiliteringsbidrag, preventionsbidrag och preventionspenning i särskilda fall. Ändringen är en följd dels av att det särskilda bidraget inom rehabiliteringsersättningen ersatts av rehabiliteringsbidraget, dels av att preventionsbidrag och preventionspenning i särskilda fall införts och ska utgöra bosättningsbaserade förmåner på samma sätt som rehabiliteringsbidraget respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.4 och 22.2.9.

14 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår under vilka förutsättningar förmåner får lämnas vid utlandsvistelser.

Genom ändringen framgår av paragrafen att preventionspenning i särskilda fall får för tid då en försäkrad vistas utomlands lämnas endast om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet. Samma villkor ska således gälla denna förmån som för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.9 och 22.2.10.

6 kap.**6 §**

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner den som arbetar i Sverige är försäkrad.

Genom ändringen framgår av paragrafens fjärde punkt att den som arbetar i Sverige är försäkrad för rehabiliteringsersättning och preventionersättning. Ändringen är en följd av att preventionersättningen införts som en ny arbetsbaserad förmån.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.9.

23 kap.**2 §**

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilka förmåner som är förmåner vid sjukdom eller arbetsskada enligt socialförsäkringsbalkens avdelning C.

Ändringen är redaktionell och är en följd av att preventionersättningen införts som ny förmån. Således anges genom ändringen även preventionersättningen i uppräknningen av de förmåner vid sjukdom eller arbetsskada som finns i socialförsäkringsbalkens avdelning C.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges översiktligt vad bestämmelserna i kapitlet berör.

Andra stycket har ändrats redaktionellt till följd av att preventionersättning införts som ny förmån. Således anges genom ändringen även preventionersättningen i uppräknningen av förmåner och deras respektive kapitel.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

24 kap.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges för vilka förmåner enligt socialförsäkringsbalken som en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund.

Genom ändringen anges att en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund för beräkning av bland annat preventionspenning enligt 31 b kap. Ändringen är en följd av att preventionersättning införts som ny förmån och att en försäkrads sjukpenninggrundande inkomst ligger till grund för beräkning av preventionspenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1 och 22.2.4

26 kap.

17 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till någon av de i bestämmelsen uppräknade socialförsäkringsförmånerna.

Ändringen består i att den nya förmånen preventionersättning läggs till i punktlistan i bestämmelsens *första stycke*. Genom bestämmelsens första och andra stycke framgår således att SGI-skydd gäller under tid då den försäkrade inte förvärvsarbetar av någon anledning som ger rätt till preventionersättning och att om det inte finns skäl som talar emot det gäller sådant skydd också under tid då den försäkrade har ansökt om sådan ersättning och väntar på ett slutligt beslut i ärendet.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

21 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att under tid som livränta betalas ut ska sjukpenning beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

Ändringen i *första stycket* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § avskaffas. Därmed hänvisar lagtexten i bestämmelsen inte längre till den avskaffade paragrafen utan endast till 29 kap. 2 §. Av förslaget till ändring i 29 kap. 2 § framgår vidare en beskrivning av förebyggande insatser. Således räcker det att lagtexten i 26 kap. 21 § hänvisar till 29 kap. 2 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

27 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges vad bestämmelserna i kapitlet handlar om.

Ändringen är en följdändring av att 55 c § införs, och består alltså av att även denna bestämmelse omnämns.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2.

15 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att det som anges i 10 § även gäller för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får förebyggande eller rehabiliterande behandling och som under denna tid får livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas och att ersättning vid förebyggande insatser i stället regleras i det nya 31 b kap. Hänvisningen till den upphävda paragrafen ersätts därmed av en hänvisning till 31 b kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

26 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilken tid som ska anses som sjukperiod.

Ändringen i *första stycket* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas. Tid då en försäkrad har rätt till

sjukpenning enligt denna bestämmelse kan därmed inte längre räknas med i den försäkrades sjukperiod.

Tid då en försäkrad har rätt till preventionersättning ska inte räknas med i sjukperioden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1 och 22.2.5.

28 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen berör när sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån lämnas utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 6 § avskaffas och består i att hänvisningen till bestämmelsen för denna förmån tas bort. Eftersom det tidigare första stycket handlade om försäkrade som har rätt till sådan förmån omarbetas bestämmelsen så att det som tidigare framgick av andra stycket ska framgå av första stycket.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

55 c §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att under tid för vilken den försäkrade får rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering ska bedömningen av arbetsförmågan enligt 46–49 §§ alltid bedömas utifrån den bestämmelse som var tillämplig då rehabiliteringen påbörjades.

Bestämmelsen anger alltså vilken tidpunkt i rehabiliteringskedjan och således vilket arbetsförmågebegrepp den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot under tid för vilken den försäkrade får rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Genom bestämmelsen gäller att under hela den tid som den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan bedömas utifrån den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som motsvarar tidpunkten då rehabiliteringen påbörjades. Med detta avses att om den försäkrade under den tid han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliter-

ingspenning passerar någon av tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, exempelvis dag 90 eller dag 180, ska den försäkrades arbetsförmåga inte bedömas enligt det nya arbetsmarknadsbegreppet redan när denna tidpunkt passerar. I stället ska arbetsförmågan fortsatt bedömas mot det arbetsmarknadsbegrepp som gällde när rehabiliteringen påbörjades. Den försäkrade ska bedömas gentemot det nya, mer vidgade arbetsmarknadsbegreppet först när den pågående arbetslivsinriktade rehabiliteringen är slutförd. En försäkrad som påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering dag 85 i rehabiliteringskedjan ska alltså få sin arbetsförmåga bedömd mot sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne tills rehabiliteringen är avslutad enligt 27 kap. 46 socialförsäkringsbalken. Om rehabiliteringen pågår i tio dagar innebär detta att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne dag 85–94 i rehabiliteringskedjan. Ifall den försäkrade ansöker om förmån för tid efter rehabiliteringen ska arbetsförmågan alltså först från och med dag 95 i sjukfallet bedömas jämfört med möjligheter till omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren enligt 27 kap. 47 § socialförsäkringsbalken.

Av den nya bestämmelsen 31 kap. 3 a § socialförsäkringsbalken följer vidare att när en försäkrad samtidigt har rätt till rehabiliteringspenning både för partiellt deltagande i rehabilitering och för nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet ska han eller hon få rehabiliteringspenning i en omfattning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga, både på den del den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och på den del personen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom utöver deltagandet.

Bestämmelsen i 55 c § är avsedd att även vara tillämplig vid den indirekta bedömning av den försäkrades nedsatta arbetsförmåga på grund av sjukdom som alltså behöver göras vid en bedömning av rätten till rehabiliteringspenning enligt 31 kap. 3 a §. Som ett exempel kan nämnas en försäkrad som arbetar halvtid och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering halvtid. Den försäkrade får rehabiliteringspenning i en omfattning om halv förmån och hans eller hennes arbetsförmåga ska bedömas gentemot det vanliga arbetet eftersom rehabiliteringen påbörjades innan dag 90 i rehabiliteringskedjan. Om den försäkrade drabbas av en sjukdom dag 95 i rehabiliteringskedjan och således även ansöker om halv sjukpenning ska hans eller hennes

arbetsförmåga även avseende rätten till sjukpenning bedömas enligt samma tidpunkt och arbetsmarknadsbegrepp i rehabiliteringskedjan som bedömningen avseende den redan pågående rehabiliteringspenningen, alltså enligt dag 90 i rehabiliteringskedjan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1 och 22.1.2.

28 kap.

11 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § avskaffas och består i att undantaget för denna förmån och således hänvisningen till denna bestämmelse tas bort. Förmånen sjukpenning i förebyggande syfte saknade tak för ersättningen och något sådant tak finns inte heller för förmånen preventionersättning som ersätter den förebyggande sjukpenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

29 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges övergripande information kring vad kapitlen i underavdelningen behandlar.

Ändringen består i att det införs en hänvisning till de nya kapitlen 31 b och 31 c om preventionersättning respektive preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

2 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad insatser i underavdelningen ska syfta till.

Ändringen består i att det läggs till ett *andra stycke* i bestämmelsen, i vilket det anges att preventionsinsatser ska syfta till att en försäkrad ska behålla sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges övergripande information om under vilken tid rehabiliteringsersättning kan lämnas.

Ändringen består i att ett *andra stycke* i bestämmelsen tillkommer, i vilket det anges att under den tid som preventionsinsatser pågår kan preventionsersättning lämnas enligt bestämmelserna i 31 b och 31 c kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

30 kap.

9 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering klarläggs och att myndigheten ska se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade vidtas.

Ändringen består i att det införs en tidsgräns för när Försäkringskassan senast ska klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Dessutom ändras det tidigare första styckets två strecksatser genom att de bryts ut i två separata stycken.

I bestämmelsens *första stycke* anges genom ändringen att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast, och senast dag 60 i sjukperioden, klarläggs. Detta innebär att senast dag 60 i sjukperioden ska det vara utrett om den försäkrade behöver rehabiliteringsinsatser eller inte.

Sådana insatser behöver dock inte vara påbörjade inom denna tid. Rehabiliteringsplanen som sådan behöver inte heller vara upprättad inom 60 dagar utan att det räcker att behovet har klarlagts inom denna tid.

Det anges vidare i nämnda stycke att ett klarläggande inom denna tidsgräns inte behöver göras om det är uppenbart obehövt. Att inleda en sådan utredning inom denna tid kan vara uppenbart obehövt om det exempelvis finns en tydlig prognos om att den försäkrade inom kort kommer att kunna återgå i arbete utan att ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är också uppenbart obehövt när sjukdomsfallet till sin karaktär innebär att rehabilitering är i det närmaste utesluten.

Av bestämmelsens *andra stycke* framgår att om den försäkrade bedöms inte ha behov av rehabilitering vid klarläggandet ska det fortlöpande under den fortsatta sjukperioden följas upp om ett sådant behov uppstår. Med skrivningen avses att Försäkringskassan ska följa utvecklingen av den försäkrades sjukfall och eventuella rehabiliteringsbehov.

I *tredje stycket* anges att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade även ska se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Detta stycke innebär ingen ändring i sak.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.5.

31 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad bestämmelserna i 31 kap. handlar om.

Förändringen består i att det särskilda bidraget i stället benämns som rehabiliteringsbidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.4.

2 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges i vilka former som rehabiliteringsersättning lämnas.

Paragrafen justeras på flera sätt. Genom förändringen tydliggörs i båda punkterna redan gällande krav att den försäkrade ska ha nedsatt arbetsförmåga för att kunna beviljas rehabiliteringsersättning.

Av den andra ändringen i punkten 1 framgår vidare att rehabiliteringspenning inte bara lämnas till en försäkrad som deltar i arbetslivsriktad rehabilitering utan även till den som utöver sådant deltagande har nedsatt arbetsförmåga enligt 3 a §. Ändringen är en följdändring av införandet av denna paragraf.

Den andra ändringen i punkten 2 består i att det särskilda bidraget byter namn till rehabiliteringsbidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1 och 22.1.4.

3 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad som krävs för att en försäkrad ska kunna beviljas rehabiliteringsersättning.

I det nya *andra stycket* anges uttryckligen att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas enligt rehabiliteringskedjan i 27 kap, vilket är en kodifiering av vad som redan gäller. För rätt till rehabiliteringsersättning krävs att den försäkrades arbetsförmåga bedöms nedsatt med minst en fjärdedel och av 27 kap. 46–55 c §§ framgår gentemot vilket arbetsmarknadsbegrepp arbetsförmågan ska bedömas vid olika tidpunkter i rehabiliteringskedjan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2.

3 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen anges att en försäkrad som deltar i arbetslivsriktad rehabilitering och har rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning enligt 3 § har rätt till sådan ersättning

även under tid då hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt på det sätt som anges i 27 kap. 2–4 och 46–55 §§.

Tillsammans med bestämmelsen i 2 § innebär skrivningen att en försäkrad som till någon del får rehabiliteringspenning ska få rehabiliteringspenning även vid sådana förhållanden som normalt berättigar till sjukpenning. Bestämmelsen innebär att en försäkrad som utöver medverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och uppfyller kriterierna för att beviljas sjukpenning, ska få rehabiliteringspenning i en omfattning som svarar mot hela nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Om den som medverkar i arbetslivsinriktad rehabilitering, utöver att rehabiliteringen förhindrar förvärvsarbete med minst en fjärdedel, har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska rehabiliteringspenning lämnas utifrån den enskildes sammanlagda arbetsförmågenedsättning. När en försäkrad samtidigt uppfyller de materiella kraven för rätt till både rehabiliteringspenning och sjukpenning ska den försäkrade alltså beviljas rehabiliteringspenning i en omfattning som motsvarar personens totala nedsatta arbetsförmåga.

Detta betyder exempelvis att en försäkrad som deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats två timmar om dagen under samma period som han eller hon har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i en omfattning om tre fjärdedelar ska få hela sin arbetsförmågenedsättning kompenserad genom hel rehabiliteringspenning.

Samma princip gäller också om den försäkrade får nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom först efter det att en period med rehabiliteringspenning har påbörjats, exempelvis om rehabiliteringen pågår på halvtid och den försäkrade därefter får ytterligare nedsatt arbetsförmåga på grund av en ny sjukdom i en omfattning om övriga 50 procent. Under sådana omständigheter ska den försäkrade beviljas hel rehabiliteringspenning.

Genom paragrafens sista mening tydliggörs att den försäkrade endast ska beviljas rehabiliteringspenning under nämnda omständigheter. Det ska alltså inte vara möjligt för en försäkrad att bli kompenserad genom både sjukpenning och rehabiliteringspenning för samma period.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår i vilken omfattning den försäkrade har rätt till rehabiliteringspenning.

Ändringen i *första stycket* innebär att det förtydligas en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning för att ersätta den inkomstförlust han eller hon gör på grund av att han eller hon är förhindrad att skaffa inkomst genom arbete till följd av deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utgångspunkten för rätten till rehabiliteringspenning är alltså om den försäkrade, ifall han eller hon inte hade genomgått rehabiliteringsinsatsen, hade haft inkomst genom arbete. Arbetslösa kompenseras för inkomstförlust om de har nedsatt arbetsförmåga och är förhindrade att söka och ta förvärsarbete p.g.a. att de genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering.

Beräkningen av inkomstförlusten ska baseras på omfattningen av den arbetstid som leder till inkomstförlusten. Den tid som den försäkrade behöver avstå från att arbeta, avrundat nedåt till hela timmar, ska ersättas genom rehabiliteringspenning i motsvarande antal timmar. Bedömningen av hur mycket tid den försäkrade behöver avstå från förvärsarbete ska göras utifrån innehållet i rehabiliteringsplanen. I denna ska anges när, i vilken omfattning per dag och hur länge rehabiliteringsinsatsen planeras pågå.

Rehabiliteringspenningen är således inte bunden till fjärdedelar, utan bestäms i stället steglöst utifrån den arbetstidsförlust som den försäkrade gör en given period för att han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och därmed har nedsatt arbetsförmåga. Systemet hindrar inte att ersättningen i ett enskilt fall ändå kan bestämmas efter en skala baserad på fjärdedelar, men tillåter även till exempel en mer flexibel, successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats vartefter personen får förbättrad arbetsförmåga.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

12 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår hur rehabiliteringspenningen ska samordnas med vissa andra socialförsäkringsförmåner.

Ändringen i *första stycket* är en följdändring av införandet av 3 a §. Enligt denna paragraf ska den försäkrade endast få ersättning i form av rehabiliteringspenning för tid då han eller hon har rätt till både rehabiliteringspenning och sjukpenning samtidigt. Det kommer därmed inte vara möjligt för en försäkrad att för samma tid få både rehabiliteringspenning och sjukpenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

14 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen ges information om för vilka kostnader rehabiliteringsbidraget lämnas samt om en upplysningsbestämmelse för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter avseende detta bidrag.

Förändringen består i att det särskilda bidraget i stället benämns som rehabiliteringsbidrag. Det införs också en hänvisning till 3 § för att det tydligare ska framgå vilken rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringsbidrag. Utöver hänvisningen till 3 § anges även att rehabiliteringsbidrag kan beviljas en försäkrad som har sjukersättning eller aktivitetsersättning och genomgår rehabilitering. Tillägget görs eftersom denna grupp försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga bedömd enligt 27 kap. och därmed inte ingår gruppen som avses i 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.2 och 22.1.4.

15 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen anges vilka paragrafer om sjukpenning i 27 och 28 kap. SFB som är tillämpliga för försäkrade som omfattas av bestämmelsen om rätt till rehabiliteringspenning enligt 3 a §.

Enligt 3 a § kan en försäkrad som har rehabiliteringsersättning få ersättning i form av rehabiliteringspenning även för nedsatt arbetsförmåga utöver den tid som han eller hon genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. I ett sådant fall ska den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning och inte sjukpenning. När den situation som anges i 3 a § är aktuell ska vissa bestämmelser om sjukpenning och beräkning av sjukpenning tillämpas för den försäkrade som omfattas av

bestämmelsen. Den försäkrade ska inte försättas i vare sig ett bättre eller sämre läge än vad som hade varit fallet om han eller hon i stället för rehabiliteringspenning hade varit aktuell för sjukpenning. De bestämmelser som är aktuella är de i 27 kap. om sjukresor (5 §), samordning med sjuklön (9 §), sjukpenning vid kortare sjukdomsfall (10–16 §§), sjukanmälan (17–18 §§), krav på läkarintyg efter sjunde dagen (25 §), karensavdrag (27 och 27 a §§), allmänt högriskskydd (39 och 39 a §§), särskilt högriskskydd (40–44 §§), utbetalning till arbetsgivare m.m. (59–61 §§). Därutöver ska vissa bestämmelser i 28 kap. tillämpas. Det är fråga om beräkningsunderlag (8 §), arbets-tidsberäkning sjukpenning (12–18 §§), samordning med samtidig lön (19–21 §§)

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

31 a kap.

4 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår under vilka omständigheter en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Ändringen består i att en försäkrad har rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall under sådana förhållanden som anges i 31 kap. 3 a §, utöver den situation som anges i 31 kap. 3 §. Det innebär att en försäkrad som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och är beviljad rehabiliteringspenning i särskilda fall till någon del kommer att få rehabiliteringspenning i särskilda fall i stället för sjukpenning i särskilda fall i en situation där den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga utöver deltagandet i rehabiliteringen och uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning i särskilda fall. Detta motsvarar vad som gäller för huvudformen av rehabiliteringspenning i 31 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

7 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår med vilket belopp rehabiliteringspenning i särskilda fall högst kan lämnas.

Ändringen är en följd av att rehabiliteringspenning enligt 31 kap. 8 § föreslås kunna lämnas steglöst avrundat till hela timmar.

Att rehabiliteringspenning i särskilda fall kan lämnas med högst 160 kronor per dag vid hel förmån är oförändrat, likaså de tidigare i lagtexten angivna högsta beloppen vid respektive förmånsnivå. Ändringen består i att förmånen inte längre är låst till dessa nivåer. Vid partiell förmån ska alltså det högsta ersättningsbeloppet beräknas på så sätt att nivån på vilken förmån beviljats ska sättas i proportion till 160 kronor. På samma sätt som tidigare kommer alltså exempelvis ersättningsbeloppet vid en fjärdedels nivå vara högst 40 kronor per dag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.1.1.

31 b kap.

1 §

Kapitel 31 b är nytt.

Kapitlet behandlar den nya förmånen preventionersättning. Kapitlets uppbyggnad är modellerat utifrån kapitel 31 om rehabiliteringsersättning, men med vissa avvikelser.

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen redogör för innehållet i kapitlet och i vilka bestämmelser de olika delarna av preventionersättningen regleras.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

2 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för de former preventionersättning kan lämnas. Liksom för rehabiliteringsersättningen enligt 31 kap. är preventionersättningen uppdelad i två former: preventionspanning och preventionbidrag. De närmare förutsättningarna för att sådan ersättning ska kunna lämnas framgår av 3 §.

Preventionspanningen avser att ersätta inkomstförlust för en försäkrad som deltar i insatser i förebyggande syfte. Dessa insatser kan vara av såväl medicinsk som arbetslivsinriktad karaktär.

Preventionsbidraget är modellerat utifrån det rehabiliteringsbidrag (tidigare särskilda bidrag) som kan lämnas till en försäkrad för merkostnader i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 31 kap. 14 §. Preventionsbidrag kan lämnas till en försäkrad som har kostnader i samband med sådana förebyggande åtgärder som anges i 3 §. I den nya 5 § anges att Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.

3 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för de situationer då en försäkrad har rätt till preventionsersättning. Det ska vara fråga om en åtgärd av medicinsk eller arbetslivsinriktad karaktär, eller en kombination av de båda, som genomförs i förebyggande syfte. Med sådant syfte avses att åtgärden ska förebygga uppkomsten av sjukdom, förkorta sjukdomstid och/eller förhindra nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Eftersom det ska vara fråga om en förebyggande åtgärd ska preventionsersättning användas i de fall då den försäkrade inte har nedsatt arbetsförmåga. Har arbetsoförmåga redan uppstått kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Detta innebär inte att nedsatt arbetsförmåga utgör ett hinder för att få preventionsersättning parallellt med sjukpenning eller rehabiliteringspenning; en försäkrad kan exempelvis ha partiellt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom men vara i behov av en förebyggande åtgärd på den del där arbetsförmågan inte är nedsatt. Ersättningsformen är emellertid inte avsedd att användas vid rehabiliterande åtgärder där syftet med åtgärden uteslutande är att den försäkrade ska få eller återfå arbetsförmåga. En effekt av en förebyggande åtgärd, exempelvis en viss medicinsk behandling, kan dock bli att också arbetsförmågan generellt förbättras.

En medicinsk behandling eller rehabilitering i förebyggande syfte ska vara ordinerad av läkare. Det är således inte möjligt för en enskild försäkrad att utan sådan ordination påbörja en behandling som kan ge rätt till ersättning. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda till nedsättning av arbets-

förmågan. Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska av vårdgivaren bedömas vara lämplig och, enligt de riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdens verksamhet, vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivarens medicinska bedömning ska, om den är adekvat beskriven och inget framkommit som gett anledning att ifrågasätta bedömningen, godtas.

En arbetslivsinriktad åtgärd som kan ge rätt till preventionersättning förutsätter den försäkrades aktiva medverkan. Åtgärden ska vara nödvändig för att ett eller flera av syftena i paragrafen ska kunna uppnås. Åtgärderna kan vara av skiftande slag och ha ett mångfacetterat innehåll. Avgörande för om rätt till ersättning föreligger är om den försäkrade riskerar sjukdom eller att få nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och om den aktuella behandlingen eller förebyggande insatsen i hans eller hennes fall kan förväntas förebygga sjukdomen, förkorta sjukdomstid eller förhindra arbetsoförmåga. Det ska således föreligga en risk för att sjukdom eller arbetsoförmåga uppkommer om den aktuella insatsen inte genomförs och de ordinerade åtgärderna ska förväntas minska denna risk.

Av *andra stycket* framgår att de arbetslivsinriktade åtgärder inte får avse sådana förebyggande åtgärder som arbetsgivaren har skyldighet att vidta enligt arbetsmiljölagen (1977:1170), Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller annan författning. Avsikten med preventionersättning är inte att en försäkrad ska kunna få sådan ersättning i stället för lön för deltagande i åtgärder som ligger inom arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Sådana förebyggande åtgärder ska därför typiskt sett också vara prövade och uttömda innan åtgärder som kan medföra rätt till preventionersättning kan bli aktuella.

Av *tredje stycket* framgår att en preventionsplan ska upprättas av Försäkringskassan i de fall en försäkrad är i behov av någon av de åtgärder som anges i första stycket. Med åtgärder avses medicinsk behandling och rehabilitering samt förebyggande åtgärder av arbetslivsinriktad karaktär. En sådan plan ska till sitt syfte och innehåll motsvara vad som är angivet för rehabiliteringsplan i 30 kap. 12–14 §§. Det innebär att planen i den utsträckning det är möjligt ska upprättas i samråd med den försäkrade.

En preventionsplan ska ange

1. de förebyggande åtgärder som ska komma i fråga,
2. vem som har ansvaret för åtgärderna,
3. en tidsplan för åtgärderna, och

4. de uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen.

Försäkringskassan ska fortlöpande se till att en preventionsplan följs och att det vid behov görs ändringar i den.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1, 22.2.3 och 22.2.8.

4 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen motsvarar 31 kap. 4 § som reglerar när rehabiliteringsersättning som längst kan lämnas. Samma begränsning ska gälla för preventionsersättning, och ska alltså som längst kunna lämnas till och med månaden före den när den försäkrade fyller 65 år.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

5 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen, som till sitt innehåll motsvarar 31 kap. 6 § om rehabiliteringsersättning, anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om preventionsersättning vid utbildning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

6 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen berör situationen att en familjehemsförälder får ersättning för vården av barn som omfattas av uppdraget för tid när preventionspenning kommer i fråga.

En regel med motsvarande innehåll finns i fråga om sjukpenning, se 27 kap. 8 §, och för rehabiliteringsersättning, se 31 kap. 7 §. Samma begränsning ska gälla för rätten till preventionspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

7 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar förutsättningarna för att preventionspenning ska kunna beviljas. Det krävs att en försäkrad behöver avstå från förvärvsarbete under viss dag och därigenom också gör inkomstförlust. För en arbetslös försäkrad krävs att han eller hon till följd av åtgärden behöver avstå från att söka eller ta arbete och därmed gör inkomstförlust till följd av exempelvis utebliven arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd. Orsaken till att den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete ska vara någon av de åtgärder som anges i 3 §. Ersättning lämnas för den tid som åtgärder tar i anspråk och hindrar den försäkrade från förvärvsarbete. I detta ingår också tid när den försäkrade t.ex. till följd av nödvändiga förberedelser inför eller åtgärder efter en behandling är förhindrad att förvärvsarbete liksom för restid i omedelbar anslutning till ett behandlingstillfälle. För rätt till rehabiliteringspenning enligt denna paragraf krävs inte att den försäkrade ska ha behövt avstå från förvärvsarbete åtminstone två timmar under en dag och därmed gått miste om minst en fjärdedel av sin dagsinkomst. Preventionspenningen skiljer sig på så sätt från vad som gällt för sjukpenning i förebyggande syfte eller rehabiliteringspenning. Tidsåtgången för vilket ersättning kan beviljas ska däremot avrundas nedåt till hela timmar.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.4.

8 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges genom hänvisning till flera paragrafer i 27 kap. och 28 kap. hur preventionspenningen ska beräknas. Ersättningens storlek är densamma som för sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.4.

9 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar de fall där en försäkrad får inkomst i egenkap av familjehemsförälder och att ersättning i sådant fall ska beräk-

nas på en SGI som inte omfattar den ersättningen. Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för rehabiliteringsersättningen och som regleras i 31 kap. 11 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

10 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen avser samordning med andra förmåner från socialförsäkringen.

Av *första stycket* framgår att den ersättning i form av preventionspenning som en försäkrad får ska minskas med det belopp den försäkrade får för samma tid i form av bl.a. föräldrapenningförmån, sjukpenning, arbetsskadeersättning eller studiestöd.

Av *andra stycket* framgår att det som föreskrivs i första stycket även gäller för motsvarande förmån som lämnas till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för samordning för rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

11 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller för rehabiliteringspenningen och som regleras i 31 kap. 13 §. Reglerna om arbetsgivarinträde och inträde av staten i vissa gäller också för sjukpenningen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

12 §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen motsvarar 31 kap. 14 § som rör det föreslagna rehabiliteringsbidraget. I paragrafen anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

31 c kap.

1 §

Kapitel 31 c är nytt.

Kapitlet behandlar den nya förmånen preventionspenning i särskilda fall. Kapitlets uppbyggnad är modellerat utifrån kapitel 31 a om rehabiliteringspenning i särskilda fall, men med vissa avvikelser.

Paragrafen är ny.

I paragrafen finns en innehållsförteckning över vilka bestämmelser som återfinns i de olika paragraferna i det nya kapitlet.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6 och 22.2.10.

2 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att bestämmelserna i 31 b kap. gäller även i fråga om preventionspenning i särskilda fall, om inte något annat följer av bestämmelserna i det nya 31 c kap. Det innebär att de bestämmelser som finns om preventionspenning i 31 b kap. även gäller med avseende på preventionspenning i särskilda fall, om inte något annat anges i bestämmelserna i 31 c kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

3 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen beskrivs vilka försäkrade som ska ha rätt till preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

4 §

Paragrafen är ny.

I paragrafens första stycke anges förutsättningarna för rätten till preventionspenning i särskilda fall. För att kraven ska vara uppfyllda krävs att en försäkrad på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i socialförsäkringsbalken inte skulle ha rätt till

hel preventionspenning motsvarande vad som för sjukpenning på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 160 kronor per kalenderdag. Skälet till att begreppet ”kalenderdag” används är att bedömningen av om en försäkrad uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till rehabiliteringspenning i särskilda fall ska göras i förhållande till veckans alla dagar. Vidare framgår att för att över huvud taget kunna omfattas av rätten till förmånen, krävs också att den försäkrade genomgår sådan åtgärd i som framgår av bestämmelserna i 31 b kap. 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

5 §

Paragrafen är ny.

Rätten till förmånen inträder från och med dagen efter den då rätten till aktivitetsersättning för en försäkrad som har fyllt 30 år, eller tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelserna i 4 kap. 31 § lagen om införande av socialförsäkringsbalken, har upphört. Det innebär att en försäkrad som var beviljad tidsbegränsad sjukersättning under den period detta var möjligt har rätt till preventionspenning i särskilda fall om inte rätten har förlorats enligt 13 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

6 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges de belopp som preventionspenning i särskilda fall högst kan lämnas med per dag. Beloppets storlek är avhängigt av om den försäkrade samtidigt har rätt till preventionspenning baserat på en sjukpenninggrundande inkomst enligt 31 b kap. Om så är fallet ska preventionspenningen i särskilda fall minskas med det belopp som lämnas med utgångspunkt i den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst. Beloppets storlek är också avhängigt om den försäkrade får sjukersättning till någon del. Se vidare författningskommentaren till 31 a kap. 8 och 9 §§.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

7 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att preventionspenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka. Ersättningen ska således kunna utbetalas för varje dag som den försäkrade genomgår en sådan åtgärd som anges i 31 b kap. 3 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

8 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen finns beräkningsregler för preventionspenning i särskilda fall. Om inte annat följer av 9 §, gäller enligt punkten 1 att för en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas, uppgår preventionspenning i särskilda fall för hel dag till 160 kronor, vid hel förmån, 120 kronor vid tre fjärdedels förmån, 80 kronor vid halv förmån och 40 kronor vid en fjärdedels förmån. För en försäkrad som har en preventionspenning som grundar sig på en sjukpenninggrundande inkomst enligt 31 b kap. (i lagtexten ”annan försäkrad än den som avses i 1,”) ska enligt punkten 2 rehabiliteringspenning i särskilda fall per dag motsvara differensen mellan 160, 120, 80 respektive 40 kronor och den rehabiliteringspenning som lämnas per dag enligt 31 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

9 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen innehåller bestämmelser om hur beräkning av preventionspenning i särskilda fall ska göras när sjukersättning lämnas till den försäkrade. Av *första stycket* framgår med vilken nivå hel preventionspenning i särskilda fall högst kan uppgå till per hel dag när en försäkrad får partiell sjukersättning.

I *andra stycket* finns bestämmelser om det högsta belopp som kan lämnas i form av partiell preventionspenning i särskilda fall till en försäkrad som under del av dag genomgår en åtgärd som kan ge rätt till preventionspenning i särskilda fall samtidigt som han eller hon

får sjukersättning. När preventionspenning i särskilda fall ska lämnas i ett sådant fall, lämnas ersättningen med ett belopp som motsvarar den del av en hel dag, motsvarande åtta timmar, som de aktuella åtgärden har pågått och förhindrat den försäkrade från förvärvsarbete. Av 31 b kap. 7 § framgår att denna tid ska avrundas nedåt till hel timme. Detta medför att preventionspenning i sådant fall betalas ut med ett belopp som motsvarar ett antal åttondelar av 160, 120, 80 respektive 40 kronor, beroende på åtgärdens tidsåtgång, och där varje timme motsvarar en åttondel. Beloppets storlek är alltså beroende av den förmånsnivå med vilken rehabiliteringspenning i särskilda fall ska lämnas.

Av *tredje stycket* framgår hur beräkningen av preventionspenning i särskilda fall ska göras när det till den försäkrade också ska lämnas preventionspenning enligt 31 b kap. socialförsäkringsbalken. I ett sådant fall ska det belopp på preventionspenning i särskilda fall som räknats fram enligt första eller andra styckena i paragrafen, minskas med den preventionspenning som den försäkrade ska få enligt 31 b kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

10 §

Paragrafen är ny.

Paragrafen innehåller bestämmelser om hur preventionspenning i särskilda fall ska beräknas när den försäkrade för samma tid får livränta enligt bestämmelserna i 41 eller 43 kap. socialförsäkringsbalken.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

11 §

Paragrafen är ny.

I 31 b kap. 8 §, som rör beräkning av preventionspenning som baseras på en sjukpenninggrundade inkomst, hänvisas till 27 kap. 21–24 §§, som handlar om förmånstiden för sjukpenning på normalnivån (80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten) och fortsättningsnivån (75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten). Av dessa bestämmelser framgår i vilka situationer som sjukpenning kan betalas ut. På grund av hänvisningen från 31 b kap. 8 § till dessa bestämmelser tillämpas dessa även för preventionspenning. Preven-

tionspenning i särskilda fall ska dock inte lämnas på normal- eller fortsättningsnivån, utan för denna form av preventionspenning gäller särskilda belopp enligt de föreslagna beräkningsbestämmelserna i 31 c kap. 8 och 9 §§. Preventionspenning i särskilda fall ska emellertid jämföras med sjukpenning på normalnivån respektive fortsättningsnivån när det gäller förmånstiden för denna förmån.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

12 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafens *första stycke* framgår i vilka situationer som en försäkrad ska kunna behålla rätten till preventionspenning i särskilda fall, när denna förmån inte lämnas till honom eller henne. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de villkor som gäller för att den försäkrade ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande.

Enligt *andra stycket* behåller en försäkrad rätten till preventionspenning i särskilda fall endast om denna rätt inte upphör på grund av att det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

13 §

Paragrafen är ny.

I paragrafen anges att rätten till preventionspenning i särskilda fall upphör när det för den försäkrade har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 80 300 kronor. Bestämmelserna innebär att när en försäkrad börjar förvärvsarbete och den sjukpenninggrundande inkomsten har bestämts eller skulle ha kunnat bestämmas till minst 80 300 kronor, upphör rätten till preventionspenning i särskilda fall. Även om en försäkrad därefter skulle minska sin arbetstid och det för honom eller henne då skulle kunna fastställas en lägre sjukpenninggrundande inkomst,

kan han eller hon inte återfå rätten till preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.6.

14 §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att de bestämmelser som gäller om arbetsgivarinträde m.m. för preventionspenning enligt 31 b kap. 11 §, inte ska gälla för preventionspenning i särskilda fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

33 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen finns en innehållsförteckning över vilka bestämmelser som återfinns i de olika paragraferna i kapitlet.

I hänvisningarna till bestämmelsernas olika ämnesområden finns nu även en hänvisning till bestämmelsen om arbetsmarknadspolitiskt ramprogram för unga med aktivitetsersättning i 20 a §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4.

5 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen avser de gemensamma villkor som gäller för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Bestämmelsens *andra stycke* är nytt och innehåller ett kodifierat beviskrav för kravet på den försäkrades nedsatta arbetsförmåga, nämligen att *sannolika skäl* ska tala för att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Sannolika skäl har samma innebörd som att det är *sannolikt* att arbetsförmågan är nedsatt.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.5 och 12.3.

6 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen innehåller de kriterier för arbetsförmågenedsättningens varaktighet som måste vara uppfyllda för att sjukersättning ska kunna beviljas.

I *första stycket första meningen* redogörs för varaktighetskriteriet. Kravet på att arbetsförmågan ska vara nedsatt för viss tid och kravet på att rehabiliteringsåtgärder inte ska bedömas kunna leda till återfående av arbetsförmågan har separerats, från att tidigare varit beskrivna i samma mening. Det tydliggörs därmed att det är fråga om två olika steg i bedömningen.

Begreppet *stadigvarande* ersätts med att arbetsförmågan ska vara nedsatt under *överskådlig tid*. Det nya begreppet utgör ett förtydligande av nuvarande varaktighetskriterium och vad överskådligheten i begreppet ska anses innebära. I tidigare förarbeten har begreppet ”stadigvarande” definierats som ”all överskådlig framtid”.¹ Arbetsförmågens nedsättning ska bedömas vara långvarig och nedsättningen ska bedömas bestå under överskådlig framtid. Bedömningen av om det är sannolikt att arbetsförmågan kan anses vara nedsatt under överskådlig tid ska som utgångspunkt baseras på hälso- och sjukvårdens bedömning av sjukdomstillståndet och vilken prognos som kan göras i det individuella fallet. Med överskådlig tid ska förstås så långt som en försäkringsmedicinsk prognos av den nedsatta arbetsförmågan kan göras, samtidigt som perioden fortfarande ska vara överblickbar. Kopplingen till den nuvarande, i tillämpning och rättspraxis etablerade, beskrivningen från förarbetena att arbetsförmågan ska vara nedsatt under all överskådlig framtid är avsiktlig. Liksom tidigare begrepp innebär inte överskådlig tid livslångt eller till pensionsåldern (se HFD 2011 ref. 63).

I *andra meningen* har ett tillägg gjorts. I nuvarande formulering av bestämmelsen anges att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade *återfår* någon arbetsförmåga. Det är emellertid inte säkert att den försäkrade tidigare har haft någon arbetsförmåga utan kan ha saknat sådan under hela sitt liv. Vid bedömningen av om rehabiliteringsåtgärder kan medföra arbetsförmåga hos den försäkrade ska utöver återfående av sådan arbetsförmåga även beaktas om den försäkrad kan få arbetsförmåga genom sådana åtgärder.

¹ Prop. 2007/08:136 s. 103.

I samma mening anges vidare att det ska kunna antas att möjligheterna att få eller återfå arbetsförmågan genom rehabiliteringsåtgärder inte kommer att leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan i ett sådant arbete som anges i 10 §. Detta krav är utöver att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig tid. Med rehabiliteringsåtgärder avses i huvudsak medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Skrivningen att sådana åtgärder ska *kunna antas* inte leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan är ny. Genom uttrycket klargörs att uppställda beviskravet i denna fråga innebär en bevislättning för den enskilde.

Förändringen i samma mening att den försäkrade ska kunna antas få eller återfå "arbetsförmågan", i stället för som tidigare "någon arbetsförmåga", utgör ett förtydligande av att den försäkrade ska kunna antas återfå arbetsförmåga motsvarande det arbetsutbud han eller hon hade före den tidpunkt som ansökan avser för att sjukersättning ska kunna nekas på denna grund. Normalt innebär detta arbetsförmåga motsvarande mer än tre fjärdedelar, men om en försäkrad sedan tidigare exempelvis är beviljad partiell sjukersättning avses återstående arbetsutbud. Om en försäkrad endast kan antas återfå delar av arbetsförmågan efter rehabilitering är det dock möjligt att bevilja partiell sjukersättning.

Med hänvisningen till 10 § avses att det ska krävas att den försäkrade får arbetsförmåga eller återfår arbetsförmågan i ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden för att ansökan ska kunna avslås med hänsyn till att det finns återstående rehabiliteringsåtgärder. Det räcker således inte att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig i ett skyddat arbete eller en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade. Detta sammanfaller med hur den försäkrades nuvarande arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättningen och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas. Såväl arbetsförmågebedömningen som rehabiliteringsbedömningen ska alltså göras enligt samma arbetsmarknadsbegrepp.

I *andra stycket*, som är nytt, anges att det vid bedömningen av varaktighetskriteriet är uppfyllt ska bortses från om den försäkrade kan få eller återfå arbetsförmåga vid en tidpunkt som infaller först efter det att han eller hon uppnått den ålder då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 §. Det innebär att hela den period som utgör

överskådlig tid inte alltid ska beaktas för en försäkrad som närmar sig denna tidpunkt. Rehabiliteringsåtgärder som genomförs eller bedöms få effekt först efter denna tidpunkt ska således inte heller beaktas vid bedömningen. Det ska alltså inte vara möjligt att avslå en ansökan om sjukersättning med motiveringen att den försäkrades arbetsförmåga bedöms kunna återfås vid en tidpunkt som infaller först efter det att den försäkrade uppnått den ålder då sjukersättning som längst kan lämnas enligt 16 §.

Utredningens överväganden behandlas i avsnitt 8.2, 8.3 och 8.5.

6 a §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar de villkor som gäller för att en försäkrad ska omfattas av reglerna för äldre försäkrade.

Den försäkrade ska för det första ha uppnått åldern då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan utbetalas enligt 16 §. Härvid ska hel månad räknas. Om den försäkrade exempelvis fyller 65 år den 15 juni 2030 har han eller hon enligt 16 § som längst rätt till sjukersättning till och med maj 2030. Eftersom beräkningen ska göras utifrån hela månader ska den försäkrade i detta fall anses omfattas av bestämmelsen i denna paragraf från och med den 1 maj 2025.

Den försäkrade ska för det andra ha *erfarenhet* av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Med arbeten den försäkrade har erfarenhet av avses i normalfallet samtliga arbeten den försäkrade har haft genom anställning eller egen verksamhet under en tidsperiod om 15 år före den månad för vilken den försäkrade ansöker om sjukersättning. Det innebär att exempelvis erfarenheter från oavlönad praktik inte ska beaktas eftersom sådan praktik i socialförsäkringsbalkens mening inte utgör arbete. Vid utbytesärenden ska 15 år före den månad då Försäkringskassan påbörjade utredningen om utbyte av sjukpenning till sjukersättning beaktas.

Om den försäkrade inte har erfarenhet av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden under denna period, exempelvis om han eller hon har varit långtidsarbetslös eller endast haft skyddade arbeten, ska han eller hon inte omfattas av reglerna för äldre försäkrade. I dessa fall ska i stället huvudregeln i 6 §, att arbetsför-

mågan ska jämföras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, tillämpas utan att bedömningen begränsas till normalt förekommande arbeten den försäkrade har erfarenhet av.

För en försäkrad som når upp till nämnda krav ska det dock enligt lagtexten i denna paragraf vid bedömningen enligt 6 § första stycket andra meningen endast beaktas sådana åtgärder som leder till att den försäkrade får eller återfår arbetsförmågan i ett sådant på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete som den försäkrade har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Med skrivningen avses att den försäkrade ska få sina rehabiliteringsmöjligheter prövade endast gentemot sådana normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden som han eller hon har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Prövningen av vilka möjligheter som finns för att den försäkrades arbetsförmåga ska kunna förbättras genom rehabilitering sammanfaller alltså med hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas vid prövningen av rätt till ersättning och det arbetsmarknadsbegrepp som då ska tillämpas enligt 10 och 10 a §§. Det räcker således inte att arbetsförmågan genom rehabilitering förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig i ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, om den försäkrade inte har erfarenhet av ett sådant förvärvsarbete. På samma sätt som för övriga försäkrade räcker det inte heller att arbetsförmågan kan förbättras tillräckligt för att den försäkrade skulle kunna försörja sig exempelvis i ett skyddat arbete eller genom en anställning med lönebidrag, om inte ett sådant arbete är tillgängligt för den försäkrade.

För att ett arbete ska bedömas vara tillgängligt för den försäkrade krävs att han eller hon redan har ett sådant arbete, eller att det finns ett konkret erbjudande om arbete. Om situationen uppstår att en försäkrad som har en anställning genomgår rehabiliteringsåtgärder i enlighet med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, med målsättningen att han eller hon ska kunna återgå till samma arbetsgivare, men till ett arbete som den försäkrade inte har erfarenhet av, ska det arbetet anses vara tillgängligt för den försäkrade och ingå i den bedömning av arbetsförmågan som ska göras vid prövningen av rätt till sjukersättning. I dessa fall, med pågående rehabiliteringsåtgärder, kan ersättning

endast beviljas om åtgärder inte kan antas leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan före den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.4.

10 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen reglerar vilket arbetsmarknadsbegrepp som gäller vid prövning av arbetsförmågans nedsättning för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning.

Genom ändringen överensstämmer arbetsmarknadsbegreppet med vad som gäller för prövning av rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan (för anställda). Den föreslagna lydelsen motsvarar den i proposition 2020/21:171 föreslagna nya lydelsen av 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken. Enligt förslagen kommer samma arbetsmarknadsbegrepp således att gälla för prövningen av den försäkrades arbetsförmåga, oavsett om det avser rätt till sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Det förhållandet att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot normalt förekommande arbete i en angiven yrkesgrupp innebär ingen ändring av vad som avses med förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Den praxis som har utvecklats kring det tidigare begreppet avseende rätten till sjukpenning gäller således fortfarande, vilket även innebär att rättspraxis som avser tolkningen av sjukpenningens begrepp även kan ge ledning vid prövningen av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Liksom vid bedömning av rätt till sjukpenning ska även beaktas sådant lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Detta innebär, liksom för bedömningen av rätt till sjukpenning, att en försäkrad som har ett lämpligt arbete ska få sin arbetsförmåga prövad mot detta arbete, även om det aktuella arbetet inte är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vid bedömningen av om ett arbete är tillgängligt för den försäkrade ska beaktas dels omständigheten att den försäkrade redan har ett arbete, dels om det finns ett konkret erbjudande om ett lämpligt arbete. En situation där arbete ska anses finnas tillgängligt kan uppstå exempelvis om en försäkrad är inskriven

hos Arbetsförmedlingen och har erbjudits en skyddad anställning på Samhall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.1 och 12.1.

10 a §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen avser äldre försäkrade och det arbetsmarknadsbegrepp som gäller för dessa försäkrade vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt.

Med uttrycket *en försäkrad som avses i 6 a §* menas försäkrade som både uppnått den ålder som anges i paragrafen och har *erfarenhet* av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Se vidare kommentaren till 6 a § för en närmare beskrivning av dessa begrepp.

För försäkrade som på så sätt avses i 6 a § ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 10 § första stycket 1 endast göras mot sådana på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av. Till skillnad från övriga försäkrade ska de som omfattas av regeln alltså få sin arbetsförmåga bedömd endast i förhållande till arbeten som de har erfarenhet av vid prövning av arbetsförmågan enligt det generella arbetsmarknadsbegreppet i 10 § första stycket 1.

Eftersom hänvisningen i denna paragraf endast görs till 10 § första stycket 1 innebär en tillämpning av 10 a § inte någon inskränkning i bedömningen som ska göras enligt 10 § första stycket 2. Även försäkrade som omfattas av 10 a § ska därmed även få sin arbetsförmåga bedömd gentemot andra arbeten ifall de är lämpliga och tillgängliga för honom eller henne vid tidpunkten för prövningen av rätten till sjukersättning. Finns ett sådant tillgängligt arbete ska den försäkrades arbetsförmåga alltså jämföras även mot detta, även om han eller hon inte sedan tidigare har erfarenhet av det aktuella arbetet. För denna bedömning hänvisas till kommentaren till 10 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 8.4.

11 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges hur bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga ska göras.

Ändringen består i att en hänvisning till den nya 10 a § har införts. Utredningens överväganden finns i avsnitt 7.4.

12 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att den försäkrades arbetsförmåga ska anses nedsatt under tid med behandling eller rehabilitering.

Genom utredningens förslag om preventionersättning avskaffas sjukpenning i förebyggande syfte och hänvisningen till 27 kap. 6 § tas därmed bort. En hänvisning till sådan behandling och rehabilitering som kan ge rätt till preventionersättning enligt 31 b kap. 3 § har däremot lagts till.

Paragrafen ändras även som en följd av att 20 a § införs. Genom denna följdändring framgår av paragrafen att under tid som den försäkrade genomgår insats som avses i 20 a § ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i den utsträckning som insatsen hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta. Ändringen innebär att den försäkrades arbetsförmåga ska anses nedsatt under tid som den försäkrade deltar i insatser inom ramen för det föreslagna arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4 och 22.2.1.

20 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för förutsättningarna för att en försäkrad som har beviljats aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga ska kunna delta i det nya arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning som föreslås införas.

I *första stycket* anges Försäkringskassans skyldigheter att i samråd med Arbetsförmedlingen klarlägga den försäkrades möjligheter att delta i ramprogrammet. Utredningen av möjligheterna för den för-

säkrade att tillgodogöra sig programmet ska ske snarast och senast efter 60 dagar från att beslutet har fattats. Bedömningen ska göras på sedvanligt sätt när det gäller klarläggande av om det finns rehabiliteringsbehov för personer som får aktivitetsersättning.

Av *andra stycket* framgår att i de fall den försäkrade inte bedöms kunna delta i programmet vid tidpunkten för klarläggandet enligt första stycket, ska det under ersättningsperioden fortlöpande utredas om den försäkrade kan delta programmet.

I *tredje stycket* anges att klarläggande om möjligheterna för deltagande i programmet inte behöver göras om det är uppenbart obehövligt.

I *fjärde stycket* anges att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela ytterligare föreskrifter om ramprogrammet för unga med aktivitetsersättning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4.

36 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vilka bestämmelser som finns i 36 kap. socialförsäkringsbalken.

Ändringen är en följdändring av att det införs en ny bestämmelse, 24 a §, i kapitlet. Genom ändringen införs även en beskrivning av vad denna bestämmelse handlar om.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.4.1.

9 a §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen regleras möjligheten för försäkrade med aktivitetsersättning att behålla ersättningen under en prövotid för studier.

Ändringarna i *andra* och *tredje styckena* innebär att prövotiden förlängs från sex till tolv kalendermånader.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.2.

12 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges hur stor del av sjukersättningen eller aktivitetsersättningen som får förklaras vilande vid förvärvsarbete respektive studier och hur det ska bedömas på vilken nivå ersättningen ska förklaras vilande.

Av det ändrade *första stycket* framgår att en försäkrads sjukersättning eller aktivitetsersättning vid förvärvsarbete kan vilandeförklaras till olika delar. Liksom tidigare kan ersättningen förklaras helt vilande eller till en sådan del som anges i 33 kap 9 §, dvs. i kvartiler. Nytt i stycket är att även mindre delar av ersättningen kan förklaras vilande vid kortare arbetsinsatser. Den minsta del av ersättningen som kan förklaras vilande är en etthundrasextioåttondel (1/168) vilket motsvarar en timmes förvärvsarbete under en viss månad. Vilandeförklaring kan utöver detta ske i hela timmar. När det bedöms hur stor del av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av det förvärvsarbete som den försäkrade avser att utföra. Vid denna bedömning ska Försäkringskassan utgå från vad den försäkrade angett i sin ansökan.

Andra stycket är nytt och av detta framgår att vilandeförklaring vid studier får avse hel sjukersättning eller aktivitetsersättning eller en sådan andel av ersättningen som anges i 33 kap. 9 §. Förändringen består i att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande partiellt även vid studier. Med skrivningen i styckets andra mening om att när det bedöms hur stor andel av förmånen som ska förklaras vilande ska Försäkringskassan beakta omfattningen av de studier som den försäkrade avser att bedriva avses att frågan om vilken omfattning ersättningen ska vara vilande ska bestämmas utifrån vilken studietakt den försäkrade formellt studerar eller takten hos de studier som den försäkrade är antagen till. Studietakten bör beräknas genom att antalet studiepoäng som den försäkrade läser delas med antalet veckor som studierna planeras omfatta. Skulle det röra sig om studier som inte beräknas genom studiepoäng behöver bedömningen utgå från vilken insats studierna är avsedda att kräva från den studerande. Är den försäkrade inskriven på kurser och beviljad studiemedel för heltidsstudier ska hela ersättningen förklaras vilande, studerar den försäkrade på kurser i en omfattning om halvtid ska ersättningen förklaras vilande i motsvarande omfattning.

Om en försäkrad studerar i en studietakt som inte motsvarar de fjärdedelar som anges i 33 kap. 9 § socialförsäkringsbalken ska motsvarande tillämpning som i dag gäller för vilande ersättning för arbete gälla. Om en försäkrad exempelvis studerar i en studietakt om 33 procent ska halva ersättningen förklaras vilande i en omfattning om 50 procent. Om en försäkrad studerar i en omfattning om 90 procent ska ersättningen förklaras helt vilande och om den försäkrade studerar i en omfattning om 10 procent ska försäkringen förklaras vilande med en fjärdedel.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1, 16.2.2, 16.3.1 och 16.3.2.

12 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen framgår att en försäkrad som fått sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande för viss kalendermånad efter en ansökan om vilandeförklaring för förvärvsarbete får sådan ersättning utbetalt med ett preliminärt belopp som kommer att regleras slutligt i efterhand när det står klart hur många timmar den försäkrade faktiskt har förvärvsarbetat den aktuella månaden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 b §

Paragrafen är ny.

En sjukersättning eller aktivitetsersättning som förklarats vilande för förvärvsarbete och där ersättning har lämnats med ett preliminärt belopp enligt 12 a § ska slutligt bestämmas i efterhand. Detta ska ske så snart som möjligt. För en försäkrad med en tillsvidareanställning på viss procent och vilande ersättning för varje månad bör det vara enkelt att löpande slutligt bestämma ersättningen för varje månad och de preliminära utbetalningarna bör inte påverkas. För en försäkrad som anmäler tillfälligt arbete och ansöker om vilandeförklaring kan det vara svårt att slutligt reglera ersättningen innevarande månad. Därför ska ersättningen slutligt bestämmas i samband med efterföljande månads utbetalning eller, om detta inte är möjligt, vid utbetalning så snart som möjligt därefter.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 c §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen reglerar hur reduceringstid ska beräknas vid beslut om slutlig sjuk- eller aktivitetsersättning för en viss kalendermånad då ersättningen har förklarats vilande för förvärvsarbete. Reduceringstid är ett begrepp som avser med hur stor del den försäkrades ersättning ska reduceras, och som utgår från den tid som den försäkrade har förvärvsarbetat en viss månad. För varje timme som den försäkrade har förvärvsarbetat under en kalendermånad ska hans eller hennes ersättning reduceras med 1/168. Det är tiden som anges i ansökan om vilandeförklaring som ska utgöra underlaget för hur många timmar som reduceringstiden ska bestå av. Det innebär att en försäkrad som arbetat som minst 168 timmar en månad, motsvarande 8 timmars arbete varje arbetsdag och utifrån en schablon om 21 arbetsdagar per månad, får sin ersättning helt reducerad för den aktuella kalendermånaden.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

12 d §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen regleras att återbetalning ska ske av preliminär ersättning som har betalats ut med för högt belopp. Detta inträffar typiskt sett då en försäkrad har förvärvsarbetat under en viss kalendermånad och i samband med detta begärt att viss del av dennes sjukersättning eller aktivitetsersättning ska förklaras vilande, varför den slutligt bestämda ersättningen för en viss månad enligt 12 b § har bestämts till ett lägre belopp än det som har betalats ut i preliminär ersättning. Enligt denna bestämmelse ska Försäkringskassan vid sådana förhållanden kräva tillbaka skillnaden. I de fall där den preliminära ersättningen av någon anledning i stället har blivit för låg i relation till den slutligt bestämda anges i bestämmelsen att skillnaden ska betalas ut.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

15 b §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen berör förlängning av aktivitetsersättning och behandlar situationen att tiden för aktivitetsersättningen löper ut samtidigt som det återstår tid för vilandeförklaringen enligt ett beslut som har fattats med stöd av 15 § andra stycket. Om den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid denna tidpunkt ska Försäkringskassan fatta beslut om att förlänga perioden med aktivitetsersättning med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen.

Av ordalydelsen i *första stycket* framgår att för att perioden med aktivitetsersättning ska förlängas med den tid som motsvarar den återstående tiden för vilandeförklaringen krävs att den försäkrade fortfarande förvärvsarbetar eller studerar vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar. Syftet är att försäkrade med pågående arbete och studier ska omfattas av möjligheten att få ersättningen förlängd. Försäkrade som använt möjligheten att ha ersättningen vilande för mer tillfälliga arbetsinsatser, när det inte finns någon faktisk eller planerad kontinuitet i arbetet, kan inte sägas fortfarande förvärvsarbete vid utgången av den period som beslutet om ersättning omfattar. Under sådana omständigheter ska alltså inte perioden med aktivitetsersättning förlängas enligt denna bestämmelse.

Andra stycket är nytt och innebär att vid studier ska aktivitetsersättningen inte längre alltid förlängas i sin helhet. Denna förändring är en följd av att det ska vara möjligt att ha ersättningen partiellt vilande vid studier. Vid studier ska således förlängningen av aktivitetsersättningen endast göras i den omfattning som motsvarar omfattningen av de studier som pågår vid utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättningen omfattar.

Även *tredje stycket* är nytt. I detta regleras vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärvsarbete. Till denna del är förändringen av paragrafen en följd av att det ska vara möjligt att ha ersättningen vilande för arbete i en annan omfattning än hel aktivitetsersättning eller en sådan andel av ersättningen som anges i 33 kap. 9 §. Eftersom ersättning dock endast kan beviljas med hel förmån eller en sådan andel av ersättningen som avses i 33 kap. 9 § framgår av bestämmelsen att vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, ska perioden med aktivitetsersättning endast i den om-

fattning som motsvarar den del av arbetsförmågan som fortfarande används för förvärvsarbete enligt de nivåer som anges i bestämmelsen. Således ska i ett sådant fall hel ersättning lämnas när hela arbetsförmågan används för förvärvsarbete, tre fjärdedels ersättning ska lämnas när mindre än hela men minst tre fjärdedelar av arbetsförmågan används för förvärvsarbete, halv ersättning ska lämnas när mindre än tre fjärdedelar men minst halva arbetsförmågan används för förvärvsarbete och en fjärdedels ersättning ska lämnas när mindre än halva men minst någon del av arbetsförmågan används för förvärvsarbete.

Även *fjärde stycket* är nytt. I detta regleras vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärvsarbete när han eller hon beviljats partiell förmån enligt det ursprungliga beslutet om rätt till aktivitetsersättning. Av stycket framgår att i ett sådant fall får inte aktivitetsersättningen förlängas i en högre omfattning än vad som beviljats i beslutet om rätt till ersättning. En försäkrad som exempelvis enligt det ursprungliga beslutet om rätt till aktivitetsersättning beviljats halv ersättning och haft hela denna ersättning vilande för att kunna förvärvsarbeta i en sammanlagd omfattning om heltid ska således inte kunna få hel aktivitetsersättning trots att hela den försäkrades arbetsförmåga används för förvärvsarbete. I ett sådant fall ska endast halv förmån lämnas.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.1 och 16.3.2.

18 a §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att när tiden för ett beslut om vilandeförklaring av aktivitetsersättning har löpt ut eller beslutet har upphävts enligt 36 kap. 16 § socialförsäkringsbalken lämnas aktivitetsersättning för en period om tre månader.

Ändringen i paragrafen består i förtydliganden av i vilken omfattning aktivitetsersättningen ska lämnas. Förtydligandena är följdändringar av att det vid studier ska vara möjligt att ha ersättningen vilande i annan omfattning än hel förmån och att det vid arbete ska vara möjligt att ha ersättningen vilande i en annan omfattning än vad som anges i 33 kap. 9 §.

Ändringen i vad som nu utgör paragrafens *första stycke* innebär att aktivitetsersättningen i dessa situationer ska lämnas enligt den omfattning som följer av de nya andra–femte styckena.

Andra stycket är nytt. Av stycket framgår att förändringen av paragrafen innebär att vid studier ska det vara möjligt att få aktivitetsersättningen förlängd. Ersättningen ska i sådana fall lämnas i den omfattning som ersättningen tidigare var förklarad vilande. Av *femte stycket* framgår att ersättningen i ett sådant fall dock inte lämnas till den del som den försäkrade fortfarande studerar.

Även *tredje stycket* är nytt. Stycket ger uttryck för en revidering av vad som ska gälla när den försäkrade har vilande ersättning för förvärsarbete. Eftersom aktivitetsersättning endast kan beviljas med hel förmån eller en sådan andel av ersättningen som avses i 33 kap. 9 § framgår genom ändringen av 36 kap. 18 a § att vid arbete, när den försäkrade beviljats hel förmån, ska ersättningen lämnas enligt de nivåer som anges i lagtexten. Således ska i sådana fall hel aktivitetsersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad helt vilande, tre fjärdedels ersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hel förmån men med minst tre fjärdedelar, halv ersättning lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än tre fjärdedelar men med minst hälften och en fjärdedels ersättning ska lämnas när ersättningen tidigare var förklarad vilande i mindre grad än hälften.

Av det nya *fjärde stycket* i paragrafen anges vidare att vid arbete när den försäkrade beviljats partiell förmån, lämnas ersättningen enligt samma kriterier som i tredje stycket, dock inte i större omfattning än omfattningen i beslutet om rätten till ersättning. Med skrivningen avses att exempelvis en försäkrad som enligt det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning beviljats halv aktivitetsersättning och haft denna ersättning vilande inte ska kunna få hel aktivitetsersättning med stöd av en tillämpning av denna bestämmelse. Den försäkrade har i detta fall visserligen haft hela sin ersättning vilande, men eftersom ersättningen inte omfattade mer än halv förmån kan inte en större omfattning än halv förmån lämnas under de tre månaderna. Eftersom den försäkrade hade motsvarande halv förmån vilande ska halv förmån lämnas enligt denna bestämmelse. På motsvarande sätt kan exempelvis en försäkrad som i det ursprungliga beslutet om aktivitetsersättning beviljats tre fjärdedels ersättning och haft vilande ersättning motsvarande en fjärdedel inte beviljas mer än tre fjärdedels ersättning

och eftersom den försäkrade i ett sådant fall haft vilande ersättning i en fjärdedel ska ersättning motsvarande en fjärdedels ersättning lämnas.

Även *femte stycket* är nytt. Ändringen innebär att vad som tidigare angavs i paragrafens tredje mening nu utgör ett eget stycke. Av stycket framgår att ersättning inte lämnas till en försäkrad till den del han eller hon förvärvsarbetar eller studerar. Gällande arbete var så fallet redan tidigare. Förändringen består således främst i att så ska vara fallet även vid studier.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.1 och 16.3.2.

19 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen anger att rätten till sjukersättning ska omprövas om den försäkrades arbetsförmåga förbättras och förutsättningarna för att den försäkrade har uppvisat sådan arbetsförmåga. Vidare anges förutsättningar för i vilka fall sådan omprövning ändå inte ska ske.

I *andra stycket* anges att en försäkrad som har uppvisat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad arbetsförmåga. *Andra meningen* är ny. Där anges att rätten till sjukersättning ändå inte ska omprövas om den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt i förhållande till sådana arbeten som avses i 33 kap. 10 eller 10 a §§. Regeln avser att hantera de situationer där en försäkrad har beviljats sjukersättning enligt regelverket som gällde fr.o.m. den 1 juli 2008 och där arbetsmarknadsbegreppet innebar att den försäkrades arbetsförmåga skulle vara nedsatt mot "förvärvsarbete på arbetsmarknaden". Om en försäkrads arbetsförmåga förbättras i relation till förvärvsarbete på arbetsmarknaden skulle ersättningen behöva omprövas, samtidigt som den försäkrade vid en ny ansökan skulle ha rätt till sjukersättning vid prövning enligt 33 kap. 10 och 10 a §§. Genom att det i andra meningen anges att omprövning inte ska ske i ett sådant fall undviks denna situation.

En försäkrad ska alltså behöva ha uppvisat arbetsförmåga i förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden för att sjukersättningen ska kunna omprövas. För en äldre försäkrad som omfattas av reglerna i 33 kap. 10 a § vid tillfället för omprövning enligt denna para-

graf ska endast sådant normalt arbete som den försäkrade har erfarenhet av beaktas. För innebörden av arbete som den försäkrade har erfarenhet av, se kommentaren till 10 a §. För samtliga försäkrade ska dock även annat lämpligt, tillgängligt arbete beaktas.

Tredje stycket är nytt. Här anges att en försäkrad som ägnar sig åt sysslor av ideell karaktär som inte ger inkomst inte ska anses ha uppvisat en förbättrad arbetsförmåga enligt denna paragraf så länge åtagandet *understiger* 10 timmar per vecka. Regeln avses vara en skyddsregel som kompletterar huvudregeln i andra stycket. Det är således inte fråga om ett tak för den tidsåtgång en försäkrad med sjukersättning kan ägna sig åt under tid med ersättning; däremot ska den försäkrades ersättning dock inte kunna omprövas på grund av att han eller hon uppvisat arbetsförmåga som antogs saknas när ersättningen beviljades så länge den försäkrades sysslor rymms inom regeln.

Med sysslor av ideell karaktär avses bl.a. arbete som utförs utan ersättning, engagemang i föreningsliv eller olika typer av organiserade fritidssysslor. Uppräkningen är inte uttömmande. Ideellt arbete innebär att arbetsinsatsen i första hand inte grundar sig på avtal utan bygger på frivillig intressegrund, arbetsinsatsen i huvudsak inte görs av personliga ekonomiska skäl, arbetet utförs inom en ideell verksamhet, såsom inom ramen för en förening. Typexempel på sysslor som ska omfattas av bestämmelsen är sådana där prestationskraven inte behöver motsvara de som gäller för förvärvsarbete och insatsen präglas ofta av frivillighet och stora möjligheter till individuell anpassning. Det kan röra sig om sysslor inom ramen för intresseorganisationer, politiska partier, kulturföreningar, idrottsföreningar eller andra ideella föreningar. Allmän daglig livsföring eller sedvanligt hemarbete ska dock inte räknas med i vad som ska inkluderas avseende denna tidsgräns. Så länge den försäkrades ideella åtaganden understiger tio timmar i veckan ska sådana aktiviteter, oavsett sysslornas innehåll, inte anses innebära att den försäkrade har uppvisat arbetsförmåga och någon prövning enligt denna paragrafs andra stycke ska inte göras.

För att en viss insats ska omfattas av regeln förutsätts, utöver att insatsen ska understiga tio timmar i veckan, att åtagandena inte ger någon inkomst. Det innebär att det ska vara fråga om rent ideella åtaganden. Ersättning som betalas ut för direkta kostnader och utlägg ska dock inte anses som inkomst vid tillämpning av bestämmelsen. Således kommer även förtroendeuppdrag såsom styrelsearbete i bostadsrättsföreningar eller liknande som innebär att den försäkrade arvode-

ras att hamna utanför regelns tillämpningsområde. En försäkrad som får inkomst av något slag ska således bedömas enligt huvudregeln. Detta innebär naturligtvis inte per automatik att den försäkrade har uppvisat arbetsförmåga utan en bedömning ska göras om insatserna motsvarar arbetsförmåga utifrån aktuellt arbetsförmågebegrepp enligt andra stycket.

En försäkrad som är beviljad hel sjukersättning eller aktivitetsersättning omfattas av regeln om den s.k. åttondelen. Denna regel innebär att den försäkrade kan använda en begränsad förmåga till arbete eller andra åtaganden utan att rätten till ersättning påverkas. För en sådan försäkrad innebär bestämmelsen om ideella sysslor understigande tio timmar ett visst utrymme för sådana sysslor utöver åttondelen, så länge den totala tidsåtgången understiger tio timmar i veckan. Det sagda innebär att en försäkrad med hel sjukersättning kan arbeta med viss inkomst inom ramen för åttondelen och utöver detta även ha ideella åtaganden, med en sammanlagd tidsåtgång understigande tio timmar i veckan.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.3.

22 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vissa av förutsättningarna för att en försäkrads rätt till aktivitetsersättning ska omprövas. Paragrafen motsvarar 19 § men avser försäkrade som har aktivitetsersättning i stället för sjukersättning.

I *andra stycket* anges att en försäkrad som regelbundet och under en längre tid har visat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om aktivitetsersättning fattades ska antas ha en väsentligt förbättrad arbetsförmåga, om inte något annat framkommer. Liksom tidigare krävs att arbetsförmågan hos en försäkrad med aktivitetsersättning väsentligt förbättras för att rätten till förmånen ska omprövas, vilket innebär ett större utrymme att få förbättrad arbetsförmåga innan ersättningen ska omprövas jämfört med för en försäkrad som har sjukersättning. Förändringen i stycket består i att någon omprövning av aktivitetsersättningen ändå inte ska ske om arbetsförmågan inte är nedsatt mot arbetsmarknadsbegreppet som anges i 33 kap. 10 §. Förändringen motsvarar den hänvisning som in-

förts även i 19 §, se kommentaren till denna bestämmelse för en närmare kommentar.

I *tredje stycket* anges att en försäkrad som deltar i engagemang av ideell karaktär som understiger tio timmar i vecka och som inte ger inkomst inte ska anses ha uppvisat arbetsförmåga. För den närmre innebörden av denna regel hänvisas till kommentaren till 19 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.3.

24 a §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen regleras förutsättningarna för en flexibel förläggning av arbetstid för en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga och är beviljad partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Bestämmelsen innebär en ny, lagreglerad huvudregel för möjligheten till en mer flexibel förläggning av arbetstiden för försäkrade som är beviljad partiell sjuk- eller aktivitetsersättning. En förläggning av arbetstiden som inte innebär att arbetstiden minskas lika mycket varje dag är möjlig om förläggningen av arbetstiden inte medför någon risk för försämring av den försäkrades sjukdom eller arbetsförmåga. Av bestämmelsen framgår att det däremot inte uppställs något krav på att arbetstidsförläggningen ska vara medicinskt motiverad i det enskilda fallet. Omständigheten att arbetstidsförläggningen riskerar att försämra den enskildes sjukdom eller arbetsförmåga kan handla exempelvis om att hälsotillståndet påverkas negativt av förläggningen eller om att sjukdomen är av sådan art att en annan förläggning av arbetstiden än jämn reduktion varje dag medför att arbetsförmågan hos en person med nedsatt förmåga ytterligare försämras. Bedömningen ska göras utifrån den försäkrades individuella förhållanden.

En flexibel förläggning av arbetstiden förutsätter att den försäkrades arbetsförmåga även fortsatt är nedsatt i enlighet med beslutet om partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning. Om en viss förläggning av arbetstiden däremot innebär att den försäkrade uppvisar en högre arbetsförmåga än vad han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades kan rätten till ersättning omprövas enligt 19 och 22 §§.

Sjukersättning och aktivitetsersättning utgör månadsersättningar. Vid en förläggning av arbetstiden som frångår principen om lika stor

minskning av arbetstiden varje dag krävs att förläggningen sker över en bedömningsperiod som inte övergår en månad. Detta innebär att den arbetade tiden under en viss månad inte får överstiga den försäkrades återstående arbetsutbud dvs. den del där den försäkrade inte har sjukersättning eller aktivitetsersättning. För en försäkrad som är beviljad halv sjukersättning är det exempelvis inte möjligt att arbeta heltid under en hel månad och inte alls under nästföljande månad.

En flexibel förläggning av arbetstiden ska, så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår på samma nivå och de övriga förutsättningarna för en sådan förläggning kan anses uppfyllda, som utgångspunkt kunna godtas tills vidare och under obegränsad tid.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.4.1.

37 kap.

6 §

Paragrafen är ändrad.

Paragrafen reglerar med vilken procentandel sjukersättningen ska minskas med reduceringsinkomsten samt vilka fribelopp som gäller innan denna minskning ska göras.

Ändringen består i att fribeloppen ska beräknas baserat på inkomstbasbelopp enligt 58 kap. 26 §.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.1.1.

7 §

Paragrafen är ändrad.

Bestämmelsen reglerar vid vilket belopp sjukersättning inte lämnas.

Ändringen består i att beräkningen ska baseras på inkomstbasbelopp enligt 58 kap. 26 § SFB.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.1.1.

41 kap.**4 §**

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att under tid när den försäkrade genomgår sådan behandling eller rehabilitering som ger rätt till vissa socialförsäkringsersättningar ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som åtgärden hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta vid bedömningen av rätten till livränta.

Ändringen är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § ersätts med preventionsersättning enligt 31 b kap och består således i att hänvisningen till den förra bestämmelsen ersätts med en hänvisning till det nya kapitlet. Ändringen innebär att under tid när den försäkrade genomgår preventionsinsatser som avses i 31 b kap. ska hans eller hennes förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete anses nedsatt även i den utsträckning som insatsen hindrar honom eller henne från att förvärvsarbeta, vid bedömningen av rätten till livränta enligt 41 kap.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.1.

46 kap.**18 §**

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att smittbärrpenningen ska minskas med vissa förmåner i den utsträckning förmånerna lämnas för samma tid som smittbärrpenningen.

Genom ändringen framgår av sjätte punkten i paragrafen att smittbärrpenningen ska minskas med preventionspenning i den utsträckning förmånerna lämnas för samma tid.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

47 kap.**17 §**

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att närståendepenning inte lämnas i den utsträckning som vårdaren för samma tid får vissa andra förmåner.

Genom ändringen framgår av femte punkten i paragrafen att närståendepenningen inte lämnas i den utsträckning som vårdaren för samma tid får preventionspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

103 c kap.**4 §**

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges förutsättningarna för att boendetillägg ska kunna lämnas.

Genom ändringen framgår av bestämmelsen att boendetillägg kan lämnas till den som omfattas av 2 § och som får preventionspenning enligt 31 b eller 31 c kap. Ändringen syftar till att även preventionspenning ska vara en sådan förmån som kan leda till att boendetillägg kan lämnas till en försäkrad, om övriga förutsättningar för detta är uppfyllda.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

103 d kap.**6 §**

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att den bidragsgrundande inkomsten är ersättning som lämnas i form av någon av de uppräknade förmånerna.

Genom förändringen framgår av paragrafen att den bidragsgrundande inkomsten bland annat är den ersättning som lämnas i form av preventionspenning eller preventionspenning i särskilda fall enligt 31 b kap. respektive 31 c kap. Med ändringen avses således att även

preventionspenning ingår i det underlag som används för att bedöma den försäkrades bidragsgrundande inkomst.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår att boendetillägg ska lämnas med samma andel som den ersättning som grundar rätt till tillägget lämnas med.

Genom ändringen i *andra stycket* framgår att om såväl preventionspenning enligt 6 § 5 som preventionspenning i särskilda fall enligt 6 § 6 lämnas samtidigt ska en andelsberäkning göras i förhållande till den preventionspenning som lämnas enligt 6 § 6. Samma sak ska således gälla avseende preventionspenning som gäller för sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

108 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges vad bestämmelserna i 108 kap. socialförsäkringsbalken handlar om.

Ändringen är redaktionell och består av att även den nya 23 § räknas upp bland paragraferna som berör avdrag på ersättning (kvittning).

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

23 §

Paragrafen är ny.

I bestämmelsen redogörs för Försäkringskassans möjligheter att genom kvittning reglera ersättning som har betalats ut för mycket till följd av att den försäkrade förvärvat arbetat med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. Sådan kvittning kan ske vid en senare utbetalning som ska ligga så nära månaden med förvärvsarbetet som möjligt.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.2.1 och 16.3.1.

110 kap.

57 §

Paragrafen är ändrad.

I paragrafen anges att vissa ersättningar får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till vissa sorters insatser.

Ändringen i *första stycket första punkten* är en följd av att sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § föreslås ersättas med preventionersättning enligt 31 b kap och består i att hänvisningen till den förra bestämmelsen ersätts med en hänvisning till 31 b kap. Ändringen innebär att omvårdnadsbidrag, sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning, sjukvårdsersättning respektive livränta till den försäkrade vid arbetsskada och motsvarande ersättningar enligt 43 och 44 kap. samt merkostnadsersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till behandling eller insatser enligt 31 b kap.

Första stycket tredje punkten är ny och är en följd av förslaget till en ny bestämmelse i 33 kap. 20 a §. Av punkten framgår att aktivitetsersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till insatser enligt den nya bestämmelsen.

Skrivningen innebär att om en försäkrad som anvisats till det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning i syfte att få eller återfå arbetsförmåga utan giltig anledning vägrar att medverka till eller delta i insatser inom ramen för programmet får den försäkrades aktivitetsersättning dras in eller sättas ned.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 16.3.4 och 22.2.1.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Av *första punkten* framgår när olika bestämmelser ska träda i kraft. Att vissa bestämmelser ska träda i kraft den 1 december 2022 innebär att det är möjligt för försäkrade att ansöka om de förmåner som regleras i de aktuella bestämmelserna, och för Försäkringskassan att fatta beslut, innan reglerna ska börja tillämpas.

Av *andra punkten* framgår att de i den punkten uppräknade bestämmelserna ska tillämpas för tid från och med den 1 januari 2023. Det

innebär att för tid före den 1 januari 2023 ska äldre bestämmelser tillämpas.

I *tredje punkten* anges att i den nya bestämmelsen i 33 kap. 20 a ska tillämpas även i fråga om den som den 1 december 2022 hade rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Avseende en sådan försäkrad ska Försäkringskassan i samråd med Arbetsförmedlingen snarast klarlägga om den försäkrade kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Denna utredning behöver dock inte göras om det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet. Av punkten tre framgår således att Försäkringskassan även ska utreda om försäkrade som beviljats aktivitetsersättning enligt äldre bestämmelser och som har ett sådant beslut som även avser tid fr.o.m. den 1 januari 2023 kan delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet för unga med aktivitetsersättning. Exempel på när det är uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet är när den försäkrades sjukdom till sin karaktär innebär att rehabilitering i stunden är utesluten. Ett annat exempel på när det kan vara uppenbart att den försäkrade inte kan delta i programmet är om det så lite tid kvar på den beviljade ersättningsperioden att deltagandet i programmet blir för kortvarigt för att vara meningsfullt.

Av *fjärde punkten* framgår att äldre bestämmelser om sjukpenning samt sjukpenning i särskilda fall enligt 27 kap. 6 § respektive 28 a kap. 3 § fortfarande ska tillämpas i de fall Försäkringskassan senast den 31 december 2022 har godkänt en sådan plan som avses i 6 § andra stycket. Med skrivningen avses att försäkrade som fått beslut om godkänd förebyggande behandling ska kunna slutföra sina godkända insatser i enlighet med planen och beviljas sjukpenning i förebyggande syfte respektive sjukpenning i förebyggande syfte i särskilda fall för deltagandet i dessa i enlighet med de äldre bestämmelserna.

Av *femte punkten* framgår att de i denna punkt uppräknade bestämmelserna ska tillämpas även på sjukperioder som har påbörjats före den 1 januari 2023. Bestämmelserna ska dock tillämpas vid prövning av rätt till ersättning för dagar som avser ersättning från och med den 1 januari 2023. Med skrivningen avses att försäkrade som har pågående sjukperioder vid tidpunkten för när reglerna ska börja tillämpas ska bedömas enligt dessa nya regler, dock endast avseende dagar från och med när reglerna ska börja tillämpas. Rätten till förmånen avseende dagar före den 1 januari 2023 ska bedömas enligt de äldre bestämmelserna.

Av *sjätte punkten* framgår att äldre bestämmelser fortfarande tillämpas i fråga om förmåner som avser tid före den 1 januari 2023. Genom skrivningen anges att i fråga om förmåner som avser tid före den 1 januari 2023 ska äldre bestämmelser tillämpas vid bedömningen. De nya bestämmelserna får således inte någon retroaktiv verkan. Det innebär exempelvis att det endast är möjligt för försäkrade att beviljas preventionspenning för tid från och med tidpunkten för när bestämmelserna avseende denna förmån ska börja tillämpas.

26.2 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken

7 kap.

1 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges för vilken egendom bestämmelserna i kapitlet gäller.

Genom ändringen framgår av paragrafens femte punkt att bestämmelserna i 7 kap. utsökningsbalken gäller i fråga om utmätning av preventionspenning. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner i utmätningsfrågor.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

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

23 b §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen regleras den sökandes normalarbetstid.

Genom ändringen framgår av paragrafens andra stycke att vid bestämmande av normalarbetstid ska utöver arbetad tid även beaktas

tid som ersätts med preventionsspenning enligt socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att vid bestämmande av normalarbetstid ska tid med preventionsspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade förmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

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

2 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att den statliga ålderspensionsavgiften utgör 10,21 procent av de i bestämmelsen uppräknade förmånerna.

Genom ändringen framgår av paragrafens första punkt att den statliga ålderspensionsavgiften utgör 10,21 procent av bland annat ersättning i form av preventionsspenning enligt 31 b kap. socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att vid beräkning av avgiften ska preventionsspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

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

11 kap.

30 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår vilka ersättningar i samband med sjukdom m.m. som ska tas upp om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av tjänst.

Genom ändringen i *första stycket 1* framgår av paragrafen att bland annat preventionspenning enligt socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning i inkomstslaget tjänst om den grundar sig på förvärvsinkomst på grund av tjänst.

Genom ändringen i *andra stycket* framgår vidare av bestämmelsen att sådan preventionspenning som avses i 31 c kap. socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning.

Syftet med ändringarna är att vid beräkning av skatt ska preventionspenning och preventionspenning i särskilda fall behandlas på samma sätt som övriga i paragrafen uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

15 kap.

8 §

Paragrafen är ändrad.

Av paragrafen framgår vilka ersättningar i samband med sjukdom m.m. som ska tas upp om de grundar sig på förvärvsinkomst på grund av näringsverksamhet.

Genom ändringen framgår av paragrafen att bland annat preventionspenning enligt socialförsäkringsbalken ska tas upp till beskattning i inkomstslaget näringsverksamhet om den grundar sig på förvärvsinkomst på grund av näringsverksamhet. Syftet med ändringen är att vid beräkning av skatt ska preventionspenning behandlas på samma sätt som övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Av *andra punkten* framgår att lagen tillämpas första gången för det beskattningsår som börjar efter den 31 december 2022. Ändringarna ska således börja tillämpas i samband med att preventionersättningen införs som förmån.

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

3 kap.

25 §

Paragrafen är ändrad.

I bestämmelsen anges att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det även lämnas någon av de i bestämmelsen uppräknade ersättningarna.

Genom ändringen framgår av paragrafens tredje punkt att studiemedel inte får lämnas eller tas emot för den tid för vilken det lämnas preventionersättning enligt socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att studiemedel ska samordnas med preventionersättning på samma sätt som studiemedel samordnas med övriga i punkten uppräknade socialförsäkringsförmåner.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

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

2 kap.

15 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår till vilken del en ersättning till en person vid sjukdom m.m. är avgiftsfri.

Genom ändringen framgår att en ersättning till en person vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse är avgiftsfri, till den del ersättningen motsvarar bland annat preventionspenning som arbetsgivare får uppbära enligt 31 b kap. 11 § socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska behandlas på samma sätt som sjukpenning och rehabiliteringspenning vid tillämpning av paragrafen.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

3 kap.

10 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår att vissa ersättningar är avgiftsfria.

Genom ändringen framgår att sjukpenning, preventionspenning och rehabiliteringspenning enligt socialförsäkringsbalken är avgiftsfri. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska vara avgiftsfri på samma sätt som sjukpenning och rehabiliteringspenning.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Av *andra punkten* framgår att lagen tillämpas på ersättning som betalas ut efter den 31 december 2022. Ändringarna ska således börja tillämpas i samband med att preventionsersättningen införs som förmån.

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

3 §

Paragrafen är ändrad.

Av bestämmelsen framgår vilka kostnader som sjukförsäkringsavgifter ska finansiera.

Genom ändringen framgår av bestämmelsens andra punkt att sjukförsäkringsavgifter ska finansiera kostnader för bland annat rehabiliteringspenning, preventionspenning och andra ersättningar enligt 31 och 31 b kap. socialförsäkringsbalken. Syftet med ändringen är att preventionspenning ska finansieras genom sjukförsäkringsavgifter på samma sätt som övriga i bestämmelsen uppräknade förmåner som betalas ut enligt socialförsäkringsbalken.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 22.2.10.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I ikraftträdandebestämmelsen anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

Referenser

- Altermark, Niklas. *Avslagsmaskinen – byråkrati och avhumanisering i svensk sjukförsäkring*. Verbal förlag, 1u. 2020.
- Andersson, Josefine. *Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning*. IFAU. rapport 2018:6.
- Arbetsförmedlingen (2018). *Perspektiv på arbetsmarknaden för personer med kort utbildning*. Arbetsförmedlingen analys 2018:5.
- Arbetsförmedlingen. *Årsredovisning 2020*.
- Arbetsmarknadspolitiska rådet (2017). *Olika vägar till jobb*.
- Bet. 1990/91:SfU16. *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.
- Bet. 1991/92:SfU5. *Vissa socialförsäkringsfrågor*.
- Bet. 1997/98:SfU11. *Reformerad förtidspension. m.m.*
- Bet. 2008/09:SfU1. *Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom Socialförsäkringsområdet*.
- Bet. 2008/09:SfU4. *Från sjukersättning till arbete*.
- Broman, Jakob, Ericson, Bo & Öhrn, Carolina. *Rehabiliteringsansvaret – en arbetsrättslig handbok*. Wolters Kluwer. Stockholm. 2017.
- Börjesson, Angelica & Enqvist, Lena. *Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inom den förebyggande sjukpenningen*. Nordisk administrativ tidskrift. nr 1/2021.
- Carlsson, Mia. *Arbets-skada. samspelet mellan skadestånd och andra ersättningsordningar*. Stockholm Jure förlag. 2008.
- Delegationen för senior arbetskraft. S 2018:10. Rapport 1. *Kan seniorer arbeta längre?*

- Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 3. *Tidiga ålderspensionärer – vilka är de?*
- Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 8. *Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?*
- Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 14. *Att arbeta vidare efter 65 – vem gör det och varför?*
- Delegationen för senior arbetskraft. Rapport 21. *70 är det nya 50.*
- Diesen, Christian & Lagerqvist Veloz Roca, Annika. *Bevisprövning i förvaltningsmål*. Norstedts juridik. 2003.
- Ds 2000:39. *Sjukersättning i stället för förtidspension – Ersättning och ålderspensionsrätt vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsatt arbetsförmåga.*
- Ds 2000:40. *Aktivitetsersättning – Nytt försäkringsstöd för unga med långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.*
- Ds 2008:14. *Från sjukersättning till arbete.*
- Ds 2016:5. *Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen.*
- Ds 2017:9. *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.*
- Ds 2018:32. *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering.*
- Ds 2019:2. *Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem.*
- Ds 2021:18. *Omställningsstudiestöd – för flexibilitet. omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden.*
- Ekelöf, Per Olof, Edelstam, Henrik & Heuman, Lars. *Rättegång IV*. Norstedts juridik. 2009.
- Enqvist, Lena. *En myndighet i samverkan: Försäkringskassans rättsliga förutsättningar att samverka med Arbetsförmedlingen samt hälso- och sjukvården*. Umeå universitet. Samhällsvetenskapliga fakulteten. Juridiska institutionen. 2019.
- Enqvist, Lena & Mannelqvist, Ruth. *Mellan stolarna och utanför systemen: en rättsvetenskaplig analys av begreppen arbetsförmåga och arbetsförhet i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna*. Nordisk socialrättslig tidskrift. nr 25–26. 2020.

- Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Rapport 2015:3. *En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden.*
- Försäkringskassan (2007). Rapport 2007:12. *Vägen tillbaka.*
- Försäkringskassan (2008). Rapport 2008:2. *Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning.*
- Försäkringskassan (2008). Rättsligt ställningstagande 2008:04.
- Försäkringskassan (2009). *Uppföljning av hur det går för dem som ansökt om att arbeta med steglös avräkning och kännedom om de nya reglerna.* Svar på regleringsbrev. Dnr. 104604-2009.
- Försäkringskassan (2010). *Steglös avräkning – förvärsarbete. studier och ideellt arbete.* Svar på regleringsbrev. Dnr. 090969.
- Försäkringskassan (2012). *Domsnytt 2012:098.*
- Försäkringskassan (2012). *Fler förslag för minskat krångel.* Dnr. 54379-2012.
- Försäkringskassan (2012). *Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.* en delrapport. Dnr. 69161/2011.
- Försäkringskassan (2013). *Domsnytt 2013:032.*
- Försäkringskassan (2013). Socialförsäkringsrapport 2013:2. *Tio år med aktivitetsersättning – En studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.*
- Försäkringskassan (2014). *Antikerångelkatalog.*
- Försäkringskassan (2014). Socialförsäkringsrapport 2014:17. *Analys av sjukfrånvarons variation – väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid.*
- Försäkringskassan (2015). Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:4. *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden.*
- Försäkringskassan (2015). Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6. *Sjukpenning i förebyggande syfte.*
- Försäkringskassan (2016). Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2. *Rehabiliteringsersättning.*
- Försäkringskassan (2016). Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:6. *Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.*
- Försäkringskassan (2017). Korta analyser 2017:2. *Fler individer fast i långa sjukskrivningar*

- Försäkringskassan (2017). Korta analyser 2017:3. *Unga i aktivitetsersättning.*
- Försäkringskassan (2017). *Nybeviljande av sjukersättning och aktivitetsersättning.* Svar på regleringsbrev. Dnr. 013687-2017.
- Försäkringskassan (2017). *Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022.*
- Försäkringskassan (2017). Vägledning 2017:2. *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar.*
- Försäkringskassan. Rättslig kvalitetsuppföljning 2017:3. *Sjukersättning.*
- Försäkringskassan (2018). *Domsnytt 2018:015.*
- Försäkringskassan (2018). Rättslig kvalitetsuppföljning. 2018:1. *Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall.*
- Försäkringskassan (2018). PM 2018:6. *Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014–2017 – en metaanalys.*
- Försäkringskassan (2018). *Svar på ISF rapport 2018:11.*
- Försäkringskassan (2018). Svar på regeringsuppdrag. *Förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.*
- Försäkringskassan (2018). Svar på regeringsuppdrag. Rapport – *Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning.*
- Försäkringskassan (2018). Vägledning 2013:1 Version 6 *Sjukersättning.*
- Försäkringskassan (2018). Vägledning 2013:3 Version 6 *Sjukersättning och aktivitetsersättning – beräkning, steglös avräkning m.m.*
- Försäkringskassan (2019). *Domsnytt 2019:027.*
- Försäkringskassan (2019). Svar på regeringsuppdrag. 2019-02-21. Dnr. 002675-2018.
- Försäkringskassan (2019). *Utgiftsprognos 2019–2022.*
- Försäkringskassan (2019). Vägledning 2013:2 Version 9 *Aktivitetsersättning*
- Försäkringskassan (2019). Vägledning 2015:1 Version 12 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning.*

- Försäkringskassan (2019). *Årsredovisning 2018*.
- Försäkringskassan (2020). *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarans utveckling 2020*.
- Försäkringskassan (2020). *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan ”gör” samordning*. Socialförsäkringsrapport 2020:02.
- Försäkringskassan (2020). Socialförsäkringsrapport 2020:5. *Förlängt arbetsliv – förutsättningar, utmaningar och konsekvenser. Rapport från forskarseminariet i Umeå 15–16 januari 2020*.
- Försäkringskassan (2020). Svar på ISF:s rapport 2020:9. 2020/001234.
- Försäkringskassan (2020). *Utgiftsprognos för 2020–2023*.
- Försäkringskassan (2020). Vägledning 2003:4. version 17. *Förmåner vid arbetsskada*.
- Försäkringskassan (2021). *Utgiftsprognos för budgetåren 2021–2024*.
- Försäkringskassan (2021). Rättsligt ställningstagande 2021:04. *Beviskrav vid bedömningen av rätten till sjukpenning*.
- Försäkringskassan (2021). Vägledning 2004:7. version 14. *Förvaltningsrätt i praktiken*.
- Helsing, Gunnel. *Arbetslivsinriktad rehabilitering – en kartläggande litteraturöversikt*. Bilaga till SOU 2020:6 2020.
- Hessmark m.fl. *Socialförsäkringsbalken. En kommentar*. avd. A–C. uppl. 2:1. Norstedts juridik AB. Stockholm. 2015.
- Heuman, Lars. *Bevisbörda och beviskrav i tvistemål*. Norstedts juridik. 2005.
- Hultqvist, Sara (2014). *Att göra aktivitetsersättning – Om målförskjutning och icke-kontakt vid förtidspension för unga*. Linnéuniversitetet. Fakulteten för samhällsvetenskap (FSV). Institutionen för socialt arbete (SA).
- Hägglund, Pathric & Skogman Thoursie, Peter (2010). *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: en diskussion om deras förväntade effekter*.
- Hägglund, Pathric & Skogman Thoursie, Peter. *Rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5*.

- Hägglund, Pathric, Johansson, Per & Laun, Lisa (2014). *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. IFAU Rapport 2014:12.
- Hägglund, Pathric, Johansson, Per & Laun, Lisa (2020). *The Impact of CBT on Sick Leave and Health*. Evaluation Review. forthcoming.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2010). Rapport 2010:4 *Rättssäker förvaltning*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2010). Rapport S 2010:4. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011). Rapport 2011:10. *Unga med aktivitetsersättning*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011). Rapport 2011:17. *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2012). Rapport 2012:15. *Stabilitet i sjukfrånvaron*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:7. *Unga förtidspensionärer – studie av sju europeiska länder*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:20. *Försäkringskassans tillämpning av reglerna om sjukersättning*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:7. *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:13. *Förnyad utredning av sjukersättning*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:21. *Leder utredning av sjukskrivna till återgång i arbete?*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:18. *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2015). Arbetsrapport 2015:2. *Kognitiv förmåga och aktivitetsersättning*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2015). ISF kommenterar 2015:2. *Förnyad utredning av sjukersättning – Behov av förändring*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016). *Att använda lagens bedömningsutrymme*. ISF kommenterar 2016:1.

- Inspektionen för socialförsäkringen (2017). Rapport 2017:5. *Aktivitetsersättning till trettio års ålder – vad händer sedan?*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2017). Rapport 2017:9. *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:1. *Svårt att kombinera kvalitetsutveckling och resultatuppföljning – en granskning av kvalitetsutvecklingsmodellerna på Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:10. *Tidigt utträde från arbetslivet bland kvinnor och män.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:11. *Steglös avräkning.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018). Rapport 2018:16. *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan – en analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:6. *Förebyggande sjukpenning – en granskning av sjukpenning i förebyggande syfte.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:7. *Tidig och sen pensionering.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2020). Rapport 2020:9. *Variationen inom aktivitetsersättningen – en granskning av orsakerna bakom ökningen i andelen avslag inom aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga under 2017 och 2018.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2021). Rapport 2021:2. *Avslag på ansökan om aktivitetsersättning.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2021). Rapport 2021:3. *Försäkringskassans utredningskyldighet.*
- Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2015:24. *Kan vi jobba tills vi blir 75?*

- Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2018:6. *Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet – effekter av steglös avräkning*.
- Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2018:20. *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*.
- Iseskog, Tommy. *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Wolters Kluwer. Stockholm. 2016.
- Johansson, Per, Laun, Lisa & Laun, Tobias (2014). *Screening stringency in the disability insurance program*. The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy. 14. 873-891. DOI: 10.1515/bejeap-2013-0095.
- Johansson, Per, Laun, Lisa, Palme, Mårten & Olofsdotter Stensöta, Helena (2018). *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*. Stockholm: SNS Förlag. samt IFAU Rapport 2018:20.
- Jönsson, Lisa, Palme, Mårten & Svensson, Ingemar. *Påverkar folkhälsan utnyttjandet av sjukersättningen?* Ekonomisk Debatt. vol. 39(4). 2011.
- Køstol, A. R. & Mogstad, M. (2014). *How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work*.
- Larsson, Mats (2017). *Anställningsformer och arbetstider 2017 – fast och tidsbegränsat anställda samt hel- och deltidsanställda efter klass och kön år 1990–2016*. Landsorganisationen enheten för avtalsfrågor.
- Lavin, Rune. *Förvaltningsprocessrätt*. Norstedts juridik. 3u. 2020.
- Lindkvist, Gustav. *Bevisfrågor i förvaltningsprocessen – en översikt*. Norstedts juridik. 1u. 2019.
- Lindkvist, Gustav. *Utredningsskyldighet. bevisbörda och beviskrav i förvaltningsprocessen*. Norstedts juridik. 1u. 2018.
- Mannelqvist, Ruth. *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – rätt och tillämpning*. Iustus förlag. 2012.
- Mannelqvist, Ruth. *Aktivitetsersättning och arbetsförmåga – Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar*. Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2019.
- Mannelqvist, Ruth. *Hfd 2019 ref. 48. förvärvsarbete på arbetsmarknaden*. Förvaltningsrättslig tidskrift nr 1/2020.

- Myndigheten för delaktighet. Rapport 2016:21. *Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning.*
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2017). Temagruppen Unga i arbetslivet. *Tid för aktivitetsersättning för unga!*
- Prop. 1962:90. *Med förslag till lag om allmän försäkring. m.m.*
- Prop. 1970:66. *Med förslag till lag om ändring i lagen (1962:351) om allmän försäkring. m.m.*
- Prop. 1975/76:197. *Med förslag till lag arbetskadeförsäkring.*
- Prop. 1988/89:33. *Om avgifter för pensionärer vid sjukhusvård.*
- Prop. 1990/91:96. *Om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.*
- Prop. 1990/91:140. *Arbetsmiljö och rehabilitering.*
- Prop. 1990/91:141. *Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*
- Prop. 1991/92:40. *Om vissa socialförsäkringsfrågor m.m.*
- Prop. 1992/93:31. *Om ändrad sjukersättning m.m.*
- Prop. 1992/93:159. *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1994/95:147. *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.*
- Prop. 1995/96:69. *Vissa socialförsäkringsfrågor m.m.*
- Prop. 1996/97:28. *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.*
- Prop. 1997/98:111. *Reformerad förtidspension. m.m.*
- Prop. 1998/99:119. *Socialförsäkringens personkrets.*
- Prop. 1999/2000:4. *Vilande förtidspension.*
- Prop. 2000/01:96. *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension.*
- Prop. 2000/01:150. *Likvidation av aktiebolag m.m.*
- Prop. 2002/03:89. *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*
- Prop. 2002/03:132. *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*
- Prop. 2004/05:21. *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.*

- Prop. 2005/06:159. *Vissa socialförsäkringsfrågor.*
- Prop. 2006/07:59. *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*
- Prop. 2007/08:124. *Från sjukersättning till arbete.*
- Prop. 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Prop. 2008/09:22. *Vissa socialförsäkringsfrågor.*
- Prop. 2008/09:200. *Socialförsäkringsbalk.*
- Prop. 2008/09:1 utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2009.*
- Prop. 2009/10:45. *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen m.m.*
- Prop. 2011/12:113. *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete.*
- Prop. 2012/13:1. utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2013 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*
- Prop. 2016/17:1. *Budgetpropositionen för 2017 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*
- Prop. 2016/17:180. *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*
- Prop. 2017/18:1. *Budgetpropositionen för 2018 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*
- Prop. 2019/20:1. utgiftsområde 10. *Budgetpropositionen för 2020.*
- Prop. 2020/21:1. *Budgetpropositionen för 2021. utgiftsområde 11. Ekonomisk trygghet vid ålderdom.*
- Prop. 2020/21:171. *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring.*
- Regleringsbrev för budgetåren 2005–2020 avseende Försäkringskassan.
- Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan. S2007/1411/SF.
- Regleringsbrev för budgetåret 2007 avseende Försäkringskassan. S2008/1231/SF.
- Regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan. S2008/6774/SF.

- Riksdagsskrivelse 1991/92:81.
- Riksdagsskrivelse 2008/09:23.
- Riksdagsskrivelse 2008/09:138.
- Riksförsäkringsverkets allmänna råd (RAR 2002:17) om sjukersättning och aktivitetsersättning.
- Riksrevisionen (2015). Granskningsrapport 2015:7. *Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet?*
- Riksrevisionen (2018). Granskningsrapport 2018:9. *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa.*
- Riksrevisionen (2020). Granskningsrapport 2020:12. *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning.*
- Riksrevisionen (2021). Granskningsrapport 2021:19. *Försäkringskassans arbete med att förebygga sjukskrivning – ett otydligt uppdrag.*
- Ryberg-Welander, Lotti. *Socialförsäkringsrätt – om ersättning vid sjukdom*. Norstedts juridik. 2018.
- Socialdepartementet (2012). Promemoria. *Ökad trygghet och bättre ekonomiska villkor för personer med aktivitetsersättning som vill försöka arbeta eller studera*. S 2012/4640/SF.
- Socialdepartementet (2021). Promemoria. S2021/02250. *Konsekvenser av justerade åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem.*
- SOU 1961:29. *Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m. m.*
- SOU 1964:27. *Lag om förvaltningsförfarandet.*
- SOU 1988:41. *Tidig och samordnad rehabilitering – samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.*
- SOU 1989:101. *Förtidspension och rörlig pensionsålder.*
- SOU 2006:86. *Mera försäkring och mera arbete.*
- SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*
- SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete.*
- SOU 2010:58. *Rehabiliteringsrådets delbetänkande.*
- SOU 2011:15. *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.*
- SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring.*

- SOU 2016:13. *Palett för ett stärkt civilsamhälle.*
- SOU 2017:25. *Samlad kunskap – stärkt handläggning.*
- SOU 2018:5. *Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet.*
- SOU 2018:21. *Flexibel rehabilitering.*
- SOU 2018:71. *En andra och en annan chans – ett komvux i tiden.*
- SOU 2019:2. *Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.*
- SOU 2019:15. *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet. kunskap. dialog.*
- SOU 2019:28. *Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning.*
- SOU 2019:29. *God och nära vård.*
- SOU 2020:6. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.*
- SOU 2020:24. *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*
- SOU 2020:37. *Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen.*
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Rapport 2001:156. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem.*
- Statskontoret. 2017:7. *En analys av processen och förutsättningarna för anställningar hos Samhall AB.*
- Von Essen, Ulrik. *Processramen i förvaltningsmål.* Wolters Kluwer. 2u. 2016 samt digital upplaga 2020.
- Waddell, Gordon et al. *Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when?* Burton AKK. Nicholas. A.S. editor. 2008.
- Wennergren, Bertil. *Förvaltningsprocesslagen m.m. – en kommentar.* Norstedts juridik. 5 uppl. 2005.

Rättsfall

AD 1993 nr 42.

FÖD 1986:11.

FÖD 1993:11.

HFD 2011 ref. 27.

HFD 2011 ref. 30.

HFD 2011 ref. 63 I-III.

HFD 2011 ref. 81.

HFD 2012 not. 16.

HFD 2013 ref. 9.

HFD 2013 ref. 38.

HFD 2013 ref. 44.

HFD 2013 ref. 50.

HFD 2013 ref. 60.

HFD 2013 ref. 61.

HFD 2015 ref. 10.

HFD 2018 ref. 51 I och II.

HFD 2018 ref. 69.

HFD 2019 ref. 9.

HFD 2019 ref. 41.

HFD 2019 ref. 42.

HFD 2019 ref. 48.

HFD 2019 ref. 69.

HFD 2020 not. 14.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 496-07.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5927-10.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6875-09.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 5104-11.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 7944-11.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3783-17.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 4678-18.

Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3561-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 3561-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6371-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6886-19.
Kammarrätten i Göteborg i mål nr 262-20.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3684-10.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3896-12.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 6791-12.
Kammarrätten i Jönköping i mål nr 3662-14.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 2009-2010-14.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 2733-15.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 1371-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 5889-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 9520-18.
Kammarrätten i Stockholm i mål nr 5344-19.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 2846-11.
Kammarrätten i Sundsvall i mål 1955-12.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 255-13.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1777-16.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1337–1338-17.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 1501-19.
Kammarrätten i Sundsvall i mål nr 2420–2421-19.

MIG 2007:9.

MIG 2007:12.

NJA 1984 s. 501 (I).

NJA 1986 s. 470.

NJA 2006 s. 721.

RÅ 1989 ref. 67.

RÅ 1994 ref. 88.

- RA 1997 ref. 3.
- RA 1997 not. 102.
- RA 2001 ref. 22 I-II.
- RA 2001 ref. 52 I-II.
- RA 2002 ref. 11.
- RA 2005 ref. 46.
- RA 2006 ref. 7.
- RA 2006 ref. 56.
- RA 2006 ref. 17.
- RA 2008 ref. 15.
- RA 2009 ref. 37.
- RA 2009 ref. 102 I-II.
- RA 2010 ref. 36.
- RA 2010 ref. 39.
- RA 2010 ref. 83 II.
- RA 2010 not. 95.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av sakkunnige Cecilia Palme, Finansdepartementet

En särskild utredare har haft i uppdrag att se över sjukersättningen och aktivitetsersättningen med syfte att förmånerna ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Utredaren har bland annat lämnat förslag som innebär att äldre ska prövas mot sådant arbete som den försäkrade har erfarenhet av eller till annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade och vid prövning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning ska bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning. Det är ett snävare arbetsmarknadsbegrepp jämfört med dagens regelverk, och således innebär att bedömningen blir mer generös.

Även om vissa delar av betänkandet är genomarbetade så är min samlade bedömning att det inte är tillräckligt belagt att utredningen belyser alla de konsekvenser som kan tänkas bli en följd av förslagen. När flertalet förändringar föreslås i stora ersättningssystem finns svårigheter med att överblicka vilka konsekvenser sådana förändringar kan få framför allt på längre sikt. Förslagen riskerar leda till permanenta och strukturella förändringar och kostnadsberäkningarna riskerar att inte reflektera alla konsekvenser av de förslag som utredningen presenterar.

Vidare hade det varit önskvärt att utredningen landat i en tydligare bedömning kring de offentligfinansiella effekterna av förslagen och därtill presenterat kostnadsberäkningar och konsekvensbeskrivning per enskilt förslag.

Utöver det saknas tillfredsställande förslag för att finansiera de reformer som föreslagits.

Av de ovan angivna skälen anser jag att betänkandet som helhet inte svarar upp mot uppdraget som följer av utredningens direktiv. Jag kan därför varken ställa mig bakom betänkandet eller de förslag som presenterats.

Kommittédirektiv 2020:31

Ett mer ändamålsenligt regelverk i sjuk- och aktivitetsersättningen och för förmåner vid rehabilitering

Beslut vid regeringssammanträde den 26 mars 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över sjukersättningen och aktivitetsersättningen. Syftet är att förmånerna ska ge hög trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsebarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. Regelverkets krav för att en försäkrad ska beviljas förmånerna ska bli mer ändamålsenliga och i möjligaste mån ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget beakta Försäkringskassans skrivelse om ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF).

Utredaren ska också se över förmånerna vid rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Syftet är att skapa ett mer modernt regelverk som är anpassat till den rehabilitering som erbjuds i dag och som kan bidra till att förebygga ohälsa och ge stöd vid såväl rehabilitering som omställning till annat arbete. Reglerna ska harmoniera med angränsande regelverk och vara enkla att förstå och att administrera.

Utredaren ska bl.a.

- utreda villkoren för rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning,
- utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärsarbetande ålder,

- utreda hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare för både den försäkrade och Försäkringskassan,
- lämna förslag på hur nuvarande förmåner vid rehabilitering kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer och enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen, och
- ämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juli 2021.

Uppdraget att se över regelverket för rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning

Enligt gällande regler för sjukersättning och aktivitetsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas mot ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I detta ingår anpassade och skyddade arbeten, som t.ex. subventionerade anställningar i form av lönebidrag samt skyddade anställningar på Samhall. Om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning, oavsett om ett sådant arbete är tillgängligt eller inte. Regeringen anser att för att ett beslut om avslag på en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning ska uppfattas som rimligt när den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i ett för denne anpassat arbete måste det vara realistiskt att denne kan få ett sådant lämpligt arbete inom en rimlig tid. Det förutsätter ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Till följd av rättsliga granskningar har Försäkringskassan infört nya handläggningsrutiner och ändrat sin tillämpning avseende sjukersättning och aktivitetsersättning, vilket bland annat har lett till att antalet avslagsbeslut har ökat. Försäkringskassan bedömer i skrivelsen om ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF) att den viktigaste orsaken till att fler ärenden avslås är att tillämpningen har blivit mer korrekt. Nybeviljandet av sjukersättning och aktivitetsersättning per år har minskat kraftigt sedan 2015. Andelen

avslag på nyansökningar om aktivitetsersättning var 40 procent 2018, att jämföra med 13 procent 2014. Motsvarande andelar för sjukersättning var 70 respektive 43 procent. Andelen avslag är större för kvinnor än för män. Andelen avslag i förlängningsärenden som gäller aktivitetsersättning har ökat från tre procent 2014 till 17 procent 2018. Stabilitet och rättssäkerhet är avgörande för tilltron till sjukförsäkringen. Stora variationer i försäkringsutfall över tid riskerar att påverka tilltron till försäkringen negativt. Fler individer kvarstår med nuvarande regelverk i långvariga sjukskrivningar, trots att nedsättningen av arbetsförmågan i normalt förekommande arbeten kan vara stadigvarande och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda.

Enligt Riksrevisionen (RiR 2018:9) förefaller det finnas en betydande diskrepans mellan vad reglerna anger som krav för att beviljas sjukersättning och aktivitetsersättning och de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden. Resultaten från granskningen visar att ett nekande av sjuk- eller aktivitetsersättning fick negativa konsekvenser för de individer som låg på gränsen till att beviljas ersättning. Dessa förlorade i genomsnitt omkring 125 000 kronor per år i inkomst under de efterföljande tre åren jämfört med om de i stället hade beviljats ersättning. Resultaten antyder även att ett nekande av ersättning kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med dem som beviljades ersättning hade de som nekades i genomsnitt fler dagar som inlagd inom slutenvård (34 fler dagar) sett över en treårsperiod. De negativa effekterna på inkomster och hälsa omfattar både män och kvinnor, hög- och lågutbildade samt inrikes och utrikes födda.

Regeringen anser att det är angeläget att den försäkrades arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara och att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person. Det är inte aktuellt att frånga den grundläggande principen att sjuk- och aktivitetsersättningen endast ska lämnas till den vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt.

Mot bakgrund av variationen i andelen avslagsbeslut över tid trots oförändrat regelverk ska utredaren ta ställning till om ett nytt författningsreglerat beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen.

De individer som ansöker om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är unga och har ofta både psykisk ohälsa och en funktionsnedsättning. Detta är en utsatt grupp som ofta har behov av

samhällets stöd. Varaktighetskravet innebär med gällande regelverk att arbetsförmågan kan antas vara nedsatt i minst ett år i förvärvsarbeten på arbetsmarknaden för att den försäkrade ska beviljas aktivitetsersättning (33 kap. 7 § socialförsäkringsbalken, förkortad SFB). Nuvarande varaktighetskrav i sjukersättningen är att arbetsförmågan i förvärvsarbeten på arbetsmarknaden kan anses vara stadigvarande nedsatt, samt att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga (33 kap. 6 § SFB). Att utesluta att en person i framtiden kan få arbetsförmåga i ett specialanpassat arbete innefattar ibland ett stort mått av presumtion om framtiden. Mot denna bakgrund krävs en analys av varaktighetskravets ändamålsenlighet i sjukersättningen och aktivitetsersättningen.

Utredningen behöver beakta pågående förändringar av ålderspensionssystemet. Riksdagen har beslutat att en riktålder ska införas i pensionssystemet. Avsikten är att riktåldern på sikt ska styra de pensionsrelaterade åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsade trygghetssystem, däribland sjukersättningen. Gällande regelverk för rätten till sjukersättning tar ingen hänsyn till ålder. Med nuvarande regelverk kan en ansökan om sjukersättning avslås på grund av att rehabiliteringsmöjligheterna inte bedöms vara uttömda innan omskolning prövats, trots att den nödvändiga omskolningen kommer att vara slutförd en kort tid före 65-årsdagen eller ännu senare. Utredaren bör även analysera hur sjukersättningens regelverk påverkar incitamenten att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för pension.

Försäkringskassan har i olika sammanhang påpekat att utformningen av regelverket för sjukersättning gör att individer riskerar att bli fast i långa sjukskrivningar trots att de sannolikt inte kommer återfå arbetsförmågan. Myndigheten inkom i november 2017 med en skrivelse där den föreslog ändrade villkor för rätten till sjukersättning (S2017/06851/SF).

Gränsdragningen för vilka sjukskrivna som fortsätter med sjukpenning och vilka som beviljas sjukersättning beror både av regelverket i sjukpenningen och sjukersättningen. Utredningen måste därför analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till regelverket för sjukpenning. Utredningen bör även kartlägga motsvarande förhållanden i övriga nordiska länder vad gäller villkoren för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga.

Ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är en förutsättning för en välfungerande sjukförsäkring

för den enskilde. Utredaren bör därför utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning, och ta ställning till om dessa hinder bör avhjälpas genom ändringar i regelverkets utformning.

Utredaren ska därför

- utreda villkoren för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning avseende vilken typ av arbete som arbetsförmågan bedöms mot, dvs. arbetsförmågebegreppet,
- utreda behovet av ändrat varaktighetskrav för bedömningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning,
- ta ställning till om ett nytt beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen,
- utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbetande ålder,
- analysera incitamenten att lämna arbetslivet via sjukersättning i stället för pension,
- ta ställning till behovet av ytterligare regeländringar för att säkerställa en ändamålsenlig gränsdragning mellan sjukpenning och sjukersättning,
- kartlägga motsvarande förhållanden i övriga nordiska länder vad gäller villkoren för ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga,
- utvärdera om det finns hinder för ett välfungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inför Försäkringskassans beslut om rätt till ersättning och ta ställning till om dessa hinder bör avhjälpas genom ändringar i regelverkets utformning, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att underlätta arbete, studier, uppdrag med mera under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning

Regelverket när det gäller t.ex. arbete, studier, uppdrag m.m. under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning är svårt att överblicka. Inspektionen för socialförsäkringen har exempelvis konstaterat att regelverket om så kallad steglös avräkning för personer som har beviljats sjukersättning enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008 är administrativt mödosamt för både Försäkringskassan och den försäkrade (Rapport 2018:11).

Regelverket måste säkerställa integritet och autonomi till dem som har beviljats sjukersättning och aktivitetsersättning. Regelverket behöver vara tydligt så att de som har beviljats förmånerna vet vilka förutsättningar som gäller. Annars finns det en risk att de avstår från möjligheter att delta i samhällslivet för att vara säkra på att inte försörjningen påverkas. Exempelvis bör fortsatta studier för personer med intellektuell funktionsnedsättning underlättas. Utgångspunkten för uppdraget är att uppmuntra delaktighet i samhällslivet genom bland annat studier och arbete för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Utredaren ska därför

- utreda hur regelverket när det gäller arbete, studier, bisysslor, uppdrag eller liknande under tid med sjukersättning och aktivitetsersättning kan göras mer förutsebart och enklare för både den försäkrade och Försäkringskassan, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsreformen 1992 innebar bl.a. att två nya förmåner infördes, dels förebyggande sjukpenning vid medicinsk behandling och rehabilitering, dels rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Förmånerna syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden och underlätta för den försäkrade att bibehålla eller återfå arbetsförmågan.

Sedan reformen genomfördes har såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrats. Den medicinska reha-

biliteringen innehåller i dag mer av egen träning och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs inte längre vid arbetsmarknadsinstitut och som arbetsmarknadsutbildning. En planering för återgång i arbete kan ofta innehålla såväl medicinska som arbetslivsinriktade inslag och regelverket bör vara flexibelt och stödja en effektiv rehabilitering. Regelverket bör fungera för kvinnor och män oavsett vilken kategori på arbetsmarknaden man tillhör. Det finns därför anledning att överväga om reglerna för intermittert anställda, egna företagare och arbetslösa behöver förtydligas eller moderniseras.

Vid utgången av 2018 utgjorde andelen fall med sjukpenning i förebyggande syfte 2 procent av samtliga sjukfall med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Motsvarande siffra för rehabiliteringspenning var 2,4 procent. Användningen av förebyggande sjukpenning har legat på ungefär samma nivå det senaste decenniet medan användningen av rehabiliteringsersättning har minskat kraftigt över tid. Förmånernas konstruktion och huruvida de är tillräckligt kända och enkla att ansöka om, kan ha betydelse för hur mycket de nyttjas. Lagstiftningen är i vissa delar detaljerad, bland annat finns bestämmelser om vad en rehabiliteringsplan ska innehålla. Denna typ av handläggningsregler kan över tid komma att svara sämre mot hur ärenden lämpligen bör handläggas.

Förebyggande sjukpenning

Förebyggande sjukpenning kan lämnas vid medicinsk behandling och rehabilitering i förebyggande syfte. Enligt 27 kap. 7 § SFB gäller att arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade till följd av rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta. Högsta förvaltningsdomstolen har i en dom från september 2019 (HFD 2019 ref. 42) funnit att förebyggande sjukpenning endast kan lämnas för den faktiska tid som behandlingen eller rehabiliteringen tar samt för vissa nödvändiga förberedelser och resor till och från behandlingen. Det kan finnas skäl att pröva om nuvarande konstruktion kan utgöra hinder för möjligheten att nyttja förmånen för att förebygga eller förkorta sjukdom. Det kan t.ex. övervägas om det finns lämpligare sätt att bestämma ersättningens omfattning än att relatera den till den tid som behandlingen eller rehabiliteringen faktiskt tar i anspråk.

Personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som till följd av förebyggande medicinsk behandling är förhindrade att delta i programmet, kan inte få aktivitetsstöd och inte heller förebyggande sjukpenning för frånvaro från programmet. Det finns därför skäl att pröva om det går att finna en konstruktion som säkerställer att arbets sökande som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program har möjlighet att delta i förebyggande behandling utan att riskera sin försörjning. En utgångspunkt i det avseende bör vara att ansvaret för den enskilde under förebyggande behandling huvudsakligen bör åligga den som har bäst förutsättningar att hjälpa den enskilde.

Rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning kan lämnas vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättningen består av två delar, rehabiliteringspenning som ger ersättning för inkomstbortfall under rehabiliteringen och särskilt bidrag som är en kostnadsersättning. En förutsättning för rehabiliteringspenning är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Rehabiliteringspenning kan med nuvarande regelverk inte användas för att förebygga en nedsättning av arbetsförmågan som inte redan har inträffat och uppgår till minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning kan således inte nyttjas för att t.ex. underlätta omställning förrän sjukdomen medfört nedsatt arbetsförmåga.

I SFB finns inga tidsgränser för hur länge rehabiliteringspenning ska kunna beviljas. Av förarbeten framgår dock att inriktningen bör vara att rehabilitering tillbaka till ordinarie arbete normalt bör omfatta högst tre månader och att inriktningen i övrigt bör vara högst ett år. I förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning finns dock en begränsning till högst 40 studieveckor för en utbildning som kan finansieras med studiemedel. I nämnda förordning finns även begränsningar när det gäller vilken typ av studier som kan bedrivas med rehabiliteringsersättning. Dessa regler har i stort sett varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen, trots att kraven på utbildning i arbetslivet har ökat. Utbildning är numera en sällsynt rehabiliteringsinsats. Det kan övervägas om de begränsningar som finns fortfarande är motiverade, särskilt med hänsyn till att en omställning som är hållbar för individen och som är önskvärd ur ett samhällsperspektiv bör

eftersträvas. Även andra existerande förmåner vid utbildning behöver beaktas.

Det är viktigt att den rehabilitering som bedrivs fullgörs enligt de intentioner och planer som föranledde beslutet att bevilja ersättning under rehabiliteringen. När rehabiliteringen skedde vid arbetsmarknadsinstitut eller som arbetsmarknadsutbildning var det relativt enkelt att genom närvarorapporter konstatera om en person varit närvarande vid rehabiliteringen. När rehabilitering sker i andra former finns det skäl att överväga hur kontrollen och uppföljningen av rehabiliteringen bör utformas.

De närmare reglerna om särskilt bidrag finns i förordningen om rehabiliteringsersättning. Dessa bestämmelser har i sina grunddrag varit oförändrade sedan rehabiliteringsreformen 1992. På senare tid har bland annat betänkandet En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering (SOU 2020:6) och promemorian Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering (Ds 2018:32) berört rehabiliteringsersättningen.

Utredaren ska därför

- identifiera och analysera eventuella problem med nuvarande lagstiftning när det gäller förmåner vid rehabilitering ur såväl den enskildes som Försäkringskassans och andra relevanta aktörers perspektiv,
- lämna förslag på hur nuvarande förmåner kan moderniseras eller ersättas av en eller flera nya förmåner som är mer ändamålsenliga i förhållande till dagens rehabiliteringsformer och enkla för individer och handläggande myndigheter att administrera samt säkerställer en tillräcklig uppföljning och kontroll av rehabiliteringen,
- ta ställning till hur förmåner vid arbetslivsinriktad rehabilitering på ett bättre sätt kan användas för att förebygga nedsatt arbetsförmåga och understödja omställning för den som behöver sådan på grund av sjukdom,
- kartlägga vilka kostnader som i dag ersätts genom det särskilda bidraget i rehabiliteringsersättningen och ta ställning till behovet av förändringar av bidraget, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget särskilt beakta 14 § kommittéförordningen (1998:1474) där det bl.a. framgår att om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas.

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser ur ett kontroll- och genomförandeperspektiv, och redogöra för hur detta har beaktats vid framtagandet av förslagen. Syftet är att säkerställa att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras och att risken för felaktigt utnyttjande av de förmåner som berörs minimeras. Övervägandena i betänkandet Samlade åtgärder för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen (SOU 2019:59) bör beaktas i utredarens arbete.

Utredarens förslag ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och analysen ska inkluderas i utformandet av förslagen. Det ska särskilt motiveras om de inte bedöms främja jämställdhet. Förslagets administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, region eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas. Utredaren ska även redovisa en offentligfinansiell beräkning och göra en fördelningsanalys.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren samråda med berörda funktionshindern- och patientorganisationer, arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Inspektionen för socialförsäkringen, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering och Socialstyrelsen. Utredaren ska kontinuerligt sammankalla och föra dialog med referensgrupper. Vidare ska utredaren ha dialog med Sveriges Kommuner och Regioner och hälso- och sjukvården. När det gäller uppdraget att se över förmåner vid rehabilitering ska utredaren ha kontakt med de delar av hälso- och sjukvården där sådan medicinsk behandling och rehabilitering bedrivs som kan ge rätt till förebyggande sjukpenning.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juli 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:100

Tilläggsdirektiv till Utredningen om sjuk- och aktivitetsersättningen samt förmåner vid rehabilitering (S 2020:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 24 september 2020

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 26 mars 2020 kommittédirektiv om ett mer ändamålsenligt regelverk i sjuk- och aktivitetsersättningen och för förmåner vid rehabilitering (dir. 2020:31).

Utöver vad som sägs om samråd i tidigare direktiv ska en parlamentariskt sammansatt referensgrupp inrättas till stöd för utredarens arbete.

(Socialdepartementet)

Aktgranskning

Utredningen har genomfört en granskning av Försäkringskassans avslagsbeslut avseende ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Sammanlagt har utredningen studerat 300 slumpmässigt utvalda beslut, fördelat på 200 beslut om sjukersättning och 100 beslut om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga.

Av de 200 besluten om sjukersättning utgör 150 beslut om avslag medan 50 är bifallsbeslut. Av dessa 50 består i sin tur 25 av bifall vid ansökning från den enskilde, medan 25 är ”utbytesbeslut” där Försäkringskassan har bytt ut den enskildes sjukpenning mot sjukersättning. Aktivitetsersättningsbesluten, 100 st., består av 75 avslagsbeslut och 25 bifallsbeslut där den enskilde har ansökt om ersättning.

Av de 200 besluten om sjukersättning avser 100 beslut personer i åldrarna 30–59 år och 100 beslut personer 60–64 år. För besluten om aktivitetsersättning har inget urval gjorts för olika åldersgrupper, utan samtliga ärenden avser personer i åldrarna 19–29 år.

Samtliga beslut som ingår i studien har fattats under 2019, en tidperiod då avslagsfrekvensen på ansökningar om sjukersättning låg över 70 procent. Detta är nivåer som historiskt sett är väldigt höga för sjukersättningen.

Syftet med granskningen

I utredningens uppdrag ingår bland annat att utreda villkoren för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning avseende vilken typ av arbete som arbetsförmågan bedöms mot, dvs. arbetsförmågebegreppet, utreda behovet av ändrat varaktighetskrav för bedömningen av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning, ta ställning till om ett nytt beviskrav avseende sjukersättning och aktivitetsersättning skulle kunna

bidra till en ökad stabilitet i tillämpningen samt att utreda kraven för att beviljas sjukersättning för äldre personer i förvärvsarbete av äldre. En viktig dimension för att kunna förstå behovet av eventuella regelförändringar ur dessa perspektiv är att förstå varför människor i dag nekats sjuk- eller aktivitetsersättning. Varför och på vilken grund de försäkrade får avslag på sina ansökningar om sjuk- eller aktivitetsersättning blir därför ett viktigt kunskapsunderlag i genomförandet av utredningen.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag har studien två syften. Det första syftet är att utredningen ska få en inblick i hur besluten utformas. Det är ett sätt för utredningen att bekanta sig med materialet och få en bild av hur bedömningar av rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning motiveras. Det andra syftet med studien är att inhämta kunskapsunderlag.

Det går inte att ifrån detta material dra slutsatser som är representativa för samtliga beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning. Dock är materialet tillräckligt stort för att ge viss inblick i varför ansökningar får avslag. Studien är ett av flera kunskapsunderlag som ligger till grund för utredningens slutsatser och förslag. Resultaten av denna aktgranskning ger en indikation om dessa mönster och resultat är desamma som i övriga underlag som utredningen baseras på.

I granskningen har enbart själva besluten granskats. Utredningen har inte tagit del av övrigt beslutsunderlag såsom läkarutlåtanden etc. Syftet med studien har inte varit att värdera huruvida de fattade besluten är korrekta eller inte utan enbart att studera på vilken grund Försäkringskassan avslår ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning och hur Försäkringskassan i dessa fall bedömer den enskildes arbetsförmåga och hur besluten motiveras.

Urval och avgränsningar

Aktgranskningen omfattar 300 slumpmässigt utvalda ärenden om sjukersättning och aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Samtliga beslut har fattats under 2019. För ärenden avseende avslag om *sjukersättning* har dessa valts ut i två olika ålderskategorier, dels 75 ärenden för åldrarna 30–59 år, dels 75 ärenden för åldrarna 60–64 år.¹ Som komplement har därutöver granskats 50 beslut där sjukersättning har

¹ Dvs. den försäkrade har haft denna ålder vid tidpunkten för beslutet.

beviljats; i 25 av dessa har sjukersättning beviljats efter ansökan från den försäkrade med det i andra 25 besluten är det fråga om ett utbyte på Försäkringskassans initiativ, från sjukpenning till sjukersättning. Bifallsbesluten redovisas inte särskilt. Gällande *aktivitetsersättningen* har 100 beslut granskats; 75 beslut om avslag och som komplement 25 bifallsbeslut. De försäkrades åldersgrupp är för aktivitetsersättningens del 19–29 år, dvs. hela det åldersspann då denna ersättning kan beviljas.

I urvalet har ärenden där Försäkringskassan avslagit ansökan på grund av att den enskilda individen inte omfattats av svensk socialförsäkring eller att individen inte uppfyllt något av de formella villkor som krävs för att ansökan ska prövas uteslutits. Detta kan t.ex. handla om att ansökan är ofullständigt ifylld.

Det slumpmässiga urvalet är för litet för att på ett statistiskt säkert sätt uttala sig om resultatens representativitet. Utredningen använder de granskade besluten som en fingervisning om hur Försäkringskassan motiverar sina avslagsbeslut och på vilka grunder försäkrade typiskt sett nekas eller beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning. De resultat som redovisas gäller därför enbart de akter som studerats och kan inte med säkerhet generaliseras till tolkningar avseende hela populationen.

Resultat

Beslut om avslag på ansökan om sjukersättning

En indelning har gjorts i fyra kategorier för skäl till avslagen:

- Bedömningen att sökande ej uppfyller villkoret om nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel i förhållande till förvärvsarbete,
- villkoret om varaktigheten i nedsättningen, inklusive kriteriet att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda,
- båda villkoren tillsammans, eller
- övrigt.

Arbetsförmågekriteriet utgör den vanligaste grunden för avslag

Av tabell 1 framgår att den i särklass vanligaste motiveringen i avslagsbesluten är att underlaget inte stödjer att individen har en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel i förhållande till förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I över 70 procent av de studerade ärendena är det (endast) detta kriterium som används i beslutsmotiveringen för avslaget. Knappt 20 procent av ärendena avslås med motiveringen att arbetsförmågans nedsättning inte kan bedömas vara stadigvarande eller att all rehabilitering inte är uttömd. I drygt 10 procent av ärendena anges båda villkoren i beslutsmotiveringen.

Även om det inte går att generalisera slutsatserna från den genomförda granskningen till resultat för den totala populationen, tycks det åtminstone i de akter som studerats vara vanligare att kriteriet om att arbetsförmågan inte anses vara nedsatt med minst en fjärdedel på hela arbetsmarknaden är vanligare som avslagsorsak för dem äldre än 60 år än för gruppen 30–59 år. I åldersgruppen 30–59 år är avslag med motiveringen att nedsättningen av arbetsförmågan inte kan bedömas vara stadigvarande vanligare än hos de försäkrade som är 60 år eller äldre.

De arbeten som den försäkrade bedöms klara beskrivs som mycket anpassade arbeten

De arbeten som hänvisas till i de studerade besluten är i det närmaste uteslutande varianter av ett ”lätt, väl anpassat arbete utan tunga lyft, som inte ställer krav på koncentration och där hänsyn kan tas till nedsatt uthållighet och med möjligheter vill vila och pauser”. De arbeten som beskrivs får anses ha mått av anpassningar som tydligt ligger bortom normalt förekommande arbeten och de krav som kan sägas ställa i ett sådant arbete. Det anges inte i något av besluten vilket faktiskt arbete eller typ av arbete denna beskrivning skulle utgöra.

Inte i något av de granskade besluten finns en redogörelse av vilka krav ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden faktiskt ställer. I flera fall har den försäkrade arbetat eller arbetstränat på Samhall. I dessa fall har Samhall redogjort för att anpassningar har gjorts men ändå inte fungerat. Försäkringskassan har trots detta bedömt att den försäkrades arbetsförmåga inte varit nedsatt i ett lämpligt arbete.

Det kan vidare noteras att det i de granskade besluten inte har förts något resonemang om skillnaden mellan kraven i ett ”förvärvsarbete” respektive kraven i ”normalt förekommande arbete”. Det går därför inte att dra några slutsatser kring i hur många fall den försäkrade skulle ha bedömts ha arbetsförmåga även i ett normalt förekommande arbete. Eftersom detta inte ingår i bedömningen av rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning framstår detta inte heller som märkligt.

Frågan om varaktighet bedöms alltid ihop med frågan om uttömda rehabiliteringsmöjligheter

Utredningen har i avsnittet som rör varaktighetskriteriet och kriteriet om uttömda rehabiliteringsmöjligheter konstaterat att detta rör sig om en bedömning i två separata steg.

I de granskade besluten beskrivs däremot i samtliga fall att begreppet stadigvarande innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt under all överskådlig framtid och att alla rehabiliteringsmöjligheter ska bedömas vara uttömda. I närmast samtliga beslut anges i inledningens av beslutsmotiveringen att ”med stadigvarande menas all överskådlig framtid och att medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte ens på sikt bedöms kunna leda till att arbetsförmågan kan förbättras.” Det framgår inte varifrån denna skrivning, som i sin lydelse inte har stöd i lagtext eller förarbeten, kommer. Det framstår som oklart vad Försäkringskassan menar ska läggas i betydelsen ”inte ens på sikt”.

Avslag som grundas på ej uppfyllt varaktighetskriterium är betydligt vanligare hos yngre än hos äldre försäkrade

Utredningen har kunnat konstatera att de flesta avslag grundas på bedömningen att den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga. Bedömningsgrunderna skiljer sig emellertid också åt mellan äldre (60+) försäkrade och yngre (30–59). De äldre får betydligt oftare, i 76 procent av fallen för kvinnor och 80 procent för män, avslag med motiveringen att de redan har en arbetsförmåga som inte är nedsatt med minst en fjärdedel. För den yngre gruppen är andelen 56 respektive 67 procent. Den yngre gruppen får i stället oftare avslag med motiveringen att varaktigheten inte är uppfylld och/eller att rehabiliteringsmöjligheter inte är uttömda.

Ett för högt ställt beviskrav tillämpas i de fall som beviskravet anges i beslutet

Utredningens studie av Försäkringskassans ärendeakter visar att myndigheten i ca 20 procent av de studerade besluten om avslag skriver att de medicinska underlagen inte ”styrker” att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel, eller att det inte är ”medicinskt styrkt” att arbetsförmågan är nedsatt i alla arbeten på arbetsmarknaden. Utredningen kan dock konstatera att lagstiftningen inte innehåller någon formulering om att nedsättningen av arbetsförmågan eller varaktigheten ska styrkas.

För aktivitetsersättning innehåller regelverket en mindre bestämd bedömning om framtiden, nämligen att arbetsförmågan kan antas bestå under minst ett år.

Det går dock inte att utifrån formuleringarna i beslutsbrevens veta vilket beviskrav som försäkringsutredarna och beslutsfattarna som har skrivit beslutsbrevens har använt i själva prövningen. Det går med andra ord inte att dra slutsatsen att de har gjort fel i sak när de har prövat individernas rätt till ersättning i dessa fall. Anmärkningen gäller i stället de val av ord som har använts i beslutsmotiveringen.

Tabell 1 Orsak till avslag på ansökan om sjukersättning

	Antal				Andel (procent)			
	30–59 år		≥60 år		30–59 år		≥60 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Arbetsförmågan ej nedsatt med 1/4	18	29	28	28	56	67	76	80
Arbetsförmågan ej varaktigt nedsatt	9	12	2	4	28	28	5	11
Båda villkoren	5	2	7	3	16	5	19	9
Övrigt			2	1	0	0	0	0
Totalt	32	43	39	36	100	100	100	100

Källa: Egna beräkningar.

Beslut om avslag på ansökan om aktivitetsersättning

Liksom för sjukersättningen har en indelning gjorts i fyra kategorier för skäl till avslagen:

- avslag på grund av att sökande ej uppfyller villkoret om nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel i förhållande till hela arbetsmarknaden,
- villkoret om varaktigheten i nedsättningen,
- båda villkoren, eller
- övrigt.

Arbetsförmågekriteriet utgör den vanligaste grunden för avslag

Av tabell 2 framgår att den vanligaste motiveringen i avslagsbesluten för aktivitetsersättning, liksom för sjukersättning, är att den försäkrade inte bedöms ha en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel i förhållande till arbeten på arbetsmarknaden. I 69 procent av de studerade ärendena är det detta kriterium som används i beslutsmotiveringen.

De arbeten som den försäkrade anses ha arbetsförmåga i beskrivs i nästan samtliga ärenden som sådana som är anpassade för den försäkrade. Det anges vanligtvis inte konkret vilket arbete detta skulle vara, men att det handlar om arbeten där i den försäkrade i lugn och ro kan arbeta i sitt eget tempo utan höga krav på prestation med tydliga och strukturerade arbetsuppgifter samt har tillgång till stöd. I flera av de granskade ärendena beskrivs att dessa slags anpassade arbeten sannolikt innebär arbete hos Samhall eller arbete med lönebidrag. I ett antal ärenden beskrivs att den försäkrade sannolikt behöver få hjälp att få ett sådant, för honom eller henne anpassat arbete och att Arbetsförmedlingen har i uppdrag och kan hjälpa den försäkrade med detta.

Resultatet av denna granskning avseende avslag för aktivitetsersättning är likartad med de resultat ISF kommer fram till i myndighetens aktgranskning i rapport 2020:9 Variationen inom aktivitetsersättningen.²

² I ISF:s granskning undersöktes bl.a. även vilka underlag som låg till grund för Försäkringskassans beslut.

Tabell 2 Orsak till avslag på ansökan om aktivitetsersättning

	Antal		Andel (procent)	
	<30 år Kvinnor	Män	<30 år Kvinnor	Män
Arbetsförmågan ej nedsatt med 1/4	27	28	69	68
Arbetsförmågan ej nedsatt minst 1 år	2	1	5	2
Båda villkoren	9	12	23	29
Övrigt	1		3	0
Totalt	39	41	100	100

Källa: Egna beräkningar.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt 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 ändamåls- enlig 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 arbetskrafts- invandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst- mottagningen. [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 brottnålsdomar mot tredjelandsmed- borgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lag- föring. [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]
Förenklningar 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 tryggt 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: Peter Pencil
Bild och bildbearbetning:
Agneta S Öberg