

En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022

*Betänkande av Utredningen om
sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering*

Stockholm 2024



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2024:26

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

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

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

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2024

ISBN 978-91-525-0898-5 (tryck)

ISBN 978-91-525-0899-2 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Anna Tenje

Regeringen beslutade den 27 juni 2022 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utvärdera de senaste årens förändringar i sjukförsäkringens regelverk (dir. 2022:64). Utredaren ska bland annat analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat till följd av beslutade lagändringar, analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering, analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat dels sjukskrivna personers återgång i arbete, dels arbetsmarknadsutbudet genom inflödet och varaktigheten i sjukpenningen och sjuk- och aktivitetsersättningen, analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat, analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna till följd av covid-19 och slutligen beräkna försäkringskostnaderna av de genomförda lagändringarna. Samma dag utsågs chefsjurist Robert Sjunnebo till särskild utredare.

Den 9 februari 2023 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv till utredningen benämnd Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07). Samma dag entledigades Robert Sjunnebo från uppdraget och professor Per Johansson tillsattes som särskild utredare. Tilläggsdirektivet (dir 2023:20) specificerar att analys av tillfälliga åtgärder under covid-19 ska göras i mån av tid, att bedömningar av om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat eller om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts, *inte* längre ska göras, och att analyser av Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden tvärtom får göras.

Som experter till utredningen förordnande den 1 maj 2023 verksamhetsutvecklare Markus Gustafsson, (Försäkringskassan), Jens Karlsson (ISF), kvalificerad handläggare Dagmar Müller (Arbetsförmedlingen), analytiker Helena Persson Schill (Försäkringskassan), specialist inom allmänmedicin Saad Rammo (Läkarförbundet), fors-

kare Olof Rosenqvist (IFAU) och utredare Cecilia Stävberg (Socialstyrelsen). Den 29 juni 2023 förordnades kansliråd Pål Ämting. Som sakkunniga till utredningen förordnades den 1 maj 2023 departementssekreterare Cecilia Eng, kansliråd Karin Gustafsson, kansliråd Mårten Hultin och ämnesråd Eeva Seppälä.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades från och med den 8 augusti 2022 analytikern Malin Junestav. Som sekreterare i utredningen förordnades från och med den 15 september 2022 förbundsjuristen Elizabeth Östman, och från och med den 7 oktober 2022 utredaren Staffan Söderberg. Från och med den 1 mars 2023 entledigas Elizabeth Östman. Samma datum förordnades docent Pathric Hägglund som sekreterare i utredningen. Malin Junestav entledigades den 31 maj 2023, varvid Pathric Hägglund förordnades som huvudsekreterare i utredningen. Från och med den 1 september 2024 förordnades juristen Åsa Barat Ullenius som sekreterare. Peter Skogman Thoursie har sedan den 1 maj 2023 arbetat i utredningen som konsult.

Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022 (SOU 2023:26).

Stockholm i mars 2024

Per Johansson

/Pathric Hägglund
Staffan Söderberg
Peter Skogman Thoursie
Åsa Barat Ullenius

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Författningsförslag	27
1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	27
2 Inledning och uppdrag	33
2.1 Bakgrund	33
2.2 Uppdraget	34
2.3 Utgångspunkter	35
2.3.1 Empirisk ansats	35
2.3.2 Genomsnittseffekter	36
2.4 Data och analyser	37
2.4.1 Aktstudie och intervjustudie	37
2.4.2 Effektanalyser	38
2.4.3 Beskrivande statistik, teori och erfarenheter från tidigare forskning	41
3 Sjukfrånvaroutvecklingen och Försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningsprocessen	43
3.1 Stora upp- och nedgångar av sjukfrånvaron	44
3.1.1 Långa sjukfall – en betydande del av sjukfrånvaron	44
3.1.2 Psykiatriska diagnoser vanliga vid längre sjukskrivning	46

3.2	Försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningsprocessen.....	48
3.2.1	Rehabiliteringspenning	52
3.2.2	Aktivitetsförmåeutredningar och gemensam kartläggning	53
3.2.3	Sammanfattning – utveckling av stödjande åtgärder	55
3.3	Försäkringskassans arbete med att utreda den försäkrades rätt till ersättning.....	55
3.3.1	Prövningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser har gått upp och ner.....	55
3.3.2	Kraftig minskning av antalet avslag	57
3.4	Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning är lågt och stabilt över tid.....	59
3.4.1	Färre övergår från sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning.....	63
3.5	Covid-19-pandemin.....	64
3.6	Inkomstkällor över tid	67
4	Analys av Försäkringskassans styrning, förvaltning och utveckling av sjukförsäkringen.....	69
4.1	Bakgrund.....	71
4.2	Försäkringskassans resultatuppföljningar.....	72
4.3	Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning och förändrad organisation	73
4.4	Statskontoret anser att Försäkringskassans förändringsarbete adresserar rätt problem.....	74
4.5	Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden	75
4.5.1	Första anspråk och överlämnande av ärenden för fortsatt bedömning	76
4.5.2	Övervägande skäl	78
4.5.3	Borttagandet av krav på jämn reducering av arbetstid vid deltidssjukskrivning	90
4.5.4	Särskilda skäl.....	93

4.5.5	Plan för återgång i arbete	99
4.5.6	Angiven yrkesgrupp	102
4.5.7	Svårt att få igenom ett utbyte av sjukpenning mot sjukersättning	108
5	Analys av övervägande- respektive särskilda skäl.....	113
5.1	Bakgrund och syfte med reformerna	114
5.1.1	Deskription av andelen som är kvar i en sjukskrivning.....	116
5.2	Metodologisk ansats	117
5.3	Resultat.....	119
5.3.1	Utgifterna i sjukförsäkringen har ökat	119
5.3.2	Färre återgår i arbete och arbetsinkomsterna minskar.....	124
5.3.3	Inga effekter på olika hälsomått	127
5.3.4	Färre mottar arbetslöshetsersättning	128
5.3.5	De negativa effekterna tydligast bland kvinnor och försäkrade med en psykiatrisk diagnos	131
5.3.6	Särskilda skäl förstärkte sannolikt effekterna av övervägande skäl.....	133
5.3.7	Diskussion om statistiskt säkerställda resultat....	134
6	Analys av äldrereglerna inom sjukpenning och sjukersättning	135
6.1	Nya regler för äldre sjukskrivna.....	135
6.1.1	Bakgrund till och syfte med reformen	136
6.1.2	Beskrivande statistik.....	137
6.1.3	Reformens effekter.....	139
6.1.4	Resultat	139
6.2	Nya regler för rätt till sjukersättningen.....	150
6.2.1	Bakgrund till och syfte med reformen	150
6.2.2	Nybeviljanden av sjukersättning har ökat kraftigt.....	151
6.2.3	ISF konstaterar att regelverket är otydligt och varnar för betydande variationer i tillämpningen	154

6.2.4	Fler äldre sjukskrivna får sjukersättning.....	155
7	Analys av reformerna om behovsanställning, angiven yrkesgrupp och deltidssjukskrivning	159
7.1	Behovsanställda.....	160
7.1.1	Tidigare granskningar kring regelverket för behovsanställda.....	162
7.1.2	Beskrivning av dem som bedömts som behovsanställda.....	163
7.1.3	Svårigheter i tillämpningen av bestämmelserna...	164
7.1.4	Bristande kompetens i arbetsrätt	165
7.1.5	Reformen kan öka antalet behovsanställda	167
7.2	Angiven yrkesgrupp	168
7.2.1	Acceptansen vid negativa beslut har inte ökat	169
7.2.2	Mycket tyder på att reformen har sänkt kraven på omställning	171
7.3	Ojämn förläggning av arbetstid vid deltidssjukskrivning ..	172
7.3.1	Förekomsten av deltidssjukskrivning har ökat ...	173
7.3.2	Hur bestämmelsen har tillämpats	175
7.3.3	Inget tydligt forskningsstöd för deltidssjukskrivning	175
7.3.4	Reformerna skapar oönskade drivkrafter	177
8	Diskussion om rättssäkerhet och legitimitet samt en genomgång av den empiriska forskningen kring incitament	179
8.1	Sjukförsäkringens ändamålsenlighet	180
8.1.1	SOU 1952:39 – Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring	181
8.1.2	Empiriskt stöd för beteendeeffekter.....	182
8.1.3	En väl fungerande sjukskrivningsprocess	192
8.2	Rättssäkerhet	196

9	Överväganden och förslag	201
9.1	Bedömningen vid dag 180 ska göras mot normalt förekommande arbete utan undantag för övervägande skäl	202
9.2	Särskilda skäl ska endast kunna tillämpas från dag 180 till och med dag 365 och om prognosen i det medicinska underlaget är tydlig	204
9.3	Normalt förekommande arbete ska inte längre hänvisa till angiven yrkesgrupp	207
9.4	Möjlighet till ojämn förläggning av arbetstiden ska finnas om det är medicinskt motiverat och den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara.....	210
9.5	De nya reglerna om behovsanställda tas bort.....	213
9.6	Äldre bör inte undantas från bedömningen mot normalt förekommande arbete.....	215
9.7	Äldrereglerna inom sjukersättningen (trygghetspensionen) bör vara kvar tills vidare	216
9.8	Harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp inom sjukpenning och sjukersättning.....	217
9.9	Rehabiliteringsinsatser.....	219
9.10	Förstärkt arbetsgivaransvar	221
9.11	Starkare incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen	223
9.12	En bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning	226
10	Konsekvenser.....	229
10.1	Samlad bedömning.....	229
10.2	Konsekvenser för sjukförsäkringen	230
10.2.1	Övervägande skäl och särskilda skäl tas bort och ersätts med den tidigare definitionen av särskilda skäl från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan	230

10.2.2	Undantag i bedömningen mot normalt förekommande arbete för äldre försäkrade tas bort.....	231
10.2.3	Bedömning mot behovsanställning, flexibel deltidssjukskrivning och lagkravet på angiven yrkesgrupp tas bort	232
10.2.4	Sammantagen utgiftspåverkan för sjukförsäkringen.....	232
10.3	Arbetsmarknaden	233
10.4	Försäkringskassan	234
10.4.1	Sammantagen utgiftspåverkan för Försäkringskassan	236
10.5	Individen	236
10.6	Arbetsförmedlingen	237
10.7	Arbetsgivaren.....	238
10.8	Hälso- och sjukvården	238
10.9	Kommunerna	239
10.10	Konsekvenser för män respektive kvinnor	239
10.11	Konsekvenser för domstolar.....	240
10.12	Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden	240
11	Författningskommentar	241
11.1	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	241
12	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	245
	Referenslista	247
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2022:64.....	255
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2023:20.....	265

Sammanfattning

Uppdraget

I det här betänkandet presenteras resultat och överväganden från utvärderingar av reformer som infördes i sjukförsäkringen 2021 och 2022. I uppdraget ingick att analysera effekterna i en rad avseenden kopplade till individens användning av sjukförsäkringen, arbetsutbud och ekonomiska situation. I analyserna har, när så varit möjligt, använts *kvasiexperimentella* ansatser. I övrigt har slutsatser dragits med utgångspunkt i beskrivande data, aktstudier, intervjuer med försäkringsutredare och specialister hos Försäkringskassan samt genomgång av den teoretiska och empiriska forskningslitteraturen samt myndighetsrapporter.

Reformerna

Det övergripande syftet med reformerna var att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen och de försäkrades ekonomiska trygghet och förtäelse för regelverket. Därigenom skulle sjukförsäkringens förutsägbarhet och legitimitet stärkas. Ett centralt syfte var också att fler ska kunna avsluta sin rehabilitering under trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.

Undantag för övervägande skäl

I mars 2021 infördes ett undantag vid dag 181 i rehabiliteringskedjan som innebär att prövningen av arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden kan skjutas upp. Detta under förutsättning att *övervägande skäl* talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren senast dag 365 i rehabili-

teringskedjan, och i samma omfattning som innan sjukperioden. Syftet med undantaget är att ge den försäkrade och arbetsgivare mer tid att via rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter öka chanserna för en varaktig återgång hos arbetsgivaren. *Med övervägande avses att mer ska tala för än emot att återgången ska kunna ske senast dag 365 i rehabiliteringskedjan.*

Undantag för särskilda skäl

I februari 2022 infördes ytterligare en undantagsregel vid dag 181 i rehabiliteringskedjan: *särskilda skäl*. Bestämmelsen innebär att prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete kan skjutas upp om stor sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 550. För att undantaget ska kunna tillämpas krävs att det finns en välgrundad anledning att anta att återgången kan ske senast vid dag 550 i rehabiliteringskedjan. Bedömningen ska vara baserad på en sammantagen bedömning av samtliga relevanta omständigheter i ärendet, såväl medicinska uppgifter som övrig information i ärendet.

Motivet bakom införandet av särskilda skäl var att regeringen ansåg att det kan finnas situationer då den försäkrade kan behöva mer tid för rehabilitering för att komma tillbaka i sitt ordinarie arbete.

”Äldreregler” inom sjukpenningen

I februari 2022 infördes en bestämmelse i sjukförsäkringen om att försäkrade som har rätt till ålderspension, det vill säga är mellan 62 och 65 år, ska undantas från bedömningen mot hela arbetsmarknaden och i stället fortsätta bedömas mot arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Åldersgränserna höjdes till 63 respektive 66 år 2023.

Reformen hade flera syften. Det gamla regelverket ansågs missgynna försäkrade med ett långt arbetsliv bakom sig inom ett fysiskt krävande yrke. Dessa fick ofta avslag på sin ansökan om sjukpenning eftersom de bedömdes kunna klara ett fysiskt enklare arbete. Som en konsekvens av det negativa beslutet fanns också en farhåga om att den försäkrade skulle ta ut ålderspension i förtid vilket skulle leda till att den livslånga pensionen blev lägre. Avslutningsvis menade

man att den samhällsekonomiska nyttan med krav på omställning bland äldre var alltför osäker. Med kort tid kvar i arbetslivet kan det visa sig mer lönsamt att låta personen arbeta kvar i sitt befintliga arbete i stället för att tvinga personen till en utdragen och osäker omställning till ett heltidsarbete.

”Äldre regler” inom sjukersättningen

Den 1 september 2022 infördes nya regler för rätt till sjukersättning bland försäkrade som uppnått en ålder som innebär att sjukersättning endast kan lämnas inom ytterligare fem år. För 2023 var denna ålder 60 år och 11 månader. Reglerna innebär att de försäkrades arbetsförmåga för rätt till ersättning inte längre ska prövas mot förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden, utan mot normalt förekommande arbeten som den försäkrade har erfarenhet av under de senaste 15 åren.

I likhet med äldre reglerna inom sjukpenningen riktade sig även denna reform till försäkrade med ett långt arbetsliv bakom sig inom ett fysiskt krävande arbete. Med sänkta krav för rätt till sjukersättning skulle färre äldre ta ut ålderspension i förtid.

Behovsanställda

Den 1 februari 2022 infördes bestämmelser i Socialförsäkringsbalken om definitionen av vem som är att betrakta som behovsanställd i socialförsäkringens mening och hur dennes arbetsförmåga ska bedömas. Bestämmelserna syftade till att skapa ett mer rättvist regelverk där fler skulle ges ett bättre försäkringsskydd. En försäkrad som annars hade bedömts som arbetslös, och därmed fått sin arbetsförmåga bedömd mot ett normalt förekommande arbete den första sjukdagen, kan bedömas som behovsanställd och skyddas från en bredare bedömningsgrund under de första 90 dagarna av sjukperioden.

”Angiven yrkesgrupp”

I september 2022 infördes ett lagkrav som innebär att Försäkringskassan i prövningen av den försäkrades arbetsförmåga mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, ska ange en eller flera yrkesgrupper inom vilken den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga. Syftet med lagändringen var att öka begripligheten för den försäkrade vid negativa beslut. Det betonades att kravet inte skulle ha någon inverkan på beslutet i sig, den arbetsmarknad mot vilken den försäkrade bedömdes skulle varken göras bredare eller smalare.

Ökad flexibilitet vid deltidssjukskrivning

I februari 2022 förändrades bestämmelserna för rätt till sjukpenning vid deltidssjukskrivning. Tidigare krävdes en jämn reducering av arbetstiden varje dag för att partiell sjukskrivning skulle tillämpas. Undantag kunde då endast göras om medicinska skäl förelåg. Med de nya reglerna kan det röra sig om såväl medicinska som andra skäl, förutsatt att arbetstidens förläggning inte försämrar möjligheterna till återgång i arbete. Med de flexiblare reglerna hoppades regeringen kunna undvika situationer där individen helt behöver avstå från att arbeta i stället för att arbeta till viss del. Vidare menade man att det finns ett visst forskningsstöd för att partiell sjukskrivning påskyndar full återgång i arbete och att den gradvisa återgången är en viktig del av rehabiliteringen och arbetsåtergången vid flera psykiatriska tillstånd.

Resultat

Undantagen vid dag 180 i rehabiliteringskedjan förlängde sjukskrivningarna och minskade återgången i arbete

Effekterna av de införda undantagen vid dag 180 i rehabiliteringskedjan: övervägande respektive särskilda skäl, har analyserats som en reform. Detta eftersom de infördes så tätt in på varandra 2021 och 2022 att en åtskillnad av effekter är svår att göra. Resultaten visar att de nya reglerna inneburit att sjukskrivningarna blivit längre, motsvarande en minskning i andelen avslutade sjukfall inom 12 och 24 månader med 12,8 respektive 5,5 procent. På motsvarande sätt minskade återgången till den egna arbetsgivaren med 9,4 procent inom ett år.

Vidare konstateras att färre individer mottar arbetslöshetsersättning och ålderspension upp till 24 månader efter sjukperiodens start. Inga effekter kan konstateras med avseende på ekonomiskt stöd eller totala inkomster. Noterbart är att ingenting tyder på att reformerna har haft några effekter för individernas hälsa, detta mätt som antalet besök inom öppenvården respektive dagar inom slutenvård, samt förskrivna läkemedel.

”Åldreregler” inom sjukpenning förlängde sjukfrånvaron och minskade arbetsinkomsterna

Borttagandet av kraven på omställning för äldre med sjukpenning har inneburit att sjukskrivningarna för denna grupp blivit längre. Effekten motsvarar en minskning av sannolikheten att avsluta sjukfallet inom 12 månader med drygt 6 procent. I enlighet med reformens intention är effekterna tydligast bland försäkrade med en muskuloskeletal diagnos. Vidare konstateras att arbetsinkomsterna för äldre minskat med i genomsnitt 9 procent upp till 18 månader efter sjukperiodens start. Inga statistiskt säkerställda effekter kan konstateras när det gäller totala inkomster eller hälsa.

”Åldreregler” inom sjukersättningen ökade antalet mottagare av sjukersättning

De sänkta kraven på beviljande av sjukersättning för äldre har inneburit en kraftig ökning av nybeviljanden motsvarande 80 procent i åldersgruppen 62–64 år, eller 2 000 på årsbasis. Ökningen omfattar både män och kvinnor och olika diagnosgrupper men är tydligast bland försäkrade med problem i rörelseorganen samt bland dem med yrken inom byggverksamhet och tillverkning. Bland försäkrade som närmast före beviljandet var långtidssjukskrivna återfinns inga effekter på vare sig arbetsinkomster, inkomster totalt eller på hälsa.

Svårigheter bedöma vilka som är behovsanställda

Försäkringskassan hade till och med tredje kvartalet 2023 bedömt att omkring 1 500 av de sjukskrivna uppfyllde villkoren för behovsanställning, vilket innebar att de omfattades av ett bättre försäkringsskydd. Detta är en väsentligt lägre siffra än det som prognosticerades. Tidigare granskning visar att en anledning kan vara Försäkringskassans svårigheter att bedöma vilka som ska bedömas som behovsanställda. En slutsats baserad på forskning kring arbetsgivares och arbetstagares drivkrafter är att de nya reglerna kan göra att fler på arbetsmarknaden får en otrygg anställningssituation, och att sjukförsäkringen kan komma att överutnyttjas.

”Angiven yrkesgrupp” har inte ökat acceptansen för negativa beslut

Trots betoningen på att införandet av angiven yrkesgrupp i bedömningen mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete inte skulle ha någon betydelse i sak, tyder flera iakttagelser på att så ändå blivit fallet. Sedan lagkravet infördes har andelen avslag fortsatt att minska i hög takt. Utifrån intervjuer med försäkringsutredare bedömer utredningen att kravet sannolikt har smalnat av den arbetsmarknad den försäkrade bedöms emot och i praktiken försvårat möjligheterna för återgång till arbetsmarknaden. Vidare finns inga tecken på att begripligheten i och acceptansen för ett negativt beslut ökat till följd av lagkravet. Andelen som begär omprövning vid ett negativt beslut är densamma som tidigare. Resultatet antyder att det är kravet på omställning som är orsaken till den bristande förståelsen, snarare än bristen på begriplighet och transparens i det kommunicerade beslutet.

Inget stöd för att deltidssjukskrivning påskyndar full återgång i arbete

Ingen data finns tillgänglig över hur många som beviljats partiell sjukskrivning med ojämn reducering av arbetstiden. Andelen sjukpenningdagar som avser sjukskrivning på deltid har ökat tydligt sedan 2020. Detta kan dock också hänga samman med andra förändringar i sjukförsäkringen. Utredningens slutsats är att det saknas stöd i den empi-

riska forskningen för att sjukskrivning på deltid påskyndar full arbetsåtergång.

Tolkning av resultaten

Utredningen konstaterar att de utvärderade reformernas intentioner, i det som har varit möjligt att empiriskt analysera inom ramen för denna utredning, i relativt låg grad har uppfyllts. De minskade kraven på omställning har gjort att sjukskrivningarna blivit längre och arbetsåtergången lägre. Vidare har reformer som syftat till att göra sjukförsäkringen mer flexibel vid partiell sjukfrånvaro och mer generös för behovsanställda, gjort försäkringen mindre förutsägbar och mer sårbar för överutnyttjande. Sammantaget har reformerna urholkat viktiga principer i sjukförsäkringen om att sjukförsäkringen dels är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom, dels en omställningsförsäkring som ställer krav på omställning för den som inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare. Vi konstaterar att det i de förarbeten som föregick reformerna, genomgående saknas analyser av hur regeländringarna påverkar drivkrafterna inom sjukförsäkringen. Detta är noterbart mot bakgrund av den omfattande empiriska litteratur som visar att samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen – den försäkrade, arbetsgivaren, försäkringsutredaren och hälso- och sjukvårdens läkare, reagerar på hur drivkrafterna i sjukförsäkringen är utformade och kan agera emot försäkringens intentioner. Med andra ord hade den relativt låga måluppfyllelsen gått att förutse.

Utgångspunkten för utredningens förslag är att återupprätta nämnda principer i sjukförsäkringen. Lagförslagen innebär i stora drag en återgång till det regelverk som gällde innan reformernas genomförande. Detta kommer att leda till att människors arbetsförmåga bättre tas tillvara och att omotiverat långa sjukskrivningar i högre grad kan undvikas. Vi diskuterar också förslag som ytterligare skulle kunna stärka drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen, detta för att säkerställa en rättssäker och effektiv sjukförsäkring med en hög legitimitet som också är hållbar över tid.

Våra förslag

Utredningens förslag: Undantaget övervägande skäl ska tas bort som grund för beviljande av sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Motivet bakom införandet av övervägande skäl var att åstadkomma en mer flexibel rehabiliteringskedja och därigenom ge de sjukskrivna större möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Utredningen konstaterar att så inte blev fallet. Sjukskrivningarna blev förvisso, som förväntat, längre men återgången i arbete och arbetsinkomsterna påverkades tydligt negativt även på lång sikt. Den ökade sjukfrånvaron har inneburit att utgifterna i sjukförsäkringen ökat med drygt 16 procent i sjukperioder som blir längre än tre månader. Borttagandet av övervägande skäl förtydligar kravet på omställning i sjukskrivningsprocessen. Detta i kombination med en återgång till de tidigare reglerna vid dag 180 i rehabiliteringskedjan (se nedan förslag), kommer att leda till att långa sjukskrivningar i högre grad kunna undvikas och att fler kan återgå i arbete snabbare. Sammantaget förbättras möjligheterna att tillvarata människors arbetsförmåga.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår en återgång till den lydelse av begreppet särskilda skäl som gällde före den 15 mars 2021 vid bedömningen av arbetsförmåga efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Det ska inte vara möjligt att tillämpa särskilda skäl efter dag 365 i rehabiliteringskedjan.

Gällande undantag för särskilda skäl innebär att bedömning av arbetsförmågan efter dag 180 kan skjutas upp om det finns särskilda skäl som talar för att den försäkrade med stor sannolikhet kommer vara åter i arbete senast dag 550. Gällande bestämmelse om särskilda skäl är mer generös än den som togs bort i mars 2021. Den tidigare omfattade endast sjukperioder upp till 365 dagar i rehabiliteringskedjan och betonade vikten av att bedömningen skulle vara baserad på prognosen i det medicinska underlaget. Med de nya särskilda skälen ville regeringen tydliggöra att det inte skulle finnas hinder för försäkrade med vissa diagnoser att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Utredningen konstaterar att de

nya reglerna vid 180 dagar i rehabiliteringskedjan haft negativa effekter på arbetsåtergången och inga påvisbara gynnsamma effekter på hälsan. Utredningen föreslår därför en återgång till den lydelse av begreppet särskilda skäl som gällde tidigare då det krävdes en tydlig prognos utfärdad av hälso- och sjukvården och att bedömningen var välgrundad. Utredningen anser att denna ordning är mer rättssäker och ökar möjligheterna för enhetliga bedömningar från Försäkringskassan.

Utredningens förslag: Vid bedömningen av den försäkrades rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska det endast beaktas om den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det ska inte längre anges om förvärvsarbetet ingår i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla vid bedömningen av rätt till sjukpenning i särskilda fall.

Syftet med att i prövningen mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden ange en eller flera yrkesgrupper inom vilken den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga, var att öka förståelsen för Försäkringskassans beslut som är negativa för den försäkrade. Omprövningsstatistik ger emellertid inget stöd för att så har blivit fallet. Inte heller intervjuer med försäkringsutredare ger en entydig bild av en ökad förståelse för negativa beslut hos de försäkrade som en följd av regeländringen. Därutöver finns tecken på att den arbetsmarknad som arbetsförmågan ska prövas mot har smalnats av i och med lagändringen, vilket inte var intentionen med reformen. Utredningen föreslår därför att begreppet angiven yrkesgrupp stryks ur lagtexten. Det gäller såväl för sjukpenning som för sjukpenning i särskilda fall. Utredningen ser positivt på att prövningen av arbetsförmåga sker mot sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och med en så hög grad av konkretion som möjligt. I det fortsatta arbetet bör därför säkerställas att den arbetsmarknad mot vilken arbetsförmåga ska prövas, har en bredd som främjar möjligheten till omställning och tillvaratagande av arbetsförmåga.

Utredningens förslag: Vid bedömning av nedsättning av arbetsförmågan och dess omfattning ska arbetstiden minskas varje dag i motsvarande grad som nedsättningen avser. Arbetstiden får dock förläggas på ett annat sätt, om det är medicinskt motiverat och det syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har.

Med möjligheten att frångå en jämn reducering av arbetstiden vid partiell sjukskrivning ville regeringen ge fler möjligheten att arbeta på deltid i stället för att avstå helt. Utredningen anför två argument för att ta bort gällande bestämmelser. För det första lämnar det ett stort bedömningsutrymme, vilket gör att förutsägbarheten blir låg och liknande fall kan komma att bedömas olika. Lagändringen har inte ökat vare sig rättssäkerheten i, eller legitimiteten för, försäkringen. För det andra innebär det gällande undantaget att det är troligt att det kommer att leda fram till en ökad sjukfrånvaro. Utredningen föreslår en återgång till tidigare bestämmelse, men anser det ska finnas möjlighet till undantag för deltidsarbete med anpassad förläggning av arbetstiden i vissa fall. Ändringen innebär kodifiering av den praxis som fanns före den 1 februari 2022 i fråga om ojämn förläggning av arbetstid vid partiell sjukpenning. För att arbetstiden ska få förläggas på ett annat sätt krävs det att det är medicinskt motiverat och syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har.

Utredningens förslag: Bestämmelserna om behovsanställda i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

Med nuvarande bestämmelser ville regeringen öka tryggheten för individer som inte har förmånen att ha en anställning i form av en tillsvidareanställning, ett vikariat eller en visstidsanställning. Utredningen är medveten om att antalet som har den trygghet som följer med en tillsvidareanställning har minskat och förstår således intentionen med bestämmelserna om behovsanställda, men anser att detta problem måste lösas på systemnivå och inte via ändringar i lagstiftningen för sjukförsäkringen. Det gynnar inte försäkringen och acceptansen för försäkringen över tid. Utredningens bedömning är att nuvarande bestämmelser på längre sikt sannolikt leder till fler, inte färre, personer i behovsanställning. Skälet är att reformen har gjort det mer för-

månligt att vara behovsanställd och förenklat för arbetsgivaren att organisera arbetet med en mindre andel som är fastanställda. Ett ytterligare skäl som talar mot bestämmelserna är att ärendena enligt Försäkringskassan är svårbedömda och administrativt betungande. Det finns ett mått av osäkerhet när Försäkringskassan ska göra en helhetsbedömning av om och i vilken omfattning den försäkrade skulle ha arbetat i behovsanställningen om denne inte blivit sjuk. Med andra ord föreligger risk att liknande fall behandlas olika, vilket riskerar att skada sjukförsäkringens legitimitet.

Utredningens förslag: De särskilda äldrereglerna i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

De så kallade äldrereglerna inom sjukpenningen innebär att försäkrade som har ett förvärvsarbete och som uppnått en ålder som medger rätten att ta ut inkomstgrundad ålderspension, undantas från regeln om att arbetsförmågan ska prövas mot ett normalt förekommande arbete efter 180 dagars sjukskrivning. Regeln innebär att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Utredningen anser att regeln bör tas bort och anför bland annat att målet med reformen bara delvis förefaller ha uppnåtts. Sjukperioderna bland äldre har visserligen blivit längre och användningen av sjukpenning gått upp, dock tyder det mesta på att detta främst är ett resultat av minskade arbetsinkomster snarare än minskade pensionsrelaterade inkomster. Utredningen instämmer i att den samhällsekonomiska nyttan av omställning bland äldre är mer osäker, men menar samtidigt att det är för gruppen utslitna efter ett långt arbetsliv inom ett fysiskt krävande yrke, som omställning är nödvändigt och kan göra nytta. Utredningen menar att undantaget dels leder till att arbetsförmågan bland äldre inte till fullo tas tillvara, dels bryter mot principen att sjukpenning endast ska utgå i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom.

Utredningens förslag: Bestämmelserna som avser sjukersättning för äldre bör behållas. Utvecklingen av antalet nybeviljanden samt hur regelverket används och efterlevs bör följas noggrant framöver.

Sedan äldrereglerna inom sjukersättningen infördes har antalet beviljanden av sjukersättning bland äldre ökat kraftigt. Utvecklingen är väntad eftersom kraven för rätt till sjukersättning för försäkrade som är 61 år och äldre (2023) sänkts. Utredningen anser att reformen är motiverad i så måtto att tidigare forskning visat att de tidigare reglerna sannolikt var alltför strikta. Därutöver finner utredningen ingenting som tyder på att arbetsutbudet bland äldre påverkats negativt som en konsekvens av nuvarande bestämmelser. Utredningen anser dock att utvecklingen av användningen av sjukersättningen bör följas nära framöver. Utan en strikt tillämpning riskerar bestämmelserna att få negativa konsekvenser för arbetsutbudet bland äldre.

Ytterligare reformer för en långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Förslagen i föregående avsnitt adresserar de senaste årens reformer inom sjukförsäkringen. Utredningen lämnar emellertid förslag på ytterligare reformer som bör utredas närmare i syfte stärka drivkrafterna inom sjukförsäkringen. Förslagen syftar till att öka förutsättningarna för en långsiktigt stabil sjukfrånvaro och en sjukförsäkring som präglas av förutsägbarhet, rättssäkerhet och hög legitimitet.

Harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp inom sjukpenning och sjukersättning

Villkoren för rätt till sjukpenning respektive sjukersättning skiljer sig åt inte bara när det gäller kraven på arbetsförmågenedsättningens varaktighet, utan också när det gäller det arbetsmarknadsbegrepp som arbetsförmågans nedsättning ska mätas mot. Med undantag för äldre försäkrade provas arbetsförmågan inom sjukpenningen mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, medan man inom sjukersättningen därutöver inkluderar subventionerade och skyddade

anställningsformer. Diskrepansen skapar en inlåsning i sjukpenning bland försäkrade som bedöms ha tillräckligt nedsatt arbetsförmåga för att ha rätt till sjukpenning men inte för att ha rätt till sjukersättning. Utredningen menar att det arbetsförmågebegrepp som i dag används inom sjukersättningen är alltför brett och frångår principen om att syftet med sjukförsäkringen bör vara att ge personer i arbetskraften inkomsttrygghet i händelse av temporär respektive varaktigt arbetsoförmåga. Utredningen är medveten om att en anpassning av villkoren för sjukersättning till villkoren som gäller för sjukpenning riskerar att leda till en stor ökning av antalet mottagare av sjukersättning. Av denna anledning bör man överväga att ytterligare stärka drivkrafterna för såväl försäkrad, arbetsgivare som för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen. Förslag kring detta presenteras under rubrikerna nedan.

Förstärkt arbetsgivaransvar

Arbetsgivarna har en skyldighet att erbjuda arbetstagaren arbetslivsinriktad rehabilitering. Forskningen visar att det saknas empiriskt stöd för att arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser ökar återgången i arbete. En slutsats är emellertid att rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetslivsriktad, har bättre förutsättningar att vara effektiva i att få individen tillbaka i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. För att rehabiliteringsinsatser ska vara effektiva fordras dels att arbetsgivaren vill ha den sjukskrivne åter i arbete, dels att den rehabilitering som sätts in är effektiv i att öka arbetsåtergången. Om arbetsgivaren inte vill ha kvar den sjukskrivne kan arbetsgivaren utnyttja sitt informationsövertag och definiera den sjukskrivnes arbetsuppgifter väldigt snävt och på ett sätt som försvårar Försäkringskassans arbete med att föreslå lämpliga alternativ. Vad gäller de ekonomiska drivkrafterna är arbetsgivarna i dag försäkrade mot direkta kostnader för långtidsjukfrånvaro. Därmed är de ekonomiska incitamenten att rehabilitera och uppmuntra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete begränsade. Sammantaget finns skäl att se över hur arbetsgivarens incitament att agera för arbetsåtergång och motverka långtidssjukfrånvaro kan stärkas. Inspiration till hur ett system med starkare drivkrafter kan utformas kan hämtas från dels 2005 års medfinan-

sieringsreform, dels från det holländska systemet. I båda fallen har arbetsgivaren ett kostnadsansvar (till olika del) för all sjukfrånvaro.

Starkare incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen

Läkare inom hälso- och sjukvården utfärdar läkarintyg som ligger till grund för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Eftersom bara en mycket liten andel av alla ansökningar om sjukpenning leder till avslag, har läkarna en avgörande betydelse för sjukfrånvaronivån. Svårigheterna i läkarnas arbete att göra korrekta bedömningar är väl kända – arbetsförmågan är vare sig fullt observerbar eller mätbar. Utan krav på objektiva kriterier i bedömningen av arbetsförmågan ges utrymme för individens egna preferenser kring arbete och sjukfrånvaro att få genomslag i beslutet om rätt till ersättning. Omfattande forskningslitteratur visar också att faktorer som inte har med individens arbetsförmåga att göra påverkar sjukfrånvaron, exempelvis ersättningsnivån i sjukförsäkringen och normer i samhället kring sjukskrivning. På motsvarande sätt har forskningen visat att läkares benägenhet att utfärda läkarintyg påverkas av incitament, bland annat kring hur vårdgivarens lönsamhet är kopplad till individens val av vårdgivare. Utredningen konstaterar att det i dag saknas tydliga drivkrafter för vårdgivare att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte. Exempelvis saknar Försäkringskassan möjligheten att sanktionera läkare som systematiskt missbrukar sin möjlighet att utfärda läkarintyg. Inga systematiska uppföljningar genomförs heller av olika vårdgivares läkarintygsskrivande. Utredningen anser därför att det finns skäl att närmare utreda hur incitamentsstrukturen för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen kan stärkas.

En bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning

Forskning inom såväl sjukförsäkringen som angränsande system, exempelvis arbetslöshetsförsäkringen, visar att en bortre tidsgräns för rätten till ersättning fyller en viktig funktion. Inom sjukförsäkringen bidrar den dels till att upprätthålla drivkrafterna för samtliga aktörer att hitta en lösning för den försäkrade innan tidsgränsen nås, dels skickar den en viktig signal om att sjukpenningen är tidsbe-

gränsad. Utredningen anser att det bör finnas en bortre tidsgräns för uppbärande av sjukpenning. En sådan skulle tydliggöra att sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av tillfällig och inte varaktig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom. Vad maximal tid som ersättningsberättigande ska vara samt hur en eventuell rutin för överlämning till Arbetsförmedlingen ska utformas för de som når den bortre tidsgränsen, bör utredas närmare. Erfarenheter från implementeringen och administreringen av den tidsgräns som fanns i sjukförsäkringen mellan 2008 och 2016 bör inhämtas från sjukskrivningsprocessens samtliga aktörer.

Konsekvenser

Återupprättande av centrala principer i sjukförsäkringen

Utredningens förslag är utformade med utgångspunkt i centrala principer om sjukförsäkringen som dels en *inkomstbortfallsförsäkring* som faller ut i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom, dels en *omställningsförsäkring* som ställer krav på att den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara på hela arbetsmarknaden. Förslagen som avser sjukperiod längre än 180 dagar, det vill säga undantagen övervägande och särskilda skäl, äldrereglerna samt angiven yrkesgrupp, innebär samtliga att kraven på omställning skärps och inkomstbortfallsprincipen betonas. Förslagen kring deltidssjukskrivning och behovsanställning kan på sikt leda till färre fastnar i otrygga anställningar och att risken för överutnyttjande minskar.

Högre krav på omställning leder till kortare sjukskrivningar och högre återgång i arbete

Förslagen om att ta bort undantaget övervägande skäl och återinföra de ”gamla” särskilda skälen innebär ett återupprättande av de striktare bedömningarna vid dag 180 och 365 i rehabiliteringskedjan. Detta kommer att leda till att fler kommer tillbaka i arbete och att färre kommer att fastna i omotiverat långa sjukskrivningar. Motsvarande konsekvenser kan förväntas bland äldre som ett resultat av borttagande av äldrereglerna. Ingenting tyder på att de skärpta kra-

ven på omställning kommer att ge negativa konsekvenser på hälsan och öka risken för framtida sjukskrivning.

Färre undantag och färre svåra bedömningar leder till ökad förutsägbarhet och rättssäkerhet

Slopandet av reglerna kring behovsanställda och deltidssjukskrivna leder till färre svåra bedömningar och avvägningar för Försäkringskassan. Förslagen kommer att minska den administrativa bördan för Försäkringskassan och leda till ökad transparens och en större likformighet i de fattade besluten. Detta bör ha en gynnsam inverkan på sjukförsäkringens legitimitet. På samma sätt innebär återupprättandet av den grundläggande strukturen i rehabiliteringskedjan, med färre och striktare undantag, till att bedömningsutrymmet minskar och förutsägbarheten ökar.

Minskade utgifter i sjukförsäkringen

De striktare kraven på rätt till ersättning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan kommer att leda till att de långa sjukperioderna i högre grad avslutas. Borttagandet av övervägande skäl och återinförandet av de gamla särskilda skälen beräknas leda till en besparing i sjukförsäkringen på minst 1,8 miljarder årligen. Slopandet av äldrereglerna inom sjukpenningen kommer på motsvarande sätt innebära minskade utgifter på omkring 2 miljoner på årsbasis. Borttagandet av reglerna kring behovsanställda och deltidssjukskrivna, likväl som slopandet av kravet på angiven yrkesgrupp, förväntas också ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaron och användningen av sjukförsäkringen, inte minst på längre sikt.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken¹

dels att 27 kap. 16 a §, 49 b–49 e §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubrikerna närmast före 27 kap. 16 a §, 49 b § och 49 d § ska utgå,

dels att 27 kap. 1 §, 46, 48 och 49 §§, 28 kap. 11 § och 28 a kap. 8 § ska ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

27 kap.

1 §

I detta kapitel finns bestämmelser om

- rätten till sjukpenning i 2–8 §§,
- samordning med sjuklön i 9 §,
- sjukpenning för anställda – sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10–16 a §§, och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10–16 §§,
- sjukanmälan i 17 och 18 §§,
- ersättningsnivåer i 19 §,
- förmånstiden och karens i 20–38 §§,
- allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§,
- särskilt högriskskydd i 40–44 §§,

¹ Senaste lydelse av

27 kap. 16 a § 2021:1240

27 kap. 49 b § 2022:939

27 kap. 49 c § 2021:1240

27 kap. 49 d § 2021:1240

27 kap. 49 e § 2021:1240

rubriken närmast före 27 kap. 16 a § 2021:1240

rubriken närmast före 27 kap. 49 b § 2021:1240

rubriken närmast före 27 kap. 49 d § 2021:1240.

- förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,
- bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–55 b §§, och
- arbetsgivarinträde m.m. i 56–61 §§.

46 §²

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne.

Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande grad den dagen.

Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt enligt 45 § 2–4 gäller att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad *eller, om arbetstiden förläggs på ett annat sätt, att arbetstidens förläggning inte får försämra möjligheterna till återgång i arbete.*

Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt enligt 45 § 2–4 gäller att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad. *Arbetstiden får förläggas på ett annat sätt, om det är medicinsket motiverat och det syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har.*

48 §³

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska *det* dessutom beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska *dessutom, om det inte finns särskilda skäl mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt,* beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

² Senaste lydelse 2021:1240.

³ Senaste lydelse 2021:1243.

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

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

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

1. övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar

2. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller

3. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt första stycket

1. *sådant* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

49 §⁴

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det beaktas om han eller hon har sådan förmåga som avses i 48 § första stycket.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det, *om det inte kan anses oskäligt*, beaktas om han eller hon har sådan förmåga som avses i 48 §.

⁴ Senaste lydelse 2021:1240.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

1. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller

2. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt 48 § första stycket.

28 kap.

11 §⁵

Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. Detta gäller dock inte sjukpenning som avses i 27 kap. 6 eller 16 a §.

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

28 a kap.

8 §⁶

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

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

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

1. sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

⁵ Senaste lydelse 2021:1240.

⁶ Senaste lydelse 2021:990.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till ett heltidsarbete.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.
 2. Lagen tillämpas första gången på anspråk på förmån som avser en period som inleds efter den 31 december 2024.

2 Inledning och uppdrag

2.1 Bakgrund

Regeringen beslutade i kommittédirektiv (dir. 2022:64) om utvärdering av de förändringar i sjukförsäkringens regelverk som har genomförts under 2021 och 2022. Avsikten med regeländringarna har varit att öka den ekonomiska tryggheten och flexibiliteten i sjukförsäkringen, samt att öka förståelsen för regelverket och därigenom stärka sjukförsäkringens förutsägbarhet och legitimitet. Ett centralt syfte har varit att fler ska kunna avsluta sin rehabilitering under trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.

I direktivet framgår att utredaren ska

- Analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat till följd av beslutade lagändringar.
- Analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat dels sjukskrivna personers återgång i arbete, dels arbetsmarknadsutbudet genom inflödet och varaktigheten i sjukpenningen och sjuk- och aktivitetsersättningen.
- Analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat, och
- Beräkna försäkringskostnaderna av de genomförda lagändringarna.

Utifrån gjorda analyser ska utredaren bedöma om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts samt bedöma effektiviteten och ändamålsenligheten i de genomförda lagändringarna. Utredaren ska även be-

döma lagändringarnas konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten.

Utredaren ska vidare analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna som genomförts inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning under åren 2020–2022.

I uppdraget ingår inte att analysera effekter som kan hänföras till Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden.

I ett tilläggsdirektiv (S2023/00594) ska utredaren: (1) inte längre vara förhindrad att analysera effekter som kan hänföras till Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden; (2) *inte* längre analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat eller bedöma om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts; (3) avgränsa analyser om den ekonomiska tryggheten till personer som får eller har fått sjukpenning och (4) analyser av vissa tillfälliga åtgärder som genomfördes med anledning av covid-19-pandemin behöver endast genomföras i mån av tid. Slutligen ska utredaren även lämna nödvändiga författningsförslag om utvärderingen visar att sjukfallen inte avslutas så som är avsett utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen.

2.2 Uppdraget

Utifrån direktiv och tilläggsdirektiv sammantaget ska utredningen göra följande:

1. analysera om den ekonomiska tryggheten för individer som har eller har fått sjukpenning ökat till följd av beslutade lagändringar,
2. analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering,
3. analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat dels sjukskrivna personers återgång i arbete, dels arbetsmarknadsutbudet genom inflödet och varaktigheten i sjukpenningen och sjuk- och aktivitetsersättningen,

4. analysera om sjukfallen inte avslutas så som är avsett utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen,
5. analysera Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden,
6. beräkna försäkringskostnaderna av de genomförda lagändringarna,
7. bedöma effektiviteten och ändamålsenligheten i de genomförda lagändringarna samt bedöma lagändringarnas konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten, detta med utgångspunkt i genomförda analyser,
8. lämna nödvändiga författningsförslag om utvärderingen visar att sjukfallen inte avslutas så som är avsett utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen.

Utredningen har av tidsskäl inte haft möjlighet att analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna som genomförts till följd av covid-19-pandemin. I övrigt torde pandemins inverkan på de reformer som analyseras inom ramen för utredningen vara marginella.

2.3 Utgångspunkter

2.3.1 Empirisk ansats

Flera av de frågeställningar som behandlas inom ramen för utredningen är av kausal natur. Reformerna ska analyseras med utgångspunkt i hur de *påverkat* människors ekonomiska trygghet, arbetsutbud, användning av sjukförsäkringen med mera. Underförstått måste analyserna därmed kunna ge svar på hur den ekonomiska tryggheten etcetera hade utvecklats om reformerna inte hade genomförts.

Den idémässiga traditionen bakom denna typ av analyser är det *randomiserade experimentet*. I ett sådant avgör slumpen vilka som får respektive inte får behandling. Den slumpmässiga indelningen säkerställer jämförbarhet mellan behandlings- och kontrollgrupp och utfallet för kontrollgruppen utgör det kontrafaktiska utfallet, det vill

säga det utfall som hade blivit fallet för de behandlade om behandlingen inte givits.

I utredningen har inget randomiserat experiment kunnat genomföras. I stället har omfångsrika registerdata använts för att, så långt det går, efterlikna det randomiserade experimentet. I vissa fall har vi kunnat använda analyser som i den empiriska litteraturen går under benämningen *kvasiexperimentella ansatser*. Tankegången är densamma som i ett randomiserat experiment – utfallen med avseende på sjukfrånvaro och inkomster för grupper som omfattas av reformerna (behandlade), kontrasteras mot dem för likvärdiga grupper som inte gör det (jämförelser), och som därför fångar det kontrafaktiska utfallet. Detta tankesätt är utgångspunkten i den ansats vi använder när vi analyserar *äldrereglerna* i kapitel 6. De antaganden som ligger till grund för dessa analyser presenteras i kapitel 6. När vi analyserar *överbälgande* och *särskilda skäl* får vi stället utgå från en mer traditionell före- och efteranalys. Skälet är att någon naturlig jämförelsegrupp inte finns att tillgå. Genom analys av data under en lång period bakåt i tiden, där effekter inte ska finnas, kan vi få en uppfattning om huruvida storleken på reformskattningarna skiljer sig från det man kan förvänta med utgångspunkt i tidigare variationer orsakade av slumpen, konjunkturen eller förändringar i regelverket. Detta diskuteras närmare i kapitel 5.

2.3.2 Genomsnittseffekter

Eftersom en individ endast kan observeras som antingen behandlad eller icke-behandlad, kan effekter för den enskilde individen aldrig mätas. I stället analyseras genomsnittseffekter av reformerna. Om effekten är noll är slutsatsen att någon genomsnittlig behandlingseffekt inte finns. Samtidigt kan behandlingen haft en betydande inverkan för enskilda individer, i såväl positiv som negativ riktning. Eftersom effekten är noll balanserar dessa effekter dock ut varandra för populationen i sin helhet.

Viktigt att poängtera är att genomsnittseffekter är de mest relevanta att studera vid välfärdsanalyser av förändringar av regelverk. Till skillnad från en viss typ av medicinsk behandling (precisionsmedicin), som syftar till att ge patienter vård och behandling som är skraddarsydd efter patientens egna förutsättningar och behov, behö-

ver sjukförsäkringens regelverk omfatta samtliga försäkrade. Det ska dock tilläggas att vi i vissa analyser studerar effekter av reformerna separat för olika delpopulationer, exempelvis separat för kvinnor och män respektive olika diagnosgrupper.

I vår utredning presenteras de beräknade effekterna i såväl andelar, kronor som i dagar. För några av utfallen presenteras effekterna också i antal individer. Detta för att få en bättre uppfattning om effekternas faktiska betydelse och för att enklare kunna sätta resultaten i relation till varandra.

2.4 Data och analyser

2.4.1 Aktstudie och intervjustudie

För analyser av Försäkringskassans arbete har vi genomfört både en aktstudie och en intervjustudie. Aktstudien består av 300 ärendakter där undantaget övervägande skäl tillämpats. Aktstudien utformades i enlighet med två tidigare aktstudier som Försäkringskassan genomfört, vilket möjliggjort analyser av förändringar över tid. Utredningen har inom ramen för aktstudien också genomfört en fördjupad granskning av tio ärenden om sjukpenning där undantaget särskilda skäl tillämpats efter det att övervägande skäl tillämpats tidigare i sjukperioden. I denna del har syftet varit att studera beslutsmotiv för beviljande av ersättning utifrån de två undantagen.

Intervjustudien genomfördes med försäkringsutredare och specialister från fem lokalkontor. Kvalitativa data har skapats genom transkribering av de genomförda intervjuerna. Transkriberingarna har sedermera analyserats tematiskt. Syftet med intervjustudien har varit att samla in synpunkter på och erfarenheter av aktuella lagändringar från dem som har att tillämpa dessa. Under intervjuerna har respondenterna beretts stora möjligheter att ta upp det som de själva ansett angeläget inom ramen för ämnesområdet. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer.

2.4.2 Effektanalyser

I utredningen analyseras effekterna av fyra reformer: övervägande skäl, särskilda skäl samt äldrereglerna inom sjukpenning respektive sjukersättning (Trygghetspension). De två förstnämnda reformerna analyseras i huvudsak som en reform, detta eftersom de tidsmässigt är svåra att särskilja. De empiriska ansatserna beskrivs närmare i respektive kapitel, det vill säga i kapitel 5 respektive 6.

Registerdata

I analyserna sammanfogas uppgifter från flera olika datakällor. Från Försäkringskassan hämtas information om när individerna börjar och avslutar sina sjukfall som ingår i rehabiliteringskedjan. Denna information kopplas ihop med registerdata från SCB, där vi använder uppgifter om demografiska faktorer såsom ålder, kön, utbildning, arbetsinkomster och olika ersättningar. Från Socialstyrelsen inhämtar vi information om olika hälsomått. De reformer vi analyserar avser främst förändringar i regelverket kring tidsgränserna vid 180, 365 och 550 dagar i rehabiliteringskedjan. Med hjälp av de olika datakällorna kan vi utvärdera reformerna med avseende på:

- **Användning av sjukförsäkringen:** Här undersöker vi andelen avslutade sjukfall, antal dagar som sjukskriven (netto), antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (netto).
- **Arbete:** Vi studerar sannolikheten att återvända till den egna arbetsgivaren, sannolikheten att återgå till något arbete samt arbetsinkomst.
- **Hälsa:** Vi granskar antalet dagar som inlagd, antalet besök inom öppenvård (ej primärvård) samt antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel.
- **Ekonomisk situation:** Vi analyserar mottagande av arbetslöshetsersättning, pensionsrelaterade inkomster, föräldrapenning, studiemedel samt ekonomiskt stöd. Dessutom undersöker vi individens totala inkomster. Noterbart är att vi endast studerar inkomster, ersättningar och ekonomiska stöd på individnivå. Detta ger inte en fullständig bild av individens ekonomiska situation. Vid en föränd-

ring av inkomsten kan exempelvis en eventuell partner anpassa sitt arbetsutbud och sina inkomster efter den nya situationen.

Urval

I analyserna av reformerna *övervägande skäl* och *särskilda skäl* följs kohorter som passerar dag 90 i rehabiliteringskedjan från första kvartalet 2010 fram till det tredje kvartalet 2021. Anledningen till denna avgränsning är att eventuella effekter främst kan förväntas uppstå i anslutning till dag 180 men i viss mån även innan. Avgränsningen innebär att vi kan följa samtliga individer i upp till 24 månader efter sjukfallets start – de som passerar dag 90 i rehabiliteringskedjan i september 2021 kan följas till och med juni 2023. När det gäller analyser av arbetsinkomster och återgång till den egna arbetsgivaren, har vi tillgång till månadsuppgifter från och med januari 2019 till och med juni 2023.

Analysen av *äldrereglerna inom sjukpenningen* avgränsas till sjukfall som passerar dag 150 i rehabiliteringskedjan från och med 2010 och framåt. Eftersom denna reform trädde i kraft den 1 februari 2022 är uppföljningsperiodens längd begränsad till som längst 18 månader i utfall som har med användningen av sjukförsäkringen och inkomster att göra, och i 12 månader för utfall inom hälsa.

I analysen av *äldrereglerna inom sjukersättningen* analyseras effekterna på antalet nybeviljade ersättningsperioder till och med andra kvartalet 2023. För analyser av effekterna på användningen av sjukförsäkringen, inkomster och hälsa, avgränsas till försäkrade som varit sjukskrivna i ett år. Eftersom denna reform trädde i kraft så sent som den 1 september 2022 kan effekterna endast mätas i upp till 9 månader.

”Multisignifikansproblemet”

Utredningen analyser effekterna av flera reformer med avseende på ett flertal utfall vid olika uppföljningstider, därutöver analyseras effekterna för olika delpopulationer. En vedertagen beslutsregel för att avgöra om en effekt är statistiskt säkerställd är att skattningen ska vara statistiskt säkerställd på 5 procents signifikansnivå. I princip innebär detta att det är 5 procents risk att resultatet är orsakat av slumpen

och inte den reformen som analyseras. Med en stor mängd resultat ökar risken för att vi hittar effekter även när sådana inte finns. Detta ”*multisignifikansproblem*” kan beaktas genom att korrigera den signifikansnivå som används, detta förutsatt att antalet tester är begränsat och att man på förhand vet hur många tester som ska genomföras. Med tanke på uppdragets omfång var detta inte möjligt. Vi har därför valt att diskutera enskilda resultat men inom ramen för en helhet, det vill säga med utgångspunkt i det mönster som framträder av resultaten i stort. Det är därför viktigt att iaktta viss försiktighet i tolkningen av enskilda resultat.

Effekter för olika grupper

Bakom de genomsnittseffekter som presenteras för hela den studerade populationen kan det dölja sig såväl negativa som positiva reformeffekter när man bryter ner analysen för olika delpopulationer. För att lära sig mer om reformernas konsekvenser kan det därför vara lockande att analysera effekterna för ett stort antal diagnos-, inkomst- och yrkesgrupper samt för försäkrade bosatta i olika delar av landet.

Men det finns också starka argument som talar för att vara återhållsam med att bryta ner resultaten. Ett argument är det ”*multisignifikansproblem*” som diskuteras ovan och som innebär att vi i 5 procent av analyserna kan förvänta oss att få statistiskt säkerställda resultat av slumpen. Med andra ord, om reformeffekterna för 50 olika yrken analyseras kommer 2–3 av dessa analyser felaktigt indikera statistisk signifikans. Bedömningen av hur många analyser som ska göras är därmed en balansgång mellan å ena sidan ambitionen att utvinna så mycket kunskap från analysen som möjligt, å andra sidan risken att urvattna analysen eftersom varje enskilt test blir mindre värt. En annan invändning är att det inte är självklart vad kunskap om förekomsten av heterogena effekter tillför ur policyhänseende när sjukförsäkringen bygger på ett enhetligt regelverk där alla försäkrade ska behandlas lika.

I analyserna av reformeffekterna för olika delpopulationer har vi valt att begränsa oss till delpopulationer som uttrycks i antingen direktiven till utredningen eller i intentionerna till reformerna. I direktiven till utredningen (dir. 2022:64) uttrycks exempelvis att reformernas

konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten ska bedömas. Därutöver diskuteras i motiveringen för äldrereformen inom sjukpenningen att det finns en risk för att föregående regelverk missgynnade försäkrade med problem i rörelseorganen samt inom praktiska yrken. Av den anledningen bryts analysen ner på såväl diagnos- som yrkesgrupp. I analyserna av övervägande- och särskilda skäl studeras också effekterna för försäkrade med olika arbetsinkomster.

2.4.3 Beskrivande statistik, teori och erfarenheter från tidigare forskning

För tre av reformerna har regelrätta effektivitetsanalyser inte kunnat genomföras. Det gäller reformerna avseende *behovsanställda*, *flexibla deltidssjukskrivning* samt *angiven yrkesgrupp*. För dessa analyser har i möjligaste mån tillgänglig beskrivande data från register använts tillsammans med eventuella uppgifter som framkommer från akt- respektive intervjustudierna. Därutöver har reformernas effekter bedömts utifrån vad som kan förväntas utifrån tidigare utredning, nationalekonomisk teori samt empirisk forskning på området.

3 Sjukfrånvaroutvecklingen och Försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningsprocessen

I detta avsnitt beskrivs sjukfrånvarons utveckling samt hur Försäkringskassan har agerat i sjukskrivningsprocessen över tid. Uppgifterna är antingen hämtade från Försäkringskassans hemsida eller baserade på egna bearbetningar från Försäkringskassans ärendehanteringssystem och databas för utbetalningar från sjukförsäkringen.

En slutsats är att sjukfrånvaron i Sverige alltjämt präglas av fluktuationer även om de numera är mindre omfattande och inte lika utdragna som tidigare. Av framställningen framgår att nivån på sjukfrånvaron delvis beror på förekomsten av långa sjukfall, det vill säga sådana som pågått längre än 180 dagar. Bland dessa sjukfall är ärenden där den försäkrade har en psykiatrisk diagnos dominerande. Ärenden där den försäkrade har en psykiatrisk diagnos utgör 20 procent av alla påbörjade sjukskrivningar, men hela 50 procent av dem som pågår längre än 180 dagar.

Vidare förefaller Försäkringskassans arbete med att utreda behovet av rehabilitering och samordning ha minskat sett över de senaste 10 åren. Medan telefonutredningar och gemensamma kartläggningar legat stabilt under en längre period har avstämningsmöten och SASSAM-kartläggningar blivit mer ovanliga oavsett längd på sjukfallet. En viss uppgång syns emellertid sedan 2020, det gäller även mottagande av rehabiliteringspenning.

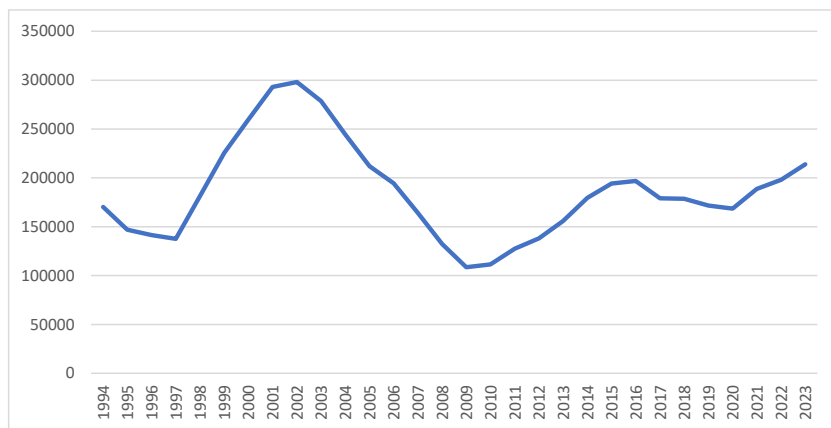
Försäkringskassans arbete med att pröva den försäkrades rätt till ersättning vid rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser, har under samma period gått upp och ner och uppvisar ett omvänt samband med sjukfrånvaroutvecklingen. Observationen stämmer överens med det vi skulle förvänta oss utifrån den empiriska forskning som visat att strikt kontroll av rätten till ersättning leder till lägre sjukfrånvaro,

och tvärtom. En sammanfattande iakttagelse är att striktheten i regeltillämpning vid dag 180 i rehabiliteringskedjan har ett tydligt samband med sjukfrånvaroutvecklingen.

3.1 Stora upp- och nedgångar av sjukfrånvaron

I figur 3.1 redovisas utvecklingen av antalet pågående sjukfall i december respektive år mellan 1994 och 2023.¹ Antalet sjukfall fördubblades mellan 1997 och 2002, från cirka 150 000 upp till 300 000. Därefter sjönk sjukfrånvaron under flera år till och med 2010, då antalet sjukfall var drygt 100 000, varefter den åter ökade till omkring 200 000 år 2016. Från och med 2020 syns en uppgång av sjukfrånvaron.

Figur 3.1 Pågående sjukfall (december) över tid



Källa: Försäkringskassans hemsida.

3.1.1 Långa sjukfall – en betydande del av sjukfrånvaron

I figur 3.2 redovisas sjukfrånvaroutvecklingen mätt som antalet påbörjade sjukfall (som blir minst 15 dagar om den försäkrade är anställd respektive 2 dagar om den försäkrade är arbetslös), respektive antalet sjukfall som blir 180 dagar eller längre. I figuren framgår att antalet påbörjade sjukfall ökade mellan 2010 och 2016 men har, med

¹ Sifferangivelsen för 2023 är en framskrivning av angivelsen för september 2023, som var den senast redovisade inom ramen för denna utredning. Siffran är baserad på relationen mellan september- respektive decemberangivelsen under föregående år.

undantag för 2020 då en kraftig ökning skedde till följd av covid-pandemin, därefter legat relativt stabil.

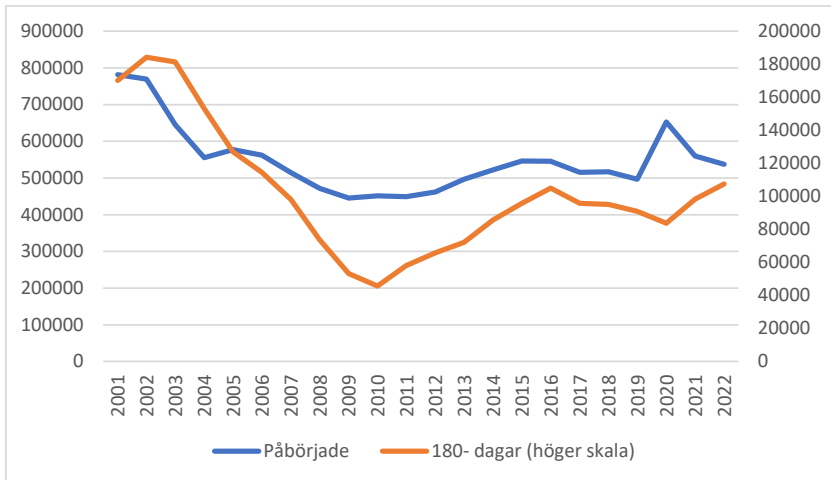
Antalet längre sjukfall har under den studerade perioden utgjort mellan 11 och 20 procent av alla påbörjade sjukfall. Noterbart är den kraftiga ökningen mellan 2020 och 2021, från 11 till 16 procent, det vill säga i samband med förändringarna av bedömningsgrunderna vid 180 dagars sjukskrivning.

Även om en begränsad andel av sjukfallen blir långa får de en betydande inverkan på sjukfrånvaron i stort. Räknar man samman antalet sjukskrivningsdagar i befolkningen under ett år utgör antalet dagar i sjukfall som passerat 180 dagar omkring 35–50 procent av samtliga dagar. Detta har gällt under de senaste decennierna.

En slutsats är således att sjukfrånvaron i hög grad påverkas av förekomsten av långa sjukfall. Detta konstateras också av ESO, som menar att den ökade sjukfrånvaron mellan 2011 och 2016 främst var resultatet av att sjukfallen blev längre.² Detta som en konsekvens av, 1) de striktare reglerna inom sjukersättningen som infördes 2008 och som innebar att försäkrade som annars hade gått från sjukpenning till sjukersättning, i stället blev kvar i sjukskrivning, och 2) försämringar i Försäkringskassans arbete med att pröva rätten till ersättning vid rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser.

² ESO (2016:2), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*.

Figur 3.2 Antalet påbörjade sjukfall respektive sjukfall som blir längre än 180 dagar

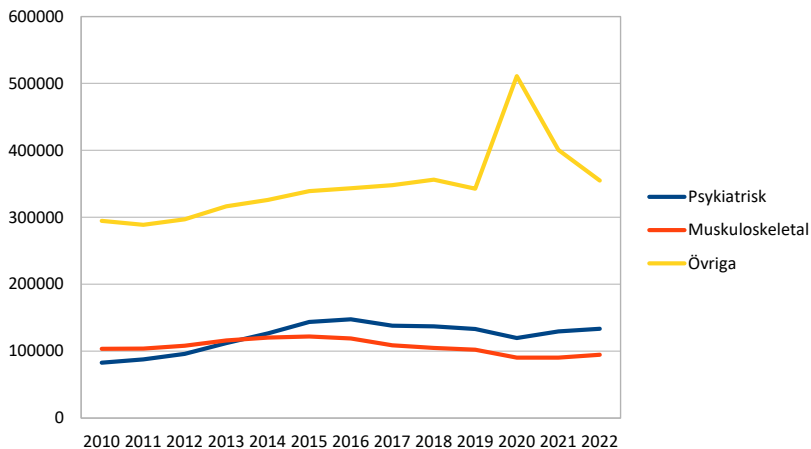


Källa: Försäkringskassans hemsida.

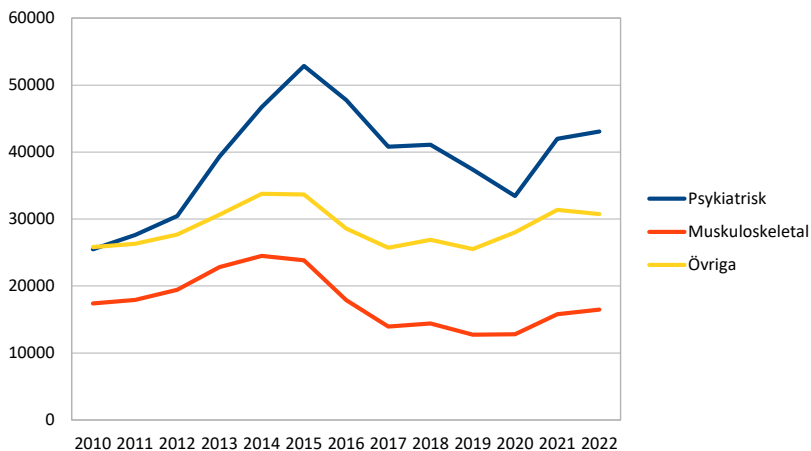
3.1.2 Psykiatriska diagnoser vanliga vid längre sjukskrivning

De vanligaste diagnoserna i samband med sjukskrivning är psykiska sjukdomar och muskelrelaterade besvär. De psykiatriska och muskuloskeletal diagnosgrupperna utgör omkring 4 av 10 påbörjade sjukskrivningar (figur 3.3). Denna andel har legat relativt stabilt från 2010 och framåt med undantag för 2020 då diagnoser kopplade till covid-pandemin ökade kraftigt.

Bland sjukfall som passerar 180 dagar utgör de psykiatriska och muskuloskeletal diagnoserna närmare 70 procent (figur 3.4) av alla diagnoser. Nästan hälften av alla med en längre sjukskrivning har en psykiatrisk diagnos. Denna andel ökade kraftigt mellan 2010 och 2015.

Figur 3.3 Påbörjade sjukfall fördelat på diagnosgrupp

Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

Figur 3.4 Sjukfall längre än 180 dagar fördelat på diagnosgrupp

Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

3.2 Försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningsprocessen

Försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningsprocessen handlar om att utreda rätten till ersättning och behovet av rehabilitering samt samordna insatser mellan olika inblandade aktörer.³ Med undantag för prövningarna av rätten till ersättning vid dag 90 och 180 i sjukperioden, som omfattar mer renodlade utredningar av rätten till ersättning, innehåller de övriga initiativen inslag av såväl prövning av rätten till ersättning som utredning av behovet av stöd.

I detta avsnitt redovisas hur Försäkringskassan har arbetat med dessa mer allomfattande utredningar över tid. I nästa avsnitt redovisas hur man har genomfört prövningarna av rätten till ersättning inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Uppgifterna är hämtade från Försäkringskassans ärendehanteringssystem, och bygger på försäkringsutredarnas egna registreringar. Vi reserverar oss för eventuella kvalitetsbrister.⁴

SASSAM-kartläggning

Om det finns osäkerhet kring den försäkrades arbetsförmåga och behovet av samordnade insatser kan försäkringsutredaren genomföra en så kallad SASSAM-kartläggning.⁵ I kartläggningen analyserar utredaren och den försäkrade tillsammans hinder och möjligheter för att återgå i arbete. Den så kallade SASSAM-kartan omfattar individfaktorer, omgivningsfaktorer och motivation. Om det behövs och är möjligt ska den också leda fram till en planering för återgång i arbete, med eller utan rehabiliteringsåtgärder.

³ Se 30 kap. 8 och 9 § socialförsäkringsbalken.

⁴ För en närmare beskrivning av hur Försäkringskassan arbetar för att utreda behovet av rehabilitering samt upprätthålla kvalitet i utredning och beslut i ärenden där den försäkrades arbetsförmåga bedöms mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, hänvisas till Försäkringskassan (Svar på regeringsuppdrag, 2020/001876) samt Försäkringskassan (PM 2022:1).

⁵ Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 18, s. 333.

Avstämningsmöte

Försäkringsutredaren kan också ta initiativ till ett avstämningsmöte med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer (arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, läkare) om den försäkrades hälsotillstånd, arbetsförmåga och möjligheter att återgå i arbete behöver utredas.⁶

Ett avstämningsmöte kan vara ett bra tillfälle att upprätta en plan för återgång i arbete om arbetsgivaren inte redan tagit fram en sådan. Syftet med planen är att klargöra för alla inblandade hur den försäkrades väg tillbaka i arbete ser ut. En plan bör tas fram så tidigt som möjligt i sjukfallet, dock kan det vara svårt i de fall där den försäkrade behöver arbetslivsinriktad rehabilitering eller då den medicinska prognosen är osviss. Då kan framtagandet av en plan behöva vänta.

Rehabiliteringsplan

Kravet på såväl plan för återgång i arbete som rehabiliteringsplan är reglerad i lag.⁷ En rehabiliteringsplan ska tas fram av Försäkringskassan då den försäkrade behöver arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och rehabiliteringsersättning. Planen, som ska innehålla uppgifter om vilka insatser som är nödvändiga för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete samt vilken typ av arbete som kan bli aktuellt, ska föregås av en medicinsk prognos över hur återgången i arbete i ordinarie omfattning ser ut.

Samordning

Försäkringskassan har enligt 30 kap. 8 § socialförsäkringsbalken, ett övergripande samordnings- och tillsynsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Det innebär att man samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan har ingått överenskommelser om samverkan med Arbetsförmedlingen och kan vid behov också ingå överenskommelser om fördjupad samverkan med både arbetsgivare och regioner.⁸ För för-

⁶ Se 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken.

⁷ Se 30 kap. 6 § och 30 kap. 12 § SFB.

⁸ Se exempelvis regleringsbrevet för Försäkringskassan 2022 (dnr. S2021/08064, S2021/08094 S2021/08111, delvis) och Försäkringskassan svar dnr. FK 2022/002568, Svar på regeringsuppdrag.

säkrade som behöver samordnade insatser finns möjligheten till finansiell samordning som kan bedrivas i samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och region.⁹

Nedan redovisas uppgifter om samordning endast till och med 2019, detta eftersom Försäkringskassan därefter gjorde bedömningen att registreringen inte fyllde något syfte, även om arbetet fortfarande utfördes.

Telefonutredning

Den kanske enklaste och vanligaste utredningsåtgärden för försäkringsutredaren är en så kallad telefonutredning.¹⁰ Utredningen genomförs via ett telefonsamtal med den försäkrade och syftet är att utreda förutsättningar för återgång i arbete. En telefonutredning kan genomföras när som helst under sjukperioden.

Utvecklingen över tid

I figur 3.5–3.7 redovisas i vad mån Försäkringskassan genomfört olika åtgärder i sjukfallet, givet att sjukperioden pågått en viss tid (90, 180 och 365 dagar). Även om det kan vara svårt att få grepp om det exakta innehållet i respektive åtgärd, torde framställningen ge en relevant bild av hur aktiva Försäkringskassan varit i sin utredande funktion, samt vilken inriktning och vilka prioriteringar detta arbete haft över tid.

Den övergripande bilden är att utvecklingen av Försäkringskassans arbete är likartat för olika sjukfallslängder, det vill säga oavsett om vi analyserar åtgärder tidigt eller sent i sjukfallen. Åtgärder som avstämningsmöten, SASSAM-kartläggningar och planerande för återgång i arbete, sjönk drastiskt från 2011–2013 fram till 2020, varefter en svag ökning skett från mycket låga nivåer. Även telefonutredningar har blivit mindre vanliga jämfört med 2011–2013, dock har en viss ökning skett sedan 2015–2016, inte minst i sjukfall upp till 180 dagar. År 2021 hade en telefonutredning genomförts i omkring 60 procent av fallen, både upp till dag 90 och mellan dag 91 och 180.

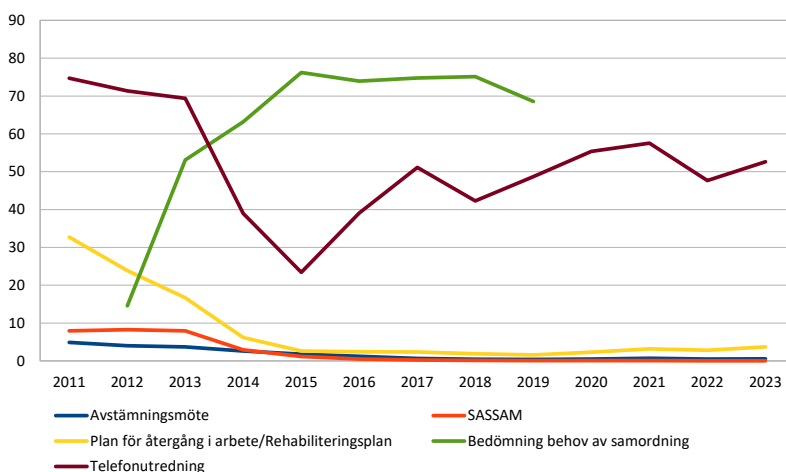
⁹ Se 1 § lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

¹⁰ Försäkringskassan, PM 2022:3. "Mer aktivitet i utredningar av ärenden om sjukpenning – En analys av skillnader i handläggningen mellan åren 2019 och 2021".

I sjukfall längre än 1 år genomfördes en telefonutredning i drygt 70 procent av fallen mellan dag 181 och 365.

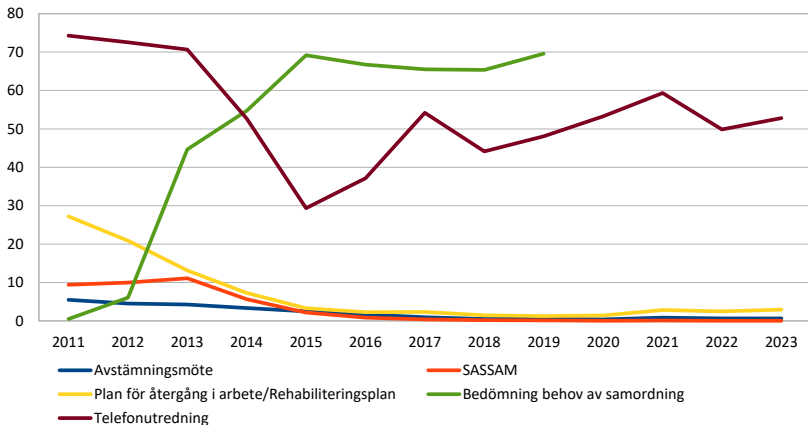
Bedömning av behovet av samordning ökade kraftigt mellan 2012 till och 2015 och låg därefter kvar på en hög nivå fram till och med 2019. Denna bedömning var tydligt prioriterad i Försäkringskassans handläggning även tidigt i sjukfallet där en bedömning gjorts i drygt 70 procent av ärendena (figur 3.5a). Noterbart är att en bedömning av behovet av samordning inte nödvändigtvis föranleder en samordningsinsats. Av genomförda behovsbedömningar av samordning under 2018 kategoriserades endast 26 procent som ”Samordning behövs” eller ”Samordning behövs sannolikt”.

Figur 3.5 Åtgärder inom 90 dagar i sjukfallet bland ärenden som pågår längre än 90 dagar, procent



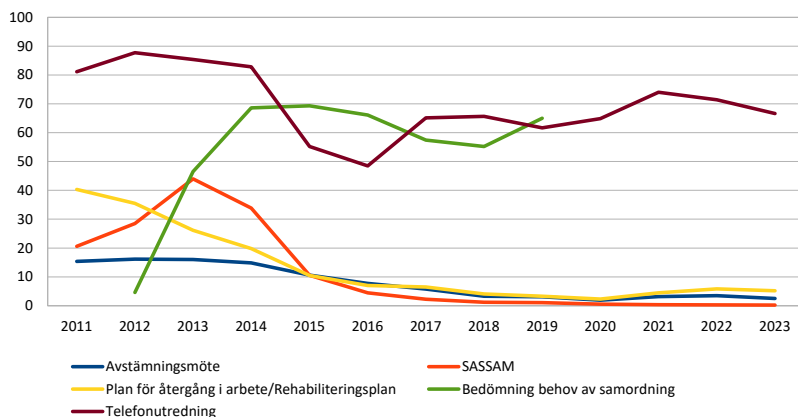
Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

Figur 3.6 Åtgärder dag 91–180 i sjukfallet bland ärenden som pågår längre än 180 dagar, procent



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

Figur 3.7 Åtgärder dag 181–365 i sjukfallet bland ärenden som pågår längre än 365 dagar, procent



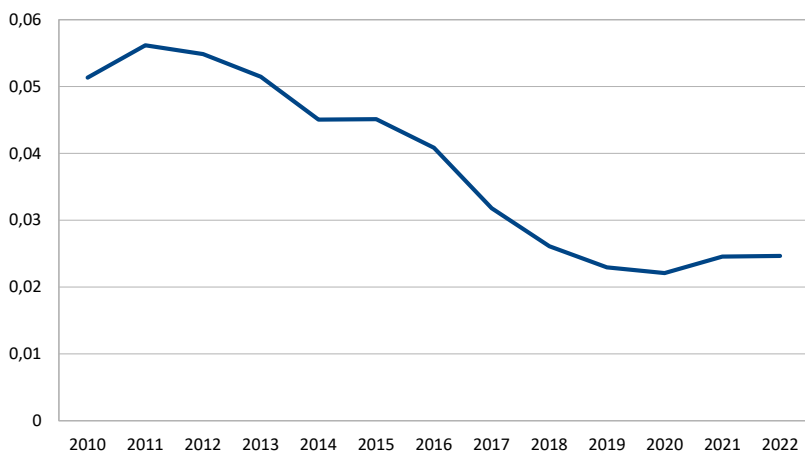
Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

3.2.1 Rehabiliteringspenning

Försäkrade som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering kan få rehabiliteringspenning. I SOU 2020:6 konstateras att nästan samtliga som mottar rehabiliteringspenning genomgår arbetsträning.

I figur 3.8 redovisas utbetalningarna av rehabiliteringspenning som andel av utbetalningarna av sjukpenning, över tid. Som framgår sjönk denna andel från omkring 5 procent under 2010–2012 till drygt 2 procent 2018–2020.¹¹ Därefter har andelen ökat något. Utbetalningarna av rehabiliteringspenning följer alltså i stort samma utveckling som insatserna i figur 3.5–3.7.

Figur 3.8 Andel utbetald rehabiliteringspenning i förhållande till sjukpenning och rehabiliteringspenning



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

3.2.2 Aktivitetsförmågutredningar och gemensam kartläggning

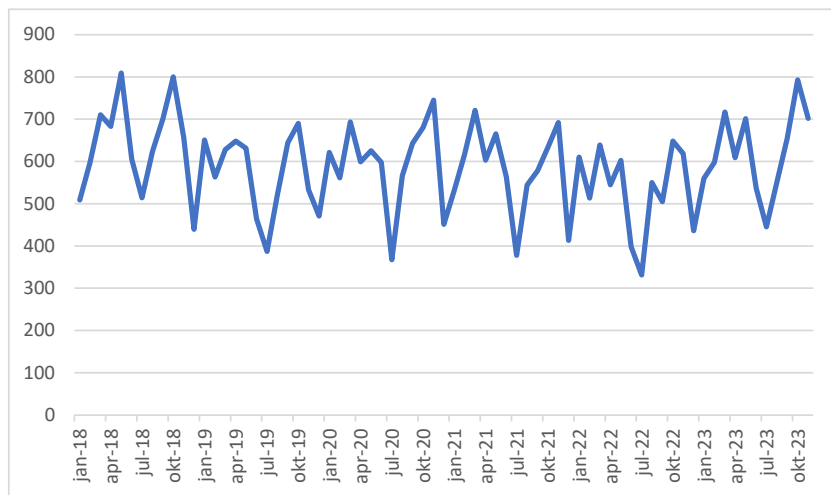
En aktivitetsförmågutredning (AFU) är ett fördjupat medicinskt underlag som kan beställas av Försäkringskassan när, 1) den medicinska informationen är oklar, 2) när det är oklart i vilken omfattning som sjukdomen sätter ner arbetsförmågan, 3) när det finns behov av att utreda vilken förmåga till aktivitet den försäkrade har, eller 4) när den försäkrade har diagnoser som saknar tydliga rekommen-

¹¹ Noterbart är att det 2016 gjordes ett förtydligande av tolkningen av 31 kap. 8 § SFB, som innebar att rehabiliteringspenning enbart kan betalas ut i den omfattning som den arbetslivsinriktade åtgärden förhindrar arbete. Tidigare hade den som deltagit i en arbetslivsinriktad åtgärd fått hel rehabiliteringspenning om hen haft helt nedsatt arbetsförmåga, oavsett om deltagandet varit på hel- eller deltid.

dationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. En AFU ska alltid övervägas så tidigt som möjligt i sjukfallet.¹²

I figur 3.9 redovisas antalet beställda AFU varje månad sedan januari 2018. Antalet har legat relativt stabilt under hela perioden på omkring 500–700 i månaden, motsvarande omkring 7 000 på årsbasis.

Figur 3.9 Antal beställda arbetsförmågeutredningar (AFU)



Källa: Uppgifter från Försäkringskassan.

Utöver nämnda åtgärder har vi även tittat på utvecklingen av genomförda *gemensamma kartläggningar*. En gemensam kartläggning genomförs vid ett eller flera möten mellan den försäkrade och Försäkringskassans respektive Arbetsförmedlingens handläggare. I ett första steg kartläggs den försäkrades situation inklusive medicinska, sociala och arbetsmässiga förutsättningar. Därefter görs en bedömning av vilka insatser som är nödvändiga för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete, påbörja studier eller söka arbete.¹³ En sammanställning av genomförda gemensamma kartläggningar visar att antalet legat stabilt på omkring 10 000 per år sedan 2016.¹⁴

¹² Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 18, s. 346.

¹³ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 18.

¹⁴ Försäkringskassan, "Insatser för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning – Återrapportering enligt regleringsbrevet 2022".

3.2.3 Sammanfattning – utveckling av stödande åtgärder

Även om bilden inte är helt entydig är en slutsats att stödande åtgärder i sjukskrivningsprocessen minskat i omfattning sedan 2011–2014 fram tills i dag. Visserligen genomförs telefonutredningar i en förhållandevis hög andel av ärendena, men vad dessa består respektive utmynnar i är inte helt tydligt. En telefonutredning kan i många fall bestå av ett enkelt telefonsamtal till den försäkrade där nödvändiga uppgifter för att utreda rätten till ersättning inhämtas. Därutöver har antalet gemensamma kartläggningar legat stabilt över en längre tid.

Sedan 2020 kan en viss uppgång skönjas vad gäller avstämningsmöten, SASSAM-kartläggningar, planerande för återgång i arbete och, inte minst, utbetalning av rehabiliteringspenning.

3.3 Försäkringskassans arbete med att utreda den försäkrades rätt till ersättning

Vid sidan av att utreda behovet av rehabilitering och samordningsinsatser ska Försäkringskassan utreda den försäkrades arbetsförmåga och rätt till ersättning vid upprepade tillfällen i sjukfallet.¹⁵ Bedömningar av arbetsförmågan och prövningar av rätten till ersättning görs inledningsvis i förhållande till det arbete den försäkrade har. Från och med dag 91 i sjukperioden utvidgas bedömningen till att även gälla andra arbeten hos arbetsgivaren. Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska arbetsförmågan även bedömas mot andra arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

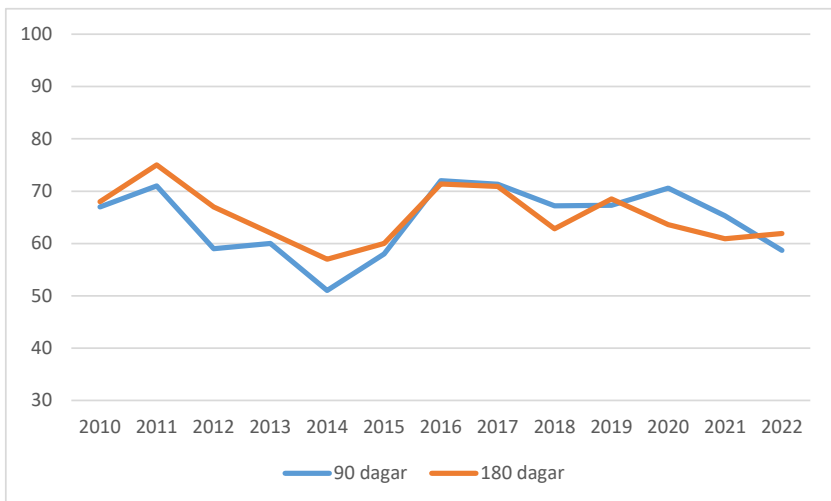
3.3.1 Prövningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser har gått upp och ner

I figur 3.10 redovisas i vilken utsträckning Försäkringskassan genomfört prövningarna inom rehabiliteringskedjans tidsgränser i utsatt tid. Anledningen till att prövningen inte görs i tid kan vara att nödvändigt underlag från den försäkrade, arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården, inte inkommit i tid. Det kan också bero på prioriteringar inom

¹⁵ Rehabiliteringskedjans tidsgränser regleras i SFB kap. 27 § 47 och 48.

Försäkringskassans arbete. Åren efter rehabiliteringskedjans införande (2008/2009) fanns exempelvis ett stort fokus inom Försäkringskassan på att öka förtroendet för myndigheten. Mycket tyder på att detta hade en negativ inverkan på kontrollarbetet.¹⁶ I figuren framgår att andelen ärenden som prövades i tid sjönk kraftigt, från 70–75 till 50–60 procent, mellan 2011 och 2014, för att därefter öka till samma nivåer 2016. Noterbart är alltså att utvecklingen följer ett spegelvänt samband med sjukfrånvaroutvecklingen – när Försäkringskassan prioriterade att pröva den försäkrades rätt till ersättning i tid, gick sjukfrånvaron ner, och tvärtom.

Figur 3.10 Andel (procent) bedömningar av arbetsförmågan gjorda senast vid dag 91 respektive dag 181, procent (i enlighet med rehabiliteringskedjans olika bedömningsgrunder)



Källa: Uppgifter hämtade från Försäkringskassans årsredovisningar.

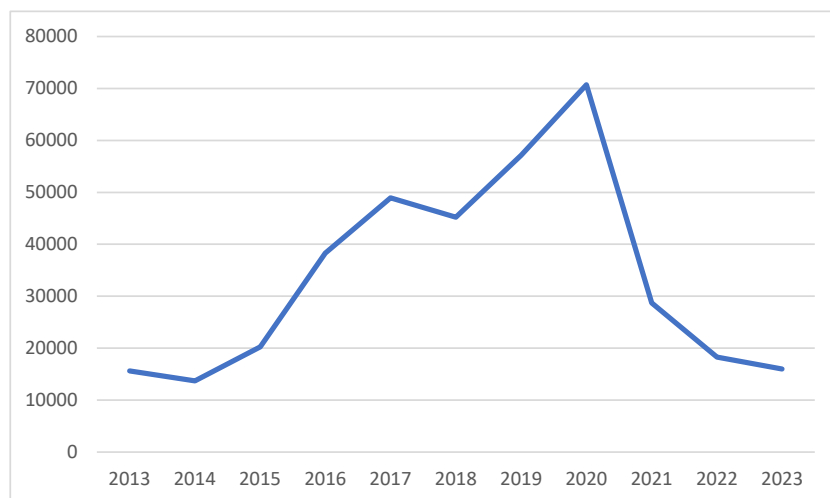
¹⁶ I ISF:s rapport "Förändrad styrning av och i Försäkringskassan – En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 påverkar handläggningen av sjukpenning", konstateras att regeringens styrning av Försäkringskassan ändrades 2012 till att fokusera mer på förtroendet för myndigheten. Detta inverkar i sin tur på Försäkringskassans interna styrning och handläggningen av sjukpenning, detta inom ramen för det bedömningsutrymme som handläggarna har. ISF konstaterar att när fokus var på förtroende tillämpade Försäkringskassan försäkringen mer generöst, bland annat eftersom handläggarna då ansåg att det var bättre att den försäkrade var kvar i sjukskrivning om det kunde innebära en mer hållbar lösning på sikt för den försäkrade. Se ISF-rapport 2018:16.

3.3.2 Kraftig minskning av antalet avslag

Ett annat sätt att få en uppfattning om hur strikt Försäkringskassan tillämpar regelverket är att studera förekomsten av avslag på inkomna ansökningar om sjukpenning. Avslag kan ges på såväl första ansökningar som på ansökningar som avser en fortsättning på sjukskrivningen. Antalet avslag som Försäkringskassan ger har, i likhet med sjukfrånvaron, varierat kraftigt över tid (se figur 3.11). Mellan 2014 och 2020 ökade antalet avslag från drygt 10 000 till över 70 000. Noterbart är att siffran för 2020 hade varit något högre om inte regeringen, enligt Försäkringskassan, hade aviserat att den avsåg att fatta beslut om en ny tillfällig bestämmelse om att inte bedöma mot ett normalt förekommande arbete efter dag 180 i sjukperioden.¹⁷

Efter införandet av övervägande skäl som bedömningsgrund mellan dag 180 och 365 i sjukperioden år 2021, har antalet avslag minskat kraftigt till och med 2023 då antalet avslag uppgick till 16 000. I likhet med prövningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser följer avslagen ett kontracykliskt samband med sjukfrånvaron – när avslagen ökar går sjukfrånvaron ner, och tvärtom.

Figur 3.11 Antal avslag



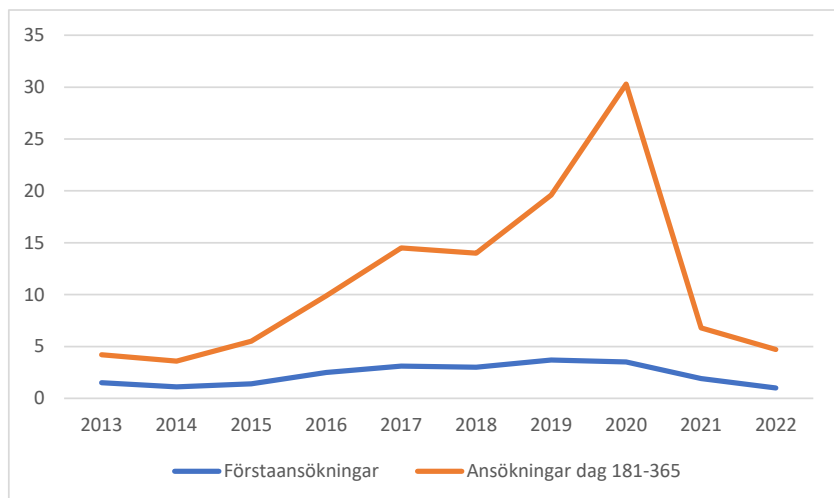
Källa: Försäkringskassans hemsida.

¹⁷ Försäkringskassan beslutade med anledning av detta om en tillfällig hantering, vilken innebar att myndigheten avvaktade med att fatta beslut i vissa ärenden. Försäkringskassan antog att förordningen skulle komma att gälla retroaktivt från den 21 december. Hanteringen gällde fram till att den föreslagna lagändringen om en flexiblare rehabiliteringskedja trädde i kraft den 15 mars 2021. Se Försäkringskassan Informationsmeddelande IM 2021:008 (15 januari 2021).

I figur 3.12 redovisas andelen avslag på ansökningar om sjuk- och rehabiliteringspenning, uppdelat dels på förstaansökningar, dels på ansökningar dag 181–365. Medan avslagen vid förstaansökningar legat stabilt mellan 1 och 3,7 procent under perioden är variationerna stora för avslagen mellan dag 181 och 365 i sjukperioden. Som högst var andelen avslag år 2020, då 30 procent av dem som ansökte om ersättning fick avslag på sin ansökan, att jämföra med endast omkring 5 procent såväl perioden 2010–2014 som år 2022.

Intressant att notera är också att antalet och andelen avslag inte var som högst när sjukfrånvaron var som lägst åren före och efter 2010. En möjlig förklaring är normernas betydelse för sjukfrånvaron – vår benägenhet att bli sjukskrivna och söka oss till sjukförsäkringen för försörjning påverkas av sjukfrånvaron i vår omgivning.¹⁸ Den låga sjukfrånvaron omkring 2010 utgjorde kulmen på en nedgång som pågått sedan 2002. Det finns sannolikt flera orsaker bakom denna historiskt sett låga nivå. En viktig förklaring var att det inom politiken fanns en samsyn om att sjukfrånvaron var för hög och att sjukskrivningsprocessen behövde stramas upp. Detta hade sannolikt en disciplinerande inverkan på benägenheten att ansöka om sjukpenning, vilken i sin tur påverkade antalet avslag.

Figur 3.12 Andel (procent) avslag

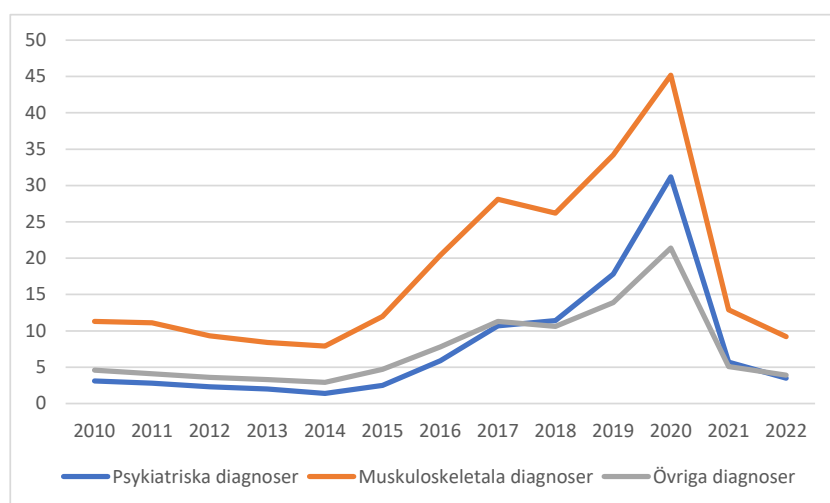


Källa: Försäkringskassans hemsida.

¹⁸ Se kapitel 9 för en mer detaljerad beskrivning av vad forskningen säger om normernas betydelse för sjukfrånvaron.

I figur 3.13 redovisas avslagen mellan dag 181 och 365 i sjukperioden per diagnosgrupp. Av figuren framgår att ingen enskild diagnosgrupp ensam driver upp- och nedgångarna i avslag. De psykiatriska diagnoserna är den grupp av diagnoser som är mest volatila över tid. Som högst var andelen avslag i denna grupp 45 procent år 2020. Därefter har andelen sjunkit till under 10 procent. En viktig förklaring till minskningen är de nya bedömningsgrunderna vid dag 181 i sjukperioden, och införandet av övervägande respektive (nya) särskilda skäl.

Figur 3.13 Andel (procent) avslag dag 181–365 i sjukfallet, per diagnosgrupp



Källa: Försäkringskassans hemsida.

3.4 Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning är lågt och stabilt över tid

Användningen av den mer permanenta ersättningsformen i sjukförsäkringen, sjuk- och aktivitetsersättning (SA), har historiskt haft ett nära samband med användningen av sjuk- och rehabiliteringspenningen. Nedgången av sjukfrånvaron i början av 2000-talet inleddes exempelvis med att många övergick från sjukpenning till SA, vars bestånd således ökade. På motsvarande sätt ökade sjukfrånvaron efter 2010 som en konsekvens av att reglerna för rätt till SA stramades åt.

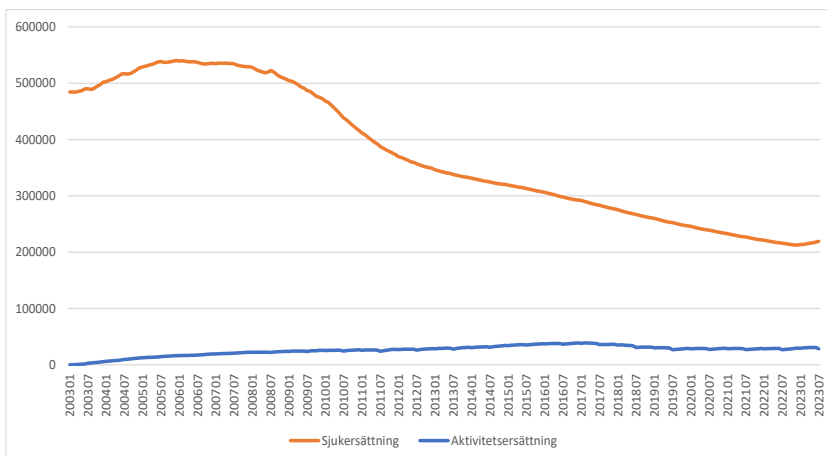
Under senare år har sambandet förmånerna emellan stabiliserats. Visserligen har antalet mottagare av SA kontinuerligt minskat (figur 3.14), men antalet nybeviljanden har legat på samma nivå sedan 2017 (figur 3.15).

Fem omständigheter är värda att notera: (1) gruppen som beviljas den mer varaktiga¹⁹ ersättningsformen innan 30 års ålder (aktivitetsersättning) är lika stor som den som beviljas ersättning senare i livet (figur 3.15); (2) det sker en kraftig nedgång av antalet nybeviljanden av sjukersättning mellan 2004 och 2010, men det sker också en tydlig nedgång mellan 2014 (13 000) och 2017 (5 700). Enligt Försäkringskassan är en förklaring till nedgången en striktare och mer korrekt tillämpning av de regler som infördes 2008 (figur 3.15);²⁰ (3) antalet nya mottagare av sjukersättning ökar med 25 procent mellan 2021 och 2022. Skälet till detta är sannolikt införandet av de nya äldre reglerna (se kapitel 6 för en analys av dessa) inom sjukersättningen (figur 3.15); (4) könsfördelningen i antalet nybeviljanden av SA är helt jämn sedan 2009. Dessförinnan beviljades betydligt fler kvinnor än män SA (figur 3.16); (5) antalet nya beviljanden av SA med en muskuloskeletal diagnos uppgår i dag endast till omkring 5 procent av alla nybeviljanden (figur 3.17). Detta kan jämföras med omkring 30–35 procent i början på 2000-talet. Nedgången kan i hög grad förklaras av den renodling av sjukersättningen som infördes den 1 juli 2008, och som i högre grad bör ha påverkat försäkrade med en muskuloskeletal diagnos.

¹⁹ Aktivitetsersättning beviljas tidsbegränsat, i minst ett år.

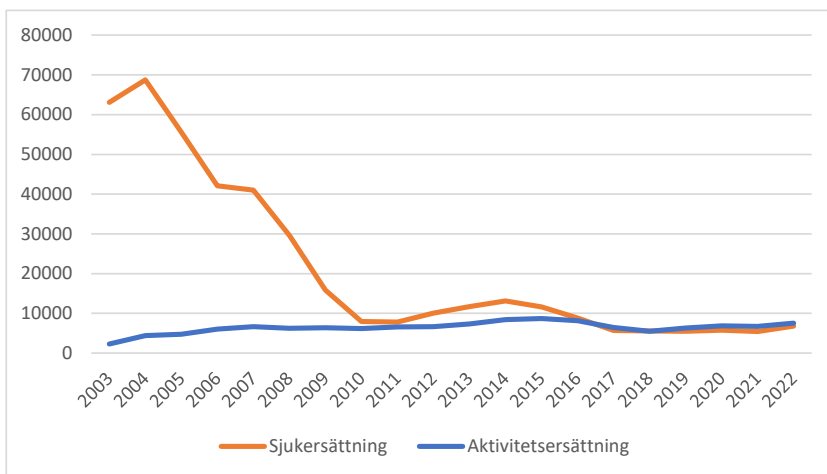
²⁰ Försäkringskassan: Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022, Rapport 2017-10-25.

Figur 3.14 Mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning över tid

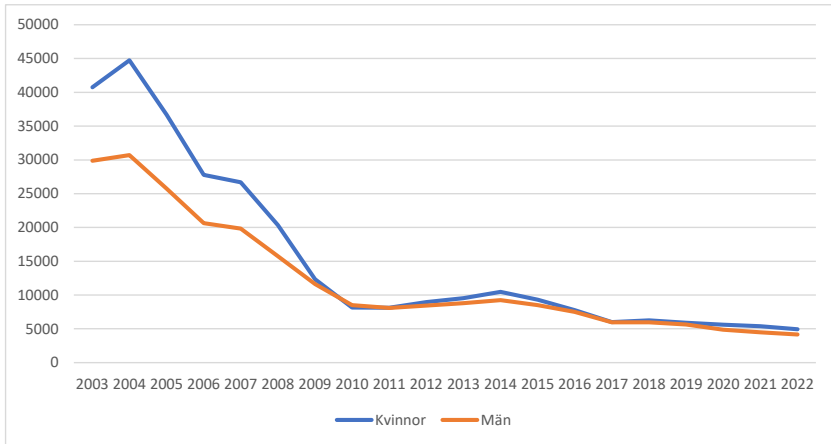


Källa: Försäkringskassans hemsida.

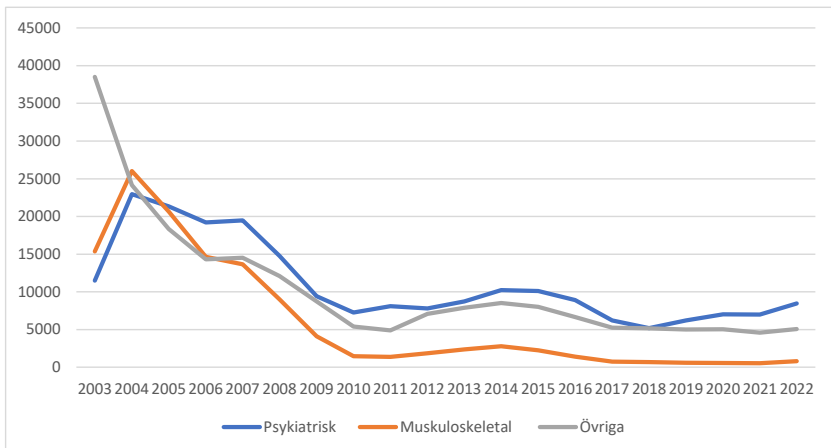
Figur 3.15 Nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning över tid



Källa: Försäkringskassans hemsida.

Figur 3.16 Nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning över tid, per kön

Källa: Försäkringskassans hemsida.

Figur 3.17 Nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning över tid, per diagnosgrupp

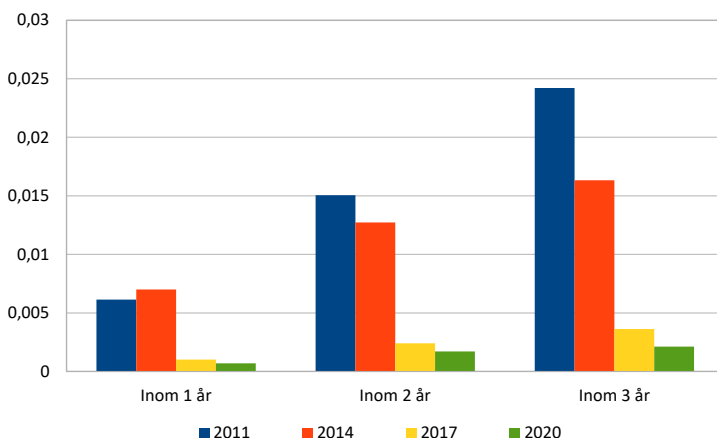
Källa: Försäkringskassans hemsida.

3.4.1 Färre övergår från sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning

Cirka 60 procent av dem som beviljades sjukersättning mellan januari 2021 och juni 2023 uppbar sjukpenning i direkt anslutning (månaden innan) till beviljandet. 26 procent hade inkomst från arbete och 20 procent mottog ekonomiskt stöd.²¹

I figur 3.18 redovisas andelen sjukpenningärenden som avslutas med att den försäkrade övergår från sjukpenning till sjukersättning. Över lag är andelarna mycket låga, i synnerhet inom ramen för det första året som sjukskriven då andelen som övergår till sjukersättning är en halv procent eller lägre. Inom två och tre år motsvarande andelarna 1,5 respektive 2,5 procent. En tydlig nedgång av andelarna har skett sedan borttagandet av den bortre gränsen för rätt till sjukpenning, som togs bort 2016, och sedan Försäkringskassan skärpte sin tillämpning av reglerna för rätt till sjukersättning.²² Sedan dess har andelen som övergått till sjukersättning inom tre års sjukskrivning legat omkring 0,2–0,3 procent.

Figur 3.18 Andel sjukpenningärenden som avslutas med att den försäkrade övergår till sjukersättning (>30 år)



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

²¹ Siffrorna är framtagna från SCB:s BAS-register (befolkningen arbetsmarknadsstatus).

²² Försäkringskassan: Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022, Rapport 2017-10-25.

3.5 Covid-19-pandemin

Reformerna i fokus för denna utredning sammanfaller tidsmässigt med covid-19-pandemin. Visserligen finns inom klassificeringen av diagnoser (ICD-10) diagnoskoder för covid-19-viruset, dock finns inte diagnoskoder som fångar covid-relaterade sjukdomar. Av den anledningen kan heller inte anges exakt hur covid-19-pandemin påverkat sjukfrånvaron.

Ett sätt att uppskatta betydelsen av pandemin på sjukfrånvaron är att studera förändringar i diagnosgruppernas sammansättning över tid. Om förekomsten av sjukskrivna med en viss diagnos ökar tydligt mellan 2019 och 2020, kan vi förutsätta att anledningen är covid-19-relaterad.

I figur 3.19–3.23 redovisas antalet pågående sjukfall den 31 december respektive år mellan 2018 och 2022, med olika sjukfallslängder inom olika diagnosgrupper. Diagnoserna avser den senast registrerade diagnosen i sjukfallet.²³ De tre största diagnosgrupperna – psykiska sjukdomar, sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, samt skador och förgiftningar ingår inte i framställningen eftersom förekomsten av dessa har varit stabila under perioden. Inte heller redovisas ovanliga diagnosgrupper som sjukdomar i blod och blodbildande organ (diagnosgrupp D) samt sjukdomar i ögat och närliggande organ (H). Detta eftersom de förekommer i liten utsträckning.

En sammanfattande slutsats är att fyra diagnosgrupper uppvisar tydliga eller mycket tydliga ökningarna mellan 2019 och 2020, bland sjukfall som pågår upp till 180 dagar. Dessa är: Sjukdomar i nervsystemet (G), Andningsorganens sjukdomar (J), Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd etcetera. (R), samt Koder för särskilda ändamål (U).

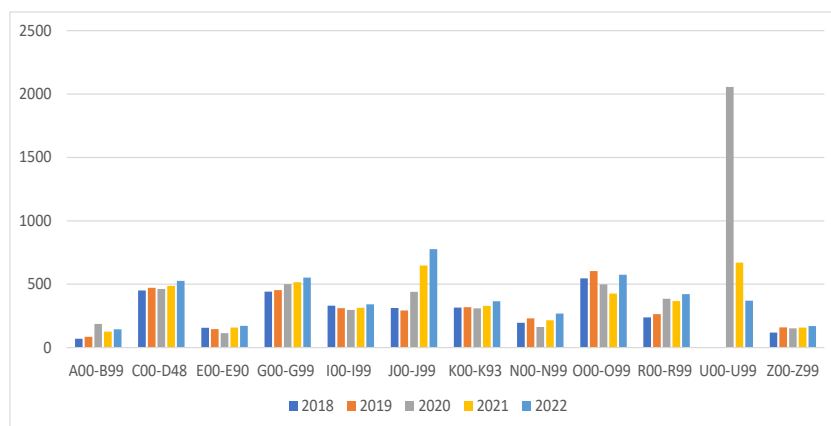
För sjukfall längre än 180 dagar uppvisar bara diagnosgrupperna U, och i viss mån J, en uppgång mellan 2019 och 2020. Noterbart är att nämnda diagnosgrupper utgör en större andel av de pågående

²³ Diagnoserna är baserade på den svenska versionen av ICD-10. Mer information om diagnoserna och klassificeringssystemet finns på Socialstyrelsens hemsida. A00-B99 Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar, C00-D48 Tumörer, E00-E90 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar, G00-G99 Sjukdomar i nervsystemet, I00-I99 Cirkulationsorganens sjukdomar, J00-J99 Andningsorganens sjukdomar, K00-K93 Matmältningsorganens sjukdomar, L00-L99 Hudens och underhudens sjukdomar, N00-N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen, O00-O99 Graviditet, förlossning och barnsängstid, R00-R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes, U00-U99 Koder för särskilda ändamål, Z00-Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården.

sjukfallen i de kortare sjukfallslängderna. I intervallet 29–59 utgör de omkring 15 procent, bland ärenden 90–179 är andelen 8 procent och i intervallet 180–364 drygt 3 procent.

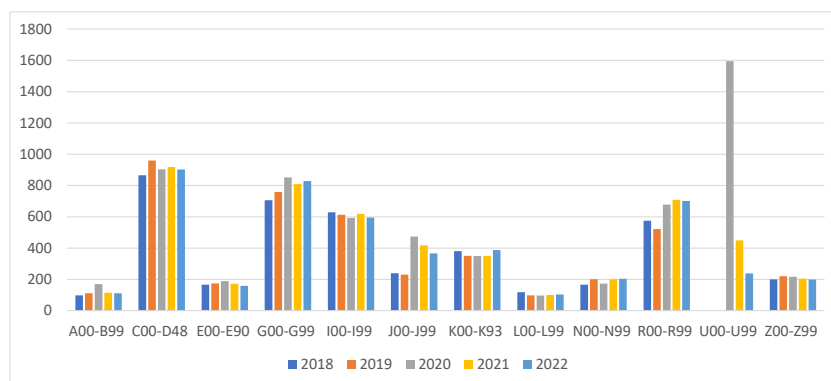
Eftersom reformerna i fokus för denna utredning i typfallet rör längre sjukskrivningar, från 180 dagar och framåt, är pandemins betydelse för resultaten sannolikt marginell.

Figur 3.19 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 15 och 28 i sjukfallet

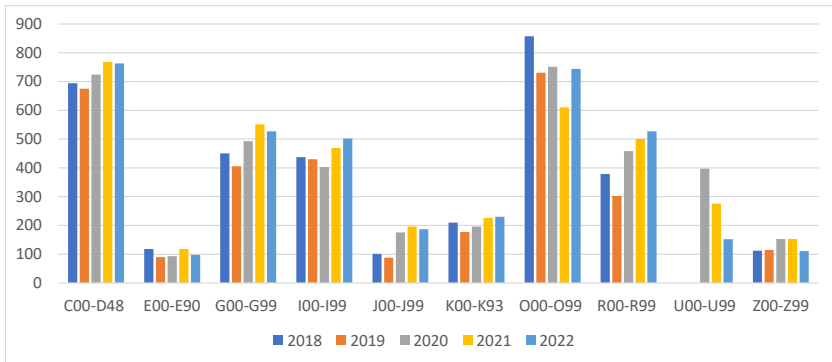


Källa: Försäkringskassans hemsida.

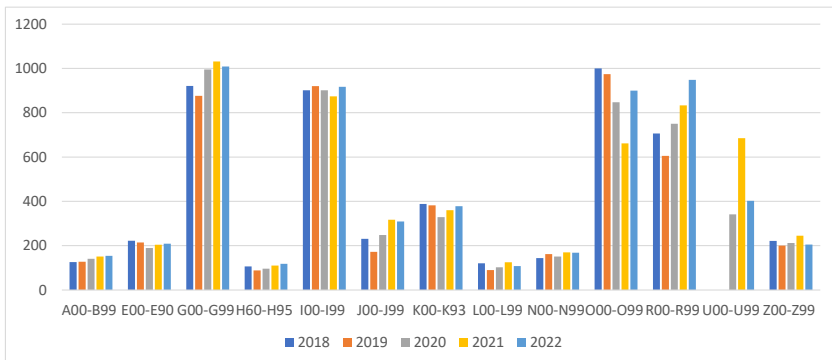
Figur 3.20 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 29 och 59 i sjukfallet



Källa: Försäkringskassans hemsida.

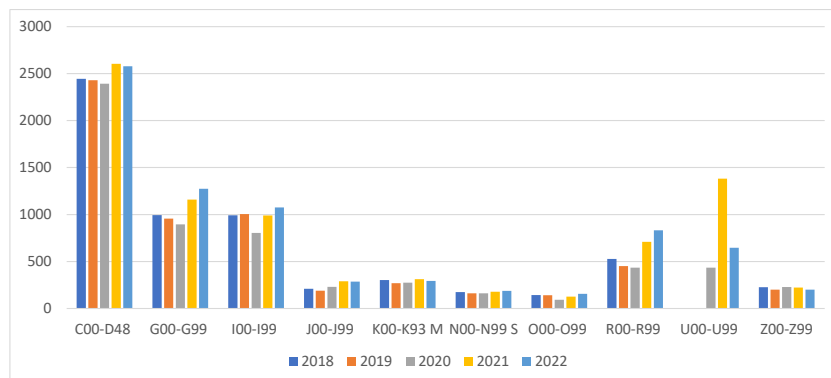
Figur 3.21 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 60 och 89 i sjukfallet

Källa: Försäkringskassans hemsida.

Figur 3.22 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 90 och 179 i sjukfallet

Källa: Försäkringskassans hemsida.

Figur 3.23 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 180 och 364 i sjukfallet



Källa: Försäkringskassans hemsida.

3.6 Inkomstkällor över tid

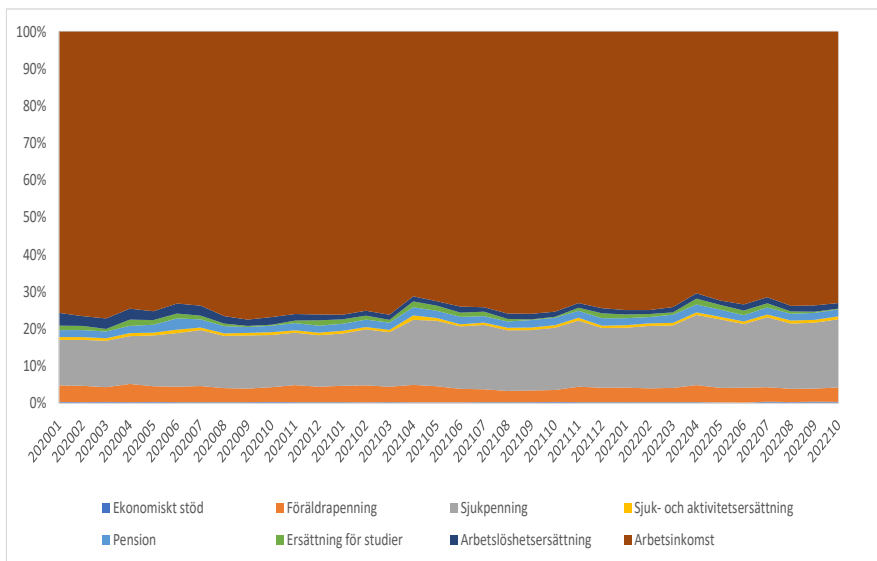
I denna utredning analyseras reformer inom sjukförsäkringen under 2021 och 2022 som kan förväntas ha fått konsekvenser för de försäkrades inkomster. Flera av reformerna innebär lättnader i kraven på omställning efter 180 dagars sjukskrivning. Syftet har varit att öka möjligheterna att återgå till befintlig arbetsgivare.

I figur 3.24 redovisas olika inkomstkällors andel av den totala inkomsten 12 månader efter sjukfallets start bland ärenden som passerar 90 dagar olika månader mellan januari 2020 och oktober 2022. Figuren ger således en översiktlig bild av hur de försäkrades inkomstsituation förändrats under de aktuella åren. Kopplingar till reformerna inom sjukförsäkringen ska emellertid dras försiktigt eftersom förändringar även inom andra områden kan ha haft betydelse för utvecklingen.

Figuren visar att inkomst från arbete är den dominerande inkomstkällan 12 månader efter sjukfallets start. Omkring 70–80 procent av inkomsten kommer från arbete under den studerade perioden. Noterbart är att andelen sjunkit något över tid. Bland dem som passerade 90 dagar under hösten 2020 var andelen 76–77 procent medan motsvarande andel under hösten 2022 var 73–74 procent. Den näst största inkomstkällan 12 månader efter sjukfallets start var sjukpenning. Som andel av inkomsten ökade denna inkomstkälla från 14 till 18 procent mellan 2020 och 2022.

Bland övriga inkomstkällor kan noteras att arbetslöshetsersättningens andel av inkomsten sjönk från omkring 2,0 till 1,5 procent under perioden. Övriga inkomstkällor – studiestöd, SA, föräldrapenning, pension och ekonomiskt stöd – har som andel av de totala inkomsterna, legat stabilt under den redovisade perioden.²⁴

Figur 3.24 Inkomstkällor (procent) som andel av total inkomst 1 år efter påbörjad sjukskrivning bland ärenden som pågår i minst 91 dagar, månad



Källa: SCB:s BAS-register 2020–2023

²⁴ Inkomst- och ersättningsuppgifterna är hämtade från SCB:s BAS-register. Ekonomiskt stöd är en summering av ekonomiskt bistånd, bostadsbidrag och äldreförsörjningsstöd. Pension är på motsvarande sätt en summering av garantipension, inkomstpension, premiepension, tilläggs-pension, särskilt pensionstillägg samt bostadstillägg för pensionärer och särskilt bostadstillägg för pensionärer.

4 Analys av Försäkringskassans styrning, förvaltning och utveckling av sjukförsäkringen

I detta kapitel redogör vi för Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden. Vi inleder med att beskriva vidtagna och planerade åtgärder. Denna information bygger på publicerat material från Försäkringskassan. Vi återger också resultat från Statskontorets granskning av Försäkringskassans arbete. I kapitlet redovisas även synpunkter och erfarenheter från försäkringsutredare och specialister avseende ett antal av de reformer som utvärderingen omfattar samt resultaten från en aktstudie som utredningen genomfört. Resultaten kan sammanfattas på följande sätt:

- Försäkringskassan har vidtagit ett antal åtgärder för att höja kvaliteten i sjukpenningärenden. Statskontoret framhåller att det än så länge (år 2023) inte går att se några konkreta resultat eller effekter av Försäkringskassans vidtagna åtgärder för att höja kvaliteten i sjukpenningärenden, i förhållande till Försäkringskassans handläggning.
- Enligt utredningens intervjustudie och aktstudie framkommer att Försäkringskassans kontakter med den försäkrade och med arbetsgivare har blivit fler och majoriteten av dessa tas i rätt tid i förhållande till vad som framgår av vägledningen på området. Det framkommer också att det har blivit vanligare att arbetsgivare har en planering för återgång i arbete och att en skriftlig plan inkommer till Försäkringskassan.
- I intervjustudien framkommer att det finns en stor variation i vad mån arbetsgivaren fullgör sitt rehabiliteringsansvar. Många arbetsgivare känner inte till sitt rehabiliteringsansvar och kravet på att

upprätta en rehabiliteringsplan. Enligt intervjustudien uppfattas det också som ett problem att Försäkringskassan saknar sanktionsmöjligheter gentemot arbetsgivare och att arbetsgivarna inte har något kostnadsansvar för de längre sjukfallen. Huruvida arbetsgivaren tar sitt ansvar beror på hur angelägen denne är att få tillbaka den försäkrade i tjänst enligt intervjuade försäkringsutredare.

- Försäkringsutredarna anser över lag att de har större möjligheter att göra ett bra jobb vad gäller att samordna aktiviteter och insatser och få med berörda parter i sjukskrivningsprocessen till följd av införandet av undantaget övervägande skäl. Undantaget har inneburit att försäkringsutredarnas roll blivit mer stödjande än kontrollerande vilket uppskattas. Arbetsituationen anses ha blivit mer stimulerande också på grund av att det inte görs lika många avslag till följd av undantaget.
- Aktstudien visar att beslut om rätten till sjukpenning motiveras med flera typer av underlag än tidigare i ärenden när de passerar dag 180. Resultaten visar dock att det finns en förbättringspotential att i journal ange vad som talar emot att den försäkrade ska återgå i arbete innan dag 365 vid beviljande av ersättning med stöd av övervägande skäl.
- Både akt- och intervjustudien visar att övervägande skäl stimulerar deltidssjukskrivning. Enligt intervjuade försäkringsutredare och specialister anses undantaget medföra ett tillvaratagande av restarbetsförmåga, särskilt för de som är helt sjukskrivna vid sjukfallets start.
- Aktstudien visar att det ofta saknas en tydlig prognos för återgång i arbete vid beviljande av ersättning utifrån särskilda skäl. Det högre beviskravet för särskilda skäl i förhållande till övervägande skäl förefaller därmed inte tillämpas fullt ut. I de sjukfall utredningen fördjupat sig i är det i praktiken endast sjukskrivningstiden som förlängts snarare än att sannolikheten att återgå i arbete har ökat. Detta i sjukfall där ersättning först beviljats utifrån övervägande skäl och sedan särskilda skäl.
- Borttagandet av kravet på en jämn reduktion av arbetstiden vid deltidssjukskrivning uppfattas som en i huvudsak positiv lagändring av försäkringsutredare och specialister. Att arbetstiden kan förläggas på ett annorlunda sätt beskrivs som mer flexibelt i för-

hållande till den sjukskrivnes besvär och behov av återhämtning samt i förhållande till arbetsgivarens verksamhetsmässiga behov. Enligt intervjuerna kan lagändringen dock potentiellt utnyttjas av arbetsgivaren om förändringen medför att denne inte anstränger sig lika mycket för att tillgodose den försäkrades medicinska behov av en specifik arbetstidsförläggning.

- Vad gäller lagändringen om angiven yrkesgrupp framkommer i intervjustudien uppfattningen att det generellt sett är för många yrken per yrkesgrupp, att kraven på förmågor är väsentligt högre än innan lagändringen och att de samlade aktivitetskraven i en yrkesgrupp försvårar möjligheten till omställning och därmed tillvaratagandet av arbetsförmåga.

4.1 Bakgrund

Sedan 2015 har Försäkringskassan haft regeringens uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess och bidra till att den vid 2015 stigande sjukfrånvaron skulle brytas. Regeringsuppdraget har redovisats årligen sedan 2016 och slutredovisades 2021. Den följande beskrivningen av Försäkringskassans arbete baseras på slutrapporten.¹ Försäkringskassan har genomfört insatser både internt och tillsammans med externa parter. Vissa insatser är avslutade medan andra är av omfattande och övergripande karaktär och kommer att fortgå flera år framöver. Insatser har framför allt genomförts inom områdena: (1) Uppföljning, lärande och kontroll, (2) Tydliggörande av utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav samt begripliga beslut, (3) Ökad likformighet och bättre förutsättningar för försäkringsutredarna att planera sitt arbete, (4) Styrning som understödjer övriga åtgärder och möjliggör större stabilitet över tid och (5) Insatser i samverkan med externa aktörer, vilka är hälso- och sjukvården, arbetsgivare, Arbetsmiljöverket och Arbetsförmedlingen. Inom varje område konkretiseras i slutrapporten hur arbetet har organiserats och implementeras.

Försäkringskassan skriver i sitt svar till regeringen om svårigheten att kunna påvisa om insatserna föranlett förändringar i utfallet av

¹ Försäkringskassan, Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess (FK 2021/019759).

sjukförsäkringen. Man menar att svårigheten beror på att olika aktörer har olika ansvar i sjukskrivningsprocessen, och på att pandemin gjort att analyser kring bakomliggande orsaker till förändringar blir svårare och mer komplexa att utföra.²

4.2 Försäkringskassans resultatuppföljningar

I Försäkringskassans årsredovisning för 2022 redovisas resultaten av åtgärder för att säkerställa en enhetlig och rättssäker tillämpning av sjukförsäkringen och för att öka förutsägbarheten för den som gör anspråk på ersättning. Försäkringskassan bedömer att många åtgärder har resulterat i bättre utredningar av arbetsförmågans nedsättning och rätten till ersättning, samt att begripligheten i besluten har förbättrats. Handläggningstiderna har ökat under året men ligger fortfarande i nivå med vad som krävs för att säkerställa en korrekt handläggning, samtidigt som de sjukskrivnas upplevelse av skyndsamhet och rättslig kvalitet är fortsatt övervägande positiv.

Försäkringskassan bedömer att man har gjort en positiv förflyttning inom samordningsuppdraget, men att myndigheten kan bli ännu bättre på att samordna rehabiliteringsinsatser för de försäkrade som behöver stöd för återgång i arbete.

Vidare anser Försäkringskassan att det fortsatta värnandet av en låg och stabil sjukfrånvaronivå kräver att fler aktörer bidrar aktivt utifrån sina respektive ansvarsområden. Försäkringskassan arbetar därför på olika sätt med strukturell samverkan med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Fler personer avslutar självmant sin sjukskrivning mot bakgrund av att de anser sig vara arbetsföra vilket Försäkringskassan menar kan bero på att fler får möjlighet att rehabiliteras tillbaka i arbete hos den egna arbetsgivaren. Detta ligger i linje med intentionerna med lagändringarna 2021/2022. Försäkringskassan framhåller dock att kunskapen är begränsad vad avser vilket stöd som sjukskrivna får från olika aktörer och vad som är verkningsfulla rehabiliteringsåtgärder vid olika diagnoser. Det påverkar möjligheterna för samtliga aktörer att arbeta med ett effektivt stöd för att individen ska kunna återgå i arbete.

² Försäkringskassan, Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess (FK 2021/019759), s. 4.

Utifrån Försäkringskassans ansvarsområde har myndigheten vidtagit flera åtgärder för att säkerställa att relevanta samordnings- och rehabiliteringsinsatser görs för dem som behöver stöd för återgång i arbete. Pågående förändringsarbete som syftar till att förbättra förutsättningarna för samordningsuppdraget samt lagändringar som syftar till att ge fler möjlighet till återgång i det egna arbetet kan ha bidragit till de senaste årens utveckling där fler individer deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och får rehabiliteringsersättning. Försäkringskassan får även in fler planer för återgång i arbete från arbetsgivaren. Samtidigt anger Försäkringskassan att man kan bli bättre på att utreda behov av rehabilitering och samordna rehabiliteringsinsatser för individer med sjukpenning.

4.3 Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning och förändrad organisation³

Försäkringskassan startade under våren 2022 ett utvecklingsarbete kallat *Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning*. Beslutet att starta programverksamheten har föregåtts av en rad externa och interna utredningar och analyser som pekat på olika problem och behov av förändring inom förvaltningen av sjukförsäkringen. Bakgrunden till initiativet är enligt ansvarig programchef stora svängningar i den politiska styrningen, i Försäkringskassans egen styrning samt i sjukskrivningstalen. Därför arbetar man nu med att utveckla en förvaltning av sjukförsäkringen som är stabil, förutsägbar och ändamålsenlig och som uppfattas som trovärdig ur ett brett samhällsperspektiv.

Programmet ska samordna och driva myndighetens strategiska utvecklingsarbete inom sjukförsäkringen. En tydlig verksamhetsidé och prioriterade utvecklingsmål ska arbetas fram för att staka ut riktningen för hur förvaltningen av sjukförsäkringen ska utvecklas. Åtgärder som redan initierats är en förstärkning av den rättsliga styrningen, det rättsliga stödet och inrättandet av en intern tillsynsfunktion.

I anslutning till förnyelseprogrammet omorganiserades också Försäkringskassans Avdelning för sjukförsäkring under 2023.⁴ Syftet är att skapa en mer ändamålsenlig och effektiv organisering av hand-

³ Detta stycke baseras på information från Försäkringskassans intranät 2023-06-01 samt på en presentation ansvarig chef höll på AFA 2023-11-29: Försäkringskassan förvaltning sjukförsäkring | Afa Försäkring (afaforsakring.se).

⁴ Underlagsrapporter från Försäkringskassan 2023.

läggningen av sjukfall. Försäkringskassan menar att dagens geografiskt baserade organisation med en bred handläggarrull och en omfattande, i många fall icke ändamålsenlig, mål- och resultatstyrning, inte bidrar till att ge de sjukskrivna eller andra aktörer det stöd som de kan förväntas få. Detta samtidigt som den rättsliga kvaliteten är för låg och medarbetarnas situation blir allt sämre. Den nya organisationen ska innehålla de tre verksamhetsområdena: *Första anspråk*, *Fördjupad utredning* och *Stöd för återgång*. Omorganisation genomförs successivt fram till första februari 2024.

4.4 Statskontoret anser att Försäkringskassans förändringsarbete adresserar rätt problem

Statskontoret har på uppdrag av regeringen granskat Försäkringskassans åtgärder för att förbättra förvaltningen av sjukförsäkringen. Statskontorets analys sträcker sig fram till årsskiftet 2022/23 och i slutrapporten anges att det än så länge inte går att se några konkreta resultat eller effekter av åtgärderna i förhållande till Försäkringskassans handläggning.⁵ Statskontoret bedömer att de konkreta åtgärder som Försäkringskassan hitintills vidtagit främst varit riktade mot att stärka enhetligheten i handläggningen. Åtgärder för att stärka stabiliteten framgår enligt Statskontoret inte lika tydligt. Statskontoret bedömer att det kan bli en utmaning för Försäkringskassan att få till en stabil rättstillämpning med tanke på de stora svängningar som varit under lång tid. Det förstärkta rättsliga arbetet på Försäkringskassan, som bland annat innebär införandet av ett verksamhetsnära rättsligt stöd kräver uthållighet enligt Statskontoret. Statskontoret menar vidare att omorganisationen inom Avdelningen för sjukförsäkring ger bättre förutsättningar att följa och styra kvaliteten i handläggningen samtidigt som möjligheterna att freda resurser för att samordna rehabiliteringsinsatser för den försäkrade ökar. Samtidigt framhåller Statskontoret att den ökade specialiseringen kan leda till fel, förseningar och dubbelarbete när ärenden ska överlämnas mellan handläggare som arbetar med olika delar av handläggningen.

⁵ Statskontoret 2023:6, Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen – Slutrapport.

Statskontoret konstaterar sammanfattningsvis att Försäkringskassans förändringsarbete tar sikte på de stora problemen som finns inom förvaltningen av sjukförsäkringen och att det nu finns bättre förutsättningar än tidigare att dessa åtgärder får genomslag i verksamheten. Dock framhålls att Försäkringskassans analyser inför förändringsarbetet inte varit fullständiga och att berörda chefer inte har tillräckliga förutsättningar att leda förändringsarbetet.

4.5 Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden

Utredningen har genomfört en aktstudie av 300 sjukfall samt gruppintervjuer med sammantaget 23 försäkringsutredare och fem specialister samt en kompletterande intervju med en specialist. Det övergripande syftet med aktstudien och intervjustudien har varit att närstudera Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden samt att spegla utredare och specialisters erfarenheter av och synpunkter på aktuella lagändringar. Framför allt är det tillämpningen av de nya reglerna (1) övervägande skäl, (2) särskilda skäl, (3) angiven yrkesgrupp samt (4) borttagandet av jämn reducering av arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning som fokuserats i studierna. Intervjuerna har genomförts som gruppintervjuer med anställda från fem lokalkontor. Orterna som valdes ut var Kalmar, Örebro, Umeå, Borås och Stockholm (Alvik). Orterna valdes ut för att representera de fem verksamhetsområden – Syd, Mitt, Nord, Väst och, Stockholm – där handläggning av sjukpenning sker.

Att vi valde att intervjua både utredare och specialister motiveras med att vi önskade att få fler perspektiv på handläggningen av sjukförsäkringen. Försäkringsutredare har som huvuduppgift att utreda, bedöma, besluta och dokumentera rätt till ersättning. Försäkrings-specialister har bland annat som uppgift att kvalitetssäkra och vägleda de som ansvarar för handläggningen av individärenden i tolkning och tillämpning av regelverket.⁶ I resultatpresentationen används begreppet respondenter som beteckning för både utredare och specialister sammantaget. I förekommande fall särredovisas de bägge gruppernas uppfattningar vilket då tydliggörs.

⁶ Underlag från Försäkringskassan juni 2023.

Aktstudien⁷ omfattar 300 sjukfall utifrån ett slumpmässigt urval. Aktstudien är i stort utformad som två tidigare aktstudier från Försäkringskassans där 300 sjukfall studerades för åren 2019 respektive 2021.⁸ Detta har gjort det möjligt att analysera förändringar i vissa utfall vad gäller Försäkringskassans handläggning. För att vara tydliga skriver vi aktstudien 2022/23 när aktstudien genomförd av utredningen diskuteras och aktstudier 2019 respektive 2021 vid jämförelser med Försäkringskassans studier. Utredningens aktstudie har i likhet med de tidigare studierna utgått från ett standardiserat frågeformulär med i huvudsak fastställda svarsalternativ. Utredningen har också gjort en fördjupad aktstudie av tio sjukfall där sjukpenning först beviljats med stöd av övervägande skäl och sedan med stöd av särskilda skäl. Syftet med den studien har varit att studera beslutsmotiv för beviljande av ersättning utifrån de två undantagen.

Resultatpresentation följer i grova drag rehabiliteringskedjans steg och följaktligen inleder vi med att diskutera första bedömningen i sjukfall för att avslutningsvis diskutera iakttagelser vad gäller utbyte av sjukpenning till sjukersättning. I resultatpresentationen redogör vi för övervägande skäl före särskilda skäl även om bägge undantagen är tillämpliga efter dag 180. Övervägande skäl kan dock bara tillämpas till dag 365 i rehabiliteringskedjan medan särskilda skäl kan tillämpas till dag 550.⁹ Att diskutera övervägande skäl före särskilda skäl är således kronologiskt motiverat. Övervägande skäl ska dessutom, enligt Försäkringskassan, utredas innan särskilda skäl utreds.¹⁰

Vi diskuterar i avsnittet också våra resultat i förhållande till studier och uppföljningar som Försäkringskassan genomfört samt i förhållande till förarbeten och vägledningar inom sjukförsäkringsområdet.

4.5.1 Första anspråk och överlämnande av ärenden för fortsatt bedömning

Från och med 15 september 2021 har handläggningen av ansökningar i nya sjukfall koncentrerats till ett nationellt verksamhetsområde. Syftet har varit att renodla uppdraget, skapa förutsättningar för att

⁷ I utredningens aktstudie var ett urvalskriterium att övervägande skäl skulle vara registrerat någon gång i sjukfallet. Vid dag 180 var övervägande skäl grund för sjukpenning i 277 fall.

⁸ Försäkringskassan (2022), Mer aktivitet i utredningar av ärenden om sjukpenning.

⁹ Se 27 kap. 48–49 §§ SFB

¹⁰ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 18, s. 281 f.

höja kompetensen inom det avgränsade området samt säkerställa bättre förutsättningar för att genomföra de utredningar och den samordning som uppdraget kräver. Första bedömningen görs inom ett verksamhetsområde kallat *Första anspråk* som utreder och bedömer rätten till sjukpenning initialt i sjukfallet. Om det är ett pågående ärende med fortsatt anspråk efter beslutsdatumet skickas ärendet vidare för handläggning till de lokala områdena utifrån geografisk indelning. Enligt rådande rutin ska det initiala ersättningsanspråket från den försäkrade ha bemötts och utretts innan ärendet tas över av försäkringsutredarna vid de lokala områdena.

De intervjuade försäkringsutredarna framhåller ett par utmaningar och problem med detta gränssnitt som det fungerar vid tiden för intervjuerna. Ett problem är att de alltför ofta får ärendena till sig sent i sjukskrivningsprocessen. Detta försvårar, enligt dem, möjligheterna att planera för återgång i arbete innan dag 180. Ärendena kan också vara dåligt utredda vid det första anspråket. Impulser om att den försäkrade skulle kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren har heller inte alltid tagits tillvara. En försäkringsutredare exemplifierar med att det kan framgå i ansökan om sjukpenning att den försäkrade erbjudits andra arbetsuppgifter av sin arbetsgivare men att denna information inte föranlett någon vidare utredning och att ersättning beviljats för lång tid framåt. Ibland kan rätten till sjukpenning vara bedömd för så pass lång tid framåt som sex månader. Det kan också röra sig om att det exempelvis är fel datumuppgift för sjuknämnden. Att ärendena inte är ordentligt utredda innebär problem i den vidare handläggningen.

Tanken är ju att det här ska ju vara klart om det nu är så att ärendet kräver det. Jag menar har det [sjukfallet] passerat dag 90, då ska ju det vara klart. Då är ju inte tanken att vi som ska ta över ärendet, att vi ska börja om i hela ärendet. Det blir ju snedfördelning, för det är ju någonting som skulle ha gjorts från början så ska vi jobba vidare med de här andra delarna.

Enligt en beslutad rutin ska försäkringsutredaren inte återremittera ärendet till de som ansvarar för den tidiga bedömningen utan ska rätta till felen själva.

För om man ska ta över det och så ska man rätta felen, för det är ju så som gränssnittet är just nu, att det inte lämnas tillbaka för rättning utan försäkringsutredaren som liksom upptäcker felet, rättar det, så det är lite jobbigt faktiskt. För det ska ju helst vara som ett stafettlopp, att

någon börjar och sen tar över pinnen och det ska vara frid och fröjd hela tiden, men det är inte riktigt så.

I intervjuerna framkommer uppfattningen att sena och felaktiga uppgifter vid överlämnande från första anspråk till försäkringsutredarna potentiellt kan bidra till längre sjukskrivningar. Detta eftersom planering för återgång i arbete fördröjs.

4.5.2 Övervägande skäl

Bestämmelsen om prövning av arbetsförmåga från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan ändrades den 15 mars 2021. Enligt den nya lydelsen kan prövningen mot normalt förekommande arbeten skjutas upp om övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 i rehabiliteringskedjan i samma omfattning som tidigare. Syftet med lagändringen har varit att åstadkomma en mer flexibel rehabiliteringskedja och därigenom ge de sjukskrivna större möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.¹¹ Enligt regeringen bör ingen diagnos undantas vid prövning av om övervägande skäl finns för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbeten.¹²

Tillämpligheten för det tidigare undantaget särskilda skäl krävde att stor sannolikhet talade för att den försäkrade kunde återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365, för att prövningen mot normalt förekommande arbete skulle kunna skjutas upp. Bedömningen skulle vara välgrundad. Det kunde enligt förarbetena till exempel vara fallet när den försäkrade väntade på en operation eller nyligen genomgått en sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet ledde till att arbetsförmågan återställdes.¹³

Syftet med införandet av övervägande skäl är att den försäkrade i första hand ska återgå till arbete hos arbetsgivaren senast dag 365. Undantaget innebär att det är tillräckligt att mer talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren än emot för att bedömningen mot normalt förekommande arbete ska skjutas upp. Övervägande skäl innebär med andra ord att sannolikheten överstiger 50 procent.¹⁴

¹¹ Se prop. 2020/21:78, s. 1.

¹² Prop. 2020/21:78, s. 13.

¹³ Se prop. 2007/08:136 s. 68 f.

¹⁴ Se prop. 2020/21:78 s. 13.

Enligt Försäkringskassans egen uppföljning har sjukfallens varaktighet ökat främst genom att färre sjukfall avslutas i anslutning till 180 dagars sjukfrånvaro.¹⁵ Av uppföljningen framgår att 68 procent av de ärenden där sjukpenning någon gång beviljats med stöd av undantaget övervägande skäl avslutats innan dag 365. Det är följaktligen 32 procent som fortfarande är sjukskrivna efter dag 365 utifrån en annan bedömningsgrund. Försäkringskassans uppföljning visar också att i majoriteten av ärenden där övervägande skäl tillämpats har den försäkrade en psykiatrisk diagnos. I utredningens aktstudie uppgick andelen psykiatriska diagnoser där övervägande skäl tillämpats till 52 procent.

Ställningstagande vid handläggning av övervägande skäl

För att kunna avgöra vilken bedömningsgrund som är aktuell efter dag 180 i en sjukperiod ska försäkringsutredarna börja med att utreda om den försäkrade uppfyller villkoren för något av undantagen.¹⁶ Undantagen är tillämpliga för sjukskrivna med anställning. För arbetslösa sker bedömning mot normalt förekommande arbete direkt. Om inte den försäkrade (med anställning) har uppnått den ålder när inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas så ska utredaren ta ställning till tre undantag:

1. Finns det övervägande skäl som talar för att den försäkrade kommer vara åter i arbete senast dag 365?¹⁷
2. Finns det särskilda skäl som talar för att den försäkrade med stor sannolikhet kommer vara åter i arbete senast dag 550?¹⁸
3. Kan det anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till normalt förekommande arbete?

Andelen sjukfall där sjukpenning beviljas utifrån undantaget övervägande skäl vid dag 180 var 42 procent år 2021 och 55 procent år 2022.¹⁹

¹⁵ Försäkringskassan (2023), Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 9 f. Jämför 27 kap. 49 § socialförsäkringsbalken.

¹⁶ Försäkringskassan. Vägledning 2015:1 Version 18, s. 281 ff.

¹⁷ Detta gäller från den 15 mars 2021. Jämför 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken.

¹⁸ Detta gäller från den 1 februari 2022. Jämför 27 kap. 48–49 §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁹ Uppgifter från Försäkringskassan, juni 2023.

En positiv lagändring enligt försäkringsutredare och specialister

De försäkringsutredare och försäkringsspecialister som intervjuats inom ramen för utredningen är över lag positiva till möjligheten att skjuta upp prövningen mot normalt förekommande arbete med stöd av övervägande skäl. Det framhålls att lagändringen bidrar till att den försäkrade nu ges reella möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Att återgå till ordinarie arbetsgivare anses i de flesta fall vara positivt för både individ och arbetsgivare. För att syftet med lagändringen ska nås krävs dock att både arbetsgivarna och vården tar sitt ansvar och att försäkringsutredarna ges förutsättningar att arbeta med samordningen enligt respondenterna. På det stora hela tycker man att dessa förutsättningar också finns även om några upplever att de på grund av tidsbrist inte har möjlighet att utreda alla ärenden och att samordna på det sätt som de borde. Man anser också att det finns potential för både arbetsgivare och vård att ta ännu mer ansvar i rehabiliteringsprocessen.

Särskilda skäl, som var den tidigare bedömningsgrunden vid dag 180 ansågs av respondenterna, vara alltför strikt och för beroende av en välgrundad prognos från sjukskrivande läkare vilket gjorde det svårt för personer med symtomdiagnoser att beviljas fortsatt sjukpenning. Många respondenter menar också att vårdåtgärder och åtgärder på arbetsplatsen för att stödja en återgång i arbete sällan hinner komma i gång ordentligt innan dag 180. Och i de fall dessa åtgärder ändå pågick var det innan lagändringen ett problem att försäkringen inte kunde täcka upp ekonomiskt under hela den planerade perioden av återgång i arbete eftersom många fick avslag vid dag 180. Att övervägande skäl ger de sjukskrivna förbättrade möjligheter att hinna ta del av medicinsk behandling och arbetsplatsinriktade åtgärder för återgång till arbete är den allmänna uppfattningen. Särskilt framhålls att sjukskrivna med symtomdiagnoser som exempelvis utmattningsdepression behöver mer än 180 dagar på sig för att återgå i arbete. Det kan ta lång tid innan den försäkrade får tillgång till en psykolog eller en terapeut samtidigt som ett positivt resultat av samtalsbehandling och läkemedelsbehandling kan dröja. Även sjukskrivna personer som behöver genomgå operation hamnar i ett bättre läge med en längre tidshorisont eftersom köerna till specialistvård ofta kan vara långa. En försäkringsutredare uttrycker att lagändringen om över-

vägande skäl bidragit till att ”Försäkringskassan och vården nu kommit i fas med varandra” till skillnad från tidigare.

Försäkringsutredarna menar att införandet av övervägande skäl (och de nya särskilda skälen) utredningsmässigt medfört ett stort fokus på undantagen. Det har inneburit en förskjutning från bedömningar av normalt förekommande arbete.

Nu börjar vi ju med att utreda undantagen, det är liksom så som utredningen är innan vi kommer till normalt förekommande, så att ... så då blir det väl så i många fall att man aldrig tänker så mycket på normalt förekommande för att man fastnar ju oftast i undantaget, att de oftast går att tillämpa. Innan var det ju faktiskt tvärtom.

Med något undantag tycker försäkringsutredarna det är logiskt att börja med undantagen eftersom syftet med dessa är att möjliggöra för en återgång hos den egna arbetsgivaren. Dessutom skulle en initial bedömning mot normalt förekommande arbete göras i onödan om det visade sig att något av undantagen sedan ändå är tillämpligt.

Övervägande skäl stimulerar fler kontakter med sjukskrivna och arbetsgivare

Enligt respondenterna har övervägande skäl bidragit till att fler kontakter tas med de sjukskrivna och arbetsgivare. Att fler kontakter tas, stöds också från resultat från de tre aktstudierna. Med kontakt i aktstudierna menas att försäkringsutredaren via telefon eller brev kontaktat arbetsgivaren och att information med anledning av det inkommit. Vad gäller kontakt med den försäkrade togs minst en sådan före dag 240 i 90 procent av sjukfallen år 2019 och i 95 procent av sjukfallen år 2022/23. Minst en kontakt med arbetsgivare togs före dag 240 i 40 procent av sjukfallen år 2019 och i 63 procent av sjukfallen 2022/23.

Tabell 4.1 visar när kontakt med försäkrade respektive arbetsgivare vanligen tas. Av tabellen framgår att det är vanligast att försäkringsutredaren har kontakt med den försäkrade mellan dag 1 och 90 och med arbetsgivaren mellan dag 91 och 180.

Tabell 4.1 Kontakt med den försäkrade respektive arbetsgivare utifrån tidsgränser i rehabiliteringskedjan 2022/2023. Andel i procent.

Tidsintervall	Försäkrade	Arbetsgivare
Dag 1–90	74	26
Dag 91–180	66	40
Dag 180–240	39	12

Källa: Utredningens aktstudie 2022/23.

Anm. Antal observationer är 300.

Många av respondenterna uttrycker sig i stil med att både den försäkrade och arbetsgivare blivit mer ”involverade” och ”delaktiga” i sjukskrivningsprocessen som en konsekvens av övervägande skäl. Detta gäller inte minst de sjukskrivna vars uppgifter försäkringsutredarna både efterfrågar och sätter större tilltro till än tidigare. Detta har exempelvis medfört att man begär mindre kompletteringar från vården kring aktivitetsbegränsningar enligt respondenterna. I aktstudierna framgår också att andelen sjukfall där en begäran om komplettering av läkarintyg inför beslut har sjunkit från 37 procent 2019 till 27 procent 2022/23. Även om uppgifter från den försäkrade inte kan ersätta informationen från läkaren framhålls att dessa kan vara av betydelse för ärendet ändå, inte minst vad gäller den sjukskrivnes inställning till återgång i arbete. Denna förändring beror enligt intervjuerna inte enbart på lagändringen utan också på att Försäkringskassans styrning av sjukförsäkringen under senare år inneburit en ökad betoning på utredningsskyldighet, helhetssyn och sammantagna bedömningar i sjukpenningärenden. Utredningsskyldigheten innebär i korthet att försäkringsutredarna måste utreda ärenden tills det finns tillräcklig med information för att kunna fatta materiellt riktiga beslut.²⁰

Med övervägande skäl tycker sig försäkringsutredarna över lag ha större möjligheter att göra ett bra jobb vad gäller att samordna aktiviteter och insatser och få med berörda parter i processen. Därtill tycker man att utredningarna håller bättre kvalitet både vad gäller underlag för rätt till sjukpenning och underlag för planering av återgång i arbete.

²⁰ Försäkringskassan. Vägledning 2015:1 Version 18, s. 318 f.

Någonstans kan jag tycka att lagändringen just har skapat bättre förutsättningar för oss att följa någon från start till mål som inte behöver hamna på Arbetsförmedlingen, för de har ett jobb i grunden som de vill tillbaka till, det finns förutsättningar att göra en plan för att de ska komma tillbaka dit och nu kan vi hjälpa och stödja dem på vägen.

Försäkringsutredarna beskriver också sin arbetssituation som mer ”rimlig” och ”stimulerande” nu, bland annat eftersom de inte behöver göra lika många avslag som innan lagändringen. Det uppfattas som positivt att ha en mer stödjande än kontrollerande roll i sjukskrivningsprocessen.

Det är ganska skönt att göra mindre avslag, för det var väldigt mycket avslag förut, för särskilda skäl var ju ett väldigt svårt tillämpat undantag, som det var förut. Och då känns det som att det blev en mer positiv anda, att man hjälps åt tillsammans på något vis, för återgången liksom.

De negativa utsagor som framkommer i intervjuerna om övervägande skäl handlar bland annat om att fokus på återgång till den egna arbetsgivaren kan vara negativt för den som har en sjukdom som har orsakats eller förvärrats av det ordinarie arbetet. Något som enligt respondenterna är vanligt bland försäkrade som har symtomdiagnoser i form av exempelvis utmattningsyndrom eller ångestsyndrom.

Det framhävs också att det faktum att övervägande skäl medför längre sjukskrivningar kan innebära en risk i sig om det visar sig att återgången till den egna arbetsgivaren inte går planenligt. Det kan vara svårare med en omställning efter att den försäkrade varit sjukskriven under lång tid även om det varit rimligt att först uttömma alla försök att återgå till den egna arbetsgivaren. I detta sammanhang betonas också att övervägande skäl kan bidra till omotiverat långa sjukskrivningar om inte sjukfallen följs upp ordentligt. Särskilt försäkringsspecialisterna betonar att lagändringen inte får medföra att man skjuter på den planerade arbetsåtergången obefogat långt.

Försäkringen ska ju inte vara på det sättet: 'Åh, vad bra. Nu har jag på mig ändå till dag 365.' Vi gör en jättelångsam plan fastän personen skulle kunna återgå mycket tidigare, så det är viktigt att man hela tiden är aktiv i ärendena.

Övervägande skäl stimulerar deltidssjukskrivning

I aktstudien 2022/2023 var 63 procent av sjukfallen deltidssjukskrivningar när sjukfallet passerade dag 180 vilket är en ökning jämfört med Försäkringskassans aktstudie från 2019, innan övervägande skäl trätt i kraft, då motsvarande andel var 48 procent. Många respondenter anser också att undantaget övervägande skäl stimulerar sjukskrivning på deltid i stället för på heltid. I aktstudien 2022/23 framkommer att det är vanligt att försäkringsutredarna, vid en tidig kontakt med den försäkrade, redogör för rehabiliteringskedjans olika bedömningsgrunder och när de inträder. I detta sammanhang poängterar några av försäkringsutredarna att de kan informera den försäkrade om att denne kanske inte kommer ha rätt till sjukpenning efter dag 180 i förhållande till normalt förekommande arbete. Detta i sig bidrar till att det blir ett visst ”tryck” på den försäkrade att testa sin arbetsförmåga och att ha en positiv inställning till successiv upptrappning av arbetstiden. Till syvende och sist kan en sådan planering vara det som motiverar ett beviljande av sjukpenning utifrån övervägande skäl när sjukfallet passerar dag 180.

’Du har inte rätt i förhållande till normalt förekommande arbete, vi behöver göra en plan.’ Jag tror absolut att det gör att folk går tillbaka till deltidsarbete och provar mer, i alla fall. Det är kanske inte alltid det håller, men man provar.

Att om man är tydlig med att informera om prognosen, att ... hur god prognosen är för återgång till ordinarie arbete, kan bli väldigt avgörande för, rätten till sjukpenning, då är ... det blir ju lite morot i att försöka göra det man kan då, liksom själv.

Ett par respondenter menar att man var extra restriktiv i bedömningen av deltidssjukskrivningar innan lagändringen.

Om man tittar bakåt i tiden så har det nästan varit enklare att få hel sjukpenning än att få halv sjukpenning, för är det halv då sitter vi där och nagelfar, att: ’Ja, men du klarar ju ändå 20 timmar, varför klarar du inte 25, eller borde du inte kunna klara 31?’

Med övervägande skäl har deltidssjukskrivning i stället blivit något positivt som uppmuntras. Detta är också något som många intygs-skrivande läkare tagit till sig menar man.

Det är mycket lättare för oss att gå in och säga att: 'Nu ska vi göra en plan tillsammans.' Vi är liksom inte ett överhängande hot som läkarna ska vara rädda för så att de måste skriva heltidssjukskriven för att markera att den här personen faktiskt är sjuk, för annars kommer Försäkringskassan gå in och avslå. Jag tänker snarare att det här pushar läkarna till att säga: 'Här behöver vi göra en upptrappingsplan, annars har Försäkringskassan inte på fötterna att tillämpa de här undantagen'.

Även om respondenterna hyser en positiv grundsyn till deltidssjukskrivning i stället för hel sjukskrivning, för att tillvarata restarbetsförmåga och möjliggöra för återgång i arbete på heltid problematiseras en fjärdedels sjukskrivning i en av gruppintervjuerna.

25 procents sjukskrivning, för mig är det varningsklockor, det ska man akta sig för, och då måste man ju snabbt ta kontakt liksom. För jag menar, det vet vi ju, det kan dra ut på tiden hur länge som helst. Det handlar om två timmar, vad är det som hindrar att du kan gå tillbaka på full tid?

Försäkringsutredarna resonerar i detta sammanhang om att 25 procents sjukskrivning kan vara en strategi från den försäkrade att bemästra livspusslet samtidigt som det inte innebär någon större ekonomisk förlust för den enskilde. Här menar man att vården har en viktig grindvaktfunktion som de inte alltid lever upp till och att människor ibland sjukskrivs av annan anledning än sjukdom som orsakar arbetsoförmåga. Några av respondenterna resonerar om att sjukskrivande läkare alltid går på patientens linje och sjukskriver om detta är vad som efterfrågas och lämnar därmed över ansvaret till Försäkringskassan att bedöma rimligheten i sjukskrivningen vilket skapar frustration.

Läkarna måste våga stå för sin bedömning, och inte lägga över det på oss att: 'Ja, han borde kanske inte vara sjukskriven, men ni får göra er bedömning.' Det blir ju lite ... det är lite fult tycker jag.

Motiv till att bevilja sjukpenning utifrån övervägande skäl

Regeringen anger tre situationer där det som utgångspunkt bör finnas övervägande skäl:²¹

1. En läkare har i ett läkarintyg gjort bedömningen att den försäkrade kan förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 i sjukperioden.²²
2. Den försäkrade medverkar enligt en plan som har upprättats tillsammans med hans eller hennes arbetsgivare. Målet enligt planen är återgång i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365. Planen kan också ha tagits fram i samarbete med företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens eller av hälso- och sjukvården. En sådan plan kan avse såväl arbetsplatsinriktade åtgärder som medicinska åtgärder.
3. Det pågår en upptrappning av arbetstiden med målet att den försäkrade ska återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365.

Regeringen anger att övervägande skäl även kan finnas i andra situationer än de angivna. I de beskrivna situationerna bör kravet på övervägande skäl normalt sett anses vara uppfyllt.²³ I aktstudien 2022/23 undersöks vilka underlag försäkringsutredarna hänvisar till vid beviljande av sjukpenning utifrån övervägande skäl som motsvarar de av regeringen beskrivna situationerna ovan. I aktstudien har vi skiljt på arbetsgivarens plan för återgång i arbete och plan som har tagit fram av hälso- och sjukvården (vårdplan) samt lagt till alternativen den enskildes berättelse om att återgå i arbete innan dag 365 samt annat underlag. Annat underlag kan exempelvis vara att den försäkrade arbetar deltid utan att en plan om ytterligare upptrappning finns. Antal underlag som försäkringsutredarna hänvisar till vid bifall utifrån övervägande skäl vid dag 180 varierar vilket framgår av tabell 4.2.

²¹ Prop. 2020/21:78, s. 16.

²² Regeringen framhåller i prop. 2020/21:78, s. 19, att övervägande skäl kan finnas även i situationer då en läkare inte har gjort någon bedömning om den sjukskrivnes möjligheter att vara åter i arbete i samma omfattning som tidigare vid en viss tidpunkt i sjukfallet.

²³ Prop. 2020/21:78, s. 15.

Tabell 4.2 Antal underlag som försäkringsutredarna hänvisar till för att bevilja sjukpenning utifrån bedömningsgrunden övervägande skäl vid dag 180, 2022/23. Andel i procent.

Antal underlag	Andel
0 underlag	3
1 underlag	35
2 underlag	42
3 underlag	13
4 underlag	6
5 underlag	1
Totalt	100

Källa: Utredningens aktstudie 2022/2023.

Anm. Antal observationer är 277.

Det är vanligast att försäkringsutredarna hänvisar till det medicinska underlaget för att bevilja sjukpenning med stöd av övervägande skäl, vilket görs i 65 procent av bifallen. Det näst vanligaste motivet är att det pågår en upptrappning av arbetstiden vilket hänvisas till i 45 procent av bifallen. I 37 procent av bifallen anges den försäkrades berättelse om att återgå i arbete innan dag 365 som motiv för beviljande av sjukpenning. Denna berättelse är då av karaktären att den försäkrade är positivt inställd till en upptrappning och har en tro på att det ska lyckas. Att den försäkrade följer en vårdplan alternativt en plan som har upprättats tillsammans med arbetsgivaren anges i 23 respektive 17 procent av fallen. I 3 procent av bifallen hänvisas inte till något underlag alls.

Försäkringskassans aktstudie 2021 studerade motiv till övervägande skäl på ett lite annorlunda sätt men i endast 15 procent av bifallen hänvisades till något annat underlag än det medicinska underlaget. Detta tyder på att utredningarna förbättrats över tid avseende arbetsförmågans nedsättning och av bedömningarna av rätten till ersättning med stöd av detta undantag, i betydelsen att det refereras till fler underlag.

Respondenterna resonerar på lite olika sätt vad gäller tillämpningen av undantaget övervägande skäl. Några framhåller att övervägande skäl förutsätter att det finns en samsyn hos den sjukskrivne, dennes arbetsgivare och vården kring planeringen för återgång i arbete. Några av försäkringsutredarna hävdar till och med att bedömningen av rätt till sjukpenning i detta sammanhang bör vila på att

samtliga parter inklusive försäkringsutredaren delar bedömningen att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365. Det räcker inte med att läkaren i intyget anger att personen förväntas återgå i nuvarande sysselsättning innan dag 365 eller att den försäkrade är åter i arbete till viss del menar man. Prognosen från vården för återgång måste i förekommande fall underbyggas av anpassningar på arbetsplatser och den försäkrade personens inställning till planeringen. Trots att detta med samsyn uttrycks med emfas av fler respondenter visar aktstudien att det endast i sju procent av bifallen hänvisas till både en vårdplan, arbetsgivarens plan för återgång i arbete samt den försäkrade personens berättelse om återgång i arbete innan dag 365.

I intervjuerna betonar andra respondenter i stället att beviskravet är relativt lågt vilket gör det tämligen enkelt att bevilja sjukpenning utifrån övervägande skäl och att det vida bedömningsutrymmet medför att den absoluta merparten av de sjukskrivna kan passera dag 180 med fortsatt sjukpenning.

Det krävs inte så hög sannolikhetsfaktor, utan att det bara ska överväga då och det ger ju det per automatik ett ganska stort bedömningsutrymme.

I detta sammanhang hävdas att man kan bortse från uppgiften i det medicinska underlaget om att tidpunkten för återgång i nuvarande sysselsättning är oklar. Om den försäkrade själv beskriver en tilltro till att återgå i arbete innan dag 365 kan det räcka. Aktstudien 2022/23 visar att det i 4 procent av bifallen som enda motiv hänvisas till den enskildes berättelse om att återgå i arbete senast dag 365.

En försäkringsutredare uttrycker det som att det är svårare att motivera att övervägande skäl inte föreligger än tvärtom. Några andra av respondenterna beskriver i sammanhanget övervägande skäl som en ”snäll” och en ”human” bedömningsgrund. I Försäkringskassans uppföljning anges också att lagstiftarens uttalade intention att beviskravet ska vara relativt lågt för att bevilja sjukpenning med stöd av undantaget övervägande skäl gör att det i många ärenden, där sjukpenning beviljats utifrån den bestämmelsen, inte nödvändigtvis pågår några aktiva rehabiliteringsåtgärder.²⁴

Från aktstudien 2022/23 framkommer att det är sällsynt att försäkringsutredarna väger uppgifter som talar för och emot en återgång i arbete mot varandra. I intervjuerna bekräftas denna iakttagelse

²⁴ Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 7.

av respondenterna. Många försäkringsutredare beskriver att man vid bedömningen av övervägande skäl endast anger sådant som talar för återgång i arbete innan dag 365 om det inte är något uppenbart som talar emot.

Det blir ju lätt att man samlar bevis: 'Det här och det här och det här talar för, och sen så glömmar jag det som talar emot.'

De försäkringsspecialister som intervjuats framhåller att de i sin återkoppling till försäkringsutredarna påtalar vikten av att i journal även redogöra för vad som talar emot att personer återgår i arbete innan dag 365 vid bedömningen av övervägande skäl. Man resonerar i detta sammanhang att bifallsbeslut är sämre underbyggda än avslagsbeslut. Ett par av försäkringsutredarna understryker också – något självkritiskt – det faktum att en sjukdom som ingen kan styra över i sig är något som i princip alltid talar emot en återgång i arbete vid en exakt tidpunkt, vilket också borde journalföras.

Sammantaget visar intervjuerna att det finns en förbättringspotential i att redogöra för vad som talar emot övervägande skäl vid beviljande av sjukpenning utifrån bedömningsgrunden övervägande skäl.

När den försäkrade inte återgår i arbete innan dag 365

Att 32 procent av de som beviljas sjukpenning med stöd av övervägande skäl inte återgår i arbete fullt ut innan dag 365 beror enligt Försäkringskassans uppföljning oftast på att upptrappningen av arbetstid tar längre tid än förväntat eller att den försäkrade personens hälsotillstånd försämrades.²⁵ Enligt Försäkringskassans uppföljning omprövar och justerar sjukskrivande läkare sin bedömning i dessa ärenden med motiveringen att den försäkrade behövde ytterligare tid eller att medicinska omständigheter tillkommit som kräver längre tids sjukskrivning.²⁶

I utredningens intervjustudie ställdes frågan om hur respondenterna uppfattar ett sjukfall där bedömningen inte infrias, dvs att den försäkrade inte återgår i arbete fullt ut innan dag 365. Försäkringsutredarna menar att dessa sjukfall inte är att betrakta som misslyckanden eftersom de endast bygger på en prognos.

²⁵ Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 12.

²⁶ Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 12.

Man ska ju absolut inte se det som ett misslyckande om det inte håller, för det är man ju medveten om när man gör första bedömningen också, att det här är ju liksom ingen sanning, det kan ändras.

Utredarna menar att vid bedömningen av övervägande skäl kan mer tala för än emot en återgång i arbete innan dag 365 men att medicinska förhållanden kan förändras under den pågående sjukperioden. Här återkommer då resonemanget om att ingen kan ”styra över” ett sjukdomsförlopp.

Man har gjort korrekt bedömning när man gjorde bedömningen liksom, men att sen finns det alla de här nyckfullheterna i sjukdom och människor då, som gör att det blir ... kan bli förlängt.

Försäkringsspecialisterna menar å andra sidan att försäkringsutredarna kan bli bättre på att följa upp den planering som finns vid övervägande skäl för att bedöma om planeringen är hållbar och målet om återgång i arbete är på väg att nås eller inte. I utredningens aktstudie 2022/23 framkommer – som visats ovan – att färre kontakter tas efter dag 180, med både den försäkrade och arbetsgivare, vilket antyder att det finns utvecklingspotential vad gäller att följa upp den planerade återgången i arbete för den sjukskrivne.

4.5.3 Borttagandet av krav på jämn reducering av arbetstid vid deltidssjukskrivning

Den 1 februari 2022 ändrades även bestämmelserna för partiell sjukskrivning i syfte att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen.²⁷ Grundprincipen vid deltidssjukskrivning innebär krav på en jämn reducering av arbetstiden varje dag motsvarande deltidssjukskrivningen. Förändringen innebär dock ett undantag där arbetstiden kan förläggas på ett annat sätt om det inte försämrar möjligheterna till återgång i arbete.²⁸ Tidigare kunde undantag från en jämn reducering av arbetstiden endast göras om det var medicinskt motiverat.²⁹ I propositionen framförde regeringen bland annat att behovet av att kunna förlägga arbetstiden ojämnt vid partiell sjukskrivning i många fall inte behöver vara medicinskt betingat. Det kan i stället handla om att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reducering av arbetstiden

²⁷ Prop. 2021/22:1 utg.omr. 10 s. 65–69.

²⁸ Se 27 kap. 46 § SFB.

²⁹ Jfr HFD 2011 ref 30 och FÖD 1986:11.

varje dag inte är praktiskt möjlig. Kravet på att arbetstiden ska reduceras lika mycket varje dag vid deltidssjukskrivning kan innebära att individen helt behöver avstå från att arbeta i stället för att arbeta till viss del. Detta kan i sin tur leda till att rehabiliteringen och därmed återgången i arbete försenas. I propositionen framhölls också att det finns studier för att partiell sjukskrivning ger bättre förutsättningar att få tillbaka den försäkrade i arbete jämfört med om han eller hon hade varit heltidssjukskriven. Vidare angavs att gradvis återgång i arbete genom partiell sjukskrivning ofta är en viktig del av rehabiliteringen och arbetsåtergången vid flera psykiatriska tillstånd.³⁰

För att försäkringsutredarna ska kunna ta ställning till om den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga och rätt till sjukpenning så behöver de utreda både den sjukskrivnes normala arbetstid och hur hen ska arbeta under den partiella sjukskrivningen.³¹ Vid deltidssjukskrivning där arbetstiden förläggs på annat sätt än en jämn reducering av arbetstid, är villkoret för att tillämpa undantaget och bevilja sjukpenning att det inte riskerar att försämra den försäkrades möjligheter att återgå i arbete. Detta är också något som sjukskrivande läkare ska ta ställning till i det medicinska underlaget. Om arbetstidens förläggning avviker från grundprincipen ska försäkringsutredaren, enligt Försäkringskassans vägledning, ta ställning till om detta försämrar eller inte försämrar möjligheterna att återgå i arbete. Som stöd i bedömningen kan det behövas uppgifter från den försäkrade, arbetsgivaren och vården. Under bedömningsperioden kan sjukpenning beviljas trots att den arbetade tiden vissa dagar inte minskats, dock så länge den sammanlagda arbetstiden under en period av 14 dagar inte överstiger vad som är förenligt med deltidssjukskrivningen.³²

I intervjuerna med handläggare och specialister framhålls att undantaget från kravet på en jämn reducering av arbetstidens förläggning i huvudsak är en positiv lagändring. Att arbetstiden kan förläggas på ett annorlunda sätt beskrivs som mer ”flexibelt” och ”dynamiskt” i förhållande till den sjukskrivnes besvär och behov av återhämtning samt i förhållande till arbetsgivarens verksamhetsmässiga behov. Man anser att detta undantag många gånger underlättar för den försäkrade

³⁰ Se prop. 2021/22:1, utgiftsområde 10, s. 67.

³¹ Försäkringskassan. Vägledning 2015:1 Version 18, s 252.

³² I Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 18, s. 32 anges att bedömningen i normalfallet bör göras utifrån en period om högst 14 dagar. I vissa fall kan det dock finnas skäl att göra bedömningen utifrån en längre period. Jfr även FÖD 1986:11.

att återkomma i arbete på deltid. Handläggningen underlättats också eftersom det är lättare att bedöma om en ojämn arbetstidsförläggning eventuellt *försämrar* möjligheterna för återgång i arbete mot hur det var tidigare då det skulle bedömas om möjligheterna *förbättrades* av en sådan arbetstidsförläggning. Kravet på sjukskrivande läkare var högre innan lagändringen då denne var tvungen att förklara och motivera hur en annan arbetstidsförläggning kunde förbättra möjligheterna för återgång i arbete, vilket kunde vara svårt att göra. Lagändringen innebär att både den sjukskrivnes rehabiliteringsbehov och arbetsgivarens verksamhetsbehov kan tillgodoses enligt vad som framkommer i intervjuerna.

Man kan också ta hänsyn till arbetsgivarens verksamhet. Det gör att det är ännu en barriär som försvinner. Vi anpassar oss efter arbetsgivaren också. Så de kan erbjuda personen att komma tillbaka tidigare. Förut kunde vi inte ta hänsyn till att arbetsgivaren inte kunde erbjuda den försäkrade bättre tider. Och då blev det så att den försäkrade inte alls kom till jobbet för att det inte passade. Men nu räcker det med att läkaren säger att den här arbetstidsförläggningen inte kommer att försämrå återgång i arbete.

Möjligheten till ojämn reducering av arbetstiden kan exempelvis tillämpas om den försäkrade har lång restid till sitt arbete. I stället för att då åka till arbetet varje dag så kan den försäkrade resa till arbetet ett par dagar i veckan och under dessa dagar arbeta lite längre. Vanligt är också att en ojämn reducering av arbetstidens förläggning tillämpas när den försäkrade arbetar på schema där ett arbetspass inte – utifrån verksamhetens behov – kan halveras varje dag. Det framhålls i intervjuerna att huvudregeln med kravet på en jämn reducering av arbetstiden inte alltid var förenligt med den arbetstid eller de arbetsuppgifter arbetsgivaren kunde erbjuda vilket kunde medföra att den försäkrade inte arbetade alls.

Så i många situationer underlättar det för arbetsgivaren som då kan erbjuda deltid till sin medarbetare när de inte behöver halvera arbetspass, som vare sig var värdeskapande för verksamheten eller för den försäkrade.

I detta sammanhang pekar dock några utredare på att det kan finnas en konflikt mellan den sjukskrivnes medicinska behov av arbetstidsförläggning och den arbetstidsförläggning som är praktiskt möjlig för arbetsgivaren att erbjuda. Lagändringen kan på så sätt potentiellt utnyttjas av arbetsgivaren som kanske inte heller anstränger sig lika

mycket för att tillgodose den försäkrades medicinska behov av en specifik arbetstidsförläggning.

Personen kan vara rekommenderad att rent medicinskt så ska den jobba jämnt varje dag, och där säger arbetsgivaren, att: 'Nej, det tillåter liksom inte vårt ... rent schemamässigt så vill jag ha personen här typ två gånger i veckan fem timmar åt gången', vilket då kanske inte är så bra för personen egentligen för att komma tillbaka.

Återigen betonas då vikten av att den sjukskrivande läkaren bedömer om en annorlunda arbetstidsförläggning kan försämra möjligheterna till återgång i arbete eller inte. En försäkringsspecialist menar också att utredaren kan behöva komplettera denna uppgift om det finns något som pekar på att en annorlunda arbetstidsförläggning kan försämra möjligheten till återgång i arbete, exempelvis att den försäkrade själv förmedlar detta till utredaren. Enligt samma försäkringsspecialist är det viktigt att försäkringsutredarna verkligen följer upp dessa sjukfall för att bedöma om personen visar på någon extra arbetsförmåga.

Om någon jobbar sex timmar och det är flera dagar efter varandra och den utför ordinarie arbetsuppgifter. Då måste handläggaren utreda om det finns en arbetsförmåga som överstiger sjukskrivningsgraden. Detta är vi styrda att göra och om vi gör det så är det svårt att missbruka och vara för generös.

4.5.4 Särskilda skäl

Undantagsregeln särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete infördes den 1 februari 2022 och kan användas för anställda dag 181–549 i en sjukperiod.³³ Särskilda skäl kan tillämpas om stor sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivare före dag 550, samt att det finns en tydlig prognos och en tidplan för när återgången kan ske.³⁴ Bedömningen av om det finns särskilda skäl ska baseras på en sammantagen bedömning av samtliga relevanta omständigheter i ärendet, både medicinska uppgifter och annat. För att man ska kunna skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete behöver det finnas en välgrundad anledning att anta att återgången kan ske senast vid dag 550 i rehabiliteringskedjan. Prognosen för återgång i arbete kan vara tydlig även om vården inte kan lämna en tydlig medi-

³³ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 12. Jfr även 27 kap. 48 § SFB och SFS 2021:1243.

³⁴ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, avsnitt 3.11.3.

cinsk prognos som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁵ Särskilda skäl innebär således ett högre krav än övervägande skäl.

Under dagarna 181–365 är båda bestämmelserna tillämpliga parallellt. Bestämmelserna innehåller alternativa grunder för att skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten. Den enda bestämmelsen har ett lägre krav men en kortare tidshorisont (365 dagar) för återgång i arbete. Den andra bestämmelsen har ett högre krav men en längre tidshorisont (550 dagar) för återgång i arbete. Efter dag 365 är endast det högre kravet, särskilda skäl, tillämpligt.³⁶ I Försäkringskassans vägledning anges att ställningstagande till övervägande skäl ska göras innan ställningstagande till särskilda skäl.³⁷

Undantaget särskilda skäl infördes då det kan finnas situationer när en försäkrad behöver ytterligare tid på sig för att rehabiliteras tillbaka till arbete och förutsättningarna för detta är goda. Regeringen ansåg att det för en långsiktigt hållbar återgång i arbete i vissa fall är att föredra att den försäkrade går tillbaka till en arbetsgivare som har ett anpassnings- och rehabiliteringsansvar jämfört med att söka arbeten på den öppna arbetsmarknaden med kvarstående besvär. Försäkrade som har möjlighet att återgå i sitt arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör därför enligt regeringens mening ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare. Regeringen ansåg i detta sammanhang att det i vissa fall kan vara motiverat med något längre sjukskrivningstider i det fall detta möjliggörs.³⁸ En tänkt konsekvens av förslaget var att fler skulle få möjlighet att fullfölja rehabiliteringsåtgärder och kunna återgå i det ordinarie arbete. Regeringen beräknade att 2 500 personer per år skulle passera dag 365 med den nya lagändringen, alltså bifall utifrån undantaget särskilda skäl.³⁹ Utredningen kan konstatera att det blev långt fler. Särskilda skäl tillämpas i liten utsträckning när sjukfallen passerar dag 180. Endast en procent av sjukfallen är bifall utifrån särskilda skäl vid denna tidpunkt.⁴⁰ Detta gäller för både år 2021 (729 sjukfall) och år 2022 (797 sjukfall). Däremot kvarstod 5 161 försäkrade i sjukpenning efter

³⁵ Se prop. 2021/22: 1 utgiftsområde 10, s. 47 f.

³⁶ Prop. 2021/22:1 s. 50.

³⁷ Jämför Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 18, s. 281 f.

³⁸ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, avsnitt 3.11.3, s. 48 f.

³⁹ Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, avsnitt 3.11.5, s. 74.

⁴⁰ Statistik utredningen har fått från FK i juni 2023.

dag 365 utifrån särskilda skäl år 2022 vilket motsvarade 35 procent av samtliga som kvarstod i sjukpenning efter dag 365 detta år.⁴¹

Situationer när särskilda skäl tillämpas

Enligt respondenterna tillämpas särskilda skäl i sjukfall där det – som det nämns i förarbetena – bara behövs mer tid i förhållande till den ursprungliga planeringen. Den enklaste varianten som en försäkringsutredare exemplifierar med är att en operation har skjutits upp eller att det har tillstött en komplikation efter genomförd operation, som gör att läkningen fördröjas med en eller två månader. Ett annat exempel är att det pågått en upptrappning av arbetstid för en person med utmattningssyndrom men att det behövs mer tid för att återgå helt i arbete och bryta sjukskrivningen.

Ofta kan det väl vara att de kanske behövde bara lite, lite mer tid. De kanske har varit på 75 procent, säger vi, och ja, men är nästan färdiga, men behöver lite mer tid på sig, att man ändå kan bedöma det som att: 'Jo, men det kommer funka, bara de får en månad till, det är rimligt lik-som', och att läkaren kan bekräfta det också.

Det kan också röra sig om att den försäkrade får en ny diagnos under pågående sjukfall vilket gör att sjukfallet förlängs och sjukpenning beviljas med stöd av särskilda skäl. Några av försäkringsutredarna resonerar i stil med att om det är viktigt att ha med arbetsgivaren och vården vid bedömning av övervägande skäl så är detta ännu viktigare vid tillämpningen av särskilda skäl och att ett avstämningsmöte kan vara befogat.

Det krävs större tydlighet från alla tre parter vid särskilda skäl, än vid övervägande skäl, för att vi ska kunna komma fram till stor sannolikhet.

Ett par försäkringsutredare framhåller i sammanhanget att det kan vara en pedagogisk utmaning att förklara för den försäkrade att det finns ytterligare ett undantag att bevilja sjukpenning utifrån när sjukperioden börjar närma sig dag 365 och att det undantaget dessutom innebär ett högre beviskrav. Det kan också vara en utmaning när det inkommer ett läkarintyg som strider mot den initiala planeringen och

⁴¹ Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 5 och 12.

i ett slag gör att den försäkrades arbetsförmåga måste bedömas utifrån en ny bedömningsgrund.

Sen är det väl börjar närma sig dag 365, allting ser bra ut, så får man in ytterligare förlängning där det stiger över då dag 365 och det var ju inte där vi hade planerat.

Vad betyder egentligen stor sannolikhet att återgå i arbete?

I utredningens intervjustudie framkommer att respondenterna har lite svårt att redogöra för vad stor sannolikhet egentligen innebär. Vägledningen reviderades i mars 2021 i ett försök att förtydliga hur myndigheten ska värdera underlagen i ärendet och tillämpa beviskravet stor sannolikhet. I vägledningen refereras till förarbetena där det står att det avgörande för bedömningen är om prognosen för återgång i arbete är tydlig, vilken den kan anses vara även om sjukvården inte kan lämna en tydlig medicinsk prognos som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴² Enligt vägledningen ska det vara möjligt att tillämpa särskilda skäl även när hälso- och sjukvården inte med säkerhet kan bedöma tidpunkten för en förbättring av det medicinska tillståndet. I vägledningen beskrivs – med referens till förarbetena – två exempel när särskilda skäl kan tillämpas även om det finns begränsad medicinsk kunskap om läkningsförloppet för en viss sjukdom. Särskilda skäl kan finnas

- när den försäkrade har gjort betydande framsteg i sin rehabilitering
- när den försäkrade trappar upp arbetstiden enligt en plan.⁴³

Försäkringsutredaren ska enligt vägledningen ta reda på följande i en utredning av särskilda skäl

- finns en tydlig prognos för när den försäkrade förväntas återgå i arbete
- pågår någon rehabilitering eller behandling som gör att den försäkrade förväntas återgå i arbete

⁴² Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 48.

⁴³ Försäkringskassans vägledning 2015:1 Version 18, s. 120

- trappar den försäkrade upp sin arbetstid enligt en plan med vården eller arbetsgivaren
- gör den försäkrade framsteg i sin rehabilitering
- finns ett ungefärligt datum för när den försäkrade kan förväntas vara åter i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukfallet.⁴⁴

Ett par av försäkringsspecialisterna uppfattar att det i många fall är en för generös tillämpning av särskilda skäl och att prognosen för återgång i arbete sällan är tydligare än vid tillämpningen av övervägande skäl och att det därmed inte finns något som ökat sannolikheten för återgång i arbete.⁴⁵

Man tillämpar beviskraven för övervägande skäl, även vid tillämpandet av särskilda skäl, och har svårt att hantera de olika beviskraven. Och det tenderar ju också då till att det kanske inte bygger på en stor sannolikhet, att det kanske inte finns ett klart slutmål eller så.

Försäkringskassan har genomfört en mindre studie (20 akter) av diskrepansen mellan prognos och utfall för de som beviljats sjukpenning med stöd av övervägande skäl och som kvarstår i sjukpenning efter dag 365 med stöd av särskilda skäl. Resultatet visar att den ursprungliga prognosen inte höll på grund av att upptrappningen av arbetstiden tog längre tid än förväntat eller att den sjukskrivnes hälsotillstånd försämrades.⁴⁶ Sjukskrivande läkare omprövade och justerade sin bedömning med motiveringen att den försäkrade behövde ytterligare tid eller att medicinska omständigheter tillkommit som krävde längre tids sjukskrivning.

Utredningen har gjort en motsvarande fördjupad aktstudie av tio fall där sjukpenning först beviljats med stöd av övervägande skäl och sedan med stöd av särskilda skäl. Resultatet ligger i linje med Försäkringskassans iakttagelser om att det oftast är sjukskrivande läkare som ändrat prognosen för återgång i arbete och att det är styrande för försäkringsutredarens bedömning. Vi kan också konstatera att

⁴⁴ Försäkringskassans vägledning 2015:1 Version 18, s. 284.

⁴⁵ De allra flesta sjukfall avslutas innan dag 550 även innan de nya undantagen tillkom. Statistiskt kan man alltså hävda att det finns en stor sannolikhet för att ett sjukfall avslutas någon gång innan dag 550. Men det är inte den typen av statistisk sannolikhet som diskuteras i förarbetena och som ligger till grund för lagändringen.

⁴⁶ Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen, s. 12.

sannolikheten inte förefaller vara högre för återgång i arbete vid beviljandet av särskilda skäl än vid övervägande skäl utifrån befintliga underlag i de granskade fallen. Bedömningarna av arbetsförmågan och motiveringarna till beviljande av sjukpenning är påfallande lika vid tillämpandet av respektive undantag.

Eftersom beviskraven för övervägande skäl är lägre än för särskilda skäl kan det förvisso göra att sjukpenning som beviljas med stöd av övervägande skäl också hade kunnat beviljas med stöd av särskilda skäl. Med andra ord kan det finnas stor sannolikhet för återgång i arbete redan när övervägande skäl tillämpas. Det betyder att det inte per automatik behöver vara fel om motiveringen till beviljande av särskilda skäl är snarlik det tidigare beviljandet av övervägande skäl. Det är dock svårt att förstå hur stor sannolikhet för återgång i arbete kan bedömas så långt in i sjukperioden när en återgång i arbete inte realiserats med det lägre beviskravet att mer talar för än emot ett sådant utfall. Än svårare är det att förstå beviljandet av sjukpenning med stöd av detta undantag om hälsotillståndet har försämrats eller att det tillkommit nya diagnoser, två scenarier som varit aktuella i ett par av fallen. Snarare torde sannolikheten minskat givet att tiden med övervägande skäl inte gett avsett resultat. Detta givet att prognosen för återgång i ordinarie sysselsättning inte förtydligats från vårdens sida eller att det pågår eller planeras för några rehabiliterande insatser eller försök att trappa upp arbetstiden. I praktiken är det endast sjukskrivningstiden som förlängts och inte sannolikheten att återgå i arbete som ökat i de fall som utredningen fördjupat sig i.

I förarbetena framgår – som tidigare nämnts – att det avgörande för bedömningen av särskilda skäl är om prognosen för återgång i arbete är tydlig. Det kan den vara även om vården inte kan lämna en tydlig medicinsk prognos som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. I flera av de fall som omfattas av vår fördjupade aktstudie finns dock inte en tydlig prognos överhuvudtaget.

Utredningen bedömer sammantaget att det är svårt att förstå hur beviskraven för övervägande skäl (mer talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren än emot) och särskilda skäl (stor sannolikhet för återgång i arbete) förhåller sig till varandra i tillämpningen av dessa undantag. Det högre beviskravet för rätt till ersättning vid särskilda skäl avspeglas inte i studerade beslutsmotiveringar.

4.5.5 Plan för återgång i arbete

Arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete när en arbetstagare har haft nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under 30 dagar, om det kan antas att arbetsförmågan kommer att vara nedsatt 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. Men om hälsotillståndet senare förbättras ska arbetsgivaren omgående upprätta en plan. Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den.⁴⁷ Det är dock inte obligatoriskt för arbetsgivaren att lämna in upprättad plan för återgång till Försäkringskassan. Dock är arbetsgivaren skyldig att inkomma med upplysningar om Försäkringskassan begär det.⁴⁸

I utredningens granskning av 300 akter finns en skriftlig plan för återgång i arbete i 65 akter vilket utgör 22 procent. Det är vanligast att planen inkommer mellan dag 91 och 180 vilket den gjort i 13 procent av fallen. Fram till dag 90 finns det planer för återgång i arbete i 5 procent av fallen. Motsvarande andel inkomna planer mellan dag 181 och dag 240 är 4 procent. I de inkomna planerna är anpassning av arbetsuppgifter den vanligaste åtgärden följt av upptrappning samt anpassning av arbetstiden vilket framgår av tabell 4.3.

⁴⁷ Se 30 kap. 6 § SFB.

⁴⁸ Enligt 30 kap. 6 a § SFB ska den försäkrades arbetsgivare 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.

Tabell 4.3 Typ av åtgärd angivna i inkomna planer för återgång i arbete 2022/23. Andel i procent.

Typ av åtgärd	Andel
Anpassning av arbetsuppgifter	82
Successiv upptrappning av arbetstiden via deltidssjukskrivning	71
Anpassning av arbetstiden	54
Arbetsplatsbesök	34
Anpassning av arbetsplatsen	25
Annat arbete	12
Handledning	9
Resor till och från jobbet	5
Arbets hjälpmedel	3
Utbildning eller upplärning	3
Ingen av ovanstående åtgärder	5

Källa: Utredningens aktstudie 2022/23.

Anm. Antal observationer är 65.

Respondenterna resonerar lite olika kring behovet av en plan för återgång i arbete och när denna bör komma Försäkringskassan tillhanda. Några försäkringsutredare menar att det vore smidigt om arbetsgivaren kunde skicka in planen till Försäkringskassan redan i anslutning till att den enligt lag ska upprättas, alltså omkring dag 30 i sjukperioden. Detta görs endast i undantagsfall enligt försäkringsutredarna, en iakttagelse som också stöds av utredningens aktstudie. Andra menar att planer tidigt i sjukperioden ofta tenderar att bli innehållslösa om den sjukrivna är i ett ”för dåligt skick för att en planering ska kunna ge något”, som en respondent uttrycker saken. Andra menar att man via en telefonutredning med den försäkrade kan få reda på vad som planeras mellan arbetsgivare och arbetstagare. Ett annat alternativ är att försäkringsutredarna pratar med arbetsgivaren på telefon och på så sätt får reda på om det finns möjlighet till anpassningar samt någon planering för återgång i arbete. Från aktstudierna framgår att arbetsgivare i ökad utsträckning lämnar information till försäkringsutredarna om att en muntlig eller skriftlig plan för återgång i arbete finns. År 2019 framkom denna information i kontakter med arbetsgivaren i 5 procent av fallen. År 2021 var andelen 14 procent och 2022/23 29 procent.⁴⁹

⁴⁹ Bearbetade data från Försäkringskassans aktstudie samt utredningens aktstudie 2022/23.

Respondenterna framhåller också att det finns ett tämligen stort antal arbetsgivare som inte känner till sitt rehabiliteringsansvar och att kravet på att upprätta en rehabiliteringsplan står klart för dem först när utredarna påtalar detta. Det framkommer också att man som försäkringsutredare önskar sanktionsmöjligheter gentemot de arbetsgivare som inte efterlever sitt rehabiliteringsansvar.

Vi har inga muskler att sätta in mer än att säga: 'Gör det här nu', men det får ju inga konsekvenser. Och då blir det väldigt svårt just för att våra sjukfall ser vi springer i väg och drar ut på tiden. Vi vet att det drar ut på tiden för att vi inte har kunnat få till en bra planering hos arbetsgivaren, och där önskar jag att vi hade större muskler att kunna liksom ... att det skulle få en konsekvens om vi inte får in en rehabplan i tid.

I intervjuerna problematiseras också att arbetsgivarna inte har något kostnadsansvar för de längre sjukfallen och att det i sig utgör ett incitament att inte agera aktivt för en återgång i arbete för den sjukskrivne.

De kanske har tagit in en ny förmåga som presterar utifrån de krav som ställs. Så på så sätt är det inte en ekonomisk förlust att bli av med ... eller ha en sjukskriven person, för här är ju ... Försäkringskassan har ju tagit över den kostnaden [efter sjuklöneperioden], och det tror jag är ett problem.

I anslutning till detta lyfter några försäkringsutredare att det finns en variation i vad mån arbetsgivaren fullgör sitt rehabiliteringsansvar beroende på hur angelägen denne är att få tillbaka personen i tjänst.

Och sen tyvärr är det ju så också tycker jag att man ser att ja, de kan ju göra anpassningar, de kan göra väldigt mycket för *vissa* personer. Det är väl sådana som de vill ha kvar helt enkelt, upplever jag ibland. Och sen, för vissa andra då finns det inga möjligheter överhuvudtaget.

Ett annat intressant resonemang som förs i några av gruppintervjuerna kopplar till att arbetsgivaren bara gör anpassningar i förhållande till den tid den försäkrade arbetar. Försäkringsutredaren kan då ställa frågan till arbetsgivaren om inte anpassningar kan genomföras för att helt undvika sjukskrivning men får då till svar att man förhåller sig till den sjukskrivningsgrad läkaren utfärdar.

'Finns det förutsättningar att erbjuda det här [anpassningarna] hela vägen upp på 100 procent?', 'Ja, absolut, men nu erbjuder vi det bara på 25 eller 50, för det är det personen är sjukskriven för.' Och då när vi försöker säga: 'Ja, men kan ni erbjuda anpassningar för att helt bryta den här sjukskrivningen?', då det är poängen. Då säger de: 'Nej, nej, nej, vi följer läkarens rekommendationer.'

4.5.6 Angiven yrkesgrupp

Lagändringen om angiven yrkesgrupp trädde i kraft den 1 september 2022 och innebar att begreppet ”sådan förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden” ersattes av begreppet ”förvärvsarbete i sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”.⁵⁰ Denna bedömningsgrund gäller för alla sjukskrivna vars arbetsförmåga ska bedömas mot normalt förekommande arbeten; arbetslösa, tjänstlediga samt anställda som befinner sig efter dag 180 i rehabiliteringskedjan och som inte omfattas av någon av undantagsreglerna.⁵¹

Syftet med lagändringen har varit att öka den försäkrades förståelse för Försäkringskassans beslut. Tanken är begripligheten i besluten ökar om den försäkrades arbetsförmåga bedöms mot ett normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp.⁵² Av förarbetena framkommer att det endast är vid beslut som är negativa för den försäkrade som yrkesgrupper behöver anges.⁵³ Den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot görs varken bredare eller smalare genom lagändringen.⁵⁴ Den rättspraxis som utvecklats kring begreppet förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden gäller därför fortfarande.⁵⁵ Regeringen ansåg inte att lagändringen innebar några ändringar beträffande arbetsmarknadsbegreppet i sjukförsäkringen eller reglerna för den grundläggande rätten till sjukpenning.⁵⁶ Mot denna bakgrund bedömde regeringen att lagändringen inte skulle ha någon påverkan på sjukfallens varaktighet eller sjukpenningsutgifterna.

Andelen ärenden där det genomförs en bedömning mot normalt förekommande arbete efter dag 180 har minskat sedan de nya undantagens tillkomst. Andelen sjukfall där inget av sjukförsäkringens undantag varit tillämpligt och som därmed bedömts mot normalt förekommande arbete vid dag 180 var 84 procent år 2020, 47 procent år 2021 och 27 procent år 2022.⁵⁷ Att allt färre sjukfall prövas mot normalt förekommande arbete vid dag 180 är framför allt en konsekvens av

⁵⁰ Se prop. 2020/21:171, s. 4 och 22 f. Jämför även 27 kap. 48 § i socialförsäkringsbalken.

⁵¹ Se 27 kap. 48–49 d §§ i socialförsäkringsbalken.

⁵² Prop. 2020/21:171, s. 11.

⁵³ Prop. 2020/21:171, s. 23.

⁵⁴ Prop. 2020/21:171, s. 22.

⁵⁵ Prop. 2020/21:171, s. 23.

⁵⁶ Prop. 2020/21:171, s. 21.

⁵⁷ Statistik utredningen fått från Försäkringskassan i juni 2023.

införandet av övervägande skäl i mars 2021. En för denna utredning relevant fråga är om andelen avslag relaterat till normalt förekommande arbete efter dag 180 förändrats efter införandet av angiven yrkesgrupp. Denna fråga prövar regeringens antagande att införandet av angiven yrkesgrupp inte skulle ha någon påverkan på sjukfallens varaktighet eller sjukpenningstgifterna. Andelen avslag i intervallet dag 180–365 har generellt (utifrån samtliga bedömningsgrunder) minskat sedan 2020 då denna andel var drygt 30 procent.⁵⁸ Förvisso var avslagsfrekvensen 2020 historiskt hög men man får gå tillbaka till 2014 för att hitta en lägre andel avslag än för 2022 (3,7 respektive 4,7 procent för 2014 respektive 2022). Det torde finnas flera orsaker till minskningen av andelen avslag de senaste åren men utredningen utesluter inte att införandet av angiven yrkesgrupp i september 2021 kan ha viss betydelse i detta sammanhang vilket diskuteras vidare i avsnitt 7.2.

Kunskapsmaterialet

Inför att lagändringen om angiven yrkesgrupp trädde i kraft tog Arbetsförmedlingen i samarbete med Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter, på regeringens uppdrag, fram ett kunskapsmaterial med 36 olika yrkesgrupper som arbetsförmågan ska prövas mot.⁵⁹ Varje grupp innehåller yrken med likartade fysiska och psykiska krav. Sammantaget ingår 217 yrken med tillhörande yrkesinriktningar och yrkesroller i underlaget.⁶⁰ Den största yrkesgruppen innehåller 28 yrken och de minsta grupperna innehåller två yrken.

I kunskapsmaterialet beskrivs vad som krävs för att klara olika arbetsuppgifter per yrkesgrupp samt vanligt förekommande arbetsuppgifter inom dessa. De yrken som ingår i en yrkesgrupp har det gemensamt att det ställs likartade fysiska och psykiska krav för att klara av arbetet. En yrkesgrupp är inget verkligt på så sätt att den finns utanför en teoretisk konstruktion. Den är endast en samling arbeten som har strukturerats under samma namn utifrån att de till exempel tillhör samma bransch eller har likartade arbetsuppgifter och arbetsmoment och därmed likartade aktivitetskrav ur medicinskt hän-

⁵⁸ Statistikdatabas – Försäkringskassan (forsakringskassan.se)

⁵⁹ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2022-05-31). Uppdrag om stöd för bedömning av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp.

⁶⁰ 2023-11-01 Kunskapsmaterialet – Arbetsförmedlingen (arbetsformedlingen.se)

seende.⁶¹ I kunskapsmaterialet anges att de fysiska och psykiska kraven utgår ifrån vad som vanligen krävs för att uppnå en normal arbetsprestation i respektive yrkesgrupp. Med normal arbetsprestation menas det som en arbetsgivare vanligtvis förväntar sig av en medarbetare. Medarbetaren ska kunna uppnå den förväntade prestationen utan någon större anpassning utifrån medarbetarens eventuella funktionsnedsättning eller medicinska besvär.

Om försäkringsutredaren bedömer att den försäkrade inte kan arbeta i någon av de yrkesgrupper som finns i kunskapsmaterialet, så är den försäkrade personens arbetsförmåga nedsatt. Om försäkringsutredaren däremot bedömer att den försäkrade skulle kunna arbeta i en eller flera yrkesgrupper som finns i kunskapsmaterialet så är den försäkrade personens arbetsförmåga inte nedsatt. Som tidigare gällt ska inte erfarenhet, utbildning eller kompetens vägas in i bedömningen av arbetsförmågan.

Begripligheten i negativa beslut

Utredningen har inte i uppdrag att analysera om de sjukskrivnas förståelse för gällande regelverk har ökat men vi passade på att fråga om detta i intervjuerna med försäkringsutredare och specialister för att få en bred bild av lagändringen.

Några av respondenterna anser att avslagsbesluten blivit mer begripliga för de sjukskrivna utifrån lagändringen. Det framförs att det är mer konkret nu för den försäkrade när denne bedöms ha arbetsförmåga i en eller flera specifika yrkesgrupper. I detta sammanhang menar man att det är skillnad mot tidigare då avslagsmotiveringarna var mer ”luddiga” och ”abstrakta”. Det framhålls att man tidigare sinsemellan hade olika uppfattningar om vad ett normalt förekommande arbete egentligen var då avslagen inte behövde relateras till något specifikt arbete. Detta gjorde det svårt att på ett transparent och begripligt sätt förklara för den försäkrade vad som var ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden och vilka krav ett sådant arbete ställde. I beslutsmotiveringar kunde utredarna ange att den försäkrade hade arbetsförmåga i ett arbete som inte krävde någon högre grad av koncentration eller några sociala kontakter. Att bara ange att den försäkrade kunde klara ett arbete som inte ställde krav på

⁶¹ Prop. 2020/21:171 s. 15.

sådana medicinska förmågor som den försäkrade saknade, innebar att den försäkrade hade svårt att förstå ett avslagsbeslut enligt respondenterna.

Ett flertal av respondenterna anser att kunskapsmaterialet ger en tydlighet i kommunikationen med den försäkrade om arbetsförmåga vid avslag. För den försäkrade blir det mer konkret när arbetsförmågan relateras till yrken som faktiskt finns och inte bara till ett hypotetiskt arbete. Andra försäkringsutredare menar dock att det faktum att man hänvisar till en konkret yrkesgrupp kan uppfattas som "orealistiskt" eller till och med "provocerande" av den försäkrade om denne saknar utbildning och kompetens för de yrken som hen bedöms ha arbetsförmåga i. Att bli bedömd mot en yrkesgrupp den försäkrade inte har någon reell förutsättning att få ett arbete inom kan snarare minska än öka beslutets begriplighet resonerar de.

Kommuniceringar och avslagsbeslut har enligt några respondenter också blivit mer komplexa på grund av övervägande skäl och särskilda skäl eftersom det vid avslag måste motiveras varför dessa undantag inte har tillämpats. Om hänsyn tas till detta har begripligheten vid negativa beslut sammantaget inte ökat, enligt ett par respondenters uppfattning. Begripligheten av negativa beslut diskuteras vidare i avsnitt 7.2.1.

Svårare att neka sjukpenning och därmed tillvarata arbetsförmåga

I intervjuerna framkommer tydligt uppfattningen att många av yrkesgrupperna är för "vida" eller för "breda", det vill säga att det är för många yrken per yrkesgrupp. Kraven på förmågor är väsentligt högre än vad som var fallet innan lagändringen är den gängse uppfattningen. Att den försäkrade ska klara de samlade aktivitetskrav en yrkesgrupp ställer gör det många gånger svårt att använda kunskapsmaterialet för att avslå en begäran om sjukpenning och därmed tillvarata en arbetsförmåga som försäkringsutredaren ändå anser finns. Försäkringsutredarna är alltså av den uppfattningen att kraven på fysiska och psykiska förmågor är högre för de angivna yrkesgrupperna än för de yrken – var för sig – som ingår i dem.

Det kan ju vara att man kanske kan jobba med tre yrken, att det är väldigt tydligt att man kan jobba med tre yrken i en yrkesgrupp, men det fjärde och sista det kan man absolut inte göra, så därför så kan vi inte avslå.

Det är svårt för oss att få igenom något avslag fast vi har så mycket som talar för att den här personen skulle absolut kunna jobba, att den har en högre arbetsförmåga att tillvarata i ett annat arbete.

Detta gör att du står med personer som till viss del själva kan säga att de kan jobba med något annat, men jag kan inte placera dem i en yrkesgrupp i alla fall.

Merparten av respondenterna anser att kunskapsmaterialets bedömningsram borde omfatta färre yrken per yrkesgrupp och några anser att varje yrke borde ha en egen yrkesspecifik bedömningsram. Det framhålls i detta sammanhang att det totalt sett blir väldigt många krav som ställs per yrkesgrupp och dessa krav dessutom är högt ställda. Det senare handlar om att det inte finns några graderingar av de fysiska och psykiska krav som ställs i respektive yrkesgrupp. Många av yrkesgrupperna innehåller exempelvis något krav på koncentrationförmåga. Inom yrkesgruppen ekonomi, värdering och administration formuleras detta exempelvis som att arbetstagaren ska *kunna koncentrera sig på en uppgift*. Att det i detta exempel inte finns en gradering av koncentrationsnivån gör att kunskapsmaterialet blir svårt att använda om den försäkrade har någon form av koncentrationssvårigheter. I sammanhanget frågar sig en försäkringsutredare om koncentration verkligen kan betyda samma sak i olika yrken.

Att det krävs lika är problematiskt, det krävs koncentrationförmåga för att klara ett lättare lagerarbete och för att vara jurist eller liksom sitta i flygledningen, men det kan ju inte vara lika hög grad av koncentration kanske. Om det blir fel i vissa yrken så kan det ju ha ödesdigra konsekvenser, medan om det kanske blir fel i ett annat så är det lätt att åtgärda, en missnöjd kund kanske, men det var ingen som dog i alla fall.

Som en konsekvens av att det saknas specificerade graderingar av aktivitetsbegränsningar i kunskapsmaterialet framhåller några försäkringsutredare att det är lättare att neka sjukpenning gentemot den försäkrade personens eget arbete även efter dag 180. Detta eftersom det bara är ett yrke vars aktivitetskrav och tolerans för aktivitetsbegränsningar man dessutom har bättre kännedom om baserat på information från arbetsgivaren och den försäkrade själv.

Det framkommer också i intervjuerna att kunskapsmaterialet inte tillämpas i någon större omfattning vid beviljandet av sjukpenning. Enligt förarbetena är det endast vid beslut som är negativa för den försäkrade som yrkesgrupper behöver anges.⁶² Vid beviljande av sjukpenning görs – enligt försäkringsutredarna – en mer allmän bedömning av arbetsförmågan snarare än att försäkringsutredarna i detalj relaterar den sjukskrivnas aktivitetsbegränsningar till kraven och för alla 36 yrkesgrupper. I detta sammanhang återkommer försäkrings-specialisterna till att avslagsbesluten är bättre underbyggda än bifallsbesluten eftersom Försäkringskassan i de förra måste ange specifika yrkesgrupper.

Sammantaget uppfattar respondenterna att bedömningen av arbetsförmåga i förhållande till yrkesgrupperna är problematisk. Lagändringen har försvårat för utredarna att avslå begäran om sjukpenning vilket, enligt dem själva, medför längre sjukskrivningar och att omställningen till en annan anställning med hjälp av Arbetsförmedlingen utblir. Konsekvensen blir, enligt respondenterna att arbetsförmåga inte kan tillvaratas i den utsträckning som skulle vara möjlig.

Utredningen kan utifrån intervjuerna med handläggarna konstatera att lagändringen om angiven yrkesgrupp och kunskapsmaterialets utformning potentiellt kan bidra till att fler sjukskrivna är kvar i försäkringen under längre tid vilket inte var intentionen med ändringen. Syftet var enligt förarbetena var varken att bredda eller smalna av den arbetsmarknad mot vilken arbetsförmågan bedöms men i praktiken har lagändringen inneburit det senare enligt utredningens bedömning.⁶³ Utredningen kan konstatera att lagändringen om angiven yrkesgrupp tillsammans med kunskapsmaterialets utformning troligen medfört en höjning av kraven på fysisk och psykisk förmåga vid prövningar av arbetsförmåga gentemot normalt förekommande arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan påtalade också, i samband med det gemensamma regeringsuppdraget att arbeta fram kunskapsmaterialet, att tillämpningen av regelverket kunde ändras trots att det inte var intentionen med lagändringen.⁶⁴

⁶² Prop. 2020/21:171, s. 23.

⁶³ Jfr prop. 2020/21:171 s. 22.

⁶⁴ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2022-05-31). Uppdrag om stöd för bedömning av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp, s. 12.

4.5.7 Svårt att få igenom ett utbyte av sjukpenning mot sjukersättning

Försäkringsutredare ansvarar för att identifiera ärenden som kan vara aktuella för utbyte mot sjukersättning. Den som handlägger sjukersättning – vilket görs samlat vid nationella kontor under avdelningen för funktionsnedsättning och varaktigt nedsatt arbetsförmåga – ansvarar för att ta ställning till om det är aktuellt att utreda förutsättningarna för att byta ut sjukpenningen. Om det är aktuellt med en sådan utredning ansvarar den som handlägger sjukersättning också för att göra det som eventuellt kvarstår av utredningen.⁶⁵ Rätt till sjukersättning kan en försäkrad ha som har en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan som medför att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden.⁶⁶ Sjukersättning kan beviljas med hänsyn till arbetsförmågans nedsättning enligt fyra nivåer – hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning.⁶⁷ Begreppet *förvärvsarbete på arbetsmarknaden* inkluderar sådana normalt förekommande arbeten som avses i 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken men också i viss utsträckning anpassade arbeten samt olika typer av subventionerade anställningar, såsom anställningar med lönebidrag, arbeten på Samhall eller andra skyddade eller särskilt anpassade arbeten.⁶⁸ Om den försäkrade kan arbeta i ett skyddat arbete eller med hjälp av bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen har han eller hon inte rätt till sjukersättning. Bedömningen av arbetsförmågan i ett sjukersättningsärende innebär, enligt vägledningen på området, en abstrakt eller hypotetisk prövning och behöver inte relateras till vissa konkreta arbeten inom vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Bedömningen ska vara verklighetsförankrad, vilket innebär att Försäkringskassan ska beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingens utredning behöver dock inte vara avgörande för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan.⁶⁹

I intervjuerna vittnar både försäkringsutredare och specialister om att det är svårt att få igenom utbyten av sjukpenning mot sjukersätt-

⁶⁵ Försäkringskassan. Vägledning 2015:1 Version 18, s. 323.

⁶⁶ Se 33 kap. 5–6 §§ SFB.

⁶⁷ Se 33 kap. 9 § SFB.

⁶⁸ Se prop. 1996/97:28 s. 16 och 18, prop. 2007/08:136 s. 67 f och prop. 2021/22:220 s. 8.

⁶⁹ Försäkringskassan. Vägledning 2013:1 Version 11. Sjukersättning, s. 42. Jfr HFD 2019 ref. 48 punkterna 26–27 och HFD 2018 ref. 51 I och II.

ning vilket beskrivs som ”frustrerande”, ”konstigt” och till och med ”vansinnigt”.⁷⁰ Försäkringsutredarna exemplifierar detta med sjukfall där de har bedömt att möjligheterna till både arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering är uttömda och där det inte bedöms finnas en arbetsförmåga ens i en anpassad anställningsform. I dessa ärenden har också Arbetsförmedlingen gjort en bedömning av arbetsförmågan. Det kan ha genomförts en aktivitetsförmågebedömning (AFU) som även den visar på att förutsättningarna för arbete är uttömda. När försäkringsutredaren i dessa ärenden initierar ett utbyte av sjukpenning mot sjukersättning tas ärendet ofta inte ens upp för prövning. Försäkringsutredarna upplever det som ett organisatoriskt problem att Försäkringskassan internt gör så olika bedömningar. Härtill tycker man inte att handläggarna av sjukersättningen motiverar varför de inte vill pröva möjligheten till utbyte av sjukpenning mot sjukersättning. Ofta anges bara en kort journalanteckning kring varför de inte tar sig an ärendet. I detta sammanhang efterlyser försäkringsutredarna en dialog eller åtminstone en kontakt med de som handlägger sjukersättningen. Flera försäkringsutredare uppger att de lyft detta problem med chefer vid ett flertal tillfällen. Försäkringsutredarna menar att de känner ärendena bäst eftersom de handlagt det under en längre tid och gjort alla bedömningar och utredningar som rimligen kan krävas för att utröna om det finns någon arbetsförmåga även i anpassad form, men att detta arbete i stort sett negligeras när de försöker initiera ett utbyte av sjukpenning mot sjukersättning.

Jag tänker att där borde ju våra utredningsmetoder och verktyg på sjukpenningen på ett bättre sätt kunna översättas till sjukersättningen. Här kan vi använda all den utredning och det jobb vi har lagt ner för att se huruvida det finns en arbetsförmåga eller inte, och så kan sjukersättningen titta på det och säga: 'Här bedömer vården att det inte finns en rehabiliteringspotential, vi har prövat de här insatserna, det fungerar inte', det borde väga tungt för att få igenom en sjukersättning. Men det känns som att de är kvar i mycket mer liknande arbetssätt som vi hade på sjukpenningen innan lagändringarna.

Försäkringsutredarna tycker härtill att det uppstår en konstig situation när de måste förklara för den försäkrade personen, Arbetsförmedlingen och i förekommande fall vården att det inte kommer bli

⁷⁰ Av de 7 000 den försäkrade som beviljades sjukersättning under 2022 ansökte 78 procent själva. I övriga fall har Försäkringskassan tagit initiativ till att byta sjukpenning mot sjukersättning. FK:s årsredovisning 2022.

aktuellt med sjukersättning, när de själva inte delar den bedömningen. Relationen med Arbetsförmedlingen påverkas extra eftersom deras handläggare av försäkringsutredarna anses vara experterna på att utvärdera om det finns någon arbetsförmåga i ett anpassat arbete exempelvis med lönebidrag. Många gånger informerar försäkringsutredarna därför om möjligheten för den försäkrade att själv ansöka om sjukersättning. När den försäkrade själv ansöker om sjukersättning måste förslag till beslut kommuniceras och skälen för avslag anges, vilket kan öka begripligheten i bedömningen för både den försäkrade och för försäkringsutredaren som även fortsättningsvis har att svara för sjukfallet.

Kunskapsmaterialet används inte vid bedömning av rätt till sjukersättning

Att bedömningen av arbetsförmågan i ett sjukersättningsärende – till skillnad från bedömningen i sjukpenningärenden – inte relateras till yrkesområden anses också problematiskt. Här tycker några av de intervjuade försäkringsutredarna att kunskapsmaterialet från Arbetsförmedlingen skulle kunna tillämpas för att konkretisera inom vilken yrkesgrupp den som söker sjukersättning bedöms ha arbetsförmåga. Utredningen noterar i detta sammanhang att kunskapsmaterialet bidrar till svårigheter att neka en person sjukpenning samtidigt som avsaknaden av tillämpning av kunskapsmaterialet i sjukersättningsärenden medför att det är svårt att få rätt till sjukersättning. Kunskapsmaterialet beskriver vilka förmågor som krävs i normalt förekommande arbeten, men inte vilka förmågor som krävs i anpassade och skyddade arbeten vilket gör att det med nuvarande utformning inte kan användas vid prövning av sjukersättning.

Sjukfall där den försäkrade inte bedöms ha någon arbetsförmåga i normalt förekommande arbete kan enligt respondenterna bli väldigt långa. En försäkringsutredare beskriver vissa av dessa ärenden som ”spökärenden” där man utan framgång gjort allt man kan för att i samverkan med Arbetsförmedlingen och vården ta tillvara den försäkrades restarbetsförmåga, även i ett anpassat eller skyddat arbete. Att göra samma sak en gång till med samma resultat uppfattas inte som ekonomiskt försvarbart eller motiverande för någon inblandad part enligt flera av utredarna. I detta sammanhang skulle ett reviderat

kunskapsmaterial, där även beskrivningar av förmågor i anpassade yrken, kunna vara ett stöd i bedömningen av rätt till sjukersättning.

Utredningen anser att diskrepansen mellan förutsättningarna för att bevilja sjukpenning och sjukersättning kan skapa en inlåsnings-effekt i sjukpenningärenden vilket framför allt beror på de två för-månsslagens olika arbetsmarknadsbegrepp.

Det är också en intern styrningsfråga för Försäkringskassan hur kommunikation mellan försäkringsutredare och handläggare av sjuk-ersättning kan förbättras.

5 Analys av övervägande- respektive särskilda skäl

Förändringarna i sjukförsäkringens regelverk som infördes under 2021 och 2022 har haft som målsättning att öka den ekonomiska tryggheten och främja återgång i arbete hos den egna arbetsgivaren. I detta kapitel redovisas resultaten från två av dessa reformer. Den första trädde i kraft den 15 mars 2021 och innebär att den försäkrades arbetsförmåga inte ska bedömas mot ett normalt förekommande arbete om det finns *övervägande skäl* som talar för att personen kan återgå i arbete inom ett år.

Den andra reformen trädde i kraft den 1 februari 2022 och innebär att bedömningen mot normalt förekommande arbete kan skjutas upp om det finns *särskilda skäl* som talar för att den försäkrade kan återgå till den egna arbetsgivaren inom 550 dagar. I kapitlet redovisas hur dessa reformer påverkat individernas användning av sjukförsäkringen, arbetsåtergång, inkomster, hälsa samt ekonomiska situation. De två reformerna har analyserats som en enda reform. Resultaten sammanfattas på följande sätt:

- Reformerna har inneburit att sjukskrivningarna blivit längre – 12 månader efter påbörjad sjukskrivning har andelen avslutade sjukfall minskat med cirka 13 procent, efter 24 månader är minskningen nästan 6 procent.
- Reformerna har inneburit att återgången till den egna arbetsgivaren minskat – 12 månader efter sjukfallets start har drygt 9 procent färre återgått till den egna arbetsgivaren, efter 24 månader är den negativa effekten 1,7 procent. Även arbetsinkomsterna har minskat, efter 24 månader är den negativa effekten 2,7 procent.

- De nya bestämmelserna har inte haft någon inverkan på hälsan, mätt som antalet besök inom öppenvården, förskrivning av läkemedel samt antal dagar som inlagd inom slutenvård.
- Reformerna har resulterat i att färre individer erhåller arbetslöshetsersättning, omkring 3 200 individer på årsbasis. Inga statistiskt säkerställda effekter på ekonomiskt stöd har kunnat påvisas.
- Inga statistiskt säkerställda effekter av de nya bestämmelserna har kunnat konstateras när det gäller de försäkrades totala inkomster som inkluderar inkomster från såväl arbete som ersättningar från olika system.
- De negativa effekterna i form av längre sjukskrivningar och en lägre arbetsåtergång återfinns främst bland kvinnor och bland försäkrade med en psykiatrisk diagnos.

5.1 Bakgrund och syfte med reformerna

Som redogjorts för i kapitel 4 infördes den 15 mars 2021 en ny bestämmelse om prövning av arbetsförmågan från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan. Enligt den nya bestämmelsen kan bedömningen mot ett normalt förekommande arbete skjutas upp om *övervägande skäl* talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren senast dag 365 i rehabiliteringskedjan¹, och i samma omfattning som innan sjukfallet.² Detta innebär att bedömningen av arbetsförmågan kan ske mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade eller genom en omplacering hos arbetsgivaren. Undantaget om att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan kan göras om mer talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren än emot.³ Det tidigare undantaget, *särskilda skäl*, kunde tillämpas endast om det var stor sannolikhet att den försäkrade kunde återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365, det vill säga för att prövningen mot normalt förekommande arbeten skulle kunna skjutas upp. Bedömningen skulle vara välgrundad. Det kunde enligt förarbetena till exempel vara fallet när den försäkrade väntade på en operation eller nyligen genomgått

¹ Se 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken.

² Se prop. 2020/21:78, s. 16.

³ Prop. 2020/21:78, s. 15.

en sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet ledde till att arbetsförmågan återställdes.⁴ Undantaget särskilda skäl ansågs av regeringen vara för strikt, bland annat för att vissa av de som är sjukskrivna i psykiatriska diagnoser eller har symptom efter en utdragen covid-19-infektion inte kunde omfattas av undantaget. Syftet med införandet av *övervägande skäl* var att den försäkrade i högre grad skulle ges möjlighet att återgå i arbete hos den befintliga arbetsgivaren, och det senast dag 365.⁵

Den 1 februari 2022 infördes ytterligare en bestämmelse som innebär en möjlighet att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete av *särskilda skäl* från dag 181. Undantaget kan tillämpas om det finns stor sannolikhet som talar för att den försäkrade kan förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550. Det ska av det medicinska underlaget eller utredningen i övrigt framgå att det finns en välgrundad anledning att anta att återgång kan ske och en tidsplan för när återgången kan ske. Prognosen för återgång i arbete behöver vara tydlig.⁶

Övervägande skäl och särskilda skäl kan tillämpas från och med dag 181. Övervägande skäl kan tillämpas om den försäkrade kan återgå i arbete hos sin arbetsgivare senast dag 365 i sjukperioden. Särskilda skäl kan tillämpas om den försäkrade kan återgå i arbetet senast dag 550 i sjukperioden.⁷ Övervägande skäl har alltså ett lägre beviskrav men en kortare tidshorisont för återgång i arbete, senast dag 365. Efter dag 365 är endast det mer strikta rekvisitetet särskilda skäl tillämpligt. I Försäkringskassans vägledning anges att ställningstagande till övervägande skäl ska utredas innan ställningstagande till särskilda skäl utreds.⁸ Undantaget särskilda skäl infördes då regeringen ansåg att försäkrade som har goda möjligheter att återgå i arbete hos sin ordinarie arbetsgivare där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i det arbetet. Att människors yrkeserfarenheter kan fortsätta tas tillvara i det ordinarie arbetet gagnar både den enskilda, arbetsgivare och samhället i övrigt.⁹

⁴ Prop. 2007/08:136, s. 68 f.

⁵ Se prop. 2020/21:78, s. 15.

⁶ Se prop. 2021/22:1, utgiftsområde 10, s. 47 f och 83.

⁷ Jfr 27 kap. 48–49 §§ socialförsäkringsbalken.

⁸ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 18 s. 281 f.

⁹ Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 46.

5.1.1 Deskription av andelen som är kvar i en sjukskrivning

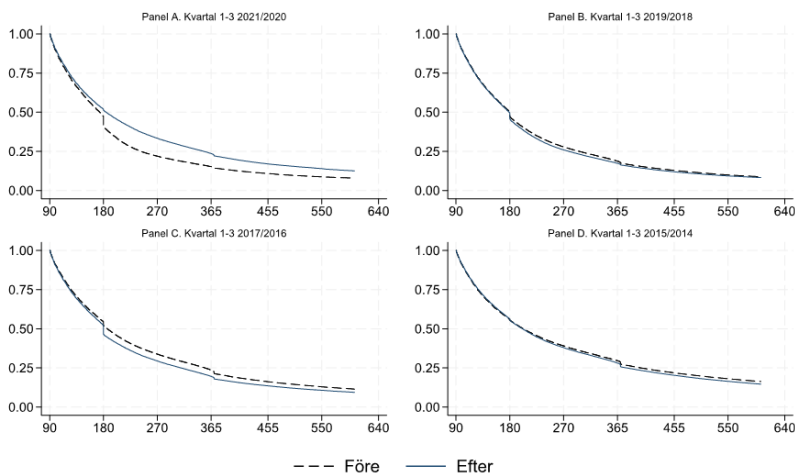
Panel A i figur 5.1 presenterar andelen som fortsätter att vara sjukskriven dag för dag från 90 dagar upp till 600 dagar, separat för de som passerade 90 dagar under de tre första kvartalen 2021 (med övervägande skäl) och de tre första kvartalen av 2020 (utan övervägande skäl).¹⁰ Figuren visar att från och med 180 dagar in i sjukskrivningen blir det färre som avslutar sin sjukskrivning bland de som omfattas av reformerna – det vill säga för ”2021-kohorten”. Skillnaden minskar gradvis över tid, men det finns fortfarande en påtaglig skillnad som kvarstår ända fram till 600 dagar.

Motsvarande jämförelser för år utan förändringar av bestämmelserna presenteras i panelerna B, C och D i figur 5.1. Exempelvis presenteras i panel B andelen som fortfarande är sjukskriven mellan dag 90 och dag 600, separat för de som passerade 90 dagar under de tre första kvartalen 2019 respektive 2018. För dessa två grupper är skillnaderna mycket små. Inte heller för de övriga åren (panel C och D) ser vi lika stora skillnader som vi ser i panel A.

Denna deskriptiva analys antyder alltså att andelen som blir kvar i sjukskrivning ökar som en konsekvens av det nya undantag som införts 2021. För att avgöra om den skillnad som uppstår är en konsekvens av undantagen övervägande skäl och efterföljande särskilda skäl, diskuterar vi i nästkommande avsnitt en design som möjliggör en enkel och transparent analys av effekterna.

¹⁰ Notera att data är dagar i rehabiliteringskedjan men att vi för enkelhetens skull inte skriver ut detta explicit.

Figur 5.1 Andelar som är kvar i sjukskrivning efter olika sjukfallslängder för sjukfall som passerar 90 dagar under kvartal 1–3 olika år



Anm: Populationerna som studeras är de som passerar 90 dagar i sjukfallet under de tre första kvartalen under åren 2015–2021. Efter definieras utifrån de senaste åren i varje jämförelse, det vill säga 2015, 2017, 2019 och 2021, där 2021 är den grupp som omfattas av nya bestämmelser, medan de övriga åren har efter-grupper samma bestämmelse som före.

5.2 Metodologisk ansats

En behandlingseffekt definieras som skillnaden i utfall för en individ som genomgått behandling jämfört med det som hade blivit fallet om samma individ inte genomgått behandling. Eftersom endast ett av dessa utfall går att observera i verkligheten (det andra är kontrafaktiskt) kan en behandlingseffekt inte mätas på individnivå utan bara skattas på gruppnivå. Problemet med att skatta behandlingseffekten korrekt består i att få en rättvisande bild av det kontrafaktiska utfallet för den grupp som blir behandlad. Om vi låter slumpen, det vill säga det *randomiserade experimentet*, avgöra vilka som behandlas ges som regel en korrekt skattning via det genomsnittliga utfallet för de som inte fick behandlingen i experimentet. I vårt fall har vi en grupp av individer som påverkats av reformerna efter den 15 mars 2021, och för vilka vi observerar det genomsnittliga utfallet. Om vi begränsar oss till populationen som passerar 180 dagar i sjukfallet i anslutning till den 15 mars (exempelvis den 15–19 mars), är det sannolikt att en bra skattning av det kontrafaktiska utfallet skulle fås för denna population genom att använda det genomsnittliga

utfallet för de som passerar 180 dagar just precis före 15 mars (exempelvis den 10–14 mars).¹¹ Precis som vid det randomiserade experimentet är dessa två populationer sannolikt likartade vad gäller observerbara karaktäristika (exempelvis andel män, utbildningsnivå, inkomster) och de är också utsatta för exakt samma konjunktur och regelverk i övrigt. Problemet är att Försäkringskassan införde en tillfällig hanteringen av ärenden under hösten 2020, som innebar att man avvaktade med att fatta beslut i vissa ärenden till efter den 15 mars 2021.¹² Det betyder att 15 mars inte är en skarp gräns för att definiera behandlade och obehandlade varför designen inte kan användas.

I stället genomför vi en mer traditionell före- och efteranalys. Det betyder att vi jämför utfallet för gruppen som passerar dag 90 i rehabiliteringskedjan under de tre första kvartalen 2021 med motsvarande population året innan (notera att de som passerar 90 dagar i januari täcks av nya bestämmelser eftersom de passerar 180 dagar i mars). För att avgöra huruvida en effekt har uppstått som en konsekvens av reformerna analyserar vi storleken på motsvarande förändringar bakåt i tiden. Om den förändring som uppstår 2021 inte är större än tidigare år, är bedömningen att en effekt inte finns. Ansatsen beaktar således implicit sådana förändringar över tid som är förväntade och relaterade till bland annat förändringar i Försäkringskassans styrning, de försäkrades sammansättning och konjunktur. Den eventuellt resterande skillnaden kan sedan tillskrivas reformerna av intresse. Därutöver analyserar vi om skillnaderna är statistiskt säkerställda.

En nackdel med den valda ansatsen är att den inte till fullo kan ta hänsyn till eventuella förändringar som sker över tid. Jämfört med en analysansats som avgränsas till populationen i anslutning till reformens införande den 15 mars 2021, är fördelen att vi inkluderar samtliga som omfattades av reformen under de tre första kvartalen 2021.

¹¹ I litteraturen benämns denna strategi för en regressionsdiskontinuitets-ansats eller, mer korrekt, för en ”timing of event design”.

¹² Försäkringskassan, Informationsmeddelande (IM): Tillfällig hantering av sjukpenningärenden som kan komma att påverkas av en kommande förordningsändring IM 2021:008 2021-01-15.

5.3 Resultat

Vi redovisar förändringar i utfall för de som passerade 90 dagars sjukskrivning under de tre första kvartalen 2021, då de nya reglerna införts, med de som passerade 90 dagars sjukskrivning under kvartalen som föregick 2021, från och med 2010. Vi låter reformeffekten motsvararas av de genomsnittliga skillnaderna mellan behandlingsperioden, 2021, och hela före-perioden, 2010–2020.¹³ Notera att samtliga analyser baseras på utfall som mäts från och med 91 dagar i rehabiliteringskedjan. Reformerna analyseras gemensamt. Anledningen är att de flesta av dem som passerade 90 dagars sjukskrivning under behandlingsperioden omfattades av båda reformerna. I avsnitt 5.3.6 diskuteras emellertid effekterna av respektive reform separat.

5.3.1 Utgifterna i sjukförsäkringen har ökat

I figur 5.2 redovisas skillnaderna i andelen avslutade sjukskrivningar för personer som passerade 90 dagars sjukskrivning under samma kvartal för två på varandra följande år. Resultaten för varje uppföljningsmånad 7, 12, 18 och 24 månader efter sjukfallens start redovisas i panelerna A till D.¹⁴

Figuren visar att det finns betydande variationer i skillnaden avslutade sjukfall under perioden före 2021, men att förändringarna efter 2021 sticker ut som de tydligaste. Detta mönster observeras för samtliga uppföljningsperioder. Vi kan således konstatera att reformerna 2021 och 2022 har inneburit att sjukskrivningar avslutas i lägre utsträckning än tidigare. Notera att den heldragna linjen representerar genomsnittet av före-efter jämförelser under 2021, det vill säga under perioden med nya bestämmelser. Den streckade linjen representerar motsvarande genomsnitt under före-perioden. Reformeffekten kan således läsas av som skillnaden mellan den heldragna och den streckade linjen.

Med en lång uppföljningshorisont hinner nästan alla sjukfall avslutas, oavsett vilka regler som råder, vilket innebär att effekten avtar med tiden. Effekten är således som störst efter 7 månader, men även

¹³ Denna definition av före-perioden är givetvis godtycklig. Känslighetsanalyser vad gäller sjukfrånvaro data har gjorts för perioden 2013–2021, 2015–2021 och 2017–2021. Punkttestimaten förändras marginellt och slutsatserna förblir desamma.

¹⁴ Figurer för alla uppföljningsmånader, 4–24, finns tillgängliga i diariet. Det gäller alla analyser som presenteras i detta kapitel.

efter 24 månader är det färre sjukfall som avslutas efter reformernas införande. Resultaten överensstämmer med den grafiska analysen i panel A i figur 5.1, som visade att längden på en sjukskrivning ökade efter reformernas införande.

Som tidigare nämnts införde Försäkringskassan en tillfällig hantering av ärenden som skulle bedömas mot normalt förekommande arbete under hösten 2020. Den innebar att man sköt upp besluten till efter den 15 mars 2021.¹⁵ Den tillfälliga hanteringen torde ha inneburit att färre än annars avslutade en sjukskrivning. I figur 5.2 ser vi också en kraftig minskning av andelen avslutade sjukskrivningar det fjärde kvartalet 2020. Att reformen infördes gradvis snarare än på dagen den 15 mars 2021, innebär att reformeffekten sannolikt underskattas.¹⁶

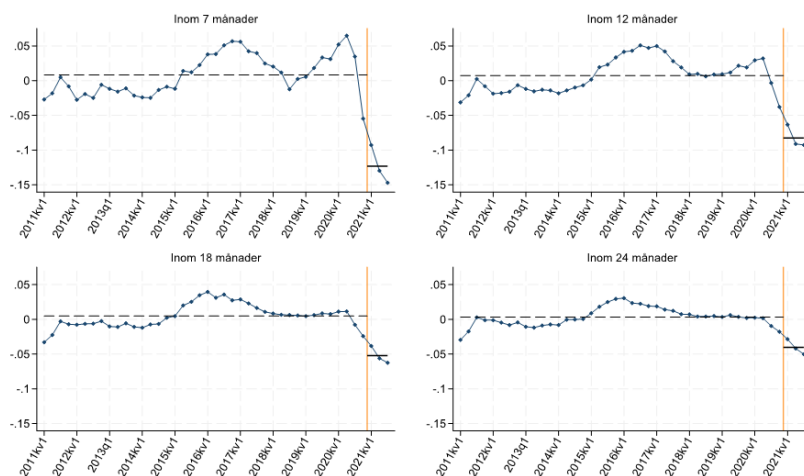
Variationen i andelen avslutade sjukfall över tid (figur 5.2) kan tillskrivas flera faktorer, exempelvis förändringar i Försäkringskassans styrning respektive de försäkrades sammansättning. Även om variationen efter 2021 är den tydligaste beaktar vi möjligheten att skillnaderna delvis kan bero på förändringar i de försäkrades egenskaper över tid genom att i analyserna använda regressionsanalys där vi justerar eller kontrollerar för ålder, kön och högsta utbildningsnivå.¹⁷ Det är viktigt att notera att resultaten generellt sett är desamma oavsett om vi kontrollerar för dessa bakomliggande faktorer eller inte.

¹⁵ Försäkringskassan, Informationsmeddelande (IM): Tillfällig hantering av sjukpenningärenden som kan komma att påverkas av en kommande förordningsändring IM 2021:008 2021-01-15.

¹⁶ Som en alternativ analys utelämnades kvartal 4 år 2020 ur analysen (och även för de andra åren). Denna analys visar att den skattade effekten blir något större i absolutvärde (resultaten finns tillgängliga i diariet). Det primära skälet till att inte använda denna strategi är transparens, som i detta fall innebär att vi utgår från reformdatumet snarare än det datum som Försäkringskassan gradvis börjar implementera reformen (se IM 2021:008 2021-01-15).

¹⁷ Regressionskvationen för en given uppföljningsmånad är: $\ln Y_{Kv, \text{År}} - \ln Y_{Kv, \text{År}-1} = a + b1[\text{År} \geq 2021] + u$, där $Y_{Kv, \text{År}}$ är andelen som avslutar sin sjukskrivning bland de som passerar 90 dagar sjukskrivning vid kvartal (Kv) under ett visst år. $1[\text{År} \geq 2021]$ är en dummyvariabel som antar värdet 1 under 2021 och 0 under perioden för 2021. b representerar således reformeffekten. u är regressionens felterm. För att undersöka om reformeffekterna är tillräckligt stora för att kunna bedöma om effekterna är statistiskt säkerställda används både Neyman-Pearson (OLS-standardfel) och Fishers randomisering-inferens.

Figur 5.2 Skillnader i andelen avslutade sjukskrivningar mellan försäkrade som passerar 90 dagars sjukskrivning under samma kvartal under två på varandra följande år



I panel A i tabell 5.1 presenteras resultaten från regressionsanalysen för andelen avslutade sjukskrivningar. Resultaten visar att det är färre sjukskrivningar som avslutas på grund av de nya reglerna men att effekten minskar med uppföljningstiden. Efter 7 månader från sjukfallens start är det drygt 23 procent färre sjukfall som avslutas på grund av de nya reglerna (rad 1, kolumn 1 i panel A). Motsvarande effekt efter 24 månaders uppföljning är drygt 5,5 procent (rad 1, kolumn 4 i panel A).¹⁸

Reformeffekterna kan kvantifieras i termer av antalet individer. Beräkningarna utgår ifrån de 125 920 försäkrade per år som under perioden innan 2021 passerar 90 dagars sjukskrivning. Innan 2021 är det i genomsnitt 90,1 procent per år som avslutar sin sjukskrivning efter 24 månader (rad 2, kolumn 4 i panel A). Detta motsvarar drygt 113 000 individer av de 125 920 som passerar 90 dagar under ett år (rad 4, kolumn 4). En reformeffekt på 5,5 procent innebär således att drygt 6 200 (5,5 procent av cirka 113 000) färre personer avslutar

¹⁸ Om vi utesluter fjärde kvartalet i analysen och jämför 2021 med 2020, 2019 med 2018 och så vidare (se diskussionen i avsnitt 5.3.1), blir de procentuella effekterna något större. Efter 7, 12, 18 respektive 24 månader är reformeffekterna -23,2, -13,0, -7,7, respektive -5,7 procent – samtliga av dessa skattningar är statistiskt säkerställda.

sin sjukskrivning efter 24 månader på grund av nya regler (rad 3, kolumn 4 i panel A).

Eftersom sjukskrivningarna med de nya reglerna avslutas i lägre utsträckning innebär det att antalet nettodagar med sjukpenning ökar.¹⁹ Dessa resultat redovisas i panel B i tabell 5.1. Vid 24 månaders uppföljningsperiod innebär reformeffekten en ökning i antalet nettodagar med 16,7 procent (rad 1, kolumn 4 i panel B). Totala antalet nettodagar per år – räknat från 90 dagar i rehabiliteringskedjan – under före-perioden är 20,7 miljoner (rad 4, kolumn 4 i panel B). Det innebär att de nya reglerna medför en ökning av antalet nettodagar med 3,4 miljoner (16,7 procent av 20,7).

När reglerna för rätt till sjukpenning ändras kan det påverka hur många som övergår till SA. Om sjukfallen i genomsnitt blir längre kan det ha en dämpande inverkan på övergångarna till SA på kort sikt, men tvärtom en drivande inverkan på längre sikt. I panel C presenteras reformeffekter på nettodagar med SA. Vi finner inga statistiskt säkerställda reformeffekter.

Vi studerar även effekter på totala utbetalningar från sjukförsäkringen, det vill säga för både sjukpenning och SA (panel D). Totala utbetalningar efter 24 månader för de som passerar 90 dagars sjukskrivning uppgår till 11,3 miljarder kronor under före-perioden (rad 4, kolumn 4 i panel D). Reformeffekten innebär att utbetalningarna ökar med 16,3 procent vilket motsvarar en ökning i utbetalningar om 1,8 miljarder ($11,3 \text{ mdr} \times 0,163$) per år.²⁰ Dessa beräkningar underskattar utgiftsökningen eftersom vår uppföljningsperiod endast är två år och vi därmed bortser från eventuella utgifter efter det.

¹⁹ Nettodagar, till skillnad från bruttodagar, beaktar sjukskrivningens omfattning (hel- och deltid).

²⁰ Notera att för att beräkna kostnader för ett godtyckligt år måste vi ta hänsyn till de utgifter som uppstår under både det första året efter sjukfallets start, samt de utgifter som uppstår för de som passerar ett års sjukskrivning under detta år. Kostnadsökningen om 1,8 miljarder motsvarar således utgiftsminskning på årsbasis som uppstår vid ett återupprättande av de regler som gällde från och med 181 dagars sjukskrivning innan nuvarande regelverk infördes.

Tabell 5.1 Reformeffekter vid 7, 12, 18 och 24 månader in i sjukfallet på användning av sjukförsäkringen. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

	Efter 7 månader (1)	Efter 12 månader (2)	Efter 18 månader (3)	Efter 24 månader (4)
<i>A. Avslutade sjukskrivningar:</i>				
Reformeffekt (%)	-23,2	-12,8	-7,4	-5,5
Nivå före (andel ^a %)	57,7	76,8	86,1	90,1
Reformeffekt (antal avslutade)	-16 828	-12 389	-8 078	-6 203
Nivå före (totala antal avslutade ^b)	72 599	96 767	108 461	113 452
<i>B. Nettodagar sjukpenning:</i>				
Reformeffekt (%)	+3,8	+13,9	+16,3	+16,7
Nivå före (dagar/person)	60,5	100,5	+134,8	+164,0
Reformeffekt (dagar, milj.)	+0,3	+1,8	+2,8	+3,4
Nivå före (totala dagar, milj.)	7,6	12,7	17,0	20,7
<i>C. Nettodagar SA:</i>				
Reformeffekt (%)	–	–	–	–
Nivå före (dagar/person)	2,5	6,0	10,7	16,0
Reformeffekt (dagar, milj.)	–	–	–	–
Nivå före (totala dagar, milj.)	0,3	0,8	1,3	2,0
<i>D. Utbetalad sjukpenning + SA:</i>				
Reformeffekt (%)	–	+12,1	+15,4	+16,3
Nivå före (sjukpenning/person, kr)	32 867	54 414	72 906	89 425
Reformeffekt (mdr)	–	+0,8	+1,4	+1,8
Nivå före (totalt, mdr)	4,1	6,9	9,2	11,3

Anm.: ^{a, b} Avser andelen eller antalet försäkrade av de 125 920 som per år under perioden innan 2021 passerar 90 dagars sjukskrivning. Alla beräkningar per år utgår från denna population på årsbasis.

i) Samtliga regressioner är baserade på 43 kvartalsvisa observationer.

ii) —innebär att reformeffekten inte är statistiskt säkerställd på 5 procents signifikansnivå.

iii) Signifikansnivåer är beräknade med hjälp av OLS. Vi har även använt randomiserad inferens (se Heß, S 2017. "Randomization inference with Stata: A guide and software", The Stata Journal, 17, Signifikansnivåerna är robusta oberoende vilken av dessa två metoder vi använder.

iv) Alla skattningar är gjorda på logaritmerad beroende variabel.

v) I samtliga regressioner ingår kontroll för ålder, kön och nio kategorier för utbildningsnivå.

vi) Notera att utfallen mäts efter 90 dagar i rehabiliteringskedjan. När antalet dagar och utbetalningar aggregeras gäller detta för dagar och utbetalningar som sker efter 90 dagar.

5.3.2 Färre återgång i arbete och arbetsinkomsterna minskar

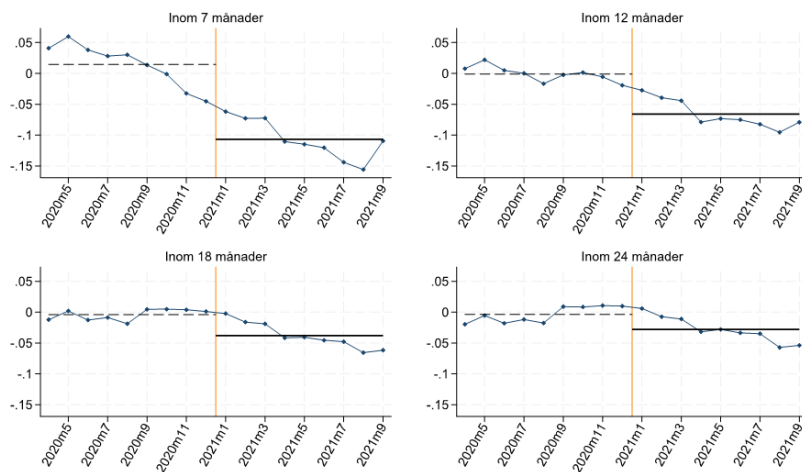
Införandet av övervägande skäl syftade bland annat till att öka möjligheten till återgång till den egna arbetsgivaren (prop. 2020/21:78). Ett centralt utfall att analysera är därför om individen återgår till den egna arbetsgivaren. Den egna arbetsgivaren definieras som den arbetsgivare hos vilken den försäkrade har sin huvudsakliga arbetsinkomst vid sjukfallets start.²¹ Information om arbetsinkomster på månadsbasis finns från och med 2019. Detta innebär att vi har ett kortare tidsfönster att analysera och använder i stället månatliga data från 2019. I övrigt är metoden helt analog med tidigare analys i avsnitt 5.2.1.

I figur 5.3 presenteras reformeffekter på andelen som återvänder till den egna arbetsgivaren. Återigen kan reformeffekten läsas av som skillnaden mellan den heldragna och den streckade linjerna. Figur 5.3 visar att de nya reglerna innebär att färre återvänder till den egna arbetsgivaren. Effekten är som störst efter 7 månader och krymper succesivt med uppföljningsperiodens längd.

På samma sätt som när vi analyserade andelen avslutade sjukskrivningar, underskattar vi sannolikt reformeffekterna. I figur 5.3 syns en negativ trend under slutet av 2020 som sammanfaller med att Försäkringskassan stoppade bedömningarna mot normalt förekommande arbete i december 2020.

²¹ För att definiera arbetsgivare använder vi organisationsnummer. Återgång till den egna arbetsgivaren definieras som att man har en huvudsaklig arbetsinkomst (>0) hos en arbetsgivare med samma organisationsnummer som vid sjukfallets start.

Figur 5.3 Skillnaden i andelen som återgått till den egna arbetsgivaren för en specifik månad mellan två på varandra följande år. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.



Resultat från regressionsanalyser redovisas i tabell 5.2. Reformeffekter på sannolikheten att gå tillbaka till den egna arbetsgivaren presenteras i panel A. De nya bestämmelserna innebär att färre återgår till den egna arbetsgivaren. Detta resultat är konsistent med resultatet som visade att färre avslutar sin sjukskrivning efter reformens införande. Vid längre uppföljningsperioder hinner alltså fler återgå till den egna arbetsgivaren, efter 24 månader är det 1,7 procent färre som återgått till den egna arbetsgivaren med nya bestämmelserna (kolumn 4). Ett liknande mönster observeras för sannolikheten att återgå till arbete generellt, där det efter 24 månader är 2,9 procent färre som återgått till arbete med de nya bestämmelserna (panel B).

Ett annat mått på den försäkrades tid i arbete är arbetsinkomst. Efter 18 och 24 månader innebär de nya reglerna lägre ackumulerade arbetsinkomster. Efter 24 månader är effekten -2,7 procent vilket på aggregerad nivå innebär lägre arbetsinkomster motsvarande 1,5 miljarder.

Tabell 5.2 Reformeffekter 7, 12, 18 och 24 månader efter sjukfallets start, arbete. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

	Efter 7 månader (1)	Efter 12 månader (2)	Efter 7 månader (3)	Efter 12 månader (4)
A. Den egna arbetsgivaren				
Reformeffekt (%)	-21,1	-9,4	-3,4	-1,7
Nivå före (andel ^a , %)	52,3	66,8	71,9	73,7
Reformeffekt (antal återgångar)	-14 716	-8 632	-3 222	-1 657
Nivå före (totala återgångar ^b)	69 347	88 566	95 439	97 777
B. Allt arbete				
Reformeffekt (%)	-22,2	-10,6	-4,9	-2,9
Nivå före (andel, %)	65,2	83,5	90,5	93,1
Reformeffekt (antal i arbete)	-19 177	-11 054	-5 877	-3 628
Nivå före (totalt antal i arbete)	86 469	110 746	119 994	123 453
C. Total arbetsinkomst				
Reformeffekt (%)	–	–	-3,6	-2,7
Nivå (inkomst/person, kr)	62 860	165 973	293 413	421 860
Reformeffekt (inkomst, mdr)	–	–	-1,4	-1,5
Nivå (totalt inkomst, mdr)	8,6	22,6	40,0	57,6

Anm: ^{a,b} Avser andelen eller antalet försäkrade av de 132 652 som per år under perioden innan 2021 passerar 90 dagars sjukskrivning. Alla beräkningar per år utgår från den populationen på årsbasis.

(i) Samtliga regressioner är baserade på 18 månatliga observationer.

(ii) För övrig information, se tabell 5.1.

I prop. 2020/21:78 motiveras reformen övervägande skäl med att förändringen möjliggör en mer hållbar återgång i arbete.²² Med andra ord var förväntningen att de nya reglerna skulle bidra till att de som återgick i arbete i lägre utsträckning skulle återvända till sjukskrivning. Ingenting i de presenterade resultaten ger stöd för att så blivit fallet. Med en uppföljningshorisont på två år skulle en sådan effekt gett sig till känna i flera av våra utfall, inte minst i de ackumulerade arbetsinkomsterna, i det totala antalet sjukskrivningsdagar samt i påverkan på sjukförsäkringens utgifter. Inte heller en jämförelse mellan de som avslutade en sjukskrivning och återgick i arbete under

²² Prop. 2020/21:78, s. 12, 15, 17.

2020 och 2021, efter att ha varit sjukskrivna i minst 5 månader, ger en antydning om att reformen skulle genererat mer varaktiga arbetsåtgångar. Bland dem som återgick i arbete under 2020 hade 19,8 procent påbörjat en ny sjukskrivning inom 180 dagar medan motsvarande andel 2021 var 19,3 procent. En jämförelse av antalet sjukskrivningsdagar under det efterföljande halvåret uppvisar inte heller några större skillnader, 8,3 (2020) jämfört med 8,2 (2021) dagar. Ingen av skillnaderna är statistiskt säkerställda.

5.3.3 Inga effekter på olika hälsomått

I tabell 5.3 redovisas resultaten från analyser av de försäkrades hälsa i form av antal dagar i slutenvård (inlagd på sjukhus), antal besök inom öppenvården (primärvård ej inkluderad), samt antalet dygnsdoser av läkemedel. Oavsett vilket hälsomått som studeras återfinns inga statistiskt säkerställda skillnader som en konsekvens av reformerna.

Tabell 5.3 Effekter på hälsa 7, 12 och 18 månader efter sjukfallens start. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

	Efter 7 månader (1)	Efter 12 månader (2)	Efter 18 månader (3)
A. Slutenvård dagar			
Reformeffekt (%)	–	–	–
Nivå före (dagar/person ^a)	0,7	1,2	1,7
Reformeffekt (dagar)	–	–	–
Nivå före (totala dagar ^b)	82 400	149 076	213 338
B. Öppenvård dagar			
Reformeffekt (%)	–	–	–
Nivå före (dagar/person)	1,6	3,1	4,6
Reformeffekt (dagar)	–	–	–
Nivå före (totala dagar)	205 898	390 709	579 199
C. Dygnsdoser läkemedel			
Reformeffekt (%)	–	–	–
Nivå före (dygnsdos/person)	88,6	184,3	296,9
Reformeffekt (totalt, milj.)	–	–	–
Nivå före (total dygnsdos/år, milj.)	11,5	23,9	38,4

Anm: a,b Baserat på de 125 906 som per år under perioden innan 2021 passerar 90 dagars sjukskrivning (i kolumn C är populationen 129 475).

(i) Resultaten i Panelerna A och B är baserade på 43 kvartalsvisa observationer, Panel C på 39 observationer.

(ii) För övrig information se tabell 5.1.

5.3.4 Färre mottar arbetslöshetsersättning

I detta avsnitt studerar vi om de nya bestämmelserna påverkat mottagande av arbetslöshetsersättning, studiemedel, föräldrapenning, pensionsrelaterade inkomster samt ekonomiskt stöd.²³ Uppgifter om ersättningar på månadsbasis är tillgänglig från och med januari 2020 till och med juni 2023, vilket innebär att vi får jämföra genomsnitt

²³ Inkomstvariablerna är hämtade från Statistiska centralbyråns administrativa databas BAS (Befolkningens arbetsmarknadsstatus). Denna databas fokuserar på att beskriva arbetskraftsutbudet i Sverige genom att identifiera huvudsaklig inkomstkälla på månadsbasis. De inkomster som rapporteras i BAS inkluderar ersättningar för arbetslöshet, studier, sjukdom, långvarigt nedsatt arbetsförmåga, föräldraledighet, pension, arbete och ekonomiskt stöd (här ingår ekonomiskt bistånd, bostadsbidrag och äldreförsörjningsstöd). Begreppet ”total inkomst” omfattar samtliga dessa ersättningar. För en mer detaljerad genomgång av vad som inkluderas i dessa ersättningar, hänvisas till rapporten ”Huvudsaklig inkomstkälla och Arbetsrelaterad inkomstnivå” från SCB år 2023.

före och efter (2021 jämfört med 2020). Resultaten måste därför tolkas med en högre grad av försiktighet än resultaten från de analyser vi hittills redovisat. Resultaten presenteras i tabell 5.4.

I panel A redovisas resultaten för andelen som uppbär arbetslöshetsersättning. Redan efter 7 månader innebär de nya reglerna att nästan 35 procent färre uppbär arbetslöshetsersättning (kolumn 1). För de som passerar dag 90 i rehabiliteringskedjan har 4,3 procent arbetslöshetsersättning efter 24 månader, vilket motsvarar nästan 5 800 individer. Reformeffekten innebär en minskning på 25,2 procent vilket motsvarar nästan 1 500 färre individer.

Oavsett uppföljningshorisont återfinns inga statistiskt säkerställda skillnader med avseende på vare sig studiemedel eller föräldrapenning (panelerna B och C). Däremot visar resultaten att färre individer uppbär pensionsrelaterade inkomster efter 24 månader (panel D). Före reformen var det 6 400 per år som efter 24 månader uppbär pensionsrelaterade inkomster. Andelen som uppbär pensionsrelaterade inkomster minskar med nästan 20 procent bland dem som passerar dag 90 i rehabiliteringskedjan under 2021, vilket innebär att 1 260 färre individer uppbär denna typ av inkomster. Effekten är emellertid svårtolkad, inte minst eftersom den uppstår först vid 24 månaders uppföljning och inte tidigare. Därutöver träder två reformer i kraft under 2022, äldrereglerna inom sjukpenningen respektive SA, som båda kan tänkas ha en negativ inverkan på uttaget av tidig pension. Sammantaget innebär detta att vi inte kan dra alltför långtgående slutsatser kring det kausala sambandet mellan de analyserade reformerna och uttaget av tidig pension.

Inga skillnader är statistiskt säkerställda mellan 2021 och 2020 när vi studerar andelen som uppbär ekonomiskt stöd. Slutligen kan konstateras att inga statistiskt säkerställda skillnader återfinns på total inkomst, där samtliga ersättningar ingår, inklusive arbetsinkomster (se panel F).

Tabell 5.4 Reformeffekter vid 7, 12, 18 och 24 månader efter sjukfallens start på andelen som uppbär ersättning. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

Ersättning	Efter 7 månader (1)	Efter 12 månader (2)	Efter 18 månader (3)	Efter 24 månader (4)
A. Arbetslöshetsersättning				
Reformeffekt (%)	-34,8	-32,3	-33,5	-25,2
Nivå före (antalra, %)	1,9	4,0	4,6	4,3
Reformeffekt (antal)	-906	-1 718	-2 058	-1 452
Nivå före (totalt antal)	2 603	5 321	6 150	5 763
B. Studiemedel				
Reformeffekt (%)	-	-	-	-
Nivå före (andel, %)	1,3	2,2	2,5	2,8
Reformeffekt (antal)	-	-	-	-
Nivå före (totalt antal)	1 751	2 926	3 414	3 800
C. Föräldrapenning				
Reformeffekt (%)	-	-	-	-
Nivå (andel, %)	12,2	13,8	13,7	13,0
Reformeffekt (antal)	-	-	-	-
Nivå (totalt antal)	16 431	18 592	18 373	17 426
D. Pensionsrelaterade inkomster				
Reformeffekt (%)	-	-	-	-19,7
Nivå (andel, %)	1,4	2,2	3,4	4,7
Reformeffekt (antal)	-	-	-	-1 260
Nivå (totalt antal)	1 854	2 994	4 624	6 382
E. Ekonomiskt stöd				
Reformeffekt (%)	-	-	-	-
Nivå (andel, %)	2,9	3,1	3,1	3,1
Reformeffekt (antal)	-	-	-	-
Nivå (totalt antal)	3 878]	4 156	4 198	4 143
F. Total inkomst				
Reformeffekt (%)	-	-	-	-
Nivå före (inkomst/ person, kr)	346 003	355 080	352 309	347 325
Reformeffekt (inkomst, mdr)	-	-	-	-
Nivå före (totalt inkomst, mdr)	45,1	45,9	45,2	44,3

Anm: a Baserat på de 134 466 individer under 2020 passerar 90 dagars sjukskrivning.

(i) Resultaten är baserade på 21 månadsvisa observationer.

(ii) I vissa fall får vi statistiskt säkerställda effekter när vi använder randomiserad inferens. Detta gäller: 1) Panel B efter 12 och 24 månader, 2) Panel C efter 18 månad, 3) Panel D efter 7 och månader, 4) Panel E efter 7 och 12 månader, och 5) Panel F efter 7 månader. I Tabell 5.5 redovisas statistiskt säkerställda effekter baserat på OLS.

(iii) För övrig information se tabell 5.1.

5.3.5 De negativa effekterna tydligast bland kvinnor och försäkrade med en psykiatrisk diagnos

I regeringens proposition 2020/21:78 diskuteras de potentiella konsekvenserna av de nya bestämmelserna för försäkrade med psykiatriska diagnoser. Av propositionen framgår att en stor del av de beslut om avslag som fattats med hänvisning till särskilda skäl är relaterade till psykiatriska diagnoser: "... detta kan sannolikt tillskrivas att regler om särskilda skäl inte gör det möjligt att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete, trots att det kan finnas goda möjligheter för den försäkrade att återgå i arbete före dag 366".²⁴

I detta avsnitt redovisas resultaten från analyser av om reformeffekterna skiljer sig åt mellan kvinnor och män och mellan försäkrade med olika diagnoser. De utfall som studeras är andelen som avslutar sin sjukskrivning och andelen som återvänder till den egna arbetsgivaren.

I kolumn 1 i tabell 5.5 redovisas skillnaderna i reformeffekter mellan kvinnor och män, uttryckta i procent. Resultat för andelen avslutade sjukskrivningar redovisas i panel A. Efter 7 månader är det drygt 5,3 procent färre kvinnor som avslutar sin sjukskrivning jämfört med män. Efter 24 månader är det 0,8 procent färre kvinnor som avslutar sin sjukskrivning. Ett liknande mönster observeras för återgång till den egna arbetsgivaren (se panel B). På två års sikt leder de nya reglerna till att 4,4 procent färre kvinnor återgår till den egna arbetsgivaren.

När det gäller reformernas konsekvenser för dem med psykiatriska diagnoser jämfört med andra diagnoser – där muskuloskeletala diagnoser inte ingår i jämförelsen – har psykiatriska diagnoser en lägre sannolikhet att avsluta sjukfallet upp till 18 månaders uppföljningsperiod. På motsvarande sätt har psykiatriska diagnoser en lägre sannolikhet att återgå till den egna arbetsgivaren upp till 12 månaders uppföljningsperiod. Inga statistiska säkerställda skillnader finns när vi jämför muskuloskeletala diagnoser med andra diagnoser förutom psykiatriska diagnoser.

²⁴ Prop. 2020/21:78, s. 17.

Tabell 5.5 Reformeffekter med avseende på andelen avslutade sjukfall respektive återgång till den egna arbetsgivaren, för olika grupper. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

Skillnad i reformeffekt i procent	Kvinnor – män (1)	Psykiatriska – övr. diagnoser (exkl. muskulosk.) (2)	Muskulos – övr. diagnoser (exkl. psykiatriska) (3)
<i>A. Andel avslut</i>			
Efter 7 månader (%)	-5,3	-13,3	–
Efter 12 månader (%)	-3,0	-4,9	–
Efter 18 månader (%)	-1,6	-1,9	–
Efter 24 månader (%)	-0,8	–	–
<i>B. Den egna arbetsgivaren</i>			
Efter 7 månader (%)	-11,2	-23,4	–
Efter 12 månader (%)	-8,2	-10,8	–
Efter 18 månader (%)	-5,4	–	–
Efter 24 månader (%)	-4,4	–	–

Anm: (i) Panel A baseras på 43 kvartalsvisa observationer. Panel B baseras på 18 månadsvisa observationer. (ii) I tre fall får statistiskt säkerställda effekter med OLS men inte med randomiserad inferens, nämligen effekterna som presenteras i Panel B, Kolumn 1, månaderna 18 och 24, samt Kolumn 3 och månad 12.

(iii) För övrig information se tabell 5.1.

I tabell 5.6 redovisas reformeffekterna för försäkrade med olika arbetsmarknadsanknytning. I brist på andra alternativ använder vi årsarbetsinkomsten året innan den försäkrade blev sjukskriven som ett mått på arbetsmarknadsanknytning. Årsarbetsinkomsterna har delats in i fem lika stora grupper, de 20 procenten med lägst arbetsinkomst (kvartil 1) till de 20 procenten med högst arbetsinkomst (kvartil 5). Resultaten visar att reformen påverkar de olika inkomstgrupperna på ungefär samma sätt.

Tabell 5.6 Reformeffekter på andelen avslutade sjukfall, för försäkrade i olika arbetsinkomstkvintiler. Populationen är de som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan.

Skillnad i reformeffekt i procent	Inkomstkvintil 1 (1)	Inkomstkvintil 2 (2)	Inkomstkvintil 3 (3)	Inkomstkvintil 4 (4)	Inkomstkvintil 5 (5)
<i>Andel avslut</i>					
Efter 7 månader (%)	-21,2	-23,3	-24,0	-23,3	-21,6
Efter 12 månader (%)	-12,9	-11,4	-12,8	-12,4	-11,4
Efter 18 månader (%)	-9,0	-6,0	-7,7	-7,0	-6,2
Efter 24 månader (%)	-7,0	-4,3	-5,6	-5,2	-4,5

Anm: (i) Signifikansnivåerna är robusta oberoende om vi använder eller OLS eller randomiserad inferens.

(ii) För övrig information se tabell 5.1.

5.3.6 Särskilda skäl förstärkte sannolikt effekterna av övervägande skäl

De redovisade resultaten avser effekterna av reformerna övervägande skäl respektive särskilda skäl tillsammans. Skälet till att vi studerar de sammanlagda effekterna är att båda lagändringarna kan påverka ett och samma sjukfall men vid olika tidpunkter. Ett sjukfall som passerar 90 dagar i rehabiliteringskedjan i juni 2021 kommer att passera 365 dagar i sjukfallet under februari 2022, då de nya reglerna om särskilda skäl infördes. Det innebär att de som passerar 90 dagar under andra kvartalet 2021 i viss utsträckning täcks av båda reformerna. Däremot går det att argumentera för att de som passerar 90 dagar i början av 2021 endast omfattas av de nya reglerna om övervägande skäl. En försäkrad som passerar 90 dagars sjukskrivning i mars 2021, passerar 365 dagar i november 2021, det vill säga tre månader innan de nya reglerna om särskilda skäl införs.

Vi kan därmed få en uppfattning om effekten av övervägande skäl genom att i analysen utelämna de som passerar 90 dagar efter det första kvartalet 2021. I figur 5.2 kan vi se att reformeffekterna är lägre för de som passerar 90 dagar under första kvartalet 2021 jämfört med de som passerar 90 dagar under andra och tredje kvartalet (kom ihåg att punkterna kan jämföras med den streckade linjen som representerar hela förperioden). Samma mönster observeras för andelen som går tillbaka till sin arbetsgivare (se figur 5.3), där reformeffekterna är

lägre för de som passerar 90 dagar under månaderna 1 till 3, jämfört med de som passerar 90 dagar vid månaderna 4 till 9.

Resultaten tyder därmed på att regelförändringarna var för sig påverkar andelen som avslutar sjukfallet och återgår till den egna arbetsgivaren i samma riktning. Med reservation för att även andra orsaker kan ha betydelse i sammanhanget, är slutsatsen att de nya reglerna om särskilda skäl sannolikt förstärker effekterna som uppstår som en konsekvens av införandet av övervägande skäl.

5.3.7 Diskussion om statistiskt säkerställda resultat

I kapitel 2 diskuterades problemet med statistisk inferens när man, som i detta fall, har genomfört en mängd olika analyser. Med tanke på uppdragets omfång var det inte möjligt att beakta detta ”*multisignifikansproblem*” genom att korrigera den signifikansnivå som används vid hypotesprövning. För att göra presentationen mer tillgänglig har vi valt att endast presentera resultat som är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Innebörden av multisignifikansproblemet är att det är viktigt att iaktta försiktighet i tolkningen av även dessa resultat. Resultaten måste tolkas i de mönster som framträder i stort. Vi har kunnat konstatera att alla statistiskt säkerställda effekter för ett utfall vid olika uppföljningshorisonter, går i samma riktning. Vi finner också en: (i) ökning av sjukfrånvaron (längd och förekomst), (ii) minskning av återgången i arbete, (iii) minskning av mottagande av arbetslöshetsersättning och (iv) minskning av arbetsinkomster. Dessutom en viss minskning av uttag av ålderspension. Alla dessa statistiskt säkerställda resultat ger samma konklusion: tiden i arbete minskar. Samtidigt har vi inte funnit några positiva effekter, exempelvis i form av bättre hälsa eller minskat beroende av ekonomiskt stöd.

När det gäller effekterna för olika grupper argumenterade vi i kapitel 2 för varför det finns skäl att begränsa dessa. Vi analyserade skillnader mellan män och kvinnor, försäkrade med olika diagnoser respektive arbetsinkomster. Resultaten gick i den riktning som förutspåddes i förarbetena. Även dessa resultat ger således stöd för att de observerade resultaten ska tolkas som effekter av de två reformerna och inte som resultat av slump eller av andra förändringar.

6 Analys av äldrereglerna inom sjukpenning och sjukersättning

6.1 Nya regler för äldre sjukskrivna

I det här avsnittet analyseras effekterna av de nya reglerna för äldre sjukskrivna som introducerades 1 februari 2022. Reglerna innebär att försäkrade från 62 års ålder och uppåt undantas från prövning mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Resultaten visar följande:

- Reformen har fått förväntade effekter i så måtto att sjukskrivningarna för försäkrade i målgruppen har blivit längre än vad de annars skulle blivit. Effekten motsvarar en minskning av sannolikheten att avsluta sjukfallet inom 12 månader med drygt 6 procent.
- Reformen har inneburit att utgifterna i sjukförsäkringen (sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning) har ökat med drygt 6 procent, räknat upp till 18 månader efter sjukfallets start. Detta i gruppen försäkrade i åldern 62–64 år som varit sjukskrivna i längre än 5 månader. I antal uppgick denna grupp till omkring 10 000 år 2022.
- Reformen har inneburit att arbetsinkomsterna upp till 18 månader efter sjukskrivningens start minskat med i genomsnitt 9 procent.
- Inga effekter kan konstateras på de totala inkomsterna i genomsnitt, eller på hälsa mätt som antalet besök inom öppenvården, läkemedelskonsumtion samt dagar inom slutenvård. Effekterna med avseende på de pensionsrelaterade inkomsterna är osäkra men sannolikt små.

- De längre sjukskrivningarna kan främst härledas till män, emellertid återfinns de negativa effekterna på arbetsinkomster för såväl män som kvinnor.
- Effekterna i form av längre sjukskrivningar och lägre arbetsinkomster är tydligast för personer med yrken inom byggverksamhet och tillverkning samt inom maskinell tillverkning och transport med mera.

6.1.1 Bakgrund till och syfte med reformen

Reformen innebär att försäkrade som har ett förvärvsarbete och som uppnått en ålder som medger rätten att ta ut ålderspension undantas från regeln om att arbetsförmågan ska prövas mot ett normalt förekommande arbete efter 180 dagars sjukskrivning.¹ Undantaget ska gälla fram till den tidpunkt när den försäkrade tidigast kan ta ut garantipension. Regeln innebär med andra ord att den försäkrades arbetsförmåga även efter dag 180 ska bedömas mot arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Under 2022 kunde undantaget för äldre tillämpas från och med månaden den försäkrade fyllde 62 år till och med månaden innan han eller hon fyllde 65 år. Åldersgränsen för inkomstgrundad ålderspension höjdes vid årsskiftet 2022/2023 med ett år, från 62 år till 63 år, och gränsen för garantipension höjdes från 65 år till 66 år.

Det fanns flera skäl för denna reform. I budgetpropositionen för 2022 (prop. 2021/22) konstateras att personer i åldersgruppen 62–65 som nekats sjukpenning mellan dag 180 och 365, nästan fyrdubbldes mellan 2015 och 2020, från cirka 500 till cirka 1 900. ISF konstaterar att försäkrade i åldersgruppen 60–64 oftare än försäkrade i andra åldrar får sin sjukpenning indragen.² Man konstaterar att äldre försäkrade oftare har sjukdomar i rörelseorganen, till exempel förslitningar i leder. I SOU 2019:12 visar en genomgång av domstolspraxis att äldre försäkrade med praktiska yrken nekades ersättning med motiveringen att de kunde klara ett lättare normalt förekommande arbete. Sammanfattningsvis ansågs de tidigare reglerna miss-

¹ Jfr 27 kap. 49 d § SFB.

² ISF (2018:12), *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning – En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen.*

gynna personer med ett långt arbetsliv bakom sig i fysiskt krävande yrken.

Som en konsekvens av ett nekande av sjukpenning kan en äldre försäkrad se tidigt uttag av inkomstgrundad ålderspension som ett alternativ. ISF konstaterar att 60–64-åringar i högre grad lämnade arbetslivet vid skärpta sjukförsäkringsregler än andra grupper.³ Tidigt uttag av ålderspension leder till att den livslånga pensionen blir lägre.

Avslutningsvis ansågs även samhällsekonomiska skäl tala för mer generösa regler för äldre försäkrade. En omställning till ett annat arbete sent i arbetslivet är mer osäker för en äldre person. Detta gäller framför allt försäkrade med partiell arbetsförmåga. Om personen har kort tid kvar till pension kan det vara samhällsekonomiskt lönsamt att låta personen arbeta kvar i sitt befintliga arbete i stället för att tvinga personen till en utdragen och osäker omställning till ett heltidsarbete. Detta gäller i synnerhet om personen arbetar inom ett bristyrke.

6.1.2 Beskrivande statistik

Diagram 6.1 och 6.2 visar utvecklingen av genomförda prövningar mot normalt förekommande arbete respektive beslut om avslag vid 180 dagar, för försäkrade i olika åldrar över tid. I figur 6.1 framgår att antalet prövningar mot normalt förekommande arbete som väntat gick ner 2021, detta till följd av införandet av den nya bedömningsgrunden övervägande skäl.⁴ Noterbart är att nedgången mellan 2020 och 2021 omfattar alla, oavsett ålder, medan nedgången mellan 2021 och 2022 endast omfattar åldersgruppen 62–64 år. Under 2023 minskar skillnaden i antalet prövningar mellan grupperna 59–61 respektive 62–64 år, den är dock alltså större än före 2022.

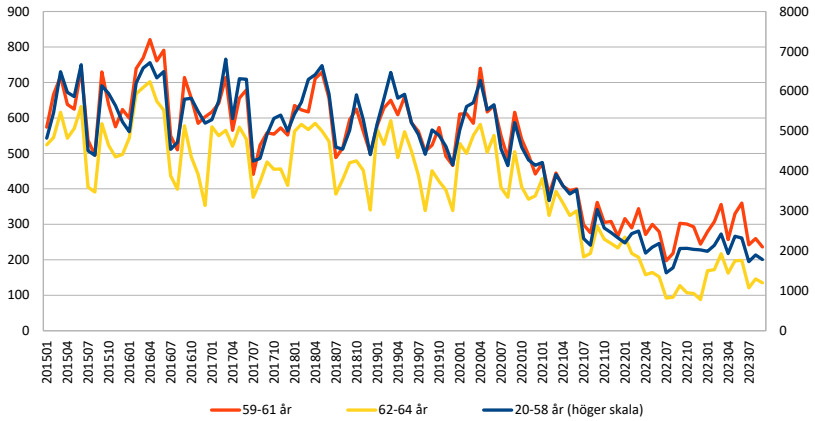
Antalet avslag sjönk kraftigt i slutet på 2020 efter att ha varit uppe på jämförelsevis höga nivåer (figur 6.2).⁵ Nedgången har fortsatt under 2021 och 2022 och är nu nere på mycket låga nivåer, för gruppen äldre (59 år och äldre) handlar det om ett cirka 10-tal i månaden.

³ ISF (2014:7), *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*.

⁴ De angivna siffrorna avser prövningar mot normalt förekommande arbete före dag 190 i sjukfallet.

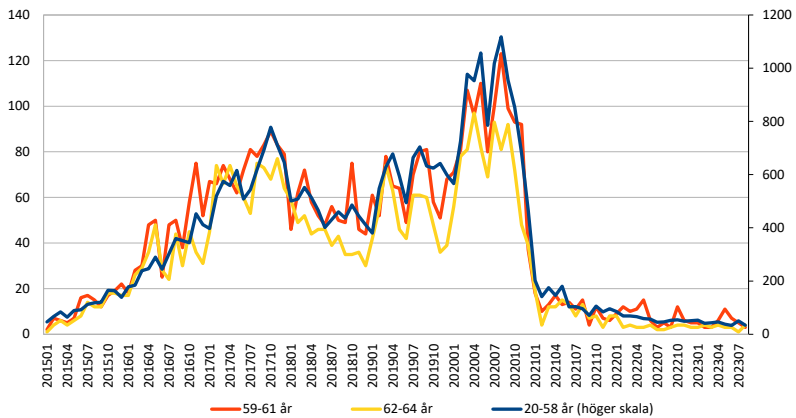
⁵ De angivna siffrorna avser avslag senast dag 190 i sjukfallet i ärenden där en prövning mot normalt förekommande arbete har genomförts före dag 190.

Figur 6.1 Antal genomförda prövningar mot normalt förekommande arbete vid 180 dagar per ålderskategori, över tid (månad)



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

Figur 6.2 Antal avslag vid 180 dagar per ålderskategori, över tid (månad)



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

6.1.3 Reformens effekter

Reformen innebär ett undantag från kravet på omställning i sjuk-skrivningsprocessen vilket kan förväntas leda till att färre pågående sjukfall i målgruppen kommer att avslutas vid olika sjukfallslängder. Detta gäller främst längre sjukfall där bedömning mot normalt förekommande arbete kan bli aktuellt. I förarbetena uttrycks emellertid en förhoppning om att reformen ska leda till att fler kan återgå i arbete hos den befintliga arbetsgivaren och att färre lämnar arbetsmarknaden via exempelvis förtida uttag av ålderspensionen. På lite sikt skulle vi alltså kunna se positiva effekter på både arbetsinkomster och på deltagande i arbetskraften.

I analyserna jämförs utfall för försäkrade som omfattades av reformen (62–64 år) med dem som var i ungefär samma ålder (59–61 år) men som inte omfattades av reformen. För att beräkna effekter studeras relativa förändringar mellan grupperna över tid. På så vis beaktas eventuellt inneboende skillnader mellan grupperna som kan vara svåra att justera för.⁶

Eftersom reformen infördes relativt nyligen utgör den korta uppföljningsperioden en begränsning i möjligheterna att uttala sig om de mer långsiktiga effekterna. För att få en så lång uppföljningshorisont som möjligt är analyserna (om inget annat uttrycks) avgränsade till, i) ärenden som pågått i minst 150 dagar (5 månader), ii) ärenden som passerade 5 månaders sjukskrivning senast under det andra kvartalet 2022. Det innebär att vi kan mäta effekterna upp till som längst cirka 18 månader (540 dagar) efter sjukfallets start.

6.1.4 Resultat

Reformen har ökat sjukfrånvaron bland äldre

De nya reglerna för äldre bör leda till att färre sjukfall avslutas, det gäller både i anslutning till 180 dagars sjukskrivning som senare i sjukfallet. En effekt på beståndet av äldre sjukskrivna kan förväntas uppstå med viss fördröjning i takt med att sjukfall som annars, i frånvaro av reformen, hade avslutats men som med de nya reglerna fortsätter.

⁶ Ansatsen går i den empiriska och internationella litteraturen under namnet *difference in difference analysis*, eller *skillnad i skillnader-ansatsen* översatt till svenska.

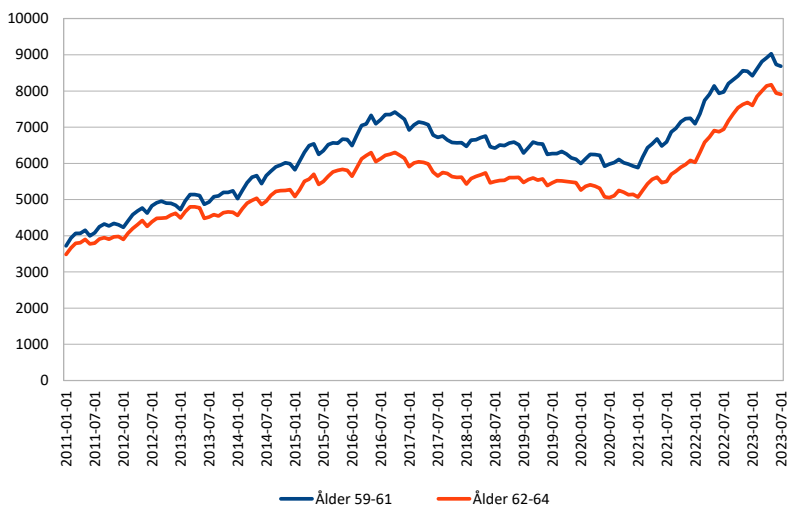
Figur 6.3 redovisar antalet personer med en sjukskrivning som överskrider 180 dagar månadsvis mellan 2011 och mitten på 2023, uppdelat på dem som är 59–61 respektive 62–64 år. Genomgående är den förstnämnda gruppen något större men utvecklingen grupperna emellan är relativt lika, i synnerhet sedan 2015. En tydlig uppgång, motsvarande drygt 30 procent, sker mellan 2020 och 2021. Detta sannolikt som ett resultat av att avlagen vid provningar gentemot normalt förekommande arbete då gick ner kraftigt. En detaljerad analys visar att ökningen är större för gruppen 59–61-åringar än för gruppen 62–64 år, och att skillnaden är statistiskt säkerställd.⁷ Efterföljande år, det vill säga året för äldrereformens införande, är ökningen tvärtom större för gruppen 62–64 år. Ökningen är statistiskt säkerställd och motsvarar en relativ ökning mellan grupperna med 2 procent. Om man dessutom inkluderar de två första kvartalen 2023 förstärks denna ökning ytterligare och uppgår till 3,7 procent.

Trots en relativt kort uppföljningsperiod och en inte helt parallell utveckling under året som föregick året för äldrereformen, är en rimlig slutsats att den inneburit en högre andel äldre bland de sjukskrivna. Denna effekt kan förväntas bli tydligare med en längre uppföljningshorisont.⁸

⁷ Resultat från OLS-skattningar av skillnaden i logaritmerade utfall för försäkrade i ålderskategorin 62–64 jämfört med 59–61. Data har aggregerats kvartalsvis i analysen från 2015 och framåt. Effekten av reformen fångas med en dummy som indikerar att kvartalet avser efter-perioden.

⁸ Noterbart är att äldrereglerna ändrades 1 januari 2023 till att omfatta försäkrade från 63 år och uppåt. Detta beaktas emellertid inte i figur 6.3 som genomgående redovisar enligt uppdelningen 59–61 respektive 62–64. Anledningen är att vi vill redovisa en så lång och obruten tidsserie som möjligt.

Figur 6.3 Antalet pågående sjukfall längre än 180 dagar per ålderskategori, över tid (månad)



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

Reformen har minskat arbetsinkomsterna – ingen effekt på hälsa

Eftersom prövningen mot normalt förekommande arbete för första gången i sjukfallet sker vid 180 dagars sjukskrivning är det av särskilt intresse att studera effekterna vid denna tidsgräns. Reformen har inneburit att färre försäkrade över 62 år får avslag på sin ansökan om sjukpenning, vilket kan förväntas leda till längre sjukskrivningar. Frågan är emellertid hur stor denna effekt är.

I tabell 6.1 redovisas effekterna av reformen vid olika uppföljningshorisonter med avseende på olika utfall kopplade till de försäkrades sjukfrånvaro, inkomster och hälsa. Effekterna är uttryckta i procent och beräknade som relativa förändringar av utfallet mellan försäkrade 59–61 respektive 62–64 år, före och efter 2022.⁹ De angivna resultaten anger hur gruppen 62–64-åringar påverkats av reformen.¹⁰ Genomgående har ”–” tilldelats resultat som inte är statistiskt säkerställda. Längden på perioden före reformen varierar beroende på vilket utfall som studeras. För utfall inom användningen av sjuk-

⁹ Resultaten med avseende på nivåer stämmer genomgående väl överens med de procentuella effekter som presenteras i tabellerna.

¹⁰ Data har aggregerats kvartalsvis, där varje kvartal innehåller 3 000–5 000 observationer.

försäkringen och för hälsa används uppgifter från och med 2011. För arbetsinkomster finns uppgifter från 2019 och framåt och för inkomster totalt avses uppgifter från 2020 och framåt. Som längst kan effekterna studeras 18 månader efter sjukfallens start, detta med undantag för hälsoutfallen som bara medger 12 månaders uppföljning som mest.

I tabellens översta panel (panel A) redovisas effekterna med avseende på de försäkrades sjukfrånvaro och användning av sjukförsäkringen. Resultaten visar att sannolikheten att ha avslutat sjukfallet vid en viss sjukfallslängd har minskat. Vid en uppföljningshorisont på 12 månader är minskningen statistiskt säkerställd och uppgår till drygt 6 procent. När det gäller reformens effekter på antalet dagar som sjukskriven (då sjukskrivningens omfattning, hel-/deltid, beaktas) syns följaktligen en ökning. Den uppgår med 18 månaders uppföljning till 6 procent.

Vidare framgår att reformen inte förefaller ha haft någon effekt på sannolikheten att övergå från sjukskrivning till sjukersättning, samt att de totala utgifterna för sjukpenning och sjukersättning har ökat. Följer man utbetalningarna upp till 18 månader efter sjukfallets start har reformen inneburit att ersättningsutbetalningarna ökat med drygt 6 procent för målgruppen. Denna effekt är statistiskt säkerställd.

I tabellens mellersta panel (panel B) presenteras reformens effekter med avseende på arbetsinkomster och totala inkomster, som utöver arbetsinkomster också inkluderar olika ersättningar. Reformen har gett negativa effekter på arbetsinkomsterna. Effekten uppgår till cirka 12 (9) procent, 12 (18) månader efter sjukfallets start, och är statistiskt säkerställd. Äldreformen förefaller dock inte ha påverkat den totala inkomstsituationen för individer i målgruppen. Slår man samman inkomsterna från sjukförsäkringen med inkomster från arbete, arbetslöshet, föräldraledighet, studier med mera återfinns inga statistiskt säkerställda effekter till följd av de nya reglerna. Med andra ord kompenseras arbetsinkomstbortfallet med andra inkomster och ersättningar, främst sjukpenning.

I tabellens nedersta panel (panel C) presenteras effekterna på olika hälsoutfall – förskrivning av läkemedel (antal doser), antal besök inom öppenvården samt dagar inom slutenvården. Genomgående saknas statistiskt säkerställda resultat vilket innebär att ingenting tyder på att reformen haft några betydande effekter på de äldres hälsosituation.

Tabell 6.1 Effekter (%) av äldrereformen 1 februari 2022 på sjukfrånvaro, inkomster och hälsa. Urvalet avser ärenden som passerar 5 månaders sjukskrivning

<i>Från sjukfallets start:</i>	7 månader	12 månader	18 månader
Panel A – Utfall i sjukförsäkringen			
Reformeffekt (%): Avslut av sjukfall	–	-6,2	-5,5
Andel före	0,32	0,64	0,81
Reformeffekt (%): Antal dagar (netto) med sjukpenning	–	–	6,0
Genomsnittliga dagar före/person	40,0	102,1	146,3
Reformeffekt (%): Andel som mottar SA	–	–	–
Andel före	0,11	0,10	0,10
Reformeffekt (%): Utbetalningar från sjukförsäkringen	3,9	4,8	6,3
Kronor (ackumulerat) per person före	22 575	58 301	84 448
Panel B – Utfall inkomster			
Reformeffekt (%): Arbetsinkomster	-12,5		
Kronor (ackumulerat) per person före	27 904	99 191	173 092
Reformeffekt (%): Inkomster, totalt	–	–	–
Kronor (ackumulerat) per person före	57 578	195 911	384 874
Panel C – Utfall på hälsa			
Reformeffekt (%): Antal dygnsdoser läkemedel	–	–	Ingen skattning
Doser (ackumulerat) per person före	61,2	196,5	
Reformeffekt (%): Antal besök inom öppenvård	–	–	Ingen skattning
Besök (ackumulerat) per person före	1,0	2,9	
Reformeffekt (%): Antal dagar inom slutenvård	–		Ingen skattning
Dagar (ackumulerat) per person före	0,8	2,1	

Anm. Resultat från OLS-skattningar av skillnaden i logaritmerade utfall för försäkrade i ålderskategorin 62–64 jämfört med 59–61. Avgränsning har gjorts till ärenden som passerat 5 månaders sjukskrivning. Skattningarna och redovisade genomsnitt avser från och med månad sex och framåt. Data har aggregerats kvartalsvis i analysen. Effekten av reformen fångas med en dummy som indikerar att kvartalet avser efter-perioden. "–" avser resultat som inte är statistiskt säkerställda. Övriga resultat är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Antal observationer för hälsoutfall och utfall inom sjukförsäkringen: 46, arbetsinkomster: 14, pension och totala inkomster: 10. 18 månaders uppföljning omfattar upp till 540 dagar efter sjukskrivningens start.

Inga säkra slutsatser om pensionsrelaterade inkomster

En av intentionerna bakom äldrereglerna var att minska det tidiga uttaget av ålderspension. I händelse av ett negativt beslut om ersättning bedömdes denna grupp löpa stor risk att helt eller delvis lämna arbetsmarknaden med försörjning via ålderspensionen.¹¹ Eftersom ålderspension, beroende på födelseår, som tidigast kan tas ut vid 61 års ålder (2022), kan ovanstående jämförelsegrupp inte användas i en analys av hur reformen påverkat detta uttag. I stället kan vi bara följa hur utvecklingen av uttag av ålderspension bland sjukskrivna i åldern 62–64 år sett ut över tid, och utifrån det försöka dra slutsatser.

Ett problem med en före- och efterjämförelse i detta fall är att eventuella effekter av reformen blir svåra att särskilja från de eventuella effekter som uppstår som en konsekvens av den äldrereform inom SA som trädde i kraft den 1 september 2022. Införandet av äldrereglerna inom SA innebar att kraven för rätt till SA sänktes för försäkrade från 60 år (59 år och 11 månader) och uppåt. Resultaten från denna reform presenteras i avsnitt 6.2. Noterbart är att även denna reform kan tänkas ha en dämpande inverkan på mottagandet av pensionsrelaterade inkomster.

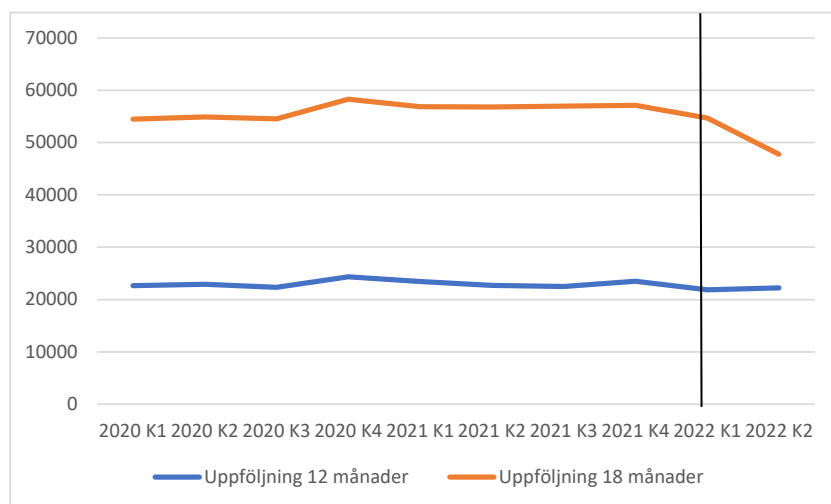
I figur 6.5 redovisas de genomsnittliga ackumulerade pensionsrelaterade inkomsterna för försäkrade som passerar fem månaders sjukskrivning kvartal 1 2020 till kvartal 2 2022. Inkomsterna beräknas 12 respektive 18 månader efter sjukfallets start. I figuren har vi ett vertikalt streck vid kvartal ett 2022 för att markera de två kohorter som påverkats av reformen. Med en uppföljningshorisont på 12 månader syns inga tecken på att reformen skulle haft någon inverkan på de pensionsrelaterade inkomsterna. Med en uppföljningshorisont på 18 månader syns däremot en minskning. Hur ska dessa resultat förstås?

Det man först måste notera är att de som passerar fem månaders sjukskrivning under de två första kvartalen 2022 når tolv månaders sjukskrivning mellan augusti 2022 och januari 2023 och att äldrereglerna inom SA infördes i september 2022. Innebörden är således att det är bara de som når fem månader i kvartal 1 med en uppföljningshorisont om 12 månader som inte är påverkade av äldrereglerna inom SA. Vid 18 månaders uppföljning är även de påverkade. För det andra ökar övergången till SA med tiden i sjukpenning och väldigt få

¹¹ Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10.

övergångar sker innan 12 månader. Det är således sannolikt att de något minskade pensionsrelaterade inkomsterna efter 18 månader delvis drivs av äldrereglerna inom SA. Det som talar för detta är att minskningen är substantiellt lägre för dem som passerar fem månader under kvartal två än för dem som passerar fem månader i det första kvartalet. Sammanfattningsvis kan inga säkra slutsatser dras om hur äldrereformen inom sjukpenningen påverkat de pensionsrelaterade inkomsterna.

Figur 6.5 Pensionsrelaterade inkomster (ackumulerat) 12 respektive 18 månader efter sjukfallets start bland försäkrade som passerar 5 månaders sjukskrivning olika kvartal, kronor



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

Avslutningsvis kan också konstateras att äldrereformen inte haft någon effekt på vare sig mottagande av arbetslöshetsersättning eller ekonomiskt stöd upp till 12 månader efter sjukfallets start.

För att testa trovärdigheten i resultaten i tabell 6.1 har effekterna för en fiktiv reform som infördes året innan den faktiska skattats. Eftersom ingen reform då ägde rum ska några effekter heller inte förväntas. Det är också vad resultaten visar – inga statistiska säkerställda resultat återfinns för någon av utfallsmåtten.

Försäkrade med problem i rörelseorganen ökade sin sjukfrånvaro och minskade sina arbetsinkomster mest

Ett motiv till reformen var att de tidigare reglerna ansågs missgynna personer som arbetat ett långt liv inom ett praktiskt yrke. Dessa nekades ofta fortsatt sjukskrivning eftersom de bedömdes ha rest-arbetsförmåga när deras arbetsförmåga prövades mot lättare arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Om reformens syfte uppfyllts ska vi förvänta oss att effekterna framför allt återfinns inom relativt fysiskt krävande arbeten, och bland de muskuloskeletala snarare än de psykiatriska diagnoserna.

I tabell 6.2 redovisas effekter av äldrereformen upp till 12 månader efter sjukskrivningens start för män och kvinnor separat, liksom för olika diagnosgrupper. Notera att effekterna för olika delgrupper kan skilja sig från den genomsnittseffekt som redovisades i tabell 6.1. Resultaten visar att de längre sjukskrivningarna som följde av reformen (färre avslutade sjukfall), främst kan härledas till män. Medan männens sannolikhet att avsluta sjukfallet inom ett år sjönk med 10 procent, återfinns ingen statistiskt säkerställd skillnad för kvinnor. Därutöver, och i enlighet med målet för reformen, kan de längre sjukskrivningarna härledas till försäkrade med problem och besvär med rörelseorganen. Medan inga effekter återfinns för försäkrade med andra diagnoser, sjönk andelen avslutade sjukfall för försäkrade med en muskuloskeletal diagnos med drygt 13 procent.

I panel B framgår att de längre sjukskrivningarna för män och för försäkrade med problem i rörelseorganen, föranlett lägre arbetsinkomster motsvarande cirka 15 procent. Noterbart är att reformen inneburit lägre arbetsinkomster även för kvinnor, med cirka 10 procent, samt för dem med andra diagnoser än dem som ryms inom de psykiatriska och muskuloskeletala diagnosgrupperna.

Avslutningsvis kan konstateras att inga statistiskt säkerställda effekter återfinns för någon av redovisade delgrupperna med avseende vare sig de totala inkomsterna eller på hälsoindikatorerna läkemedelskonsumtion och dagar inom slutenvården.

Tabell 6.2 Effekter (%) av äldrereformen 1 februari 2022 på sjukfrånvaro, inkomster och hälsa 12 månader efter sjukskrivningens start, för olika grupper. Urvalet avser ärenden som passerar 5 månaders sjukskrivning.

	Män	Kvinnor	Psyk. diagnos	Musk. diagnos	Övr. diagnos
Panel A – Utfall i sjukförsäkringen					
Reformeffekt (%): Avslut av sjukfall	-10,2	–	–	-13,4	–
Andel före	0,65	0,64	0,62	0,72	0,60
Reformeffekt (%)	6,6	–	–	8,4	–
Utbetalningar från sjukförsäkringen					
Kronor (ackumulerat) per person före	62 608	54 854	52 284	52 796	64 496
Panel B – Utfall inkomster					
Reformeffekt (%): Arbetsinkomster	-14,6	-9,5	-	-14,9	-11,0
Kronor (ackumulerat) per person före	97 460	100 606	122 235	89 664	95 807
Reformeffekt (%): Inkomster, totalt	-	-	-	-	-
Kronor (ackumulerat) per person före	203 786	189 621	209 166	186 178	196 909
Panel C – Utfall på hälsa					
Reformeffekt (%): Antal dygnsdoser läkemedel	-	-	-	-	-
Doser (ackumulerat) per person före	211,6	184,4	182,9	178,0	215,8
Reformeffekt (%): Antal dagar inom slutenvård	-	-	-	-	-
Dagar (ackumulerat) per person före	2,6	1,7	0,9	1,0	3,3

Anm Resultat från OLS-skattningar av skillnaden i logaritmerade utfall för försäkrade i ålderskategorin 62–64 jämfört med 59–61. Avgränsning har gjorts till ärenden som passerat 5 månaders sjukskrivning. Skattningsarna och redovisade genomsnitt avser fr.o.m. månad sex och framåt. I analyserna har data aggregerats kvartalsvis. Effekten av reformen fångas med en dummy som indikerar att kvartalet avser efter-perioden. "0" avser resultat som inte är statistiskt säkerställda. Övriga resultat är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Antal observationer för hälsoutfall och utfall inom sjukförsäkringen: 46, arbetsinkomster: 14, pension och totala inkomster: 10. 18 månaders uppföljning omfattar upp till 540 dagar efter sjukskrivningens start.

I tabell 6.3 redovisas resultaten av reformen fördelat på ett genomsnitt för olika yrkesgrupper. En grov indelning har gjorts baserat på SSYK (Standard för svensk Yrkesklassificering), som är ett system för att gruppera yrken och arbetsuppgifter.¹²

Först kan konstateras att de längre sjukskrivningarna främst kan härledas till försäkrade med yrken inom byggverksamhet och tillverkning, inom maskinell tillverkning och transport med mera, respektive inom yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion. Noterbart är att avslutade sjukfall inom 12 månader ökar (!) för sjukskrivna inom ett chefsyrke. Resultatet är intressant eftersom det finns teoretisk, och i viss mån, empiriskt stöd för att betydelsen av incitament och kontroll är mindre för personer med hög arbetsmotivation än för dem med låg. Det är därmed inte otänkbart att förlängd tid för återhämtning skulle kunna öka återgången i arbete för de med chefsyrken. Eftersom inga positiva effekter kan konstateras på efterföljande arbetsinkomster får emellertid denna tolkning av resultatet betraktas som spekulativt.¹³ Resultat blir än mer spekulativt med tanke på att vi har ett multisignifikantproblem (se kapitel 2). Således är det möjligt att resultatet generats av slumpen.

Vidare konstateras tydligt negativa effekter på arbetsinkomsterna bland försäkrade med yrken inom byggverksamhet och tillverkning respektive maskinell tillverkning och transport med mera. Negativa arbetsinkomstereffekter kan också konstateras bland försäkrade inom yrken med krav på högskolekompetens eller motsvarande. Noterbart är att försäkrade med yrken inom administration och kundtjänst i genomsnitt ökar sina totala inkomster med drygt 6 procent.

I övrigt konstateras inga tydliga effekter för någon yrkesgrupp med avseende på inkomster totalt eller på hälsa mätt som läkemedelskonsumtion och dagar som inlagd. Ett undantag är emellertid att konsumtionen av läkemedel (antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel) som ökat (!) bland försäkrade med yrken inom service, omsorg och försäljningsarbete (23%). Resultatet antyder att reformen skulle fått negativa hälsoeffekter för denna yrkesgrupp. Eftersom resultatet sticker ut från ett mönster där inga tydliga effekter av reformen återfunnits för något av hälsomått, bör det tolkas försiktigt och inga stora växlar dras.

¹² Indelning är baserad på den grövsta nivån, det vill säga ensiffernivån, i SSYK3.

¹³ Det skattade punktestimatet är visserligen positivt men inte statistiskt säkerställt och redovisas därför inte.

Tabell 6.3 Effekter (%) av äldrereformen 1 februari 2022 på sjukfrånvaro, inkomster och hälsa 12 månader efter sjukskrivningens start, inom olika yrkesgrupp. Urvalet avser ärenden som passerar 5 månaders sjukskrivning

	Avslut av sjukfall	Arbets- inkomster	Inkomster, totalt	Läkemedel, DDD	Antal dagar inom slutenvård
Chefsyrken					
Reformeffekt (%)	23,3	–	–	–	–
Genomsnitt före	0,67	183 573	280 935	228,5	2,1
Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens					
Reformeffekt (%)	–	–	–	–	–
Genomsnitt före	0,66	145 171	241 774	199,7	2,0
Yrken med krav på högskolekompetens eller motsvarande					
Reformeffekt (%)	–	-22,9	–	–	–
Genomsnitt före	0,66	124 418	220 804	227,6	2,1
Yrken inom administration och kundtjänst					
Reformeffekt (%)	–	–	6,3	–	–
Genomsnitt före	0,67	93 562	179 059	213,2	1,8
Service-, omsorgs- och försäljningsarbete					
Reformeffekt (%)	–	–	–	22,9	–
Genomsnitt före	0,70	78 354	169 241	218,4	1,5
Yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske					
Reformeffekt (%)	–	–	–	–	–
Genomsnitt före	0,71	53 404	170 041	271,2	2,8
Yrken inom byggverksamhet och tillverkning					
Reformeffekt (%)	-16,5	-24,3	–	–	–
Genomsnitt före	0,73	96 066	203 374	196,9	1,7
Yrken inom maskinell tillverkning och transport m.m.					
Reformeffekt (%)	-17,7	-23,0	–	–	–
Genomsnitt före	0,73	86 398	193 754	213,3	2,1
Yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion					
Reformeffekt (%)	–	–	–	–	–
Genomsnitt före	0,70	67 219	150 830	226,3	1,9

Anm. Resultat från OLS-skattningar av skillnaden i logaritmerade utfall för försäkrade i ålderskategorin 62–64 jämfört med 59–61. Avgränsning har gjorts till ärenden som passerat 5 månaders sjukskrivning. Skattningarna och redovisade genomsnitt avser alltså fr.o.m. månad sex och framåt. Data har aggregerats kvartalsvis. Effekten av reformen fångas med en dummy som indikerar att kvartalet avser efter-perioden. "–" avser resultat som inte är statistiskt säkerställda. Övriga resultat är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Antal observationer för hälsoutfall och utfall inom sjukförsäkringen: 46, arbetsinkomster: 14, pension och totala inkomster: 10. 18 månaders uppföljning omfattar upp till 540 dagar efter sjukskrivningens start.

6.2 Nya regler för rätt till sjukersättningen

De nya och mer generösa reglerna inom sjukersättningen började gälla den 1 september 2022 och omfattar de som endast kan beviljas sjukersättning i ytterligare fem år (59 år och 11 månader år 2022) och som har erfarenhet av sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Den försäkrades förmåga att försörja sig själv ska beaktas. För denna grupp gäller således inte det vidare arbetsmarknadsbegrepp som gällde tidigare.¹⁴

Resultaten visar följande:

- Reformen har medfört en tydlig ökning av antalet mottagare av sjukersättning i målgruppen, motsvarande cirka 80 procent eller omkring 2 000 på årsbasis.
- Ökningen omfattar olika grupper på arbetsmarknaden – såväl män som kvinnor, försäkrade med olika diagnoser samt anställda inom olika yrken. Särskild påtaglig är emellertid ökningen bland dem med problem i rörelseorganen (129%) respektive dem som arbetar i yrken inom byggverksamhet och tillverkning (93,8%).
- Reformen har inneburit att fler långtidssjukskrivna (sjukskrivna minst 1 år) övergått från sjukpenning till sjukersättning. För denna grupp har reformen inte haft någon inverkan på vare sig arbetsinkomster, inkomster totalt eller på hälsa.

Den korta uppföljningshorisonten (9 månader) gör att långsiktiga slutsatser om reformens betydelse måste dras försiktigt.

6.2.1 Bakgrund till och syfte med reformen

De så kallade *äldrereglerna* inom sjukersättningen infördes den 1 september 2022 och omfattar alla försäkrade som uppnått en ålder som innebär att sjukersättning endast kan lämnas inom ytterligare fem år.¹⁵ För 2022 var denna ålder 59 år och 11 månader.¹⁶ För rätt till ersättning ska den försäkrade också ha erfarenhet av förvärvsarbete

¹⁴ Se prop. 2021/22:220 s. 22 ff. Nuvarande lydelse som avser sjukersättning för äldre regleras i 33 kap. 10 a–b §§ SFB. De tidigare bestämmelserna, med ett vidare arbetsmarknadsbegrepp, är desamma som återfinns i 33 kap. 10 § SFB.

¹⁵ SFS 2022:1222 lag om ändring i Socialförsäkringsbalken.

¹⁶ Då pensionsåldern höjs 2023 ändras även reglerna för hur länge man kan få sjukersättning. För 2023 omfattas därför de som är 60 år och 11 månader och äldre. (se vidare 33 kap. 10 b § SFB).

i ett normalt förekommande arbete inom en 15-årsperiod innan ansökan.¹⁷ Om ålders- och arbetskriterier är uppfyllda ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas mot sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och som den försäkrade har erfarenhet av. Hänsyn ska emellertid tas till om annat arbete för den försäkrade är tillgängligt. För dem som inte omfattas av äldrereglerna gäller även fortsättningsvis att arbetsförmågan ska prövas mot förvärvsarbeten på arbetsmarknaden, vilket är ett vidare arbetsmarknadsbegrepp.¹⁸

Syftet med reformen var att öka den ekonomiska tryggheten för äldre personer i arbetskraften som haft fysiskt krävande arbeten under arbetslivet. Lagändringen skulle innebära att färre äldre skulle ha behov av att ta ut ålderspension tidigt.¹⁹ I prop. 2021/2022:220 menar regeringen vidare att det inte är rimligt att ställa samma krav på omställning och rehabilitering på äldre som på yngre, dels eftersom de förväntade samhällskostnaderna kan förväntas bli högre, dels för att omställningen många gånger är utsiktslös för individen.

6.2.2 Nybeviljanden av sjukersättning har ökat kraftigt

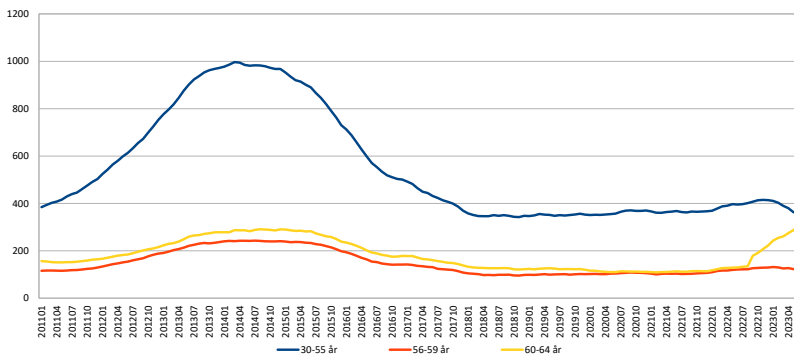
I figur 6.6 redovisas antalet nybeviljade perioder med sjukersättning från 2016 och framåt. För dem i åldern 30–55 har mer än en halvering skett under perioden, från 700 i månaden i början på 2016 till 300 i slutet på 2022. För grupperna 56–59 respektive 60–64 år har nivån legat stabilt omkring 100 nybeviljanden per månad sedan 2017. I slutet på 2022 sker emellertid en tydlig ökning i gruppen 60–64 år, från 100 till cirka 200 i månaden.

¹⁷ Bedömningen om en försäkrad ska anses ha erfarenhet av arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden bedöms i det enskilda fallet (se vägledning 2013:1 version 10 s. 43.).

¹⁸ Se 33 kap. 10 § i Socialförsäkringsbalken.

¹⁹ Prop. 2021/22:220, Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder, s.1.

Figur 6.6 Antal nybeviljanden av sjukersättning över tid, rullande 12-månadersgenomsnitt



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

I tabell 6.4 redovisas de procentuella effekterna av införandet av äldrereglerna på antalet nybeviljanden till och med det andra kvartalet 2023, såväl totalt som uppdelat på bland annat kön och diagnosgrupp. ”–” anger att resultatet inte är statistiskt säkerställt på 5 procents signifikansnivå.

Resultaten visar att reformen haft en tydlig och positiv inverkan på antalet nya försäkrade som beviljas sjukersättning. Effekten uppgår till cirka 500 per kvartal (omkring 2 000 på årsbasis), vilket motsvarar en ökning med cirka 80 procent. Noterbart är att detta är en liten underskattning av den sanna effekten eftersom även försäkrade som är 65 år fyllda, från och med 2023, får motta sjukersättning. Därutöver ingår inte personer som förekommer i SCB:s register för första gången 2023. Underskattningen uppgår uppskattningsvis till som mest 10 procent.

I tabell 6.4 framgår vidare att ökningen av nybeviljanden är ungefär lika stor med avseende på beviljanden på heltid (83%) och deltid (63%), som för män (82%) och kvinnor (75%). Däremot framträder vissa skillnader mellan olika diagnosgrupper. Visserligen återfinns statistiskt säkerställda öknings för såväl de psykiatriska (64%) som ett genomsnitt av övriga diagnosgrupper (66%), men tydligast framträder ökningen bland försäkrade med en muskuloskeletal diagnos (129%).

Avslutningsvis har en grov indelning av yrken gjorts baserat på SSYK (Standard för svensk Yrkesklassificering), som är ett system

för att gruppera yrken och arbetsuppgifter.²⁰ Yrkesgrupper med färre än 10 nybeviljanden per kvartal redovisas inte, däribland chefsyrken och yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske.

Över lag återfinns tydligt positiva effekter i form av fler nybeviljanden inom alla yrkesgrupper. Effekterna motsvarar ökningarna på mellan cirka 50 och upp till 90 procent jämfört med befintliga nivåer inom respektive yrkeskategori. Som störst är ökningen i yrken inom byggverksamhet och tillverkning (93,8%), yrken inom maskinell tillverkning och transport med mera (91,4%), samt inom yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion, (83,7%).

Tabell 6.4 Effekter (%) av äldrereglerna inom sjukersättningen på antalet nybeviljanden. Per kvartal.

Reformeffekt (%)	77,4***
Antal per kvartal före	399
<i>Olika delpopulationer</i>	
<i>Omfattning</i>	
Reformeffekt (%): Heltid	82,7***
Antal per kvartal före	304,3
Reformeffekt (%): Deltid	62,7***
Antal per kvartal före	94,9
<i>Kön</i>	
Reformeffekt (%): Män	81,9***
Antal per kvartal före	202
Reformeffekt (%): Kvinnor	74,8***
Antal per kvartal före	195
<i>Diagnosgrupp</i>	
Reformeffekt (%): Psykiatrisk diagnos	64,0***
Antal per kvartal före	120
Reformeffekt (%): Muskuloskeletal diagnos	129,1***
Antal per kvartal före	67,3
Reformeffekt (%): Övriga diagnoser	65,6***
Antal per kvartal före	207,1
<i>Yrken</i>	
Reformeffekt (%): Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens	48,8***
Antal per kvartal före	45,2
Reformeffekt (%): Yrken med krav på högskolekompetens eller motsv.	63,8***

²⁰ Indelning är baserad på den grövsta nivån, det vill säga ensiffernivån, i SSK3.

Antal per kvartal före	21,3
Reformeffekt (%): Yrken inom administration och kundtjänst	71,0***
Antal per kvartal före	19,2
Reformeffekt (%): Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	79,3***
Antal per kvartal före	62,7
Reformeffekt (%): Yrken inom byggverksamhet och tillverkning	93,8***
Antal per kvartal före	21,3
Reformeffekt (%): Yrken inom maskinell tillverkning och transport m.m.	91,4***
Antal per kvartal före	20,4
Reformeffekt (%): Yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion	83,7***
Antal per kvartal före	25,0
Reformeffekt (%): Uppg. saknas	–
Antal per kvartal före	167,7

Anm Resultat från OLS-skattningar av reformens effekter på antalet nybeviljanden av sjukersättning. I skattningarna har differensen i det logaritmerade antalet nybeviljanden mellan försäkrade i åldern 60–64 respektive 56–59 jämförts kvartalsvis mellan första kvartalet 2016 och andra kvartalet 2023. Differensen har jämförts före och efter reformens införande kvartal 3 2022. "–" avser resultat som inte är statistiskt säkerställda. Övriga resultat är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Antal observationer: 30 (kvartal).

6.2.3 ISF konstaterar att regelverket är otydligt och varnar för betydande variationer i tillämpningen

Resultaten och slutsatserna ovan stämmer väl överens med dem som framkommit i rapporter från Försäkringskassan och ISF. Försäkringskassan har i ett svar på ett regeringsuppdrag följt upp de nya äldrereglerna inom sjukförsäkringen och konstaterar i likhet med resultaten ovan en tydlig ökning i antalet påbörjade perioder med sjukersättning.²¹ Man konstaterar också att ökningen är tydligare för ansökningsärenden, även om en ökning också kan konstateras för utbytesärenden. Vidare är ökningen större för kvinnor än för män och för de med sjukdomar i rörelseorganen (muskuloskeletala diagnoser), även om ökningen omfattar alla diagnosgrupper.

Även ISF konstaterar att fler äldre ansöker om och beviljas sjukersättning efter att de nya reglerna trädde i kraft, och att detta sanno-

²¹ Försäkringskassan, dnr: FK 2023/004609.

likt är en effekt av reformen.²² Vidare menar man att bedömningsgrunderna för äldrereglerna är otydligt formulerade i lagtexten och i förarbetena. Försäkringskassan ska bedöma om personen har erfarenhet av ett förvärvsarbete under den senaste femtonårsperioden, som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. ISF menar att det i lagtext och förarbeten inte tydligt framgår vad som menas med erfarenhet av förvärvsarbete och hur Försäkringskassan ska göra den bedömningen. Därutöver är det inte tydligt hur tillräcklig erfarenhet ska tolkas för att äldrereglerna ska kunna tillämpas. ISF konstaterar att den tolkning som Försäkringskassan tillämpar vid bedömning av erfarenhet av arbete bidrar till att göra skillnaden i kravet på omställning stor mellan dem som omfattas av äldrereglerna och de som inte gör det. Man konstaterar också att otydligheterna i lagtext och förarbeten kan leda till betydande variationer i tillämpningen, både geografiskt och över tid.

6.2.4 Fler äldre sjukskrivna får sjukersättning

Ingen har ännu studerat vilka effekter reformen haft på de försäkrades arbetsutbud, inkomster och hälsa. En förklaring är sannolikt den korta period som hunnit passera sedan införandet. Men även med en kort uppföljningsperiod går det att få en indikation om huruvida reformens intentioner uppfylls. Ett viktigt syfte med införandet av ”Trygghetspensionen” var exempelvis att öka den ekonomiska tryggheten bland äldre försäkrade. Om de totala inkomsterna tvärtom blivit lägre för målgruppen kan detta mål inte ansetts ha uppfyllts. Likaså skulle tydligt negativa effekter på arbetsinkomsterna tyda på att reglerna är alltför generöst utformade och omfattar försäkrade som i frånvaro av reglerna hade arbetat. Tvärtom skulle positiva effekter på hälsan vara ett tecken på att reglerna träffat rätt population.

Sjukersättning är en relativt ovanlig försörjningskälla. Omkring 11 procent i åldern 60–64 mottog sjukersättning 31 december 2022. Dessa utgjorde i sin tur 31 procent av samtliga mottagare av sjukersättning. I följande analys görs en avgränsning av studiepopulationen till långtidssjukskrivna. I kapitel 3 redovisades att cirka 60 pro-

²² ISF (2023:8), *De nya äldrereglerna i sjukersättningen – En granskning av Försäkringskassans utmaningar under det första året.*

cent av dem som beviljas sjukersättning har en period med sjukpenning i direkt anslutning till beviljande. De flesta av dessa har varit sjukskrivna i längre än ett år.²³ En fördel med denna avgränsning är att resultaten blir enklare att tolka. Detta eftersom det kontrafaktiska skeendet i frånvaro av övergång från sjukpenning till sjukersättning, blir tydligare. I typfallet handlar det om att antingen fortsätta vara sjukskriven och motta sjukpenning, eller att återgå i arbete. Ingen åtskillnad görs mellan beviljanden av sjukersättning på heltid eller deltid. Den försäkrade kan således fortsätta uppbära sjukpenning på deltid.

En begränsning i analysen är den korta uppföljningsperiod som står till förfogande. Den sträcker sig från och med reformens införande den 1 september 2022 till och med 31 juli 2023 när det gäller uppgifter om inkomster och utfall i sjukförsäkringen, och till och med 30 april 2023 när det gäller hälsa. För att få en så lång uppföljningsperiod som möjligt avgränsas analysen till individer som övergår från sjukpenning till sjukersättning mellan 1 september och 30 september 2022, det vill säga under den första månaden efter reformens införande. På så vis ges en uppföljningsperiod på 6 månader när det gäller olika hälsoindikatorer och 9 månader för övriga utfall. Resultaten är emellertid inte känsliga för att inkludera fler reformmånader.

Liksom ovan analyseras relativa förändringar i gruppen 60–64, som omfattas av reformen 2022, med gruppen 56–59 år.

Inga effekter på arbetsinkomster och hälsa

Resultaten från analyserna presenteras i tabell 6.5. Först kan konstateras att äldrereglerna haft en tydligt positiv inverkan på sannolikheten att övergå från sjukpenning till sjukersättning. Bland dem som passerat 1 års sjukskrivning ökar sannolikheten att motta sjukersättning inom 9 månader med drygt 85 procent, från 5,8 procent till 10,7 procent.

I panel A framgår därutöver att sannolikheten att avsluta sjukfallet minskat (!) med cirka 17 procent. Med andra ord har sjukskrivningarna blivit längre, vilket kan uppfattas som överraskande. Emel-

²³ Endast omkring 15 procent av dem som beviljas sjukersättning och som kommer från sjukskrivning, övergår under sjukskrivningens första år.

lertid innebär de mer generösa reglerna för rätt till sjukersättning ökade drivkrafter att söka sig dit, vilket också kan spilla över på sjukfrånvaron eftersom sjukskrivning ofta föregår sjukersättning. Som ett resultat ökar utgifterna i sjukförsäkringen (sjukpenning samt sjukersättning) med cirka 20 procent till följd av reformen för målpopulationen. Från panel B och C kan konstateras att reformen inte haft några statistiskt säkerställda effekter på vare sig arbetsinkomster, inkomster totalt eller på hälsa.

Tabell 6.5 Effekter (%) av äldreformen 1 september 2022 på övergångar till sjukersättning, inkomster och hälsa, efter 9 månader. Urvalet avser sjukfall som passerat 12 månader.

Reformeffekt (%): Övergång till sjukersättning	85,1
Andel före	5,8
Panel A – Utfall i sjukförsäkringen	
Reformeffekt (%): Avslut av sjukfall	-16,8
Reformeffekt (%): Utbetalningar från sjukförsäkringen	7,1
Kronor före	89 073
Panel B – Utfall på inkomster	
Reformeffekt (%): Arbetsinkomster	–
Kronor före	81 977
Reformeffekt (%): Inkomster, totalt	–
Kronor före	227 463
Panel C – Utfall på hälsa	
Reformeffekt (%): Dygnsdoser läkemedel	–
Doser före	256,2
Reformeffekt (%): Antal dagar inom slutenvård	–
Dagar före	0,25

Anm: Resultat från OLS-skattningar av reformens effekter på olika utfall, bland ärenden som passerar 12 månaders sjukskrivning. I skattningarna har kontrollerats för ålderskategori (56–59 eller 60–64) och period (före eller efter reformperiod). Data har aggregerats kvartalsvis. "–" avser resultat som inte är statistiskt säkerställda. Övriga resultat är statistiskt säkerställda på 5 procents signifikansnivå. Antal observationer för hälsoutfall och utfall inom sjukförsäkringen: 51, arbetsinkomster: 15, pension och totala inkomster: 11. Nio månaders uppföljningshorisont för samtliga utfall utom för hälsoutfallen (6 månader).

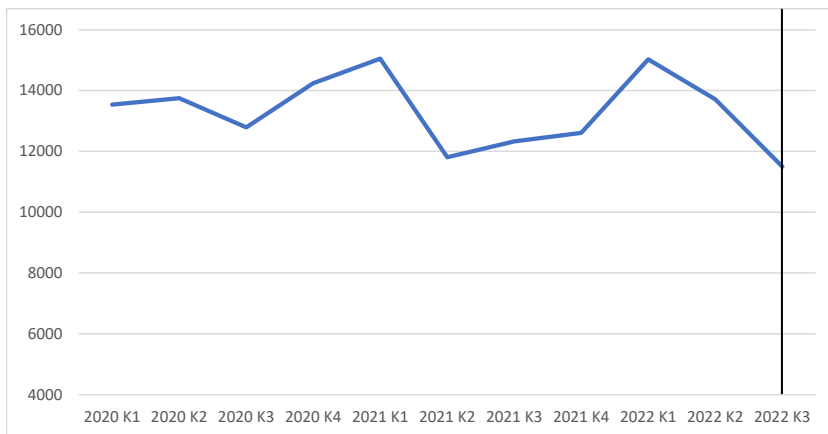
Pensionsrelaterade inkomster

Ett syfte med lagändringen var att minska uttaget av pension i förtid. Eftersom någon jämförelsegrupp inte finns tillgänglig för en analys av dessa inkomster redovisas i figur 6.7 utvecklingen av pensionsrela-

terade inkomster över tid för försäkrade 60–64 år. Analysen avser således de ackumulerade pensionsrelaterade inkomsterna efter 9 månader bland försäkrade som passerar ett års sjukskrivning från och med kvartal 1 2020 till och med kvartal 3 2022.

I figuren framgår att utvecklingen av de genomsnittliga pensionsrelaterade inkomsterna varierar mellan 12 000 och 15 000 kronor beroende på kvartal. Inkomsterna för gruppen som passerar 12 månaders sjukskrivning under kvartal 3 2022, som är kvartalet för reformens införande, är lägre än under de två föregående kvartalet.²⁴ Skillnaden jämfört med ett genomsnitt av föregående kvartal är således negativ. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

Figur 6.7 Pensionsrelaterade inkomster (ackumulerat) efter 9 månader bland försäkrade som passerar 12 månaders sjukskrivning olika kvartal, kronor



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

²⁴ Noterbart är att den lägsta åldern för vilken den allmänna pensionen kan tas ut höjs år 2022 från 61 till 62 år för dem som är födda 1959 eller senare. För år 2023 gäller sedan 62 som lägsta ålder för alla. Detta bör ha en viss dämpande inverkan på utvecklingen av de pensionsrelaterade inkomsterna i figuren.

7 Analys av reformerna om behovsanställning, angiven yrkesgrupp och deltidssjukskrivning

I detta kapitel analyserar vi reformerna om *behovsanställning, angiven yrkesgrupp* samt *ojämn reducering av arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning*. För dessa reformer har vi inte kunnat studera utfallet i form av effekter på grund av avsaknaden av registerdata. Analyserna är följaktligen av deskriptiv karaktär samt baserade på sekundärkällor och tidigare forskning. Vi refererar också till resultaten av den intervjustudie som presenteras i kapitel fyra. Utredningens sammantagna bedömning är att dessa reformer skapat drivkrafter till felaktig användning av sjukförsäkringen samt orsakat onödig administrativ börda för Försäkringskassan. Följande slutsatser dras i kapitlet:

- Anställningsformen behovsanställning introduceras i sjukförsäkringen med syftet att stärka försäkringsskyddet för personer med en osäker anställningssituation.
 - Antalet som bedömts som behovsanställda är lägre än det som förväntades. En förklaring kan vara de problem som framkommit i Försäkringskassans handläggning av dessa ärenden, exempelvis med att fastställa vem som ska betraktas som behovsanställd.
 - Baserat på forskning om arbetsgivares och arbetstagares drivkrafter finns en påtaglig risk att förslaget på sikt leder till fler personer med denna form av otrygga anställningar.

- Bedömningen mot normalt förekommande arbete har tillförts kravet på yrkesgrupp inom vilken den försäkrade kan arbeta ska anges vid negativa beslut. Syftet har varit öka begripligheten och acceptansen för beslutet vid avslag.
 - Iakttagelser från data över utvecklingen av avslag, från intervjuer med försäkringsutredare samt från granskning av det kunskapsunderlag som kategoriserar kraven i olika delar av arbetslivet, ger att mycket tyder på att kravet på angiven yrkesgrupp har smalnats av den arbetsmarknad den försäkrade bedöms emot och i praktiken försvårat möjligheterna att ge avslag.
 - Ingenting tyder på att begripligheten i och acceptansen för ett negativt beslut ökat till följd av lagkravet. Andelen som begär omprövning vid ett negativt beslut är densamma som tidigare.
- Kravet på jämn reducering av arbetstiden vid deltidssjukskrivning tas bort. Syfte med reformen var att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen och stimulera deltidssjukskrivning som metod att nå full återgång i arbete.
 - Andelen sjukpenningdagar som avser sjukskrivning på deltid har ökat sedan 2020. Ökningen omfattar bland annat dem som är sjukskrivna längre än 180 dagar.
 - Utredningen finner inget stöd i den empiriska forskningen för att sjukskrivning på deltid påskyndar full arbetsåtergång.

7.1 Behovsanställda

Den 1 februari 2022 infördes nya bestämmelser i socialförsäkringsbalken rörande behovsanställda. Bland annat infördes en bestämmelse rörande definitionen om vem som är att betrakta som behovsanställd i socialförsäkringens mening.¹ Lagändringen var tänkt som en anpassning av sjukförsäkringen till en förändrad arbetsmarknad där andra typer av anställningar än tillsvidareanställningar med tiden har blivit allt vanligare. Syftet med lagändringarna har varit att skapa ett mer rättvist regelverk som ger fler möjlighet till ekonomisk trygg-

¹ Se 27 kap. 16 a § SFB.

het vid inkomstbortfall på grund av sjukdom, oberoende av anställningsform.²

Problemet formulerades som att fler nekas sjukpenning när de betraktas som arbetslösa och deras arbetsförmåga bedöms mot normalt förekommande arbete. Enligt tidigare praxis bedömdes någon som i dag definieras som behovsanställd, som anställd, endast om denne hade inbokade arbetspass.³ Om arbetspass inte fanns inbokade bedömdes hen som arbetslös och fick följaktligen sin arbetsförmåga bedömd mot den bredare bedömningsgrunden normalt förekommande arbete redan från första sjukdagen. Ett relaterat problem var att en försäkrad som bedömdes som det som i dag kallas behovsanställd (och arbetslös) ofta fick en lägre nivå av sjukpenning än om den försäkrade skulle ha betraktats som anställd.

De nya bestämmelserna om behovsanställda innebär att den försäkrade kan få sin arbetsförmåga bedömd gentemot arbetet i behovsanställningen som längst de första nittio dagarna⁴ i sjukperioden. Dock måste det kunna antas att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat i behovsanställningen om den försäkrade inte hade varit sjuk.⁵ Sjukpenningen ska under denna period inte heller begränsas till sjukpenning som om den försäkrade var arbetslös, det vill säga till det så kallade arbetslöshetstaket i sjukförsäkringen.⁶

I den utredning som låg till grund för lagförslaget konstaterades att det inte var enkelt att förutse storleken på gruppen och konsekvenserna för sjukförsäkringen. Utredningen bedömde dock att storleken på målgruppen för reformen skulle finnas i spannet mellan 104 000 och 147 000.⁷ Antalet individer som bedömts vara behovsanställda i våra data har dock visat sig vara väsentligt lägre än så (se avsnitt 7.1.2). Det är svårt att ha en uppfattning om orsaken till denna skillnad. En möjlighet är att gruppen inte är så stor och att problemet överskattas. En annan förklaring är att benägenheten att använda sjukförsäkringen vid upplevd sjukdom och arbetsoförmåga kan vara

² Se prop.2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 65.

³ Före den 1 februari 2022 förekom inte begreppet behovsanställda i socialförsäkringsbalken. Se även RÅ 2004 ref 103. Tidsbegränsad anställning utan överenskommen arbetstid benämndes tidigare ofta som "intermittent anställning".

⁴ Se 27 kap. 16 a § SFB. Lagändringen avser sjukpenning från och med dag 15 i sjukperioden. Vad avser de första 14 dagarna i en sjukperiod regleras dessa i 27 kap. 10–11 §§ SFB. Där regleras att en skälighetsprövning ska göras vad avser de fall där det inte är klarlagt hur arbete skulle ha utförts under 14-dagarsperioden.

⁵ Se 27 kap. 16 a § SFB. Se även SOU 2020:26, s. 78.

⁶ Se 28 kap. 11 § SFB.

⁷ SOU 2020:26, s. 150.

låg vid mer osäkra anställningar. Pandemin kan också ha haft betydelse då många branscher med hög andel tidsbegränsade anställningar påverkats negativt, som exempelvis restaurangnäringen.

7.1.1 Tidigare granskningar kring regelverket för behovsanställda

ISF uppmärksammade svårigheterna i den skälighetsbedömning som används för behovsanställda personer när det inte går att utreda hur hen skulle ha arbetat under sjukperiodens första 14 dagar.⁸ Möjligheten till skälighetsbedömning infördes år 2000. Enligt ISF består svårigheterna i första hand av regelverkets utformning där det lämnas ett stort utrymme för bedömningar, vilket ibland innebär att det blir osäkert hur regelverken ska tillämpas. Det gör det svårt för Försäkringskassan att avgöra vilka uppgifter som behövs för att kunna göra en bedömning. ISF:s resultat visar att det finns indikationer på en oenhetlig tillämpning inom Försäkringskassan. Regelverkets utformning och en oenhetlig tillämpning gör det svårt för den enskilda personen att förutse hur Försäkringskassan kommer att bedöma hens rätt till sjukpenning och hur eventuell ersättning kommer att beräknas.

Dessa svårigheter har också Försäkringskassan uppmärksammat inom ramen för en granskning av regeländringarna som infördes för behovsanställda 2021.⁹ Utifrån granskningens resultat konstaterar Försäkringskassan att det råder oklarhet bland försäkringsutredarna kring vem som ska ses som behovsanställd och hur behovsanställda skiljer sig från övriga sysselsättningar, till exempel visstidsanställda och delvis arbetslösa. Det framgår också att det finns kunskapsluckor gällande utredning av anställningsförhållanden, tolkning av anställningsavtal, och reglerna om när sjuklön¹⁰ kan och ska utbetalas för behovsanställda. Konsekvenserna av detta är bland annat att Försäkringskassan betalar ut ersättning felaktigt.

⁸ ISF (2021-06-18), Behovsanställd utan sjuklön – Redovisning av uppdrag att analysera hur Försäkringskassan tillämpar skälighetsbedömningen i 27 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2021/03529 (delvis)).

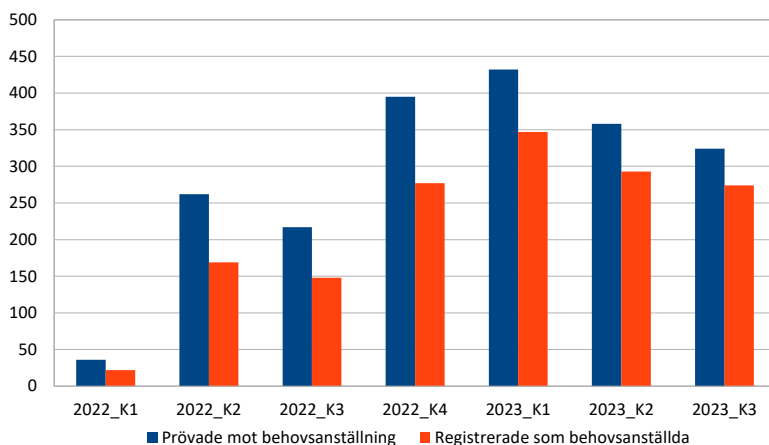
⁹ Försäkringskassan 2023. Internt PM – Uppföljning av tillämpningen av de nya reglerna rörande behovsanställda.

¹⁰ Sjuklön regleras i lagen (1991:1047) om sjuklön.

7.1.2 Beskrivning av dem som bedömts som behovsanställda

Under perioden den 1 februari 2022 till och med den 30 september 2023 prövades totalt 2 024 försäkrade som behovsanställda. Av dessa registrerades sedan 1 530 försäkrade som anställda, vilket innebär att 76 procent av dem som prövades också bedömdes vara behovsanställda. I figur 7.1 framgår att antalet bedömningar ökade från och med bestämmelsernas införande till och med kvartal 1 2023, då antalet prövningar uppgick till drygt 450. Därefter har antalet minskat något. Noterbart är att siffrorna för kvartal 3 2023 inte är fullständiga.

Figur 7.1 Antal genomförda bedömningar gällande behovsanställning, per kvartal



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

I tabell 7.1 ges en beskrivning av gruppen som av Försäkringskassan prövades och bedömdes som behovsanställda under perioden 1 februari 2022–30 juni 2023. Därutöver beskrivs gruppen som påbörjade en sjukskrivning under samma period men som inte bedömdes som behovsanställda. Eftersom olika datakällor använts finns ett visst bortfall (14%) i denna redovisning.

Från tabellen kan konstateras att de som bedömts som behovsanställda i genomsnitt är yngre än övriga försäkrade, och i lägre utsträckning har en diagnos inom någon av de dominerande diagnosgrupperna, det vill säga inom psykiatriska respektive muskuloskeletala diagnoser, 42 jämfört med 51 procent. Tvärtom har relativt fler

en diagnos som ryms inom kategorin övriga. Avslutningsvis är en lägre andel (33 jämfört med 38 procent) av de som bedömts som behovsanställda män.

Tabell 7.1 Beskrivning av försäkrade som bedömts som behovsanställda mellan 1 februari 2022 och 30 september 2023, samt övriga som påbörjat en sjukskrivning under samma period

	Behovsanställd	Övriga
Man	0,33	0,38
Ålder	41,0 (12,6)	44,8 (12,6)
Anställd	1,0	0,93
Diagnosgrupp		
Psykiatrisk	0,17	0,28
Muskuloskeletal	0,17	0,19
Skada	0,16	0,12
Övriga	0,51	0,42
Antal obs.	1 321	570 156

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

Vad gäller längden på sjukfrånvaron finner vi att fall där den försäkrade bedömts som behovsanställd i genomsnitt är något kortare än övriga fall. Bland behovsanställda är genomsnittet 51 (median: 34) dagar jämfört med 68 (median: 40) dagar bland övriga.¹¹ Vidare finner vi att 3 procent av ärendena bland behovsanställda passerar 180 dagars sjukskrivning, att jämföra med 8 procent bland övriga ärenden.

7.1.3 Svårigheter i tillämpningen av bestämmelserna

Försäkringskassan har själva följt upp tillämpningen av det nya regelverket för behovsanställda genom en granskning av 99 akter.¹² De sjukpenningärenden som granskats hade handlagts under perioden 1 september 2022–31 januari 2023. Granskningen belyser om tillämpningen skett på ett korrekt och likvärdigt sätt samt om förvaltningsrättsliga krav på dokumentation och serviceskyldighet uppfyllts.

¹¹ I denna jämförelse har endast inkluderats avslutade ärenden.

¹² Försäkringskassan 2023. Internt PM – Uppföljning av tillämpningen av de nya reglerna rörande behovsanställda.

Försäkringskassan ska göra en helhetsbedömning av hur den försäkrade skulle ha arbetat i behovsanställningen om hen inte blivit sjuk. Ett viktigt underlag för att kunna bedöma om det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat är i vilken omfattning hen har arbetat före sjukperioden. Resultaten från granskningen visar på flera svårigheter som omgärdar handläggningen och bedömningen av rätten till sjukpenning för behovsanställda. Försäkringskassan konstaterar att dessa svårigheter i kombination med regelverkets utformning riskerar att leda till oenhetlig tillämpning som i sin tur försvårar för den försäkrade vad gäller att förutse hur försäkringsutredarna kommer att bedöma rätten till sjukpenning och hur eventuell ersättning kommer att beräknas.

Utifrån granskningens resultat konstaterar Försäkringskassan att det råder oklarhet bland försäkringsutredarna kring vem som ska ses som behovsanställd och hur behovsanställda skiljer sig från övriga sysselsättningar, till exempel visstidsanställda och delvis arbetslösa. Det framgår också att det finns kunskapsluckor gällande utredning av anställningsförhållanden, tolkning av anställningsavtal, och reglerna om när sjuklön kan och ska utbetalas för behovsanställda. Konsekvenserna av detta är bland annat att Försäkringskassan betalar ut ersättning felaktigt. Försäkringskassan betalar sjuklön som egentligen arbetsgivaren ska stå för samt att de försäkrade får sin arbetsförmåga bedömd i förhållande till fel bedömningsgrund. De försäkrade som har en visstids- eller tillsvidareanställning riskerar att få sin arbetsförmåga bedömd i förhållande till normalt förekommande arbete efter dag 90 trots att de ska följa rehabiliteringskedjans bedömningstidpunkter. Omvänt kan behovsanställda felaktigt få sin arbetsförmåga bedömd enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser, vilket gör att de lagstadgade 90 kalenderdagarna under vilka arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till arbetet i behovsanställningen överskrids.

7.1.4 Bristande kompetens i arbetsrätt

En möjlig förklaring till de kunskapsluckor som är kopplade till tolkning av anställningsförhållanden och sjuklönerreglerna kan – enligt granskningen – vara att man från Försäkringskassans sida traditionellt betraktat de arbetsrättsliga reglerna som ett juridiskt område

som befinner sig utanför socialförsäkringsrätten. I granskningen framhålls att Försäkringskassans utredare behöver ha vissa grundläggande kunskaper inom arbetsrätten i de delar som är kopplade till utredningen av anställningsförhållanden och reglerna om sjuklön. Denna uppfattning delas av Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), som i sin granskning av arbetsgivares sjuklöneansvar och skälighetsbedömning av sjukpenning funnit indikationer på att arbetsgivare kan kringgå sitt sjuklöneansvar i dessa ärenden.¹³

Vidare anger Försäkringskassan i sitt gransknings-PM att det finns brister vad gäller dokumentationsskyldigheten. Det framhålls att det finns ett behov av att förtydliga vad som ska dokumenteras i denna typ av ärenden, inte minst för att säkerställa att ställningstaganden och bedömningar motiveras så att det tydligt framkommer vilka uppgifter som har legat till grund för dessa. Vid bedömningen av arbetsförmågan ser Försäkringskassan ett behov av att det förtydligas i journalen vilken bedömningsgrund som är aktuell för respektive anspråksperiod. Också när det gäller utredning av jämförelseperioden och skälighetsbedömning förekommer det brister i dokumentationen. Det saknas ofta uppgifter om vilken tidsperiod som har legat till grund för jämförelseperioden, huruvida man har utrett med den försäkrade och arbetsgivaren om det finns en avsikt att låta anställningen fortsätta som tidigare och i samma omfattning om den försäkrade inte hade blivit sjuk.

Granskningen visar att det är sällsynt att någon information om regelverket för behovsanställda anges. Och i de ärenden där information har lämnats i journalen är det i många fall oklart vilken information som har lämnats. Skälet är att journalanteckningarna ofta innehåller generella, svepande benämningar, exempelvis ”information lämnas om regelverket”. Vad dessa brister exakt beror är svåra att besvara utifrån granskningsresultaten. En möjlig förklaring som anges i granskningen är att försäkringsutredarna handlägger dessa ärenden mindre ofta än exempelvis tillsvidare- och visstidsanställda och att detta därför leder till sämre rutiner i handläggningen. En annan förklaring enligt granskningen kan vara kunskapsbrist avseende regelverket.

¹³ Se ISF (2021-06-18), Behovsanställd utan sjuklön, Redovisning av uppdrag att analysera hur Försäkringskassan tillämpar skälighetsbedömningen i 27 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2021/03529 [delvis]), s. 29–30.

7.1.5 Reformen kan öka antalet behovsanställda

Sett ur arbetsgivarens perspektiv är det för många typer av arbeten lägre kostnader förknippade med behovsanställda än med tillsvidareanställda. En sådan kostnad är att arbetsgivaren vid en skälighetsbedömning kan slippa sjuklöneansvaret och att de saknar rehabiliteringsansvar. Å andra sidan kan det också innebära kostnader i så måtto att det kan vara svårt att planera verksamheten för en arbetsgivare om denne endast har ett fåtal personer som kan användas vid behov.

I och med reformen är det troligen fler arbetsgivare som inte betalar sjuklön för de behovsanställda. För potentiella arbetstagare innebär reformen att det blev mer förmånligt att arbeta som behovsanställd än tidigare, varför vi kan förmoda att färre individer söker sig vidare bort från dessa otrygga anställningar. Med ett större utbud av personer som arbetar efter behov underlättas sannolikt planeringen för arbetsgivaren. Bestämmelserna underlättar således sannolikt för arbetsgivare att ha anställda ”till hands” när det finns arbete vilket innebär att färre fasta anställningar kommer att erbjudas¹⁴

Eftersom reformen gjort det mer förmånligt för båda parter om den försäkrade betraktas som behovsanställd är det troligt att bestämmelserna om behovsanställda indirekt kommer att öka antalet behovsanställningar på lång sikt.

Att arbetsgivare reagerar på incitament finns det stöd för i litteraturen (se kapitel 8). Det faktum att Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) fann indikationer på att arbetsgivare kan försöka kringgå sitt sjuklöneansvar vid skälighetsbedömning av sjukpenning, är en indikation på just detta.¹⁵ Vår bedömning är därför att bestämmelserna om behovsanställning på längre sikt sannolikt leder till fler, inte färre, personer i denna form av otrygga anställningar.

¹⁴ Vi är medvetna om att förändrade regler om sjukpenning sannolikt inte är en avgörande orsak till att personer stannar kvar i en behovsanställning eller till att arbetsgivare i mindre utsträckning kommer att erbjuda fasta anställningar. Dock, om vi tycker att individens arbetsmiljö bäst tas tillvara via fasta anställningar, är detta en reform som sannolikt långsiktigt leder i fel riktning.

¹⁵ Se ISF (2021-06-18), Behovsanställd utan sjuklön, Redovisning av uppdrag att analysera hur Försäkringskassan tillämpar skälighetsbedömningen i 27 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2021/03529 [delvis]), sid. 29–30.

7.2 Angiven yrkesgrupp

Lagändringen om angiven yrkesgrupp trädde i kraft den 1 september 2022 och innebar att begreppet ”sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden” ersattes av begreppet ”förvärvsarbete i sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”.¹⁶ Denna bedömningsgrund gäller för alla sjukskrivna vars arbetsförmåga ska bedömas mot normalt förekommande arbeten, arbetslösa, tjänstlediga samt anställda som befinner sig efter dag 180 i rehabiliteringskedjan och som inte omfattas av någon av undantagsreglerna i socialförsäkringsbalken¹⁷.

Syftet med lagändringen har varit att öka begripligheten för den försäkrade vid negativa beslut, genom att ange inom vilken yrkesgrupp den försäkrade bedöms klara av att arbeta.¹⁸ Dock ska den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot varken göras bredare eller smalare genom lagändringen enligt regeringen.¹⁹

En relevant fråga för att bedöma konsekvenserna av införandet av angiven yrkesgrupp är om andelen avslag relaterat till normalt förekommande arbete efter dag 180 förändrats efter regeländringen. Denna fråga prövar regeringens antagande om att införandet av angiven yrkesgrupp inte skulle ha någon påverkan på sjukperiodens varaktighet eller på sjukpenningutgifterna.²⁰ Försäkringskassan har dock inte data som särskiljer avslag som relateras till bedömningen mot normalt förekommande arbete från övriga avslagsanledningar.

I figur 7.2 redovisas dels antalet genomförda prövningar mot normalt förekommande arbete inom dag 365 i sjukperioden, dels andelen ärenden bland dessa som avslutats via ett avslag. Antalet genomförda prövningar har sjunkit kontinuerligt sedan 2019 men planade ut under 2022. Andelen avslag i dessa ärenden sjönk drastiskt i slutet på 2020 och har därefter fortsatt att sjunka men i en lägre takt.

Vår slutsats är införandet av angiven yrkesgrupp i september 2022 sannolikt har lett fram till en ytterligare nedgång i andelen avslag. Det finns därmed en risk för att reformen inneburit att tröskeln för att ge avslag har höjts något.

¹⁶ Se prop. 2020/21:171, s. 4 och 22 f.

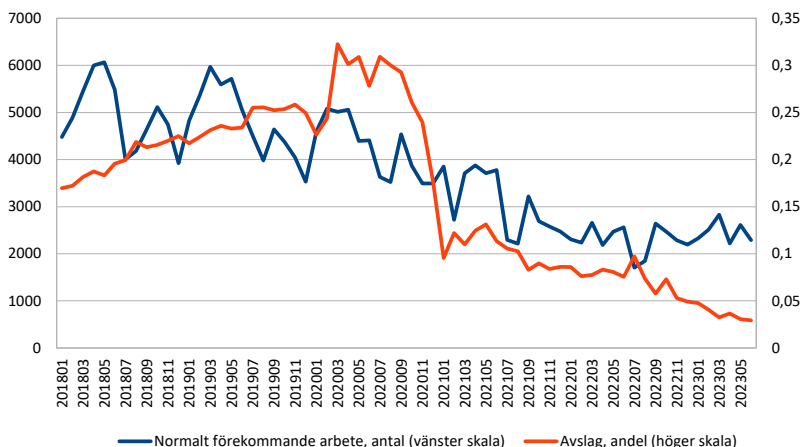
¹⁷ Se 27 kap. 48–49 d §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁸ Prop. 2020/21:171, s. 11.

¹⁹ Prop. 2020/21:171, s. 22.

²⁰ Prop. 2020/21:171, s. 21.

Figur 7.2 Antal bedömningar mot normalt förekommande arbete inom 365 dagar, respektive andelen avslag i dessa ärenden



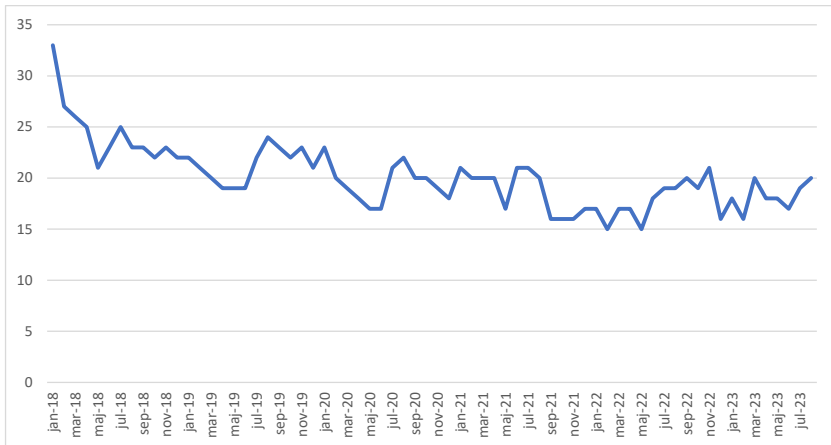
Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

7.2.1 Acceptansen vid negativa beslut har inte ökat

Syftet med lagändringen var att besluten i händelse av avslag skulle bli mer begripliga för de försäkrade. Med andra ord skulle acceptansen för beslutet öka. En indikation på att målet uppfyllts är att den försäkrades benägenhet att begära omprövning vid ett negativt beslut minskat. Resonemanget bygger på antagandet att en högre grad av begriplighet och transparens minskar benägenheten hos den försäkrade att begära omprövning av ett för hen negativt beslut.

I figur 7.3 redovisas andelen begärda omprövningar i ärenden där den försäkrade prövats mot ett normalt förekommande arbete, och fått avslag. Från 2018 fram till mitten på 2021 begärdes omprövning i omkring 20 procent av besluten som ledde till avslag, därefter har andelen oftare legat närmare 15 procent. Det finns inga tecken som tyder på att införandet av krav på angiven yrkesgrupp skulle förändrat benägenheten att begära omprövning av beslutet. Ingenting tyder således på att lagändringen haft en gynnsam inverkan på vare sig begripligheten i eller acceptansen för det negativa beslutet.

Figur 7.3 Andel ärenden där sjukpenning avslagits efter bedömning mot normalt förekommande arbete, och där begäran om omprövning inkommit inom 3 månader



Källa: Uppgifter från Försäkringskassan.

I intervjustudien framkommer att försäkringsutredarna har olika erfarenheter av regeländringen. I mötet med sjukskrivna har kunskapsunderlaget i vissa ärenden gett en tydlighet i kommunikationen om arbetsförmåga vid avslag. För den sjukskrivne kan det bli mer konkret när arbetsförmågan relateras till yrken som faktiskt finns och inte bara till ett hypotetiskt arbete. Det finns också erfarenhet av att begripligheten och acceptansen faktiskt minskat bland försäkrade vid hänvisning till en konkret yrkesgrupp. Det kan uppfattas som "orealistiskt" av den sjukskrivne, i synnerhet om denne saknar utbildning och kompetens för de yrken som hen bedöms ha arbetsförmåga i. Denna uppfattning framkommer också bland försäkringsutredare som intervjuats inom ramen för SOU 2020:6. Där diskuteras användbarheten av det referensmaterial som ingår som en integrerad del av en aktivitetsförmågeutredning. De intervjuade försäkringsutredarna menade att det kan provocera den försäkrade om referensmaterialet ger ett svar att personen skulle kunna klara ett arbete som denne i praktiken inte kan få.

Regeringen ansåg att de yrkesgrupper Försäkringskassan angav i möjligaste mån bör vara sådana som för den försäkrade framstår som rimliga.²¹ Det är troligt att de avslag som relateras till en yrkesgrupp

²¹ Prop. 2020/21:171, S. 13.

som ligger nära den försäkrades yrkesidentitet upplevs som mer rimliga. Detta inte minst mot bakgrund av att många uppfattar sjukförsäkringen som en yrkesförsäkring, vilket framkommit i tidigare studier.²² Syftet med regeländringen var dock inte att förändra försäkringen i en yrkesförsäkringsmässig riktning. Huvudsyftet var att referensen till en yrkesgrupp i sig skulle öka begripligheten. Detta oavsett om den försäkrade uppfattade det som en yrkesgrupp som är rimlig eller inte utifrån sin yrkesidentitet.

7.2.2 Mycket tyder på att reformen har sänkt kraven på omställning

Utredningen anser inte att det är helt tydligt i socialförsäkringsbalken hur arbetsförmågan ska prövas, om det är mot en yrkesgrupp i sin helhet eller gentemot specifika yrken inom yrkesgrupperna. Av det underlag utredningen tagit del av tillämpas regeln på så sätt att den försäkrade ska klara samtliga gemensamma krav i samtliga yrken i yrkesgruppen för att anses ha en arbetsförmåga. Bedömningen av arbetsförmåga i förhållande till yrkesgrupperna uppfattas av de som tillämpar reglerna som problematiska vad gäller att tillvarata arbetsförmåga. Som vi redogjorde för i kapitel 4 anser försäkringsutredarna att det generellt sett är för många yrken per yrkesgrupp, att kraven på förmågor är väsentligt högre än innan lagändringen och att de samlade aktivitetskraven i en yrkesgrupp gör det svårt att tillvarata en arbetsförmåga som försäkringsutredarna anser finns hos den försäkrade. Detta beror också på att de fysiska och psykiska kraven som uttrycks inom yrkesgrupperna i kunskapsmaterialet saknar graderingar.

Utredningen har även uppmärksammat att kunskapsmaterialet inte omfattar några av de yrken med lägst krav på fysisk och psykisk förmåga som finns i SSYK, som exempelvis parkeringsvakt, och spärrvakt, arbeten som också kan sägas vara normalt förekommande på arbetsmarknaden. Med normalt förekommande arbete avses i rättspraxis vanliga arbeten på arbetsmarknaden där en försäkrads arbetsförmåga kan tas till vara i full eller närmast full omfattning.²³ Ett sådant arbete innebär enligt Högsta förvaltningsdomstolen krav på

²² Försäkringskassan Analyserar 2007:2, Att säga nej på ett bra sätt.

²³ Se RÅ 2008 ref. 15. Jfr även HFD 2018 re 51 I.

normal prestation där ringa eller ingen anpassning kan väntas förekomma med hänsyn till funktionshinder eller medicinska besvär hos arbetstagare.²⁴

I SOU 2020:6 framgår att tillgången på arbeten inte ska påverka rätten till sjukpenning eftersom det anses strida mot sjukförsäkringens grundläggande syfte, att kompensera inkomstbortfall på grund av sjukdom.²⁵ Vi delar denna uppfattning.

7.3 Ojämn förläggning av arbetstid vid deltidssjukskrivning

Den 1 februari 2022 ändrades reglerna för deltidssjukskrivning i syfte att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen.²⁶ Förändringen innebär att det inte längre ställs krav på en jämn reducering av arbetstiden varje dag motsvarande deltidssjukskrivningen, även om detta fortsatt är grundprincipen. Tidigare kunde undantag från en jämn reducering av arbetstiden endast göras om det var medicinskt motiverat. I propositionen framförde regeringen bland annat att behovet av att kunna förlägga arbetstiden ojämnt vid partiell sjukskrivning i många fall inte behöver vara medicinskt betingat. Det kan exempelvis handla om att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reducering av arbetstiden varje dag inte är praktiskt möjlig.

Kravet på att arbetstiden ska reduceras lika mycket varje dag vid deltidssjukskrivning kan i det enskilda fallet innebära att individen helt behöver avstå från att arbeta i stället för att arbeta till viss del. Detta kan i sin tur leda till att rehabiliteringen försenas och att också återgången i arbete försenas. I propositionen framhölls också att det finns ett visst forskningsstöd för att partiell sjukskrivning ger bättre förutsättningar att få tillbaka den försäkrade i arbete jämfört med om han eller hon hade varit heltidssjukskriven. Vidare angavs att gradvis återgång till arbetet genom partiell sjukskrivning ofta är en viktig del av rehabiliteringen och arbetsåtergången vid flera psykiatriska tillstånd.

²⁴ Se RÅ 2008 ref. 15. Se även prop. 2020/21:171, s. 7.

²⁵ SOU 2020:6 s. 161.

²⁶ Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 66 ff.

7.3.1 Förekomsten av deltidssjukskrivning har ökat

Utöver reformen om ojämn reducering av arbetstiden har införandet av undantaget övervägande skäl sannolikt stimulerat förekomsten av deltidssjukskrivning. En av de tre situationer där det som utgångspunkt bör finnas övervägande skäl, enligt regeringen, är att det pågår en upptrappning av arbetstiden med målet att den försäkrade ska återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365.²⁷ Som beskrevs i avsnitt 4.6.2 anser intervjuade försäkringsutredare och specialister att undantaget övervägande skäl därmed kommit att stimulera sjukskrivning på deltid i stället för på heltid.

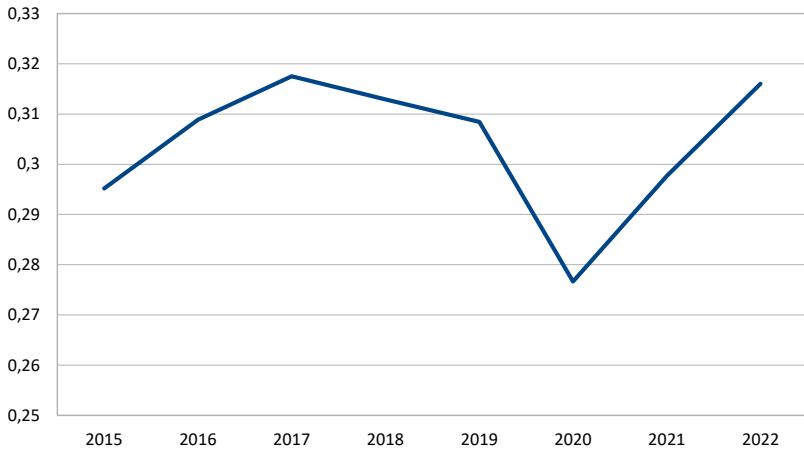
I figur 7.3 redovisas andelen sjukskrivningsdagar under ett år som omfattar sjukskrivning på deltid. Sjukskrivningar som omfattar en fjärdedel, halvtid respektive tre fjärdedelar har alltså slagits samman och kontrasterats mot sjukskrivningar på heltid. Figuren visar att andelen sjukskrivningsdagar med deltidssjukskrivning sjönk mellan 2017 och 2020, från cirka 32 till 28 procent. Därefter ökade andelen till 31,5 procent år 2022.

I figur 7.4 redovisas vidare andelen sjukskrivningar som passerar 180 dagar där den försäkrade är sjukskriven på deltid dag 180 i sjukperioden. Denna andel har ökat successivt sedan 2015 då andelen var cirka 38 procent. År 2020, det vill säga året före reformerna, var andelen cirka 42 procent. Därefter skedde en tydlig ökning till 46 procent 2021 där den sedan låg kvar 2022.

Sammantaget har sjukskrivning på deltid blivit vanligare vid sjukskrivning. Att denna ökning delvis hänger samman med de nya undantagen vid 180 dagars sjukskrivning förefaller troligt. I vad mån de hänger samman med ökade möjligheter till ojämnt förlagd arbetstid är mer osäkert.

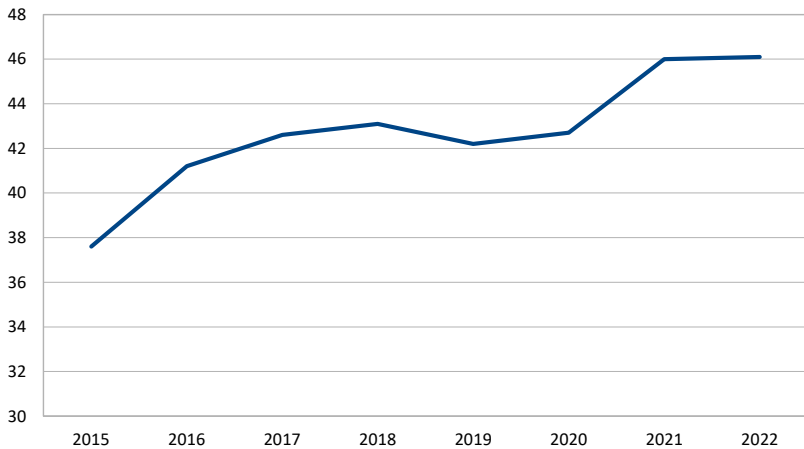
²⁷ Prop. 2020/21:78, s. 16.

Figur 7.4 Andel av alla sjukpenningdagar (brutto) som omfattar deltidssjukskrivning



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

Figur 7.5 Andel av ärenden som passerar 180 dagars sjukskrivning som den försäkrade var deltidssjukskriven dag 180



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

7.3.2 Hur bestämmelsen har tillämpats

Innan den nu gällande bestämmelsen framgick det inte av lagtexten att arbetstiden kunde fördelas annat än jämnt. Det är praxis som utvecklat detta med tiden.

Försäkringsöverdomstolen har bedömt att halv sjukpenning kan utgå även för dagar då den försäkrade arbetat mer än hälften av sin normala arbetstid, då arbetstidsförläggningen ansågs främja den sjukskrivnes rehabilitering och var medicinskt motiverad samt att den försäkrade genomsnittligt inte arbetade mer än hälften av sin arbetstid som frisk.²⁸

Även Högsta förvaltningsdomstolen har ansett att en deltidssjukskriven försäkrad har rätt till sjukpenning, trots att arbetstiden inte reducerats varje arbetsdag.²⁹ I det aktuella fallet hade en arbetsfri dag mitt i veckan varit en förutsättning för att den försäkrade, med de sjukdomsbesvär hen hade, skulle ha förmåga att arbeta tre fjärdedelar av normal arbetstid under den aktuella perioden. Domstolen konstaterade att principen vad avser rätt till partiell sjukpenning – med krav på jämn reduktion av arbetstid varje dag i förhållande till den normala arbetstiden – inte ska tillämpas alltför strikt. Faktorer som arbetsförhållandena och sjukdomens art kan enligt domstolens mening behöva vägas in i bedömningen. Sjukpenning bör kunna utgå när arbetstidsförläggningen syftar till att ta till vara den arbetsförmåga som den försäkrade har och är medicinskt motiverad. Detta under förutsättning att den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte överstiger vad som är förenligt med deltidssjukskrivningen.

7.3.3 Inget tydligt forskningsstöd för deltidssjukskrivning

I SOU 2020:26³⁰ uttrycks en tro på att deltidssjukskrivning kan påskynda full återgång i arbete. Det framgår inte bara av det reformförslag som handlar just om att utöka möjligheterna till sjukskrivning på deltid, utan också av formuleringar i förarbetena om att stegvis upptrappning av arbetstid i sig kan vara ett motiv för att tillämpa övervägande skäl mellan dag 181 och 365 i sjukperioden.³¹ Man säger

²⁸ Se FÖD 1986:11.

²⁹ Se HFD 2011 ref. 30.

³⁰ Se SOU 2020:26 kapitel 12.

³¹ Prop. 2020/21:78, s. 16.

sig ha visst stöd i forskningslitteraturen för att deltidssjukskrivning är en verkningsfull strategi, i synnerhet tre studier lyfts fram.

Palmer med flera (2008) sammanfattar sina resultat med att det finns tecken på att deltidssjukskrivning ökar återgången i arbete. Den positiva effekt de finner avser den grupp av sjukskrivna som går från heltids- till deltidssjukskrivning. För dem som påbörjar sjukskrivningen som deltidssjukskriven är effekten emellertid den omvända – arbetsåtergången minskar. Författarna ger själva en möjlig förklaring till resultaten: ”Däremot finns det fortfarande en selektionsproblematik som gör att vi inte säkert kan dra denna slutsats”.

I Viikari-Juntura med flera (2019) analyseras effekterna av deltidssjukskrivning på kostnaderna i sjukförsäkring, arbetslöshetsförsäkring, arbetslivsinriktad rehabilitering och pensioner. De finner att deltidssjukskrivning ökar kostnaderna i sjukförsäkringen men minskar kostnaderna för arbetslivsinriktad rehabilitering och för pensioner. Genom en summering av kostnaderna i dessa system drar författarna slutsatsen att deltidssjukskrivning leder till lägre kostnader än vad heltidssjukskrivning gör.

Andrén (2014) finner ingen effekt av deltidssjukskrivning på återgången i arbete på heltid. Däremot finner hon en positiv effekt på arbetsåtergången då en avgränsning görs till sjukperiod där deltidssjukskrivningen påbörjades efter dag 60. Högst sannolikt beror denna effekt, i likhet med Palmer med flera (2008), emellertid på att det är de med god hälsa som blir deltidssjukskrivna.

Till skillnad från den bedömning av kunskapsläget som görs i SOU 2020:26, är vår bedömning att det saknas stöd för att deltidssjukskrivning skulle öka arbetsåtergången och minska kostnaderna i sjukförsäkringen. Utöver ovan nämnda studier har vi inom ramen för utredningen gjort en litteratursökning och inte heller där funnit något stöd för positiva effekter av deltidssjukskrivning på arbetsåtergång. I likhet med de ovan nämnda studierna har vi i denna genomgång inte funnit någon studie som på ett trovärdigt har tagit hänsyn till att deltidssjukskrivna individer som regel har en bättre arbetsförmåga än de som blir heltidssjukskrivna. Om denna selektion inte beaktas i analysen är risken stor att effekten av deltidssjukskrivning på full arbetsåtergång överskattas.

7.3.4 Reformerna skapar önskade drivkrafter

För arbetsgivaren kan det vara svårt att organisera arbetet om en arbetstagare är deltidssjukskriven om arbetstiden behöver reduceras jämnt. Det finns dock vissa begränsningar i arbetsgivarens skyldighet att vidta anpassningsåtgärder. Detta gäller exempelvis när det gäller uppsägning på grund av personliga skäl vid sjukdom.³² En sådan är att begränsningen kan ha negativa effekter för verksamhetens effektivitet. Problemet illustreras i SOU 2020:26³³ med ett verkligt fall med en ambulanssjusköterska med en fjärdedels sjukskrivning, där problemet ligger i att ett arbetspass inte kan avbrytas mitt i en utryckning. I detta fall godkände Försäkringskassan att arbetstiden kunde koncentreras i stället för att vara jämt reducerad.

För att besluta om deltidssjukskrivning kan förläggas på annat sätt än genom en jämn reduktion av arbetstid är det nästan ett måste att Försäkringskassan inhämtar uppgifter från arbetsgivaren. För arbetsgivaren kan det vara fördelaktigt om arbetstagaren arbetar koncentrerat. Men det kan även vara fördelaktigt för arbetstagare i form av till exempel minskade kostnader eller tid för resor. De ekonomiska övervägandena kan stå i direkt motsats till vad som är bäst för individens möjligheter att komma tillbaka tidigare i arbete. Det kan givetvis vara tvärtom också, men eftersom det kan finnas ekonomiska drivkrafter för både arbetstagare och arbetsgivare finns en uppenbar risk att beslut tas som inte innebär snabbast möjliga återgång till tidigare omfattning.

Utöver denna potentiella negativa konsekvens kan möjligheten till koncentrerad arbetstid öka risken för att sjukförsäkringen missbrukas. Antag att en individ vill reducera sin arbetstid och att det råder brist på arbete för arbetsgivaren. Arbetstagare och arbetsgivare kan då båda vara nöjda med en situation där arbetstagaren exempelvis arbetar koncentrerat 2 dagar i veckan. Om båda arbetstagare och arbetsgivare är eniga om att denna lösning är fördelaktig är det svårt för både läkare och utredare att bedöma en påstådd arbetsförmåga. Denna typ av *moralisk risk* finns givetvis också vid en jämn reduktion av arbetstiden men risken är sannolikt betydligt lägre, eftersom

³² Se 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd och AD 2007 nr 12 jämför även AD 2010 nr 3. Jfr även med 2 kap. 1 § arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om anpassning (AFS 2020:5) där arbetsgivarens skyldigheter preciseras. Se även SOU 2020:26, s. 126.

³³ Se SOU 2020:26, s. 110 och bilaga 4 s. 179.

det finns direkta kostnaderna för både arbetsgivare och arbetstagare som beskrevs ovan.

8 Diskussion om rättssäkerhet och legitimitet samt en genomgång av den empiriska forskningen kring incitament

I det här kapitlet betraktar vi resultaten med utgångspunkt i de underlag och förarbeten som låg till grund för reformerna under 2021 och 2022. Vi tar avstamp i reformernas syfte som var att skapa en mer *ändamålsenlig* och *rättssäker* sjukförsäkring. För att förstå reformernas över lag relativt låga måluppfyllelse ges i avsnitt 8.1 en tolkning utifrån vad den empiriska forskningen säger om sjukfrånvarons orsaker och betydelsen av de olika aktörernas drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte. I avsnitt 8.2 kontrasteras och problematiseras sedan olika definitioner av rättssäkerhet – *formell* respektive *materiell* – och hur tonvikten på den ena eller andra definitionen kan få stora konsekvenser för både sjukfrånvaronivå och sjukfrånvaroutveckling.

Vår slutsats från genomgången av den empiriska litteraturen är att samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen – den försäkrade, arbetsgivaren, försäkringsutredaren och hälso- och sjukvårdens läkare, reagerar på hur drivkrafterna i försäkringen är utformade. En slutsats är att en strikt försäkring där ersättningsnivån är låg och graden av kontroll hög, kommer att generera en lägre sjukfrånvaro och en högre arbetsåtergång än en försäkring som präglas av motsatsen. En annan slutsats är att forskningen *inte* ger något entydigt stöd för att rehabiliteringsinsatser och åtgärder från Försäkringskassans sida i syfte att utreda behovet av stöd och samordning, påskyndar återgången i arbete. Tvärtom visar studier att åtgärder som inte sker på arbetsplatsen i stället kan ha en inlåsande verkan och fördröja en eventuell arbetsåtergång.

I så måtto är de över lag negativa reformeffekterna som utredningen redovisat att betrakta som förväntade och i linje med det tidigare forskning visat.

I förarbetena¹ till reformerna betonas vikten av *materiell rättssäkerhet* och att besluten ska ge uttryck för rättvisa, ha viss legitimitet och uppfattas som rimliga. Erfarenheten visar att detta är en riskfylld väg att gå eftersom det som upplevs som rimligt och inger förtroende på kort sikt, inte är det som är hållbart på lång sikt. Vi menar att andra principer bör vara vägledande i syfte att nå en sjukförsäkring med hög legitimitet.

8.1 Sjukförsäkringens ändamålsenlighet

De genomförda reformerna kan över lag sägas uppvisa en relativt låg grad av måluppfyllelse, åtminstone i de delar vi empiriskt kunnat analysera. Införda undantag i bedömningen mot normalt förekommande arbete (*övervägande skäl* respektive *särskilda skäl*) förefaller visserligen ha inneburit att Försäkringskassan blivit något mer aktiv i att försöka hitta en lösning för den försäkrade hos arbetsgivaren, ingenting talar emellertid för att denna strategi skulle haft en gynnsam inverkan för de försäkrade i genomsnitt. Utgifterna i sjukförsäkringen har ökat betydligt mer än förväntat och återgången i arbete, även på lång sikt, har minskat. Vidare konstaterar utredningen att de nya generösare reglerna inom sjukpenningen och sjukersättningen för *äldre försäkrade*, fått förväntade effekter i form av längre sjukskrivningar respektive fler mottagare av sjukersättning. Reformerna har också fått till följd att arbetsinkomsterna bland äldre minskat och att incitamenten för omställning försvagats.

När det gäller reformerna om *angiven yrkesgrupp* samt *ojämn reduktion av arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning* respektive *behovsanställning*, har analyser av dess effekter inte kunnat genomföras på grund av bristfälliga data. Baserat på tidigare forskning är utredningens bedömning emellertid att dessa reformer skapat drivkrafter till felaktig användning av sjukförsäkringen samt orsakat onödig administrativ börda för Försäkringskassan.

¹ Se SOU 2020:6.

Enligt det direktiv² som låg bakom förarbetena³ till reformerna, var syftet med reformerna att ”säkerställa en mer *ändamålsenlig* och *rättssäker* sjukförsäkring”. För att diskutera den låga måluppfyllelsen i reformerna samt sjukförsäkringens ändamålsenlighet, tar vi i likhet med SOU 2020:26⁴ utgångspunkt i SOU 1952:39.

8.1.1 SOU 1952:39 – Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring

SOU 1952:39 utgör grunden för beslutet år 1955 om att införa en allmän- och obligatorisk sjukförsäkring uppbyggd på principen om ersättning i relation till förlorad inkomst.⁵ Den bärande idén i 1955 års reform var att arbetsmiljöfrågor och yrkessjukdomar uppmärksammades alltmer i och med den ekonomiska utvecklingen. En samordning mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna efterlystes speciellt från LO (Landsorganisationen i Sverige 1951) men även av arbetsgivareföreningen SAF som hade föreslagit detta redan 1916.⁶ En samordning förutsatte att inkomstbortfallsprincipen skulle gälla också inom sjukförsäkringen eftersom denna i princip tillämpades sedan 1916 inom yrkesskadeförsäkringen.

I likhet med andra socialpolitiska reformer under samma tid innebar inkomstbortfallsprincipen en övergång från skattefinansiering till en kombination av avgiftsfinansiering (arbetsgivare och anställda) och skattefinansiering. I reformen 1955 togs beslutet att sjukpenningen skulle utbetalas efter en karenstid på tre dagar, den var skattefri och uppgick till cirka 65 procent av den genom sjukdom förlorade arbetsinkomsten. Under de första 90 dagarna av ett yrkesskadefall samordnades sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna så att sjukpenning utgick från sjukförsäkringen. I den frivilliga inkomstförsäkringsdelen kunde ersättning betalas ut antingen med den vanliga karenstiden (3 dagar) eller med en karenstidsförlängning om 15, 30 eller 90 dagar. Förutsättning för erhållande av denna frivilliga försäkring var att den försäkrade hade god hälsa och inte hade fyllt 55 år.

² Dir 2018:26.

³ SOU 2020:6, prop. 2020/21:171, prop. 2020/21:78 och prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10.

⁴ Se SOU 2020:26 s. 90.

⁵ Enligt de ursprungliga reglerna i lagen (1947:1) var det dock endast de som hade en årsinkomst av förvärvsarbete om minst sexhundra kronor som var försäkrade.

⁶ Edebalk (2014).

Gunnar Sträng, som var socialminister 1955, kommenterade enligt utsagor sjukförsäkringen med att ”den nya sjukförsäkringen i Sverige hade den högsta obligatoriska sjukpenningen som något land vågat sig på”.⁷ Med tanke på hur restriktiv försäkringen var med dagens mått mätt, gör vi tolkningen att Sträng var rädd att försäkringen skulle användas på ett sätt som inte var avsett. Han syntes medveten om att sjukförsäkringen inte bara skulle ge ekonomisk trygghet för de arbetsoförmögna, utan också skapa drivkrafter för såväl arbetstagare som arbetsgivare att överutnyttja försäkringen.

Perspektivet att de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen i olika situationer kan ha incitament att agera utifrån egenintresse snarare än för försäkringens bästa är, med något undantag, helt frånvarande i de underlagsrapporter som ligger till grund för de reformer som analyseras. När de inblandades drivkrafter bortses ifrån görs ofrånkomligen felaktiga antaganden. Om utgångspunkten är att såväl arbetstagare som arbetsgivare alltid är motiverade att hitta en lösning som innebär att den sjukskrivne återgår i arbete, är det rimligt att tänka att frånvaron av stödinsatser är problemet om så inte sker.

Detta synsätt har emellertid inget stöd i befintlig forskningslitteratur, som snarare visar att de olika aktörernas drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte är avgörande för sjukfrånvaronivån.

8.1.2 Empiriskt stöd för beteendeeffekter

I det här avsnittet går vi kortfattat igenom vad forskningen säger om beteendeeffekter bland sjukskrivningsprocessens huvudsakliga aktörer – den försäkrade, arbetsgivaren, den intygsutfärdande läkaren samt Försäkringskassans utredare. Med beteendeeffekter avses de anpassningar av aktörernas agerande som går att härleda till försäkringens institutionella utformning – med andra ord till det som inte uteslutande har att göra med den försäkrades arbetsförmåga. Det handlar främst om sjukförsäkringens regelverk, exempelvis ersättningsnivåer, inslag av karens och sjuklöneperioder samt grad av kontroll av rätten till ersättning respektive möjligheten till sanktioner riktade mot dem som inte följer regelverket. Det kan också handla om mer outtalade ramar och styrmedel, som exempelvis samhällets normer kring sjuk-

⁷ Edebalk (2014, s. 11).

skrivning och den politiska styrningen av den myndighet som administrerar sjukförsäkringen, Försäkringskassan.

Efter en genomgång av vad den empiriska forskningen säger om förekomsten av beteendeeffekter med avseende på respektive aktör, diskuterar vi närmare det empiriska stödet för olika typer av åtgärder i sjukskrivningsprocessen.

Den försäkrade individen

Sjukförsäkringen innebär att den försäkrade får ersättning vid arbetsförmåga på grund av sjukdom. Om arbete ses som en ansträngning för individen medför försäkringen monetära incitament som kan öka frånvaron från arbetsplatsen. Denna risk minskar om försäkringen är restriktiv, exempelvis via karensavdrag och tidsgränser, samt att all inkomst inte kompenseras vid sjukskrivning, men också via kontroll av rätten att uppbära ersättning. Denna kontroll kan göras på flera sätt, exempelvis genom krav på aktivitet (till exempel kallelse till ett möte med handläggaren) och via återkommande prövningar av den försäkrades arbetsförmåga. För en detaljerad genomgång av den empiriska evidensen av olika former av beteendeeffekter inom socialförsäkringen hänvisar vi till ESO.⁸ Nedan ger vi en kortfattad beskrivning av de studier inom sjukförsäkringen som är av särskilt intresse för denna utredning.

Betydelsen av ersättningsnivån

Det finns en omfattande litteratur kring ersättningsnivåns betydelse för användningen av socialförsäkringarna. En sammanfattande slutsats är att ersättningsnivåer är betydelsefulla: förändringar mot en mer generös försäkring med högre ersättningsnivåer leder till ett högre användande, och tvärtom. Storleken på effekterna är avhängig reglernas utformning i stort – om ersättningsnivån är låg och graden av kontroll hög, får en förändring av ersättningsnivån sannolikt ingen större påverkan. Omvänt får en höjning av ersättningen i ett

⁸ ESO (2016:2), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringsystemet*. Det är värt att notera att det rådande vetenskapliga underlaget inom detta forskningsområde sträcker sig bortom studier enbart baserade på svenska förhållanden. Många av de resultat som presenteras i denna rapport har stöd från forskning i flera andra länder, däribland Norge, Tyskland och USA. Dessa refereras till i ESO-rapporten.

redan generöst system med hög ersättningsnivå och låg grad av kontroll, sannolikt stort genomslag på användningen. Med andra ord kan förändringar av de ekonomiska incitamenten förväntas få olika stor betydelse i olika länder. I Sverige 1955, när sjukförsäkringen infördes och var jämförelsevis strikt i så måtto att självriskan var hög (flera karensdagar, låg ersättningsnivå och en bortre tidsgräns), hade en ökning av ersättningsnivån från rådande 65 procent sannolikt inte fått någon större betydelse för sjukfrånvaron.

En studie av relevans i sammanhanget är Eliasson och Nilsson (2015). De studerar effekten av en reform i den svenska sjukförsäkringen 1991 när ersättningsnivåerna ändrades från 90 till 65 procent under de tre första dagarna i ett sjukfall, och från 90 till 80 procent från dag 4 till 89. För sjukfall längre än 89 dagar behölls ersättningsnivån på 90 procent. Tanken med den förändrade ersättningsprofilen var att stärka försäkringsskyddet för de förmodat mest sjuka. Författarna konstaterar att långtidssjukskrivningarna ökade till följd av reformen, detta på grund av ökade kostnader att påbörja en ny ersättningsperiod.

En annan relevant studie är Petterson-Lidbom och Skogman Thoursie (2013). De visar att antalet sjukskrivna ökade efter att man år 1987 avskaffade en karensdag och höjde ersättningsnivån för de första 14 dagarna. Ökningen var substantiell bland kortvariga sjukskrivningar upp till sju dagar. Däremot sjönk antalet sjukskrivningar mellan 8 och 50 dagar något. Det senare resultatet kan tolkas på samma sätt som tolkningen av resultaten i Eliasson och Nilsson (2015), men omvänt. När kostnaden för att påbörja en ny sjukskrivningsperiod minskade så förkortades sjukskrivningarnas längd.

En slutsats som dras från dessa studier är således att beteenderisker kan finnas oavsett längd på sjukskrivningen och att ersättningsnivåer bör vara fallande med ersättningsperiodens längd för att undvika att skapa en inlåsning i lång sjukfrånvaro.

Tidsgränser och kontroll

Effekter av tidsgränser, prövningar av rätten till ersättning, och kontroll i vidare bemärkelse, i sjukförsäkringen och i den angränsande arbetslöshetsförsäkringen, är ett relativt väl utforskat område.

En relevant studie i detta sammanhang är Hägglund (2013) som med utgångspunkt i ett naturligt experiment utvärderar tidsgränserna vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. Resultaten visar att tidsgränserna, i synnerhet den vid 180 dagar, ökade återgången i arbete och därmed bidrog till att minska sjukfrånvaron.

En annan intressant studie är Johansson och Lindahl (2013) som via ett randomiserat experiment analyserar effekterna av en informationsåtgärd där sjukskrivna med svag anknytning till arbetsmarknaden kallades till ett informationsmöte i grupp där man skulle informeras om sina rättigheter och skyldigheter inom sjukförsäkringen. Resultaten visar att kallelsen förkortade sjukskrivningarna med i genomsnitt 20 procent. Eftersom de flesta avslutade sin sjukfrånvaro innan själva mötet tolkar författarna det som att kallelsen i sig i stor utsträckning låg bakom denna effekt. Resultaten visar att krav på motprestation har en motivationshöjande inverkan på individen. Detta beror sannolikt på att insatsen eller aktiviteten anses ansträngande eller tidskrävande och att ersättningen kan dras in helt eller delvis om individen inte deltar.

Ytterligare en relevant studie i sammanhanget är en granskning från Riksrevisionen där effekterna av att nekats en förlängning av sjukfrånvaron analyseras med avseende på bland annat inkomster och hälsa.⁹ Studien baseras på data från omprövningsärenden (ärenden där den försäkrade först nekats ersättning och därefter ansökt om omprövning hos Försäkringskassan) under perioden 2009–2012 – en period då sjukfrånvaron var historiskt låg. Bedömningarna av omprövningsärenden gjordes vid två olika enheter. Vid den ena enheten fick 8 procent rätt i omprövningen, vid den andra fick det dubbla, 16 procent, rätt i omprövningen. Eftersom uppdelningen av ärendena mellan enheterna var baserade på när i månaden den försäkrade var född, och därför kan ses som slumpmässig, är denna skillnad ett mått på striktheten i bedömning mellan de två enheterna. Resultaten visar att de som bedömdes mer strikt ökade sina efterföljande arbetsinkomster mer än de som bedömdes mindre strikt. Samtidigt konstateras att det inte fanns några negativa effekter på hälsan bland dem som bedömdes mer strikt. Innebörden är således att det fanns arbetsförmåga även i denna grupp av långtidssjukskrivna och att den striktare bedömningen genererade bättre utfall för denna population

⁹ Se RiR (2016:31), *Är sjukskrivning bra för hälsan?*

i genomsnitt. Detta eftersom den ökade individernas inkomster i genomsnitt utan att det hade negativa effekter på hälsan.

Normer och sociala interaktioner

Den empiriska forskningen om betydelsen av normer och sociala interaktioner ger möjlighet att inte bara förstå geografiska skillnader i ersättningsmottagande, utan också förändringar av ersättningsmottagande över tid. Om människor påverkas av varandras sjukfrånvarobeteende kan från början små förändringar av sjukfrånvaronivån, orsakade av exempelvis förändringar av ersättningsnivån eller i graden av kontroll, växa sig stora genom en social multiplikatoreffekt.

En intressant studie är Hesselius med flera (2009) som via ett naturligt experiment studerar sjukfrånvaron bland kollegor till en grupp anställda som genom ett tillfälligt undantag från kravet på läkarintyg under hela sjuklöneperioden, ökade sin sjukfrånvaro. Resultaten visar att sjukfrånvaron ökade även bland kollegorna som inte omfattades av detta undantag. På basis av kompletterande analyser konstaterar författarna att det finns skäl att tro att de sistnämndas ökade sjukfrånvaro berodde på att deras kollegors ökade användning av sjukförsäkringen ansågs orättfärdig. Studien visar således att en uppfattad rättvis bedömning av rätten till ersättning är viktig. En möjlig tolkning är att en strikt bedömning utifrån objektiva kriterier stärker det allmänna rättsmedvetandet och upplevs som rättvist.

Sammanfattande kommentar om betydelsen av kontroll

Slutsatsen från den forskning som studerar effekterna av kontrollinsatser i sjukförsäkringen är att de minskar användningen av försäkringen både direkt och indirekt. Direkt via kontrollerna i sig och indirekt via dels drivkrafter att inte vilja bli kontrollerad, dels via normer kring sjukskrivning och omgivningens sjukfrånvaro. Hur stor effekten av en kontrollåtgärd blir är avhängig hur generöst utformad försäkringen är i övrigt. Om kompensationsgraden är hög, kontrollen svag, och om en borte tidsgräns saknas, kommer effekten bli större än om kompensationsgraden är låg, kontrollen stark och om en borte tidsgräns finns.

På motsvarande sätt kan storleken på en sanktion eller ett straff vid felaktigt användande förväntas ha betydelse. Om det förväntade straffet vid felaktig användning av försäkringen är högt, kan effekten förväntas bli stor. Detta skulle i sin tur kunna leda till ett underutnyttjande av försäkringen. Om straffet tvärtom är lågt gäller det omvända. I de svenska socialförsäkringarna finns inget direkt straff för felaktigt användande av försäkringen. Vid felaktigheter krävs som regel endast att det felaktiga beloppet ska betalas tillbaka.¹⁰ Detta uppfattas sannolikt inte som alltför avskräckande varför underutnyttjande i de svenska socialförsäkringarna torde vara ett litet problem.

Den försäkrade arbetsgivaren

I Sverige betalar arbetsgivaren, med undantag för karensavdrag, *sjuklön* under sjukperiodens 14 första dagar. Jämfört med antalet studier av den försäkrades beteendeffekter är litteraturen kring arbetsgivares beteendeffekter betydligt mindre. Ett fåtal studier har analyserat hur förändrade kostnader för sjukfrånvaro för arbetsgivaren påverkar användningen av sjukförsäkringen. Med andra ord ger de kunskap om hur incitamenten för arbetsgivare kan ha betydelse för användningen av försäkringen.

Fevang med flera (2014) visar att sjukfrånvaro på grund av graviditetsbesvär bland kvinnor i Norge ökade i samband med att man tog bort arbetsgivarnas sjukfrånvarokostnader för denna grupp.

Böheim och Leoni (2011) studerar hur sjukskrivningar i Österrike påverkades när man införde kostnader för arbetsgivare för sjukfrånvaro. För att göra detta utnyttjar de variation i kostnaden över tid, mellan avtal och mellan företagsstorlek. De konstaterar att sjukskrivningarna både minskade i antal och i varaktighet när kostnaderna för arbetsgivarna ökade.

På svenska förhållanden analyserade ISF införandet av medfinansieringsansvaret för arbetsgivare i Sverige 2005.¹¹ Reformen innebar att arbetsgivaren betalade en särskild sjukförsäkringsavgift för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid. Medfinansieringen motsvarade 15 procent av den anställdas sjukpenning under den tid som

¹⁰ Se 108 kap. socialförsäkringsbalken. Enligt 110 kap. framgår när det finns en skyldighet att anmäla ändrade förhållanden.

¹¹ ISF (2015:4), *Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen – Hur påverkade varaktigheten i sjukskrivningen?*

den anställda var sjukskriven på heltid. Undantag gjordes för de anställda som var sjukskrivna på deltid och för vissa andra grupper. Arbetsgivare slapp betala medfinansieringsavgift för den del av den sammanlagda avgiften som understeg 12 000 kronor per år. Systemet upphörde kort efter regeringsskiftet 2006. Dessutom var sjukfrånvaroutvecklingen starkt nedåtgående vid införandet. Att särskilja potentiella effekter av reformen från den allmänna trenden är därför svårt. Rapportförfattarna hittar inga tydliga effekter på sjukskrivningarnas varaktighet men konstaterar en ökad förekomst av deltidssjukskrivning och av sjukskrivna som mottog rehabiliteringspenning. Således kan man konstatera att arbetsgivarna reagerade på förändringar i incitament men att detta inte på ett synbart sätt påverkade sjukfrånvaron under den korta tid som reformen var i bruk.

Försäkringsutredarna

Med det handlingsutrymme som försäkringsutredaren har till förfogande kan mer tonvikt läggas vid antingen den hjälpande och stödjande delen av arbetet, eller den mer kontrollerande. En mer kund- och samarbetsorienterad försäkringsutredare tar oftare initiativ i syfte att hjälpa och stödja den försäkrade, exempelvis i form av utredningar av behovet av rehabilitering eller samverkan, man är eventuellt också mindre restriktiv i sin bedömning av rätten till ersättning. En mer krävande och mindre samarbetsorienterad försäkringsutredare tar mer sällan initiativ till stödjande insatser och är tvärtom mer benägen att utreda rätten till ersättning, man är eventuellt också mer restriktiv i sina bedömningar av rätten till ersättning. Hur detta i slutändan påverkar individen beror på effekterna av dessa utredningar, insatser och kontroller.

I Granqvist med flera (2017) studeras i vilken utsträckning sjukfrånvaron påverkas av försäkringsutredarens attityder i en rad frågor som har med sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen att göra. I studien har svaren från en enkätundersökning bland Försäkringskassans samtliga försäkringsutredare fogats samman med sjukskrivningar som påbörjades under 2010 och 2011. Resultaten visar att om försäkringsutredaren är relativt positivt inställd till befintliga rehabiliteringsinsatser samt till de utredningar som används för att bedöma individens behov av rehabilitering, blir sjukskrivningarna längre.

Dessa försäkringsutredare är också i genomsnitt mer benägna att utreda individens behov av rehabilitering. Vidare konstateras att om försäkringsutredaren är relativt positivt inställd till gällande regelverk, till att uppfylla verksamhetsmål, samt känner sig trygg med innebörden av centrala begrepp i sjukskrivningsprocessen, påskyndas återgången i arbete (eller arbetslöshet). Bland dessa försäkringsutredare finns en tendens till att oftare än andra genomföra provningarna av rätten till ersättning vid tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

ISF konstaterar att regeringens styrning av Försäkringskassan har en direkt inverkan på såväl Försäkringskassans interna styrning som på sjukfrånvaron.¹² Man konstaterar att när regeringen i sin styrning från och med 2011 satte fokus på myndighetens förtroende hos allmänheten, snarare än på rättssäkerheten, påverkade detta den interna styrningen och försäkringsutredarnas arbete. I stället för att utreda och pröva den försäkrades rätt till ersättning lades en större vikt vid att med olika medel stödja och hjälpa den försäkrade. Noterbart är att denna förskjutning av försäkringsutredarens arbete skedde inom ramen för försäkringsutredarens bedömningsutrymme. Det ökade fokuset på förtroendet samvarierar tidsmässigt med en tydlig uppgång i sjukfrånvaron.

Resultaten ovan ska tolkas som att informell styrning kan ha väl så stor inverkan på uttaget från våra socialförsäkringar som den formella styrningen som sker via lagar och officiella direktiv. Med informell avses här såväl den interna styrningen på Försäkringskassan som regeringens kommunikation med Försäkringskassan.

Läkarna

Grunden för försäkringsutredarens bedömning är medicinska underlag, i sjukpenningärenden vanligen läkarintyget.¹³ Läkarintyget innehåller en diagnos och dokumenterade funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Om läkaren kan mäta hälsan och patientens arbetsförmåga, och också objektivt beskriva detta för försäkringsutredaren, kan den senare fatta ett ur försäkringens perspektiv korrekt beslut. Det finns emellertid två problem. Det ena är mätbarheten i arbetsförmågan och det andra är läkarens drivkrafter att

¹² ISF (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*.

¹³ Jfr 27 kap. 25 § socialförsäkringsbalken vad avser kravet på läkarintyg för sjukpenning.

objektivt rapportera den observerade arbetsförmågan till försäkringsutredaren via läkarintyget.

Det finns ett antal kvalitativa studier (se till exempel Englund, 2008 och Carlsen and Nyborg, 2017) som visat att läkare kan ha svårt att fullgöra sin funktion som *grindvakt* i sjukförsäkringen. Undersökningar har visat att sjukskrivningens längd i hög grad styrs av den försäkrades motivation, och att läkarna inte sällan fattar beslut som går emot deras egen uppfattning om vad som vore bäst för individen. Skälet kan vara att det finns osäkerhet kring individens verkliga arbetsförmåga, men det kan också bero på att läkaren inte vill hamna i konflikt med individen. Det sistnämnda kan vara ett större problem om läkaren har en långvarig relation med patienten. Om läkaren får betalt för antalet patienter eller antalet behandlande patienter, det vill säga en form av kapitering, kan läkaren ha ekonomiska incitament att vara tillmötesgående beträffande individens önskemål. Deras agerande kan då hamna i konflikt med försäkringens intention.

Ett sådan exempel presenteras i en rapport från ISF, som analyserar införandet av vårdvals-systemet inom hälso- och sjukvården och deras effekter på användningen av sjukförsäkringen.¹⁴ Under perioden 2007–2009 införde åtta landsting på frivillig basis ett vårdvalssystem inom delar av hälso- och sjukvården. Målet var att förbättra vårdkvaliteten genom ökad konkurrens. I och med individens möjlighet att välja vårdgivare skulle individens position gentemot läkaren stärkas. Vårdgivarna blev beroende av att göra individen nöjd med mötet. Eftersom vårdgivarens lönsamhet var knuten till individens val fanns en risk att förändringen i maktförhållandet mellan individ och läkare skulle leda till att läkarna blev mindre restriktiva med att utfärda läkarintyg. I rapporten används skillnaden i tidpunkt för när vårdvalet infördes i olika landsting för att skatta effekterna. De finner ett visst stöd för att införandet ledde till att fler sjukskrivningar påbörjades och att sjukskrivningstiderna blev längre.

Engström med flera (2012) och Goine med flera (2009) analyserar båda effekter av ett informationsbrev från Försäkringskassan till vårdcentralerna om att läkarintygen på vårdcentralen skulle kontrolleras som ett led i att säkerställa att rätt ersättning betalades ut. Eftersom Försäkringskassan inte har några sanktionsmöjligheter gentemot läkare som skriver bristfälliga läkarintyg, kan brevet ha tolkats som en vädjan om intyg av högre kvalitet. Resultatet från Engström med flera

¹⁴ ISF 2014:17, *Vårdvalets effekter på sjukskrivningar*.

(2009) visade att den faktiska sjukfrånvaron, förlängdes. I en kompletterande kvalitativ studie av läkarintygen av Goine med flera (2009), konstateras att kvaliteten i de medicinska underlagen försämrades som en konsekvens av den ökade kontrollen.¹⁵ En möjlig förklaring till den förlängda sjukfrånvaron skulle således kunna vara att den försämrade kvaliteten ökade behovet av återremittering av de medicinska underlagen. Stöd för denna hypotes ges av Johansson och Nilsson (2008), som använder data från Försäkringskassan i Uppsala för att analysera konsekvenser på sjukfrånvaron av återremittering av medicinska underlagen till läkaren. De finner att återremittering förlänger sjukfrånvaron. Engström med flera (2009) prövar denna hypotes men konstaterar att ökad återremittering endast kan förklara en mycket liten del av ökningen.

Sammanfattning – drivkrafter i sjukförsäkringen

Vår genomgång av den empiriska litteraturen har visat att samtliga huvudaktörer i sjukskrivningsprocessen reagerar på hur drivkrafterna i sjukförsäkringen är utformade. Den svenska sjukförsäkringen är att betrakta som generös.¹⁶ Därutöver är graden av kontroll att betrakta som låg i så måtto att kravet på omställning är begränsat och en borte tidsgräns för rätt till ersättning saknas. Detta ger väsentligt utrymme för överutnyttjande. För en långsiktigt hållbar sjukförsäkring är utformningen av incitamenten avgörande.

¹⁵ Goine med flera (2009) kan endast spekulera om orsaken till kvalitetsförsämringen. En möjlig förklaring är att läkarna ogillade brevet och därför medvetet skrev sämre intyg. En annan möjlig förklaring är att läkarna tolkade brevet som att Försäkringskassan förstärkte sin grindvaktfunktion varför läkarna själva inte behövde ta samma ansvar.

¹⁶ Försäkringskassan (2023:2) beskriver sjukförsäkringen i Norge som generös. Detta eftersom sjuklön betalas ut utan karens och sjukpenningen täcker upp till 100 procent av inkomstbortfallet. De konstaterar, i enlighet med det forskningen visar, att detta skapar utrymme för en hög och varierande sjukfrånvaro. I Sverige görs ett karensavdrag på 20 procent per dag under sjukskrivningens första vecka, och sjukpenningen täcker bara cirka 80 procent av inkomstbortfallet. Således, rent monetärt, är Sveriges sjukförsäkring mindre generös än den norska. Å andra sidan finns ett kvalificeringskrav i den norska sjukförsäkringen som säger att för att man ska vara försäkrad ska ha en medicinskt betingad arbetsförmåga, ha varit anställd i minst fyra veckor och ha en inkomst på minst 50 procent av basbeloppet (ibid). Vidare finns i den norska sjukförsäkringen en borte tidsgräns som är 260 dagar för anställda och 248 dagar för egenföretagare under en ramtid om tre år (ibid). I övrigt, kring krav på läkarintyg och bedömning av arbetsförmåga synes de två systemen vara snarlika. Utifrån denna jämförelse är det inte helt självklart att det norska systemet ska betraktas som det mer generösa. Försäkringskassan beskriver i rapporten även sjukförsäkringssystemen i Finland, Frankrike, Tyskland, Danmark, Nederländerna och Storbritannien. Genomgången visar att de svenska och norska systemen är de mest generösa.

Viktigt att betona är att man kan betrakta såväl individen (den anställde) som arbetsgivaren som den försäkrade i sjukförsäkringen. Vid exempelvis en arbetsskada bär arbetsgivaren ett tydligt ansvar varför man lätt kan se denne som den som ska försäkras (jfr SOU 1952:39). Vid sjukfrånvaro är det lättare att se den anställde som den försäkrade, i detta fall för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. I vissa fall är sjukfrånvaron en konsekvens av brister i arbetsmiljön. Således är det rimligt att se både arbetstagare och arbetsgivare som försäkrade vid produktionsbortfall till följd av arbetsförmåga.

8.1.3 En väl fungerande sjukskrivningsprocess

I SOU 2020:6 uttrycks stor tilltro till rehabilitering som verkningsfull åtgärd för arbetsåtergång. Enligt prop. 2020/21:171 och prop. 2020/21:78 är skälet till att individer inte kommer tillbaka i arbete i tillräcklig utsträckning, bristen på rehabiliteringsinsatser. En slutsats är därför att rehabiliteringens roll i sjukskrivningsprocessen måste stärkas.

Nedan diskuterar med utgångspunkt i forskningslitteraturen stödet för en sjukskrivningsprocess med fokus på att via olika aktiva insatser ge den försäkrade stöd och hjälp att återgå i arbete.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Professor Gunnel Hensing vid Göteborgs universitet gavs inom ramen för SOU 2020:6 i uppdrag att göra en forskningsöversikt av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på återgång i arbete. En slutsats var att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetslivsinriktad, är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar (eller för att få individen tillbaka i arbete), än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Slutsatsen gäller oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller på grund av psykisk ohälsa.

Hensing konstaterar emellertid att resultaten delvis är svåra att tolka och inte enkelt låter sig översättas till en strategi för användandet av rehabiliteringsinsatser. I SOU 2020:6¹⁷ går att läsa:

¹⁷ Se SOU 2020:6, bilaga 5.

”I vår kartläggning av den vetenskapliga litteraturen kan vi, liksom författarna av översikterna gör, konstatera att de olika insatser som studerats i olika forskningsprojekt varierar i stor utsträckning och att en rad olika typer av rehabiliteringsinsatser används i syfte att uppnå återgång i arbete. Dessa insatser kan vara i form av enskilda komponenter till exempel individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) eller som kompletta program levererade av olika specialister till exempel multimodal rehabilitering (MMR). Att variationen är så stor i de olika insatserna gör det svårt att jämföra studier och därmed också att bygga upp ett kunskapsläge eller forskningsevidens. För att få en samlad kunskap eller evidens behövs flera studier som utvärderar samma typ av intervention. Det faktum att studierna är heterogena både vad gäller insatser och metodik gör det svårt att dra en allmängiltig slutsats oavsett diagnosgrupp. Andra faktorer som försvårar jämförelser är att insatserna utförs i olika länder där regelverk och system inom sjukförsäkring och rehabiliteringsprocesser kan variera stort. En insats som fungerar väl i ett land kanske inte fungerar lika väl i ett annat land. Det faktum att insatserna kan variera beroende på vilken typ av arbetsplats som ingår försvårar också jämförelser. Trots dessa svårigheter att jämföra forskningsresultat är det viktigt att bedriva studier och jämföra resultaten från dessa för att så småningom bygga upp en kunskapsgrund där det finns vetenskapligt stöd för att en viss åtgärd har förväntad effekt.”

Ytterligare en slutsats som dras i Hensings översikt är att insatser som tillhandahålls av flerprofessionella team är mer effektiva än enskilda insatser. Emellertid är inte heller denna slutsats enkel att överföra till praktik eftersom behandlingens innehåll och kontext torde vara avgörande för utfallet. Ett exempel på det är resultaten som presenteras av Hägglund med flera (2020). Författarna analyserar effekterna av insatserna inom *rehabiliteringsgarantin*, som riktades till försäkrade med en diagnos inom ramen för de stora diagnosgrupperna i sjukskrivningsstatistiken – de med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller de med smärta i rörelseorganen. De med psykisk ohälsa mottog kognitiv beteendeterapi (KBT) och de med smärta i rörelseorganen fick ta del av multimodal rehabilitering (MMR), en behandlingsmetod som involverar flera olika professioner. Resultaten visade att KBT minskade risken för framtida sjukskrivning bland dem som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Dessutom återfanns positiva effekter på hälsan i form av färre vårdbesök och mindre läkemedels-

konsumtion upp till två år efter behandlingen. För sjukskrivna som mottog KBT återfanns inga effekter alls på vare sig på sjukfrånvaro eller hälsa. Behandlingen för de med smärta i rörelseorganen som fick MMR ökade sjukfrånvaron tydligt både bland dem som var och inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Detta förklarades av att behandlingen i sig var så krävande att sjukskrivning var nödvändig i det korta perspektivet. Denna sjukskrivning permanentades sedan på lång sikt.

LoMartire med flera (2023) finner också en ökad sjukfrånvaro som en konsekvens av MMR-behandling jämfört med den alternativa behandlingen. Författarna konstaterar att det empiriska stödet för en positiv effekt av MMR för arbetsåtgång är obefintlig.

Liknande resultat konstateras av Johansson och Lindahl (2012). De finner att användandet av multidisciplinära team i bedömningen av rehabiliteringsbehovet bland (långtids)sjukskrivna personer med smärta i rörelseorganen och psykisk ohälsa, förlängde sjukskrivningarna med cirka 15 procent bland smärtpatienterna. Även Socialstyrelsen konstaterar ökad sjukfrånvaro men också ett ökat inträde i för tidspension bland dem som genomgick en multidisciplinär bedömning gentemot de som inte fick en sådan bedömning.¹⁸

Mer aktivitet tidigt i sjukskrivningsprocessen

Den ökade aktiviteten i sjukskrivningsprocessen under tidigt 2000-tal skedde inte bara i form av ökat fokus på att utreda den försäkrades rätt till ersättning, utan också genom högre ambitioner vad gäller att tidigare i sjukfallen identifiera eventuella behov av aktiva insatser, exempelvis rehabilitering eller samverkansinsatser. ISF konstaterar att denna del av den mer aktiva strategin mycket väl kan ha fått motsatt effekt och bidragit till att sjukfrånvaron blivit högre än vad den annars skulle ha blivit.¹⁹ Slutsatsen baseras på studier som visat att olika typer av rehabiliterings-, samverkans-, och utredningsinsatser i sjukskrivningsprocessen i regel är verkningslösa eller till och med förlänger sjukfrånvaron.

Engström med flera (2017) analyserar, på basis av ett omfattande experiment i sjukskrivningsprocessen 2007–2008, effekterna av en tidigareläggning av Försäkringskassans utredningar *SASSAM* och

¹⁸ Socialstyrelsen (2011:02), *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Nationella medicinska Indikationer.*

¹⁹ ISF (2014:22), *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser.*

avstämningmöte. Resultaten visar att de vars behov av rehabilitering utreddes tidigare i sjukfallet i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning på kort sikt. På längre sikt konstaterades en ökad risk för mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning. Eftersom effekterna var tydligare för arbetslösa, en grupp med svagare förankring på arbetsmarknaden och med svagare ekonomiska incitament att avsluta sjukskrivningen, tolkar författarna resultaten som att utredningarna ökade möjligheterna för sjukskrivna med svaga drivkrafter för arbete att signalera dålig hälsa till försäkringsutredaren. Detta förlängde i sin tur sjukfrånvaron. Eftersom försäkringsutredaren vid denna tid också var inblandad i beslut kring beviljande av sjuk- och aktivitetsersättning ökade på sikt också risken för övergång till sjuk- och aktivitetsersättning. Liknande negativa effekter av de utredningar som används i sjukskrivningsprocessen har också konstaterats av ISF.²⁰

Sammanfattning – aktiva insatser i sjukskrivningsprocessen

Forskningen ger inget entydigt stöd för att rehabiliteringsinsatser påskyndar återgången i arbete. Uppbyggnaden av evidens försvåras av att olika studier analyserar olika insatser och olika metodiker. Det faktum att olika länder har olika sjukförsäkringssystem försvårar ytterligare en kunskapsuppbyggnad. Hensing konstaterar emellertid inom ramen för SOU 2020:6 att rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetslivsriktad, har bättre förutsättningar att vara effektiva i att få individen tillbaka i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen.

Vidare konstateras i studier av Försäkringskassans arbete med att utreda behovet av rehabilitering att de verktyg som används inte är verkningsfulla i att förkorta sjukskrivningarna och öka återgången i arbete. Tvärtom kan de leda till inlåsning i sjukskrivning. Svårigheten består i att identifiera dem som är i behov av stödinsatser för att kunna återgå i arbete, från dem som kan förväntas återgå ändå. Sammanfattningsvis ger nuvarande kunskapsläge anledning till ett försiktigt användande av rehabiliteringsinsatser och utredningar i syfte att utreda den försäkrades behov av rehabilitering.

²⁰ ISF (2014:21), *Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete?*

8.2 Rättssäkerhet

En annan central utgångspunkt i de förarbeten som föregick reformerna under 2021–2022 är betoningen på sjukförsäkringens rättssäkerhet. Enligt direktivet till SOU 2020:6 var uppdraget att säkerställa en rättssäker och likformig bedömning samt att öka den försäkrades förståelse för de beslut som fattas.²¹ Det övergripande målet var att lämna förslag som kunde bidra till att sjukförsäkringen blir en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.²²

Bland jurister råder samsyn om att det inte finns någon entydig definition av rättssäkerhet.²³ Hans-Gunnar Axberger definierar rättssäkerhet som något som har med rättens former att göra, vad som benämns *formell rättssäkerhet*.²⁴ Ulrik von Essen beskriver på liknande sätt den formella rättssäkerheten som något som har att göra med förarandet, som ska garantera förutsägbarhet och möjlighet för individen att konstruktivt ta till vara sina intressen. Enskilda ska tillförsäkras ett visst mått av rättssäkerhet när myndigheterna genom beslut i enskilda fall förverkligar dessa idéer. Den allmänna förvaltningsrätten och de allmänna principer som offentliga organ har att beakta syftar, enligt hans mening, i grunden till att säkerställa rättssäkerheten vid hanteringen av ärenden.²⁵

Men det finns även andra definitioner, till exempel *materiell rättssäkerhet*. Det kan förenklat sägas innebära att reglerna ska garantera materiell rättvisa ur ett i någon mening etiskt perspektiv och utgör i grunden politiska ställningstaganden.²⁶ Detta kan i sin tur förklaras som att det slutliga resultatet av lagarnas tillämpning blir rättfärdigt. Definitionen är något som Axberger och, enligt honom, andra jurister värjer sig emot, eftersom det ställer orealistiska krav på vad ett rättssystem kan åstadkomma. Enligt honom är termen materiell rätts-

²¹ Se dir. 2018:26 s. 6.

²² SOU 2020:6, s. 39.

²³ Se ISF (2010:4), *Rättssäker förvaltning*, Vad gäller begreppen formell och materiell rättssäkerhet utgår vi från denna rapport där bland andra Hans-Gunnar Axberger och Ulrik von Essen har skrivit varsitt avsnitt. Se även SOU 2020:6 som tar upp begreppet rättssäkerhet.

²⁴ I Försäkringskassans vägledning 2004:7 version 15 "Förvaltningsrätt i praktiken", s. 32 används definitionen från ISF:s rapport om rättssäkerhet av Axberger "En förklaring av begreppet är att rättssäkerhet råder när man kan lita på att myndigheter styrs av rättsregler och tillämpar dem på ett likformigt, sakligt och opartiskt sätt". Se även ISF (2010:4) *Rättssäker förvaltning*, s. 35.

²⁵ Se ISF (2010:4), *Rättssäker förvaltning*, s. 7 f.

²⁶ Se ISF (2010:4), *Rättssäker förvaltning*, s. 7 där Ulrik von Essen beskriver såväl den formella som den materiella rättssäkerheten. Jämför även SOU 2020:6, s. 41.

säkerhet olämplig på grund av att den leder till att vad som i realiteten är olika begrepp blandas samman.²⁷

Det man till synes kan vara överens om är att rättssäkerhet har att göra med en lagstiftning som är förutsägbar och att medborgare, oavsett samhällsställning eller ursprung, ska bedöms på ett likformigt sätt. Ett likformigt sätt kan beskrivas som att ”lika fall ska bedömas lika”. Begreppet är sannolikt det mest centrala för rättssäkerheten och är kopplad till legitimitet eller ett allmänt rättsmedvetande.

Med utgångspunkt i denna definition säger vi att de nödvändiga villkoren för rättssäkerhet är *förutsägbarhet* och *likformighet* och att *legitimitet* är ett mer övergripande begrepp som omfattar allas uppfattning om rättvisa, som också måste beaktas när rättssäkerhet diskuteras.

I SOU 2020:6 betonas vikten av den materiella rättssäkerheten och att besluten ger uttryck för rättvisa och har viss legitimitet hos medborgarna. Man menar att den upplevda rimligheten i besluten gynnas av om regelverket speglar avvägningen mellan å ena sidan risken att den försäkrade stannar kvar i sjukförsäkringen och å andra sidan vikten av att underlätta för den försäkrade att återgå i arbete.²⁸

Även vi vill betona vikten av en sjukförsäkring som upplevs som legitim och rättssäker, dock vill vi mot bakgrund av resultaten i denna utvärdering betona risken med ett alltför stort fokus på den materiella rättssäkerheten. Vi menar att det finns en överhängande risk att ett ”rimligt” beslut ofta kommer att vara liktydigt med ett beviljande – inte minst för den sjukskrivne själv. Som stöd för detta kan anföras det över lag positiva samband som finns mellan sjukfrånvaroutvecklingen och utvecklingen för Försäkringskassans anseendeindex. När sjukfrånvaron går upp ökar också Försäkringskassans anseende i befolkningen, och tvärtom (se figur 8.1).

ISF konstaterar att det har visat sig svårt för Försäkringskassan att ha gott anseende i befolkningen när sjukpenningtalet är lågt.²⁹ När sjukfrånvaron nådde sin lägsta nivå år 2010 ändrade regeringen sin styrning av Försäkringskassan till att betona medborgarnas förtroende för myndigheten. Försäkringskassan omsatte denna styrning i praktiken genom en mer generös tillämpning och ett större fokus på att hjälpa individen tillbaka i arbete. När sjukfrånvaron där-

²⁷ Ibid, s. 36.

²⁸ Se SOU 2020:6, s. 41 f.

²⁹ ISF (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan – En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*.

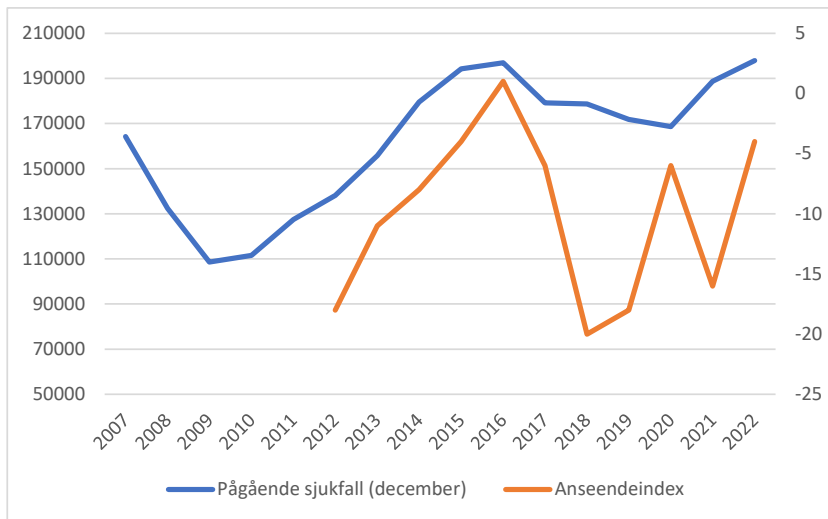
efter steg ändrades fokus i regeringens styrning återigen till att betona rättssäkerheten, vilket fick genomslag i en handläggning som i högre grad betonade sjukförsäkringen som en omställningsförsäkring där villkor för rätt till ersättning måste vara uppfyllda. Detta ledde till att sjukpenningtalet, liksom anseendeindexet, åter vände nedåt. Mönstret går igen även under de senaste åren.

ISF konstaterar att när tillämpningen varierar över tid utan större regeländringar riskerar tilltron till socialförsäkringssystemet och förtroendet för Försäkringskassan att ta skada. Detta kan äventyra rättssäkerheten över tid.

Utredningen instämmer i denna bedömning. Vi menar att fokus bör ligga på den formella snarare än den materiella rättssäkerheten, då den förra ger långsiktigt stabila regler för både Försäkringskassan och övriga aktörer i sjukförsäkringen. Den formella rättssäkerheten torde ha bättre förutsättningar att generera ett långsiktigt förtroende för både socialförsäkringen och Försäkringskassan än det som anses rimligt i det korta perspektivet.

Ett fokus på formell rättssäkerhet är också mer förenligt med det faktum att sjukförsäkringen är en *inkomstbortfallsförsäkring* i händelse av arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Vidare är arbetsförmågan vare sig fullt mätbar eller fullt observerbar. Det sistnämnda gör användningen av sjukförsäkringen känslig för Försäkringskassans interna styrning i balansen mellan att betona å ena sidan stöd och hjälp för återgång i arbete, å andra sidan utredandet av rätt till ersättning och betoningen på att sjukförsäkringen är en *omställningsförsäkring*. Det senare är också en viktig utgångspunkt i de förslag vi lägger i nästa kapitel.

Figur 8.1 Pågående sjukfall (i december månad 2007–2022) och Försäkringskassans anseendeindex (Kantar/SIFO, 2012–2023)



9 Överväganden och förslag

Utredningen har haft i uppdrag att utvärdera de förändringar i sjukförsäkringens regelverk som genomfördes under 2021 och 2022. Avsikten med regelförändringarna har varit att öka den ekonomiska tryggheten och flexibiliteten i sjukförsäkringen, samt att öka förståelsen för regelverket och därigenom stärka sjukförsäkringens förutsägbarhet och legitimitet. Ett centralt syfte har varit att fler ska kunna avsluta sin rehabilitering under trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.

Vi har konstaterat att reformernas intentioner, i det som har varit möjligt att empiriskt analysera inom ramen för denna utredning, i relativt låg grad har uppfyllts. De minskade kraven på omställning och fokuset på materiell snarare än formell rättssäkerhet har inneburit att sjukfrånvaron ökat och förväntas fortsätta öka. Vi konstaterar att det i de förarbeten som föregick reformerna, genomgående saknas analyser av hur regeländringarna påverkar drivkrafterna inom sjukförsäkringen. Detta är noterbart mot bakgrund av den omfattande empiriska litteratur som finns tillgänglig på området och som hade kunnat förutse att reformernas intentioner inte skulle uppnås. I korthet visar forskningen (se genomgången i kapitel 8) att åtgärder som syftar till att i vid mening kontrollera den försäkrades rätt till ersättning, exempelvis via tidsgränser där arbetsförmågan provas, leder till lägre sjukfrånvaro och en högre arbetsåtergång. På samma sätt har karens och en låg snarare än en hög ersättningsnivå en dämpande inverkan på sjukfrånvaron. Omvänt saknas stöd för att åtgärder som syftar till att hjälpa den försäkrade, exempelvis via rehabiliteringsinsatser eller via olika samordningsinitiativ från Försäkringskassans sida, skulle påskynda återgången i arbete. Flera studier visar tvärtom att dessa åtgärder kan ha inlåsande verkan. Den svenska sjukförsäkringen är att betrakta som generös. För att undvika onödigt långa sjukskrivningar och möjliggöra en hög återgång i arbete är där-

för tydliga krav på omställning efter en tids sjukskrivning nödvändigt. Däremot bör rehabiliteringsinsatser och andra typer av aktiva insatser i sjukskrivningsprocessen användas med försiktighet, just med tanke på risken för att arbetsåtergången fördröjs.

Vidare menar vi att reformerna urholkat viktiga principer i sjukförsäkringen. Dels att sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom, och inte ska ta arbetsmarknadsmässig hänsyn, dels att sjukförsäkringen är en omställningsförsäkring som ställer krav på omställning för den som på grund av arbetsoförmåga inte kan återgå i sitt tidigare arbete.

Utgångspunkten för utredningens förslag är att återupprätta dessa grundläggande principer i sjukförsäkringen. Lagförslagen innebär i stora drag en återgång till det regelverk som gällde innan reformernas genomförande. Detta kommer enligt vår bedömning att leda till kortare sjukskrivningar och en ökad återgång i arbete.

Vi diskuterar också förslag som ytterligare skulle kunna stärka drivkrafterna för aktörer i sjukskrivningsprocessen att agera i enlighet med försäkringens syfte. Detta för att säkerställa en rättssäker och effektiv sjukförsäkring med hög legitimitet över tid.

9.1 Bedömningen vid dag 180 ska göras mot normalt förekommande arbete utan undantag för övervägande skäl

Utredningens förslag: Undantaget övervägande skäl ska tas bort som grund för beviljande av sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Skälen för utredningens förslag: Enligt nuvarande bestämmelser är prövningen mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden huvudregel för bedömningen av rätt till ersättning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Efter den 15 mars 2021 har emellertid undantaget övervägande skäl blivit den bedömningsgrund som oftast används för att bevilja sjukpenning efter dag 180 i sjukdomsperioden. Införandet av det lägre beviskravet övervägande skäl har bland annat inneburit en större möjlighet att skjuta upp prövningen mot normalt förekommande arbete för försäkrade med psykiatriska diagnoser.

Införandet av övervägande skäl syftade till att skapa en mer flexibel rehabiliteringskedja som skulle ge de sjukskrivna större möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren senast dag 365. Utredningen konstaterar att så inte blev fallet. I stället återfinns tydligt negativa effekter på arbetsåtergång och arbetsinkomster upp till två år efter sjukdomsperioden inleddes. Den ökade sjukfrånvaron har inneburit att utgifterna i sjukförsäkringen ökat med drygt 16 procent i sjukperioder som blir längre än tre månader.¹

I intervjuer framkommer att försäkringsutredare och specialister anser att övervägande skäl ger de sjukskrivna förbättrade möjligheter att hinna ta del av medicinsk behandling och arbetsplatsinriktade åtgärder för återgång till arbete. Denna uppfattning ges visst stöd i statistiken som visar att Försäkringskassan blivit något mer aktiva i sitt utredande arbete, exempelvis mottar fler försäkrade rehabiliteringspenning. Lite tyder emellertid på att denna ökade aktivitet haft någon positiv inverkan på möjligheterna för återgång i arbete. För vissa försäkrade kan det ha inneburit ökade möjligheter att återgå i arbete, för det stora flertalet förefaller effekten emellertid varit den motsatta.

Enligt regeringens mening var det tidigare undantaget särskilda skäl inte ett tillräckligt undantag för att säkerställa en reell möjlighet för sjukskrivna att i första hand återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren efter dag 180. Regeringen ansåg att bestämmelsen om särskilda skäl var för strikt då den ställde krav på en välgrundad uppfattning, som byggde på vetenskap och beprövad erfarenhet, om att den försäkrade med stor sannolikhet skulle vara åter i arbete vid en viss tidpunkt. Undantaget var enligt regeringen svårare att tillämpa vid vissa typer av diagnoser, vilket kunde medföra att sjukskrivna i dessa diagnoser fick alltför kort tid på sig för rehabilitering tillbaka till ordinarie arbete. Enligt regeringen blev en naturlig följd av dessa högt ställda krav att vissa av de som är sjukskrivna i till exempel psykiatriska diagnoser inte kunde omfattas av undantaget.² Utredningen uppmärksammar i detta sammanhang att psykiatriska diagnoser ändå var de vanligaste diagnoserna för sjukperioder som passerade dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Borttagandet av övervägande skäl kommer att leda till en högre återgång i arbete och färre sjukskrivningar som pågår längre än

¹ I denna beräkning är även utgiftsökningen till följd av undantaget särskilda skäl inräknad.

² Prop 2020/21:78 s. 12 och 14.

180 dagar. I nästa avsnitt föreslår vi en återgång till de särskilda skäl som gällde före den 15 mars 2021, och som innebär att det ska krävas stor sannolikhet för återgång i arbete innan dag 365 för att ett undantag av bedömning mot normalt förekommande arbete ska kunna tillämpas.³ Tillsammans med borttagande av undantaget övervägande skäl innebär våra förslag därmed en full återgång till de tidigare reglerna vid dag 180 i rehabiliteringskedjan.

9.2 Särskilda skäl ska endast kunna tillämpas från dag 180 till och med dag 365 och om prognosen i det medicinska underlaget är tydlig

Utredningens förslag: Utredningen föreslår en återgång till den lydelse av begreppet särskilda skäl som gällde före den 15 mars 2021 vid bedömningen av arbetsförmåga efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Det ska inte vara möjligt att tillämpa särskilda skäl efter dag 365 i rehabiliteringskedjan.

Skälen för utredningens förslag: I dag kan bedömning av arbetsförmågan efter dag 180 skjutas upp om det finns särskilda skäl som talar för att den försäkrade med stor sannolikhet kommer vara åter i arbete senast dag 550. Det nu föreslagna undantaget särskilda skäl motsvarar det tidigare undantaget som togs bort när övervägande skäl infördes den 15 mars 2021. Innebörden mellan nu gällande och den föreslagna återgången skiljer sig åt i två viktiga avseenden. För det första betonas i den gällande bestämmelsen att särskilda skäl bör kunna baseras antingen på uppgifter i det medicinska underlaget eller på övrig information i ärendet. Det avgörande är om prognosen för återgång i arbete kan anses vara tydlig. De tidigare särskilda skälen betonade vikten av prognosen i det medicinska underlaget.⁴ För det andra omfattar gällande bestämmelse undantag vid sjukdom i upp till 550 dagar i rehabiliteringskedjan, inte 365 dagar som var fallet tidigare.⁵

Vårt förslag innebär att det, liksom tidigare, krävs stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare för att prövningen mot normalt förekom-

³ Se prop. 2007/08:136.

⁴ Se prop. 2021/22 :1 utgiftsområde 10, s. 47 f. jämförd med prop. 2007/08:136, s. 68 f.

⁵ Jfr prop. 2007/08 :136.

mande arbete ska kunna skjutas upp. Enligt förarbetena måste bedömningen vara välgrundad. Det bör framgå av det medicinska underlaget att det finns välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma utsträckning som tidigare och en tidplan för när återgång kan ske.⁶

Med de nuvarande särskilda skälen ville regeringen tydliggöra att det skulle finnas möjligheter för försäkrade med vissa diagnoser att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Regeringen menade att det förhållandet att hälso- och sjukvården inte kunnat lämna en tydlig medicinsk prognos inte i sig behövde innebära att den försäkrades prognos för återgång i arbete inte är tydlig.⁷

Utredningen konstaterar att särskilda skäl i hög grad tillämpas som ett sätt att förlänga sjukskrivningen i upp till 550 dagar efter det att övervägande skäl tillämpats för att förlänga sjukfrånvaron efter dag 180. Utifrån aktstudien framgår att det ofta saknas en tydlig prognos för återgång i arbete vid beviljande av ersättning utifrån särskilda skäl. I de fall utredningen fördjupat sig i är det i praktiken endast sjukskrivningstiden som förlängts. Prognosen för återgång i ordinarie sysselsättning har i dessa fall inte förtydligats från vårdens sida och det har inte heller tillkommit några rehabiliterande insatser, anpassningar på arbetsplatsen eller försök att trappa upp arbetstiden. Det är således inte sannolikheten att återgå i arbete som har ökat i de fall där ersättning först beviljats utifrån övervägande skäl och sedan särskilda skäl. De högre beviskraven för särskilda skäl förefaller därmed inte tillämpas fullt ut vad utredningen erfar. Denna bild får stöd av den genomförda registeranalysen som visar att den negativa effekten på avslutade sjukfall som följde av införandet av övervägande skäl, förefaller ha förstärkts i och med införandet av särskilda skäl.

Vidare vill vi uppmärksamma att flera remissinstanser, däribland Försäkringskassan, påpekade att förslaget med nuvarande särskilda skäl – med en möjlighet till att pröva arbetsförmågan att återgå i arbete hos arbetsgivaren upp till 550 dagar – innebar en risk för längre sjukskrivningar.⁸ Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och Svenskt Näringsliv avstyrkte även med motiveringen, för-

⁶ Se prop. 2007/08:136 s. 68 f, bet. 2007/08:SfU12 s. 13 och bet. 2009/10:SfU13 s. 6.

⁷ Jfr prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 48.

⁸ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 45 och 48.

utom längre sjukskrivningar, att det kunde få negativa konsekvenser såsom sämre förutsättningar för omställning.⁹ Som utredningen beskriver har förändringen lett till längre sjukskrivningar och sämre förutsättningar för omställning, vilket innebär att det inte finns skäl för att göra undantag efter dag 365, annat än i de fall där det skulle vara oskäligt att bedöma mot normalt förekommande arbete. Det innebär därmed att det inte längre ska vara möjligt att bevilja sjukpenning fram till dag 550 med stöd av särskilda skäl, utan endast till dag 365. Inte heller en försäkrad som befinner sig i en period med sjukpenning efter dag 365 kan därmed beviljas fortsatt sjukpenning med stöd av de äldre bestämmelserna. Det vill säga vårt förslag innebär att vid en förlängning av pågående ersättningsperiod med anspråk på förmån som avser en period som inleds efter ikraftträdandet, ska den nya bestämmelsen tillämpas.

Utredningen föreslår en återgång till den lydelse av begreppet särskilda skäl som gällde tidigare, det vill säga före införandet av övervägande skäl den 15 mars 2021. Det krävdes då bland annat en tydlig prognos utfärdad av hälso- och sjukvården och att bedömningen var välgrundad.¹⁰ Utredningen anser att denna ordning är mer rättssäker och ökar möjligheterna för enhetliga bedömningar från Försäkringskassans försäkringsutredare. Utredningen föreslår att tidigare förarbeten och praxis i förhållande till ett återinfört begrepp bör vara vägledande för tolkningen av begreppet särskilda skäl.¹¹

Vidare vill vi uppmärksamma att Högsta förvaltningsdomstolen¹² har uttalat att det inte krävs att det medicinska underlaget vid psykiatriskt tillstånd – vid prövning av rätten till sjukpenning – redovisar undersökningsfynd som bygger på annat än läkarens iakttagelser och uppgifter från den försäkrade. Det är således inte uppgifterna från den försäkrade i sig, utan läkarens värdering och bedömning av dem i kombination med eventuella iakttagelser som läkaren har gjort som är det avgörande.¹³

Det medicinska utlåtandet har en avgörande betydelse för rätten till sjukpenning. Detta innebär att sannolikheten för att en person

⁹ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 45.

¹⁰ Jfr prop. 2007/08:136 s. 68 f.

¹¹ Se prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12 och bet. 2009/10:SfU13.

¹² HFD 2022 ref. 47.

¹³ Det följer av 25 kap. 25 § första stycket socialförsäkringsbalken att det är den försäkrade som genom läkarintyg ska styrka att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. I fråga om vilket beviskrav som då ska gälla anges i domen att den försäkrade ska göra *sannolikt* att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

med psykiatrisk diagnos ska beviljas sjukpenning sannolikt har ökat efter domen. Eftersom domen meddelades under den period som de lagändringar som denna översyn avser, har den – enligt vår bedömning – inte hunnit få tillräckligt genomslag ännu.

Enligt utredningens mening hanterar domen en stor del av den kritik som tidigare förts fram vad avser svårigheterna att få sjukpenning vid dessa typer av diagnoser. Detta eftersom det tydliggörs vad som krävs av det medicinska underlaget för att nedsättningen ska anses vara styrkt i dessa diagnoser. Det innebär troligen även en mer enhetlig bedömning av ärenden som är likartade och ökar därmed förtroendet för försäkringen. Den svårighet som kvarstår är att göra en prognos för återgången i arbete. Det bör dock vara läkaren som gör prognosen i det medicinska underlaget för återgång, baserat på den försäkrades respektive arbetsgivarens uppgifter om arbetet. Det är emellertid fortsatt Försäkringskassans uppgift att bedöma om den försäkrades arbetsförmåga på grund av sjukdom är nedsatt vid prövning av rätt till ersättning.

9.3 Normalt förekommande arbete ska inte längre hänvisa till angiven yrkesgrupp

Utredningens förslag: Vid bedömningen av den försäkrades rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska det endast beaktas om den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det ska inte längre anges om förvärvsarbetet ingår i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla vid bedömningen av rätt till sjukpenning i särskilda fall.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringen om angiven yrkesgrupp trädde i kraft den 1 september 2022 och innebar att begreppet ”sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden” ersattes av begreppet ”förvärvsarbete i sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”.¹⁴ Syftet med lagändringen har varit att öka för-

¹⁴ 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken.

ståelsen för Försäkringskassans beslut som är negativa för den försäkrade. Tanken var att förståelsen ökar om det framgår av besluten inom vilken yrkesgrupp eller vilka yrkesgrupper personen bedöms ha arbetsförmåga.¹⁵ Dock förefaller inte förståelsen ha ökat som en följd av regeländringen. Sannolikheten att ett avslag leder till en begäran om omprövning är lika stor som tidigare vilket antyder att det är kravet på omställning som är orsaken till begäran om omprövning, snarare än bristen på begriplighet och transparens i det kommunicerade beslutet. Denna iakttagelse bygger på antagandet att en högre grad av begriplighet och transparens minskar benägenheten hos den försäkrade att begära omprövning av ett för hen negativt beslut.

Utredningen är medveten om de utmaningar som finns då det gäller att göra begripliga och transparenta bedömningar av en försäkrads arbetsförmåga mot bedömningsgrunden normalt förekommande arbete och att förmedla beslut på ett begripligt sätt. Även om reformen inte förefaller haft en gynnsam inverkan på vare sig förståelsen eller acceptansen för negativa beslut anser vi att det är positivt att regeringen försökt förtydliga begreppet normalt förekommande arbete. Principiellt är det av godo att prövningen av arbetsförmåga sker med en så hög grad av konkretion som möjligt gentemot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Som vi beskrivit i betänkandet finns en risk att den arbetsmarknad som arbetsförmågan ska prövas mot har smalnats av i och med lagändringen och med kunskapsmaterialets uppbyggnad och innehåll (se avsnitt 4.5.6). Detta var inte intentionen med reformen. Syftet var att den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga skulle bedömas mot varken skulle göras bredare eller smalare genom lagändringen. Det finns alltså en risk att tröskeln för att avslå en begäran om sjukpenning i praktiken har höjts. Av detta följer i sådant fall längre sjukskrivningar och att färre återgår i arbete via omställning. Konsekvensen blir därmed att arbetsförmågan inte tillvaratas i den utsträckning som skulle kunna vara möjlig.

Utredningen föreslår därför att begreppet *angiven yrkesgrupp* stryks ur lagtexten. Det gäller såväl för sjukpenning i 27 kap. som för sjukpenning i särskilda fall i 28 kap. socialförsäkringsbalken. Att *angiven yrkesgrupp* stryks ur lagtexten innebär inte någon ändring i sak, således är tidigare förarbeten och praxis fortsatt vägledande. Det medför bland annat att tillgången på konkreta arbeten inte ska på-

¹⁵ Prop. 2020/21:171, s. 13.

verka prövningen mot normalt förekommande arbeten. Vidare ska bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten vara verklighetsförankrad, vilket innebär att även om bedömningen inte görs i relation till ett konkret yrke så måste den ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid.¹⁶

Vi anser att kunskapsmaterialet med fördel kan fortsätta att användas om det utvecklas till att vara uppdelat på yrken i stället för yrkesgrupper. Vi anser dock inte att det ska vara ett lagkrav för Försäkringskassan att ange ett yrke vid beslut som är negativt för den försäkrade. Det viktiga är att besluten är sakliga, välmotiverade och begripliga. Det främsta syftet med förslaget är att säkerställa att den arbetsmarknad, mot vilken arbetsförmåga ska prövas, återfår den bredd den hade innan lagändringen. Detta kommer att främja möjligheten till omställning och tillvaratagande av arbetsförmåga. Vi anser att det vore mer i linje med principen om sjukförsäkringen som en inkomst- och omställningsförsäkring om prövningen av arbetsförmågan också sker mot yrken med låga krav på fysisk och psykisk arbetsförmåga, som därmed har högre tolerans mot aktivitetsbegränsningar. Det finns exempel på sådana arbeten i SSYK som saknas i kunskapsmaterialet i dess nuvarande utformning.

Försäkringskassan bör ha ansvar för ett uppdaterat kunskapsunderlag eftersom myndigheten också har ansvar att fatta beslut om individens rätt till ersättning enligt socialförsäkringsbalken. Arbetet bör bedrivas i samverkan med Arbetsförmedlingen som har kunskap om arbetsmarknaden.

¹⁶ Se HFD 2018 ref. 51 I jfr prop. 1996/97:28 s. 17.

9.4 Möjlighet till ojämn förläggning av arbetstiden ska finnas om det är medicinskt motiverat och den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara

Utredningens förslag: Vid bedömning av nedsättning av arbetsförmågan och dess omfattning ska arbetstiden minskas varje dag i motsvarande grad som nedsättningen avser. Arbetstiden får dock förläggas på ett annat sätt, om det är medicinskt motiverat och det syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har.

Skälen för utredningens förslag: Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt gäller att arbetstiden enligt huvudregeln ska minskas i motsvarande grad varje dag. Enligt det nu gällande undantaget från huvudregeln är det möjligt att i vissa fall beakta behov som inte är medicinskt betingade till exempel att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reducering av arbetstiden varje dag inte är praktiskt möjlig. Undantaget gäller under förutsättning att arbetstidens förläggning inte försämrar möjligheterna till återgång i arbete. Syftet är att individen inte ska behöva avstå helt från att arbeta om arbetet till viss del med ojämn förläggning av arbetstiden är möjlig. Detta eftersom det kan leda till att rehabiliteringen försenas och att också återgången i arbete försenas. I propositionen framhölls att det finns ett visst forskningsstöd för att partiell sjukskrivning ger bättre förutsättningar att få tillbaka den försäkrade i arbete jämfört med om han eller hon hade varit heltidssjukskriven. Vidare framgår det att gradvis återgång till arbetet genom partiell sjukskrivning ofta är en viktig del av rehabiliteringen och arbetsåtergången vid flera psykiatriska tillstånd.¹⁷

Det finns enligt utredningens mening två tungt vägande skäl som talar mot att ha kvar det nu gällande undantaget om arbetstidens förläggning vid partiell sjukskrivning. Vår uppfattning är att med nu gällande undantaget är bedömningsutrymmet stort, vilket gör att förutsägbarheten blir låg och liknande fall kan komma att bedömas olika. Lagändringen har inte ökat vare sig rättssäkerheten i, eller legitimitet för, försäkringen. Ett ytterligare skäl är att det är troligt att det nu

¹⁷ Se prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 65 ff.

gällande undantaget kommer att leda fram till en ökad sjukfrånvaro. Argumentet för detta diskuterades i avsnitt 7.3.3 och 7.3.4.¹⁸

Det innebär att vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne. Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska arbetsförmågan anses nedsatt i minst motsvarande grad den dagen. Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt ska arbetstiden minskas i motsvarande grad varje dag.

Vi anser att en återgång till tidigare undantag från huvudregeln är nödvändig. Vi anser att det i vissa fall bör finnas möjlighet till anpassad förläggning av arbetstiden vid partiell sjukskrivning. Det ska röra sig om fall där det är fråga om en anpassad förläggning av arbetstiden av medicinska skäl och där den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara. Syftet med ändringen av bestämmelsen som vi föreslår är att kodifiera tidigare praxis.¹⁹

Rätten till sjukpenning vid deltidssjukskrivning förutsätter således i princip att den försäkrade minskar sin normala arbetstid i motsvarande mån varje dag. Enligt praxis har avsteg gjorts från denna princip och sjukpenning har utgått till en deltidssjukskriven försäkrad trots att arbetstiden inte minskats vissa dagar. Som krav för att en sådan förläggning av arbetstiden ska godtas har då ställts upp – förutom att den arbetade tiden genomsnittligt inte överstiger vad sjukskrivningsgraden kräver – att arbetstidsförläggningen ska främja den sjukskrivnes rehabilitering och vara medicinskt motiverad.²⁰

Enligt Högsta förvaltningsdomstolen²¹ talar reformerna på sjukförsäkringsområdet för att principen om rätt till partiell sjukpenning som kräver att den försäkrade reducerar sin arbetstid varje dag i förhållande till sin normala arbetstid inte ska tillämpas alltför strikt. Faktorer som arbetsförhållandena och sjukdomens art kan enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening behöva vägas in i bedömningen. Även

¹⁸ Avsnitt 7.3.3 berör avsaknad av empiriskt stöd för att deltidssjukskrivning påskyndar arbetsåtergång. Avsnitt 7.3.4 diskuterar en situation där arbetsgivare och arbetstagarers incitament kan sammanfalla vilket kan leda till överutnyttjande av sjukförsäkringen.

¹⁹ Se FÖD 1986:11 och HFD 2011 ref. 30.

²⁰ Se FÖD 1986:11.

²¹ Se HFD 2011 ref 30.

vikten av att den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara trots sjukdom tas upp i domen.

Sjukpenning bör således kunna utgå när arbetstidsförläggningen syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har och som är medicinskt motiverad. Detta dock under förutsättning att den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte överstiger vad som är förenligt med deltidssjukskrivningen. Med medicinskt motiverad avses att läkaren har gjort en bedömning att deltidssjukskrivning har en gynnsam inverkan på den försäkrades hälsotillstånd.

Begreppet att ”ta tillvara” på den försäkrades arbetsförmåga har tidigare förekommit inom sjukförsäkringsområdet. I vissa fall rör det sig om omställning till annat arbete²², men i andra fall handlar det om återgång till ordinarie arbete och arbetsgivare.²³ I en proposition som belyser frågan om återgång till ordinarie arbete och arbetsgivare betonas att den försäkrades återstående arbetsförmåga tas tillvara och att deltidssjukskrivning därför bör användas i ökad utsträckning.²⁴ I ytterligare en proposition framgår det att regeringen ansåg att det fanns en risk att den kvarvarande arbetsförmågan inte tas tillvara.²⁵

Precis som i tidigare förarbeten så anser vi att en återgång till arbetsgivaren är att föredra och då under förutsättning att det i det enskilda fallet är medicinskt motiverat och syftet är att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. Det vill säga att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga för återgång är eftersträvansvärt.

Att förlägga arbetstiden oregelbundet måste således alltid vara medicinskt motiverat. Som vi anger ovan kan i dag arbetets innehåll och förläggning vara sådan att det inte är möjligt att förkorta varje arbetsdag lika mycket, men att en medicinsk anledning till oregelbundenheten saknas. Dessa fall bör alltså *inte* omfattas av det nya undantaget, eftersom försäkringen är avsedd att kompensera för inkomstbortfall på grund av sjukdom.

Precis som i SOU 2020:26 vill vi poängtera att frågan om hur arbetstiden är förlagd är en arbetsrättslig fråga mellan arbetstagar

²² Se till exempel prop. 2020/21:78, s. 13. Regeringen skriver där – dock vad avser beviskravet övervägande skäl efter dag 180 i rehabiliteringskedjan – att den ”... anser också att en viktig princip i sjukförsäkringen är att arbetsförmåga, när sådan finns, tas tillvara på en bredare arbetsmarknad när arbete hos ordinarie arbetsgivare inte är möjligt i samma omfattning som tidigare.”

²³ Se till exempel prop. prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10.

²⁴ Se prop. 2002/03:89, s. 20 ff. Av propositionen framgår att deltidssjukskrivning inte bör användas under en längre tid utan den måste ses som en tillfällig lösning.”

²⁵ Se prop. 2021/22 :1 utgiftsområde 10, s. 66.

och arbetsgivare och att vårt förslag inte har till syfte att reglera den arbetsrättsliga frågan om arbetstidens förläggning. Det är arbetsgivaren som utifrån verksamhetens behov bestämmer hur arbetstiden kan förläggas. Vårt förslag utgår från syftet att få försäkrade tillbaka i arbete.

Vi ser att det framgent skulle vara önskvärt att se över bestämmelsen och tydliggöra att det ska röra sig om de fall där det med stor sannolikhet leder till att arbetstidens förläggning förbättrar möjligheterna till återgång i arbete i motsvarande omfattning som innan den försäkrade blev sjukskriven, utöver att det är medicinskt motiverat. Bedömningen om den medicinska behandlingens förbättringsmöjligheter till återgång ska vara baserad på vetenskap eller beprövad erfarenhet. Detta resonemang föranleder inget förslag från vår sida utan är endast avsett att belysa de problem som vi ser kan komma att uppstå och för att förbygga eventuella problem framgent.

9.5 De nya reglerna om behovsanställda tas bort

Utredningens förslag: Bestämmelserna om behovsanställda i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

Skälen för utredningens förslag: Det primära syftet med nuvarande bestämmelser är att anpassa sjukförsäkringen efter en förändrad arbetsmarknad. Nuvarande lydelse innebär att behovsanställning har införts som ytterligare en kategori inom socialförsäkringen för att på så sätt anpassa sjukförsäkringen till den förändrade arbetsmarknaden. Bestämmelsen innebär i korthet att behovsanställda kan få sin arbetsförmåga bedömd gentemot arbetet i behovsanställningen. Sjukpenning kan ges de första nittio dagarna i sjukperioden endast under förutsättning att det kan antas att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat om den försäkrade inte hade varit sjuk.²⁶

När den svenska arbetsmarknaden förändras är det naturligt att analysera om förändringar i lagstiftning kring arbetsrätt och socialförsäkringar kan göras för att ta hänsyn till potentiella negativa aspekter för arbetstagarna och samhället i stort. Den svenska arbetsmarknaden sticker ut i internationell jämförelse och kan historiskt

²⁶ Se 27 kap. 16 a § SFB. Se även SOU 2020:26, s. 78.

beskrivas med en stor andel tillsvidareanställningar, god arbetsmiljö och en hög grad av försäkringsskydd. Samtidigt får det faktum att alla anställda täcks av den allmänna sjukförsäkringen medan arbetslöshetsförsäkring inte är obligatorisk, betraktas som en anomali.

Utredningen är medveten om att antalet som har den trygghet som följer med en tillsvidareanställning har minskat och förstår således intentionen med bestämmelserna om behovsanställda, men anser att detta problem måste lösas på systemnivå och inte via ändringar i lagstiftningen för sjukförsäkringen. Det gynnar inte försäkringen och acceptansen för försäkringen över tid.

Vår bedömning är att nuvarande bestämmelser på längre sikt sannolikt leder till fler, inte färre, personer i behovsanställning. Bedömningen bygger på ett teoretiskt resonemang som utvecklas i avsnitt 7.1.5. Införandet av dessa bestämmelser har gjort det mer förmånligt för försäkrade att vara behovsanställda, det har också förenklats för arbetsgivaren att organisera arbetet med en mindre andel som är fastanställda. På längre sikt är det därför troligt att fler individer blir kvar i dessa otrygga anställningar.

Bestämmelserna i socialförsäkringsbalken underlättar således sannolikt för arbetsgivare att ha anställda "till hands" när det finns jobb. Detta görs också potentiellt genom att låta det allmänna, bland annat via sjukförsäkringen²⁷, stå för kostnaden när det inte finns jobb.

För att sammanfatta, utredningen ställer sig positiv till att öka tryggheten för individer som inte har förmånen att ha en anställning i form av en tillsvidareanställning, ett vikariat eller en visstidsanställning. Nuvarande bestämmelser riskerar dock att förvärra problemet och leda till att fler stannar kvar i en behovsanställning i stället för att söka en mer stabil anställning.

Ett ytterligare skäl som talar mot bestämmelserna är att ärendena enligt Försäkringskassan är svårbedömda och administrativt betungande. Vidare föreligger en stor risk att liknande fall behandlas olika, vilket är rättsosäkert såväl kortsiktigt som långsiktigt. Det finns ett mått av osäkerhet när Försäkringskassan ska göra en helhetsbedömning av om och i vilken omfattning den försäkrade skulle ha arbetat i behovsanställningen om denne inte blivit sjuk.

²⁷ Jfr exempelvis 27 kap. 11 § socialförsäkringsbalken.

9.6 Äldre bör inte undantas från bedömningen mot normalt förekommande arbete

Utredningens förslag: De särskilda äldrereglerna i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

Skälen för utredningens förslag: De så kallade *äldrereglerna* inom sjukpenningen innebär att försäkrade som har ett förvärsarbete och som uppnått en ålder som medger rätten att ta ut inkomstgrundad ålderspension, undantas från regeln om att arbetsförmågan ska prövas mot ett normalt förekommande arbete efter 180 dagars sjukskrivning. Undantaget gäller fram till den tidpunkt när den försäkrade tidigast kan ta ut garantipension. Regeln innebär med andra ord att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Efter dag 180 ska bedömningen dessutom beakta om den försäkrade kan försörja sig själv genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.²⁸

Utredningen visar att äldre försäkrade, i enlighet med det som förutspåddes i förarbetena, blir kvar längre i sjukskrivning som en konsekvens av de nya reglerna. Utredningen visar också att reformen inneburit att arbetsinkomsterna för målgruppen minskat. En slutsats är således att det finns betydande arbetsförmåga bland dem som i dag blir kvar i sjukskrivning.

Ett skäl till reformen var att minska det tidiga uttaget av pension. Analysen ger emellertid inget tydligt svar på hur dessa inkomster påverkats av reformen. I prop. 2021/22:1 (utgiftsområde 10) nämns vidare att äldre försäkrade nekades ersättning med motiveringen att de kunde klara ett lättare normalt förekommande arbete, samt att en möjlig förklaring kunde vara att äldre i högre grad har problem med rörelseorganen. Därutöver visar domstolspraxis att försäkrade inom utpräglat praktiska yrken nekas ersättning med motiveringen att de kan klara ett lättare normalt förekommande arbete. Avslutningsvis var ett viktigt motiv bakom reformen att undvika en situation där människor i nära anslutning till pensionsåldern hänvisas till en lång och osäker omställning.

Utredningen menar för det första att det är för gruppen utslitna inom ett yrke som omställning är nödvändigt och kan göra nytta.

²⁸ Se 27 kap. 49 § SFB.

Med nuvarande regler ska prövningen av arbetsförmågan avgränsas till den befintliga arbetsgivaren, vilket i praktiken är att uppmuntra den försäkrade att återgå till det arbete som eventuellt orsakade sjukskrivningen. För det andra visar resultaten att det främst är försäkrade med problem i rörelseorganen respektive med yrken inom byggverksamhet, tillverkning, maskinell tillverkning och transport, som minskade sina arbetsinkomster. Reformen förefaller således inte helt ha träffat den tänkta målgruppen.

För det tredje försvagar undantaget drivkrafterna för att agera för full återgång i arbete. En deltidssjukskriven med restarbetsförmåga kan föredra att stanna hos befintlig arbetsgivare i stället för att söka sig vidare till en där arbete i högre omfattning är möjlig. På motsvarande sätt skulle Försäkringskassans ansträngningar för att utreda restarbetsförmåga bland försäkrade med kort tid kvar till uppfyllande av ålderskriteriet att utebli. Arbetsgivare kan bli mindre benägna att anpassa arbetsplatsen eller arbetsuppgifter på ett sätt som skulle möjliggöra full arbetsåtergång. Detta eftersom den anställda kan fortsätta motta sjukpenning.

För det fjärde menar utredningen att undantag mot bedömning mot normalt förekommande arbete föreslås finnas även i fortsättningen, om särskilda skäl föreligger. För äldre sjukskrivna med begränsade möjligheter till att ställa om på arbetsmarknaden, och där de samhällsekonomiska konsekvenserna av omställning är osäkra, finns också en ventil i form av särskilda regler inom sjukersättningen (den så kallade trygghetspensionen). Dessa omfattar försäkrade äldre än 60 år och 11 månader. Arbetsförmågan hos försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning och som har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden bedöms i förhållande till dessa arbeten.

9.7 Äldrereglerna inom sjukersättningen (trygghetspensionen) bör vara kvar tills vidare

Utredningens bedömning: Bestämmelserna som avser sjukersättning för äldre bör behållas. Utvecklingen av antalet nybeviljanden samt hur regelverket används och efterlevs bör följas noggrant framöver.

Skälen för utredningens bedömning: Den så kallade trygghetspensionen innebär att kraven för rätt till sjukersättning för försäkrade som har uppnått åldern 60 år och 11 månader och har erfarenhet av normalt förekommande förvärvsarbete de senaste 15 åren sänks så tillvida att arbetsförmågan prövas mot dessa arbeten.²⁹ Prövningen sker alltså inte mot hela arbetsmarknaden. I likhet med äldrereformen inom sjukpenningen syftar reformen till att öka den ekonomiska tryggheten för äldre personer i arbetskraften som i lägre grad ska vara i behov av att ta ut ålderspension i förtid.

Utredningen konstaterar att mycket tyder på att de tidigare reglerna för rätt till sjukersättning var alltför strikta. Detta bekräftas också i intervjuer med Försäkringskassans försäkringsutredare som menar att villkoren för ett utbyte av sjukpenning till sjukersättning varit nära nog omöjliga att uppfylla. Resultaten visar att användningen av sjukersättning för den äldre populationen tydligt ökat som förväntat och att övergången från långtidssjukskrivning till sjukersättning ökat. Ökningen omfattar både män och kvinnor samt olika yrkes- och diagnosgrupper. Tydligast är ökningen bland försäkrade med en muskuloskeletal diagnos. Ökningen omfattar också försäkrade som varit sjukskrivna i mer än 1 år. För denna grupp har reformen inte haft några effekter på vare sig arbetsinkomster eller hälsa. Inga tydliga slutsatser kan dras med avseende på pensionsrelaterade inkomster.

Utredningen anser att lättnader i villkoren för rätt till sjukersättning är motiverade. Dock bör utvecklingen av nybeviljanden av sjukersättning följas nära framöver.

9.8 Harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp inom sjukpenning och sjukersättning

Utredningens bedömning: En harmonisering av arbetsmarknadsbegreppen inom systemen för sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning bör utredas närmare.

²⁹Se 33 kap. 10 a § SFB.

Skälen för utredningens bedömning: I SOU 2021:69 föreslås att det arbetsmarknadsbegrepp som används vid bedömningen av rätten till sjukpenning, det vill säga normalt förekommande arbete, bör gälla även vid bedömningen av rätten till sjukersättning. Vi instämmer i denna bedömning med motiveringen att den diskrepans som finns i bedömningen i dag, där man i prövningen av rätten till sjukersättning även ska beakta den försäkrades arbetsförmåga i relation till ett anpassat eller skyddat arbete, sannolikt skapar en inlåsning i sjukpenning. I avsnitt 4.3 beskrivs hur försäkringsutredare upplever detta som ett problem. Försäkringsutredarna uttryckte även att det var problematiskt att bedömningen av arbetsförmågan i ett sjukersättningsärende inte är relaterade till yrkesområden. Utredningens ställningstagande för ett harmoniserande av bedömningskriterierna lyfter en principiell fråga om sjukförsäkringens funktion. Socialförsäkringarna har sannolikt varit viktiga vid utformningen av den så kallade arbetslinjen, som har som mål att människor i så hög utsträckning som möjligt ska försörja sig genom arbete. Utformningen av socialförsäkringarna som inkomstbortfallsförsäkringar har sannolikt bidragit till Sveriges historiskt sett höga arbetskraftsdeltagande. Den solidariska lönepolitiken har varit en hörnsten för att effektivisera den svenska industrin. Struktumvandling ska underlättas genom utbildning och aktiva arbetsmarknadspolitiska insatser.

Därutöver uttrycks i SOU 2021:69 även en omsorg om individen i arbetslinjen.³⁰ Arbete ger, utöver försörjning, även mening och sammanhang. Det är därför viktigt att inte ge upp om människors förmåga att genom förvärvsarbete kunna försörja sig själva, menar man. Betydande resurser satsas därför på att se till att människor inte lämnar arbetskraften i förtid eller i onödan och på att ge stöd så att människor ska kunna få eller återfå arbetsförmåga.

Vi menar att genom att subventionerade och skyddade anställningsformer har inkluderats i arbetslinjebegreppet har socialförsäkringarna gjorts till ett verktyg att inte bara uppnå effektivitet i samhället, utan också till att ge social omsorg. Vi menar att syftet med sjukförsäkringen bör vara att ge personer i arbetskraften inkomstrygghet i händelse av temporär respektive varaktig arbetsoförmåga. Rätt utformad har en sådan försäkring förutsättningar att öka effektiviteten på arbetsmarknaden via riskspridning och ett högt arbetsutbud. Att,

³⁰ Se s. 31 i SOU 2021:69.

som i dag, addera en social dimension riskerar att urholka denna viktiga funktion.

Det finns en uppenbar risk att en anpassning av villkoren för sjukersättning till villkoren som gäller för sjukpenning kommer att leda till en stor ökning av antalet mottagare av sjukersättning. Ett skäl till detta är att det kan finnas incitament för både arbetsgivare och arbetstagare att låta samhället ta kostnaden för ett tidigt utträde från arbetslivet. För att motverka att arbetsgivaren inte tar sitt arbetsmiljöansvar och/eller utnyttjar försäkringen bör man fundera på om arbetsgivaren ska ha ett kostnadsansvar om den anställde övergår till sjukersättning. Man bör därutöver överväga och eventuellt utreda att ytterligare stärka drivkrafterna för såväl försäkrad som för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen. Förslag kring detta presenteras i avsnitten nedan.

9.9 Rehabiliteringsinsatser

I kapitel 8 konstaterades att stödet i den empiriska litteraturen för att rehabiliteringsinsatser påskyndar återgången i arbete är svagt, detta gäller i synnerhet vid psykisk ohälsa men också vid sjukdomar i rörelseorganen. Den tydligaste slutsatsen från den genomgång av litteraturen som genomfördes i SOU 2020:6 var att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen, eller på annat sätt är arbetslivsinriktad, är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. Denna slutsats gäller oavsett om den försäkrade är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa. Dock bör betonas att slutsatsen är en sammanvägd sådan, resultaten från de i rapporten ingående översikterna och enskilda studierna varierar.

Varför fungerar då inte rehabiliteringsinsatser bättre? Viktigt att komma ihåg är att man i forskningen analyserar effekter på grupp- och inte på individnivå. Avsaknad av en effekt kan därför innebära att insatsen har positiva effekter för några men negativa effekter för andra. En mer relevant fråga är därför hur det kommer sig att en insats är verkningslös eller till och med kan ha en negativ inverkan för en viss person. Ett exempel är om sjukskrivningen inte främst är orsakad av en faktisk arbetsförmågenedsättning utan har andra orsa-

ker. Om sjukskrivningen exempelvis beror på att den försäkrade vantrivs på arbetsplatsen har en rehabiliteringsinsats sannolikt små förutsättningar att fungera. Vidare kan insatsen bekräfta en sjukroll hos den försäkrade och sakna ett tillräckligt fokus på återgång i arbete, vilket kan ha en inlåsande verkan och förhindra en arbetsåtergång. För att en insats ska vara verkningsfull fordras med andra ord att orsaken bakom sjukskrivningen identifieras, och att den insats (om någon) som bäst åtgärdar problemet kan sättas in.

Svårigheten i att identifiera de försäkrade som är behjälpta av stöd och rehabilitering för att kunna återgå i arbete från dem som kan förväntas återgå ändå, eller som till och med kan påverkas negativt av en insats, påverkas av hur sjukförsäkringen är utformad. På ett övergripande plan kan man säga att uppgiften blir svårare i ett generöst utformat system med hög ersättningsnivå och där graden av kontroll av att villkoren för rätt till ersättning är uppfylld är låg, samt där kontrollen av att övriga aktörer uppfyller sina åtaganden är att betrakta som låg, än i ett system som tvärtom är att betrakta som strikt. I ett generöst system kommer hälsan vara bättre och arbetsförmågan högre bland de sjukskrivna, vilket ger sämre förutsättningar för olika aktiva insatser att göra skillnad. Tvärtom torde insatser ha goda förutsättningar att göra nytta bland sjukskrivna med sämre hälsa och med begränsad arbetsförmåga.³¹ Detta illustreras tydligt i den studie som analyserade effekterna av att Försäkringskassan utredde den försäkrades behov av rehabilitering tidigare i sjukskrivningsprocessen. Studien konstaterar negativa effekter i form av längre sjukfrånvaro och högre risk för mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning på längre sikt, bland dem som utreddes tidigt. Orsaken till de negativa resultaten var att handläggarna felaktigt identifierade försäkrade som i behov av vidare insatser, när de i frånvaro av dessa insatser hade återgått i arbete. Uppgiften att identifiera vilka som är i behov av rehabiliteringsinsatser är av naturliga skäl svårare ju tidigare i sjukskrivningsprocessen den görs, detta eftersom försäkrade som endast varit sjukskrivna en kort tid i genomsnitt kan förväntas ha bättre hälsa och arbetsförmåga än dem som varit sjukskrivna länge.

Exemplet ovan belyser också den svåra uppgift Försäkringskassan har i sjukskrivningsprocessen. Man ska göra bedömningar av den försäkrades behov av rehabilitering och samordning men har i typ-

³¹ Är försäkringen alltför strikt och arbetsförmågan bland de sjukskrivna väldigt låg kan man tänka sig att nyttan med rehabiliteringsinsatser också begränsas.

fallet mindre information om den försäkrades faktiska arbetsförmåga än den försäkrade själv. Därutöver saknas i hög grad kunskap om vilka insatser som gör nytta för olika typer av försäkrade och i olika situationer. Man kan formulera det som att sjukförsäkringen i dag i hög grad är uppbyggd kring idén att Försäkringskassan har kunskap om förhållanden man varken har eller kan ha.

Utredningen menar att Försäkringskassans huvudsakliga fokus bör vara att utreda den försäkrades rätt till ersättning. I en generös sjukförsäkring som den svenska är en väl fungerande kontrollfunktion central för att överutnyttjande ska kunna undvikas. Forskningen (se kapitel 8) är tydlig med att kontroll i form av tidsgränser och återkommande prövningar av den försäkrades rätt till ersättning har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron. I så måtto är resultaten i denna utvärdering avseende de mildare bedömningarna vid dag 180 väntade – lägre krav på arbetsförmågans nedsättning för rätt till ersättning bör leda till att färre går tillbaka i arbete.

Vidare menar utredningen att det är nödvändigt att stärka drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Detta skulle ha en gynnsam inverkan på såväl förutsättningarna för rehabiliteringsinsatser att vara verkningsfulla, som på Försäkringskassans möjligheter att göra korrekta bedömningar av den försäkrades behov av rehabilitering. Om det exempelvis fanns kostnader förknippade med längre sjukfrånvaro på arbetsplatsen skulle arbetsgivarens incitament att få tillbaka den anställde i arbete öka. På motsvarande sätt skulle en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning öka den anställdes drivkrafter att återgå i arbete. I följande avsnitt diskuteras hur drivkrafterna i sjukskrivningsprocessen skulle kunna stärkas för i tur och ordning arbetsgivaren, hälso- och sjukvården samt den försäkrade.

9.10 Förstärkt arbetsgivaransvar

Utredningens bedömning: Arbetsgivarnas drivkrafter bör ses över vad avser att dels erbjuda arbetsplatsinriktad respektive arbetslivsinriktad rehabilitering, dels motverka långtidssjukfrånvaro.

Skälen för utredningens bedömning: Som tidigare nämnts fåsts i förarbetena till föreliggande reformer stor tilltro till rehabiliteringsinsatser som verkningsfulla åtgärder för att möjliggöra arbetsåtergång.³² Försäkringskassans uppgift är att samordna dessa åtgärder i samarbete med dem som har skyldighet att utföra dem, nämligen arbetsgivare och regioner. För att rehabiliteringsinsatser ska vara effektiva fordras emellertid inte bara att arbetstagaren vill komma tillbaka i arbete, utan också att, 1) arbetsgivaren vill ha den sjukskrivne åter i arbete samt, 2) att den rehabilitering som sätts in är effektiv i att öka arbetsåtergången.

Vad gäller arbetsgivarnas drivkrafter betalar de, med undantag för karensavdraget, sjuklön under de första 14 dagarna av en sjukskrivning. Arbetsgivarna är emellertid försäkrade från direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro. Det finns således ekonomiska incitament att undvika korttidssjukfrånvaro men begränsade incitament att rehabilitera och uppmuntra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete. I kapitel 4 konstaterades att vissa arbetsgivare brister i sitt rehabiliteringsansvar. Khaledi (2005) finner att arbetsgivaren sällan lever upp till sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar. Eftersom försäkringsutredaren handläggaren i sitt beslut om rätten till ersättning är beroende av arbetsgivarens vittnesmål när det gäller den försäkrades arbetsuppgifter, möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna etcetera, uppstår en situation där arbetsgivaren kan dra nytta av sitt informationsövertag. Om arbetsgivaren inte vill ha kvar den sjukskrivne kommer arbetsuppgifterna sannolikt att definieras väldigt snävt. Detta gör det i sin tur svårt för försäkringsutredaren att dels föreslå lämpliga alternativ för den sjukskrivne, dels neka sjukpenning under de första 180 dagarna av sjukskrivningen.

När det gäller förutsättningarna för rehabiliteringsinsatser att vara effektiva konstaterades i avsnitt 8.1.3 att det inte finns något tydligt empiriskt stöd för att arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser ökar återgången i arbete. Dock förefaller insatser som innefattar arbetsplatsen ha bättre förutsättningar att vara effektiva än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. ESO granskar det empiriska stödet av arbetsgivarincitament inom både socialförsäkringar och arbetslöshetsförsäkring och finner att de ofta är betydelsefulla.³³

³² Se SOU 2020:6 och 2020:26. Se även 2020:24 Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

³³ ESO (2016:2), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*.

Högre kostnader för arbetsgivare leder generellt sett till ett lägre nyttjande i dessa försäkringar.³⁴

Sammantaget finns således anledning att fundera över hur arbetsgivarens incitament att agera för arbetsåtergång kan stärkas. Inspiration till hur ett system med starkare drivkrafter för arbetsgivarna kan utformas kan hämtas i 2005 års medfinansieringsreform, i 2016 års förslag om ”Hälsöväxling” samt i det holländska systemet.³⁵ I samtliga fall har arbetsgivaren ett kostnadsansvar (till olika del) för all sjukfrånvaro. De ekonomiska drivkrafterna bör, i likhet med det holländska systemet, kombineras med en bättre kontroll av att både arbetsgivaren och arbetstagaren uppfyller sina åtaganden för att möjliggöra en återgång i arbete. Om arbetsgivaren inte genomfört de insatser eller åtgärder som man förbundit sig till att göra, och som godtagits av Försäkringskassan, bör arbetsgivaren också ha ett kostnadsansvar om den anställde övergår till SA. För att systemet ska fungera måste både arbetsgivaren och den anställde vara ansvariga för att återgången i arbete ska lyckas. Det innebär att det sannolikt är nödvändigt att arbetsgivaren har någon form av sanktionsmöjligheter i fall där den anställde inte vill samarbeta kring rehabilitering, arbetsträning, etcetera. För att undvika risken för att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna ytterligare försvårar situationen på arbetsmarknaden för redan utsatta grupper, bör undantag från kostnadsansvaret göras för valda grupper. Undantagen kan göras på basis av tydliga kriterier, exempelvis en diagnos.

9.11 Starkare incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen

Utredningens bedömning: Det bör utredas hur incitamentsstrukturen kan stärkas för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen.

³⁴ Forskningsgenomgången i avsnitt 8.1.2 beskrev specifika reformer inom sjukförsäkringen. Det empiriska stödet om betydelsen av arbetsgivarincitament är begränsad när det gäller sjukförsäkringen.

³⁵ Lagrådsremiss (2016), *Hälsöväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

Skälen för utredningens bedömning: Läkare inom hälso- och sjukvården utfärdar läkarintyg som ligger till grund för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Läkarintyget är att jämställa med annan medicinsk behandling som exempelvis förskrivning av läkemedel. I läkarintyget lämnas uppgifter om bland annat diagnos, undersökningsfynd, aktivitetsbegränsningar, bedömd grad av nedsättning av arbetsförmågan, rekommenderad sjukskrivningslängd, prognos samt behandlingsinsatser under sjukskrivningen. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd som beskriver hur hälso- och sjukvården kan arbeta på ett kunskapsbaserat sätt för att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.³⁶

De försvårande omständigheterna kring läkarnas arbete med att bedöma patienternas arbetsförmåga är väl dokumenterade. Ett grundläggande problem är att arbetsförmågan inte är fullt observerbar och därför inte fullt mätbar. Problemet blir särskilt tydligt vid psykisk ohälsa, där objektiva undersökningsfynd ofta saknas och där läkarens bedömning i hög grad baseras på patientens beskrivning av symptom och besvär. Vidare ger det faktum att den försäkrade i regel har mer kunskap om sin funktionsnedsättning och sina möjligheter att arbeta än läkaren, upphov till så kallad *moralisk risk* där den försäkrade kan använda sitt informationsövertag för att öka chanserna till sjukskrivning.

Att sjukfrånvaron påverkas av de olika aktörernas drivkrafter att undvika sjukfrånvaro är väl belagt i den forskning som presenteras i kapitel 8. Förutom den försäkrades drivkrafter har forskning visat att vårdvalssystemet inom hälso- och sjukvården haft en drivande inverkan på sjukfrånvaron, inom vilken vårdgivarens lönsamhet är kopplad till individens val av vårdgivare.

I en enkätundersökning genomförd av Socialstyrelsen bland regionledningar och 4 000 läkare under hösten 2022, framkommer att läkare inom primärvården upplever problem med att ställa diagnos vid psykiska besvär samt att bedöma funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och behov av sjukskrivning.³⁷ Därutöver upplever läkarna brist på tid i patientmötet, men även i annat patientrelaterat arbete, samt rutiner för grunderna i ett systematiskt försäk-

³⁶ Socialstyrelsen (2023a). *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd*.

³⁷ Socialstyrelsen (2023b). *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*.

ringsmedicinskt arbete. Enkäten till regionledningarna visar i sin tur att många regioner saknar rutiner för det försäkringsmedicinska arbetet, och att det verkar svårt att sprida de rutiner som ändå finns till verksamhetsnivå. Man menar vidare att den nationella styrningen behöver bli tydligare samt att det försäkringsmedicinska området inte är prioriterat.

Såväl Riksrevisionen som ESO har i rapporter uppmärksammat att ingen uppföljning sker av läkarintygens kvalitet.³⁸ Att följa mönster i läkarintygsskrivandet på olika vårdenheter kan ha flera fördelar. Att granska variationer med avseende på antal, längd, köns- och diagnosgrupper såväl över tid som mellan olika vårdenheter, kan ge impulser kring var dialog och behovsanpassad samverkan är nödvändig. Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick i sina respektive regleringsbrev 2022 i uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg. Myndigheterna har samrått med hälso- och sjukvården kring uppdraget att fortsätta utveckla förutsättningarna att följa läkarintyg på vårdenhetsnivå. I en rapport från Försäkringskassan undersöker man de tekniska möjligheterna att koppla läkarintyg till specifika vårdenheter.³⁹ Man konstaterar att det finns hinder som beror på hur hälso- och sjukvårdens adressregister (HSA) är uppbyggt och i hur data samlas in. I ytterligare en rapport från Försäkringskassan 2022 konstateras att trots att Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen har önskemål om att följa upp kvaliteten i läkarintygen på vårdenhetsnivå, saknas i dag förutsättningarna för det.⁴⁰ Anledningen är att vårdgivaren i respektive region själv fastställer vad som utgör en vårdenhet. I vissa regioner kan en vårdenhet omfatta ett helt sjukhus medan de i andra regioner endast omfattar en klinik eller en vårdcentral. Detta skapar brister i enhetligheten och skevheter i jämförelserna.⁴¹

Såväl ESO som Riksrevisionen föreslår en skärpning av hälso- och sjukvårdens incitament i sjukskrivningsprocessen. Detta för att öka kvaliteten och minska förekomsten av osakliga skillnader i ut-

³⁸ RiR (2019:19), *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?*, RiR (2022:6), *Digitala läkarbesök och hyrläkare i sjukskrivningsprocessen*, ESO (2016:2), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkrings-systemet*.

³⁹ Försäkringskassan (2021), *Uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg*.
⁴⁰ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2022), *Fortsatt uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg*.

⁴¹ Med anledning av att Försäkringskassans och Socialstyrelsens redovisning har frågan lyfts in i utredningen *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården* (dir. 2023:48). Utredningen fokuserar på de juridiska aspekterna av att samla hälsodata.

färdade läkarintyg. ESO problematiserar tidigare initiativ till att stärka hälso- och sjukvårdens ekonomiska incitament att sjukskriva mindre. Om incitamenten riktar sig till regioner snarare än till vårdgivare och vårdenheter riskerar önskade effekter att utebli. Om incitamenten i stället kopplas till mindre enheter kan moraliska konflikter uppstå kring vem läkaren ska företräda: patienten eller vårdenheten. I stället skissar man på ett system där särskilda krav utformas för vårdgivare som skriver ut läkarintyg, exempelvis med avseende kunskaper i att bedöma patienternas arbetsförmåga och om reglerna i sjukförsäkringen. Om uppföljningar visar på osakliga och systematiska skillnader samt på betydande avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstödet riktlinjer, menar man att enskilda vårdgivare ska kunna bli av med möjligheten att utfärda läkarintyg. Författarna menar att en fördel med ett sådant system skulle vara att det tydligare framgår att det är Försäkringskassan (försäkringsgivaren), och inte läkaren, som beslutar om rätten till ersättning.

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det i dag saknas tydliga drivkrafter för vårdgivare att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte. Riksrevisionen har i två rapporter⁴² konstaterat brister i likformigheten i läkares utfärdande av läkarintyg. Därutöver har studier visat att läkare reagerar på den incitamentsstruktur som omgärdar intygsutfärdandet. Utredningen anser därför att det finns skäl att närmare utreda hur incitamentsstrukturen för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen kan stärkas, inte minst med utgångspunkt i Försäkringskassans möjligheter att besluta om sanktioner mot läkare och vårdgivare som systematiskt missbrukar sina möjligheter att utfärda läkarintyg.

9.12 En borte tidsgräns för rätt till sjukpenning

Utredningens bedömning: En borte tidsgräns för rätten att uppbära sjukpenning bör återinföras. En utredning bör titta närmare på vad en maximal tid som sjukskriven bör vara samt hur en tidsgräns bör vara utformad. Erfarenheter av implementering och administration av den tidsgräns som fanns mellan 2008 och 2016 bör vara vägledande.

⁴² RiR (2019:19), *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RiR (2022:6), *Digitala läkarbesök och hyrläkare i sjukskrivningsprocessen.*

Skälen för utredningens bedömning: Forskning inom såväl sjukförsäkringen som angränsande system, exempelvis arbetslöshetsförsäkringen, visar att en bortre tidsgräns för rätten till ersättning fyller en viktig funktion. Inom sjukförsäkringen bidrar den dels till att upprätthålla drivkrafterna för samtliga aktörer att hitta en lösning för den försäkrade innan tidsgränsen nås, dels skickar den en viktig signal om att sjukpenningen är tidsbegränsad.

I Sverige fanns en bortre tidsgräns mellan 2009 och 2016, vid 2,5 år. Detta var en i internationell jämförelse generös tidsgräns. ESO konstaterar att i princip alla andra jämförbara länder inte bara har en tidsgräns, utan en som ligger vid 1 eller 1,5 år.⁴³ ISF utvärderar de långsiktiga inkomsteffekterna av borttagandet av tidsgränsen 2016.⁴⁴ I analyserna jämförs inkomsterna för en population som inte omfattades av en bortre tidsgräns men som hade blivit utförsäkrade om tidsgränsen varit kvar, med inkomsterna för en population som blev utförsäkrad före 2016. ISF finner en statistiskt säkerställd negativ effekt av borttagandet av tidsgränsen på den disponibla inkomsten under det tredje uppföljningsåret. Eftersom ISF inte finner några långsiktiga effekter på vare sig förvärvsinkomster, andra inkomster (förutom förvärvsinkomster) eller på totala inkomster, konstateras att de utförsäkrades ekonomiska situation inte påverkades i någon större utsträckning. ISF menar att den bortre tidsgränsen var verkninglös på lång sikt.

Noterbart är att ISF *inte* har analyserat effekten av borttagandet av den bortre tidsgränsen vid 2,5 år, utan endast de ekonomiska konsekvenserna av att inte ha en bortre tidsgräns för de som innan 2016 hade blivit utförsäkrade. De positiva effekterna av en bortre tidsgräns kan förväntas uppstå *innan* tidsgränsen nås, i form av att fler lämnar sjukskrivning, och inte efter gränsen passerats. Noterbart är att om tidsgränsen genererade denna typ av beteendeeffekter, skulle resultaten ge en överdrivet positiv bild av borttagandet av tidsgränsen. Detta eftersom arbetsförmågan bland dem som utförsäkrades sannolikt var lägre än bland dem som inte utförsäkrades.

Med det sagt är ISF:s slutsatser inte orimliga. Mot bakgrund av hur den bortre tidsgränsen var konstruerad var dess förutsättningar att generera positiva effekter begränsade. Med en bortre tidsgräns

⁴³ ESO (2106:2), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringsystemet*.

⁴⁴ ISF (2022:5), *Avskaffandet av den bortre tidsgränsen – En analys av effekterna på långtids-sjukskrivnas ekonomiska situation och användning av sjukförsäkringen*.

vid 2,5 år torde anknytningen till arbetsmarknaden bland dem som når tidsgränsen vara mycket svag. Det faktum att den bortre tidsgränsen endast var temporär, och att den som utförsäkrades kunde påbörja en ny sjukskrivningsepisod inom tre månader, torde också det haft en dämpande inverkan på drivkrafterna att återgå i arbete innan tidsgränsen nåddes.

Utredningen anser att det bör finnas en bortre tidsgräns för uppbärande av sjukpenning. En sådan skulle tydliggöra att sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av tillfällig och inte varaktig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom. Det bör utredas närmare vad en maximal tid som berättigad till ersättning ska vara och hur en eventuell rutin för överlämning till Arbetsförmedlingen ska utformas för de som når den bortre tidsgränsen. Erfarenheter från implementeringen och administreringen av den tidsgräns som fanns i sjukförsäkringen mellan 2008 och 2016 bör inhämtas från sjukskrivningsprocessens samtliga aktörer.

10 Konsekvenser

10.1 Samlad bedömning

Utredningens förslag är utformade med utgångspunkt i centrala principer för sjukförsäkringen, som dels en *inkomstbortfallsförsäkring* som faller ut i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom, dels en *omställningsförsäkring* som ställer krav på att den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara på hela arbetsmarknaden.

Förslagen om att ta bort undantaget övervägande skäl och återinföra de tidigare särskilda skälen, kommer att tydliggöra sexmånadersgränsen i rehabiliteringskedjan. De kommer att skärpa drivkrafterna för de försäkrade och sannolikt också för övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen, som kan förväntas intensifiera sina ansträngningar att hitta en lösning för den försäkrade innan tidsgränsen nås. Detta kommer att leda till att färre fastnar i långa sjukskrivningar och att fler kan återgå i arbete tidigare.

Förslaget om att ta bort rekvisitet angiven yrkesgrupp vid bedömning mot normalt förekommande arbete torde innebära högre krav på omställning och bättre förutsättningar att ta tillvara människors arbetsförmåga. Detta kommer att minska risken för långtidssjukskrivning.

Förslaget om att ta bort undantaget för äldre i bedömningen mot normalt förekommande arbete kommer att leda till att återgången i arbete i denna grupp kommer att öka och arbetsförmågan bättre tas tillvara.

Förslagen om att slopa reglerna för behovsanställning och flexibel deltidssjukskrivning kommer att bidra till att öka förutsebarheten och rättssäkerheten i sjukförsäkringen. De kommer också att leda till att risken för överutnyttjande av försäkringen minskar.

Svårigheten med att göra en konsekvensanalys är som regel att få en uppfattning om vad utfallet blir med ett nytt regelverk. Våra förslag innebär i hög grad en återgång till det regelverk som gällde före

2021. Det innebär att vi bör få en bra uppfattning om konsekvenserna bara genom att använda de historiska data som använts för att analysera effekterna av reformerna 2021–2022, tillsammans med de beräknade effekterna. Således, för de reformer som analyserades i kapitel 5 och 6 beräknas konsekvenserna med hjälp av de resultat som ges i tabellerna i dessa två kapitel.

10.2 Konsekvenser för sjukförsäkringen

Våra förslag kommer att stärka kraven på omställning i sjukförsäkringen vilket kommer att ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaron och därmed kostnaderna i sjukförsäkringen. Förslagen kommer även att minska förekomsten av svåra och administrativt krävande bedömningar vilket kommer att öka förutsägbarheten och rättssäkerheten i försäkringen.

10.2.1 Övervägande skäl och särskilda skäl tas bort och ersätts med den tidigare definitionen av särskilda skäl från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan

Våra förslag innebär ett återupprättande av de regler som gällde från och med 181 dagars sjukskrivning innan nuvarande regelverk infördes, det vill säga före den 15 mars 2021. Det innebär att fler kommer att bedömas ha arbetsförmåga i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, vilket kommer att öka återgången i arbete och minska antalet sjukfall längre än 180 respektive 365 dagar.

En uppfattning av kostnadsökningarna i sjukförsäkringen (sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning) upp till 24 månader efter sjukfallens start redovisas i tabell 5.1. Eftersom inga effekter för sjuk- och aktivitetsersättning kunde konstateras är konsekvensberäkningen endast baserad på förändringar i användningen av sjukpenning.

I tabell 5.1 framgår att en återgång till de gamla reglerna kan förväntas leda till att omkring 12 400 fler avslutar sin sjukskrivning inom ett år. Detta innebär en utgiftsminskning med 0,8 miljarder, exklusive ålderspensionsavgifter. De långsiktiga effekterna är dock större. En återgång till de gamla reglerna förväntas leda till att omkring 6 200 fler avslutar sin sjukskrivning även under det andra året.

Detta förväntas leda till en ytterligare besparing på 1 miljard. Således får vi att den långsiktiga effekten på årsbasis är att drygt 18 000 fler individer är tillgängliga för arbete vilket innebär en beräknad besparing om 1,8 miljarder.

Notera att detta sannolikt är en underskattning av den långsiktiga effekten. Skälet till detta är att vi antar att effekten på sjukfrånvaro längre än två år är noll och att denna effekt aldrig kan vara negativ.

10.2.2 Undantag i bedömningen mot normalt förekommande arbete för äldre försäkrade tas bort

För gruppen äldre innebär vårt förslag att undantaget från bedömning mot normalt förekommande arbete tas bort. I kapitel 6 beräknade vi att sannolikheten att ha avslutat sjukskrivningen inom 18 månader minskade med 5,5 procent och att utgifterna ökade med 6,3 procent som en konsekvens av reformen (se tabell 6.1).

Dessa effekter var beräknade på försäkrade 62–64 år som precis passerat 5 månaders sjukskrivning. Från och med 2023 omfattar äldrereglerna försäkrade i åldern 63–65 år. Bland försäkrade som antingen nådde eller hade nått 5 månaders sjukskrivning år 2022 tillhörde 6 880 denna ålderskategori. I kostnadsberäkningarna antar vi att effekterna som anges i tabell 6.1 är relevanta även för denna population. Därutöver antar vi för enkelhetens skull att effekten håller i sig i upp till två år och därefter försvinner.

Utifrån tabell 6.1 kan utläsas att besparingen i sjukförsäkringen per person är 2 800 ($58\,301 \times 0,048$) efter det första året och 5 300 ($84\,448 \times 0,063$) efter det andra året. Med en effekt i antal personer per år på omkring 400 ($6\,880 \times 0,062$ år 1 och $6\,880 \times 0,055$ år 2), uppgår besparingen till drygt 2 miljoner kronor per år (1,2 miljoner år 1 och ytterligare 800 000 år 2).

10.2.3 Bedömning mot behovsanställning, flexibel deltidssjukskrivning och lagkravet på angiven yrkesgrupp tas bort

Utredningen har inte gjort några uppskattningar av dessa reformers effekter på användningen av sjukförsäkringen. Olika uppföljningar ger en bild av att reformerna, åtminstone på kort sikt, haft en begränsad påverkan på sjukfrånvaron. En anledning kan vara att Försäkringskassan varit osäker på hur olika begrepp ska tolkas och hur de nya bestämmelserna ska tillämpas. Baserat på hur reformerna är utformade kan de emellertid på sikt förväntas ha en tydligt drivande inverkan på sjukfrånvaron. De generösare reglerna för behovsanställda innebär att staten tar ett större ekonomiskt ansvar för den befintliga anställningssituationen, vilket kan förväntas öka antalet försäkrade med denna svaga ställning på arbetsmarknaden. På motsvarande sätt kan ökade möjligheter för deltidssjukskrivning som motiverats med utgångspunkt i arbetsgivarens och arbetstagarens preferenser förväntas ha en drivande inverkan på sjukfrånvaron. Gemensamt för dessa reformer är det informationsövertag som i synnerhet arbetsgivaren har när det gäller att kunna anpassa arbetsförhållandena, vilket riskerar att leda till ett överutnyttjande av sjukförsäkringen.

Kravet i socialförsäkringsbalken att yrkesgrupper ska anges vid negativa beslut om sjukpenning visar indikationer på att ha höjt tröskeln för avslag och därmed minskat kravet på omställning. Reformen har således sannolikt bidragit till att öka utgifterna i sjukförsäkringen.

Sammantaget förväntas borttagandet av dessa regler medföra besparingar i sjukförsäkringen, det gäller i synnerhet på längre sikt.

10.2.4 Sammantagen utgiftspåverkan för sjukförsäkringen

Minskade utgifter:

- Nya regler vid bedömningen av arbetsförmåga efter dag 180 i rehabiliteringskedjan: en besparing på 1,8 miljarder årligen.
- Nya regler för äldre försäkrade, borttagande av undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden: en besparing på drygt 2 miljarder kronor årligen.

Totalt minskar utgifterna i sjukförsäkringen med drygt 1,8 miljarder kronor årligen. Detta är emellertid en försiktig uppskattning av utgiftsminskningen.

10.3 Arbetsmarknaden

Våra förslag kommer att leda till att fler sjukskrivna går tillbaka i arbete tidigare, främst till sina befintliga arbetsgivare. Utifrån tabell 5.2 i avsnitt 5.3.2 ser vi att drygt 11 000 fler sjukskrivna kan förväntas gå ut i arbete igen inom ett år som en konsekvens av borttagandet av de två undantagen. Detta är emellertid en mycket försiktig beräkning. Skälet till detta är att beräkningarna av återgång i arbete baseras på huruvida en person har en anställning månaden efter avslutat sjukfall. Om vi i stället antar att alla som avslutar sjukfallet i någon mån är tillgängliga på arbetsmarknaden under uppföljningsperioden, bör siffrorna i tabell 5.1 användas i stället. De visar att drygt 12 000 fler sjukskrivna upp till 12 månader, och drygt 6 000 fler upp till 24 månader, kommer att kunna vara i arbete i stället för att vara sjukskrivna. Från tabell 5.4 vet vi att vissa av dessa kommer att vara arbetslösa. En beräkning på årsbasis skulle då ge att omkring 18 000 (12 000 + 6 000) fler skulle kunna befinna sig i arbete, eller vara arbetssökande, i stället för att vara sjukskrivna.

Likaså kommer fler äldre sjukskrivna från 63 år och uppåt att återgå i arbete i stället för att fortsätta vara sjukskrivna. Om vi utgår från effektberäkningarna i tabell 6.1 i avsnitt 6.1.4, och antar att den ökade sannolikheten att bli kvar i sjukskrivning (som införandet av äldrereglerna innebar), till fullo kan härledas till försäkrade som annars hade återgått i arbete, kan omkring 800 (omkring 400 per år, se beräkning under 10.2.2 ovan) fler äldre förväntas vara i arbete varje år som en konsekvens av borttagandet av denna regel.

Även borttagandet av lagkravet på att ange yrkesgrupp vid negativa beslut kan förväntas ha en omedelbar effekt på arbetsutbudet bland långtidssjukskrivna, även om effekten kan förväntas vara relativt blygsam.

Avslutningsvis kan slopandet av reglerna för behovsanställda och deltidssjukskrivning ha en positiv effekt för att påskynda återgång i arbetet, åtminstone på sikt då negativa incitamentseffekter kan undvikas.

10.4 Försäkringskassan

En tydlig konsekvens av våra förslag är att förutsägbarheten i sjukförsäkringen ökar och att svåra avvägningar kopplade till bland annat bedömningar om behovsanställning och rätten till ojämn fördelning av arbetstiden vid deltidssjukskrivning, blir färre. Förslagen om återställandet av den tidigare sexmånadersgränsen innebär att avslagen kommer att bli fler, detsamma gäller borttagandet av äldrereglerna och sannolikt också kravet på angiven yrkesgrupp inom sjukpenningen. Ett avslag innebär ett större administrativt arbete än ett beviljande.

Hur mycket avslagen kan förväntas öka som en konsekvens av reformerna är svårt att svara på. År 2020, det vill säga året som föregick reformerna, var antalet avslag rekordhögt och 70 000 försäkrade mottog ett negativt beslut. Av dessa utgjorde omkring 23 200 avslag som gavs från dag 181 och framåt. Det är dock inte sannolikt att en återgång till det gamla regelverket skulle innebära en ökning av avslagen till nivån 2020, dels eftersom Försäkringskassan tagit bort den utökade kvalitetssäkringen i handläggningen som man själva bedömde drev upp andelen avslag,¹ dels eftersom Högsta förvaltningsdomstolen² förtydligat att läkarintyg vid psykiatriska tillstånd inte behöver redovisa undersökningsfynd utöver läkarens iakttagelser och uppgifter från den försäkrade. Domen kan förväntas ha en dämpande inverkan på antalet avslag vid dessa diagnoser. En kraftig ökning av antalet avslag från 2023 års 7 400 (från dag 181 och framåt) är emellertid att förvänta. Detta kommer i sin tur att innebära en ökad administrativ börda för Försäkringskassan under kommande år, framför allt med avseende på kommunikation till de försäkrade, men också i förhållande till hälso- och sjukvården där fler kompletteringar kan förväntas begäras. Den beräknade kostnaden för en ansökan om sjukpenning i ett fortsättningsärende är 329 kronor (beräknat på 57 minuter/ärende). Motsvarande kostnad för ett avslag är 1 200 kronor.

Om avslagen skulle öka från 2023 års nivå på 7 400 till 20 000 skulle det innebära en ökning av de administrativa utgifterna med i storleksordningen 11 miljoner kronor. Med fler avslag följer fler begärda omprövningar av beslutet. Andelen begärda omprövningar

¹ Försäkringskassan (2022), *Kvalitetssäkring av och bedömning mot normalt förekommande arbete – Uppföljning av kvalitetssäkringen och bedömningarna mot normalt förekommande arbete vid dag 181 i rehabiliteringskedjan.*

² HFD 2022 ref. 47.

har som konstaterades i avsnitt 7.2.1, till skillnad från antalet och andelen avslag, legat stabilt över tid. Om vi antar att 18 procent av alla avslag leder till en begäran om omprövning (ett genomsnitt av de senaste årens relation mellan avslag och begäran om omprövning), kan antalet begärda omprövningar således förväntas öka med cirka 2 300. Den ungefärliga kostnaden för att ompröva ett ärende är 1 150 kronor, vilket alltså skulle summera till cirka 2,65 miljoner kronor på ett år. Samtidigt kan man förvänta sig att en viss andel av dem som med de nya reglerna kommer att få avslag på sin ansökan om sjukpenning, hade ansökt om ytterligare perioder med sjukpenning om de i stället hade beviljats sjukpenning. Detta innebär således en besparing i form av färre ärenden att handlägga. Om vi antar att 20 procent av de drygt 12 000 (20 000–7 400) fler som kommer att få avslag också hade ansökt om minst ytterligare en period med sjukpenning, så skulle denna besparing uppgå till cirka 800 000 kronor ($2\,400 \times 329$) årligen.

Med striktare regler och färre undantag vid bedömningarna vid 180 dagars sjukskrivning kommer fler att återvända till den befintliga arbetsgivaren. Vissa kommer emellertid behöva stöd från Arbetsförmedlingen i sin omställning, vilket ställer krav på att Försäkringskassan deltar i fler omställningsmöten. Beräkningarna i kapitel 5 (tabell 5.4) ger att 1 700 fler kommer att övergå från sjukpenning till arbetslöshetsersättning inom 12 månader. Uppgifter från Försäkringskassan visar att myndigheten genomförde omkring 1 500 omställningsmöten under 2023, till en kostnad av 581 000 kronor. Med en ungefärlig fyrdubbling av antalet avslag kan man som en schablon räkna upp antalet omställningsmöten fyra gånger, vilket skulle innebära omkring 6 000 möten till en total kostnad av omkring 2,3 miljoner kronor per år, med andra ord en ökning med drygt 1,7 miljoner kronor per år. Även antalet kontaktmöten kan förväntas bli fler. Ett kontaktmöte ska erbjudas vid dag 91 i rehabiliteringskedjan om försäkringsutredaren bedömer att det finns en risk för att den försäkrade inte kommer att kunna återgå i arbete hos sin arbetsgivare före dag 181, samt att den försäkrade troligen inte kommer att ha rätt till sjukpenning därefter. Försäkringskassan genomförde under 2023 361 kontaktmöten till en kostnad av 137 000 kronor (381 kronor/möte). Om man räknar med en fördubbling av antalet kontaktmöten som en konsekvens av nya regler skulle kostnaden således öka med cirka 140 000 kronor per år.

En konsekvens av vårt förslag om borttagandet av möjligheten att förlägga arbetstiden ojämnt vid deltidssjukskrivning är att läkarintyget (FK 7804) behöver förändras under punkt 9. Försäkringskassan bör därför i samråd med Socialstyrelsen förändra formuleringen i läkarintyget så att intygsskrivande läkare kan ange om en sådan förläggning av arbetstiden är medicinsk motiverad med syfte att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har. Ytterligare en konsekvens av våra förslag är att Försäkringskassan ska ansvara för att i samråd med Af ta fram ett uppdaterat kunskapsmaterial.

10.4.1 Sammantagen utgiftspåverkan för Försäkringskassan

Ökade utgifter:

- Fler avslag till följd av de nya reglerna efter dag 180 i rehabiliteringskedjan: utgifterna förväntas öka med omkring 11 miljoner kronor årligen.
- Fler begärda omprövningar till följd av ökningen av antalet avslag: utgifterna förväntas öka med omkring 2,65 miljoner kronor årligen.
- Fler omställningsmöten och kontaktmöten: utgifterna förväntas öka med omkring 1,84 miljoner kronor årligen.

Minskade utgifter:

Färre ansökningar om rätten till ersättning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan: en besparing på omkring 800 000 miljoner kronor årligen.

Totalt förväntas utgifterna för Försäkringskassans handläggning öka med 14 690 000 kronor årligen.

10.5 Individen

En förväntad konsekvens av flera av utredningens förslag – borttagandet av undantaget övervägande skäl och återinförandet av det tidigare undantaget särskilda skäl, slopandet av lagkravet på angiven yrkesgrupp samt äldrereglerna inom sjukpenningen – är att sanno-

likheten för att individen blir föremål för en samordningsinsats kan komma att minska något. Detsamma gäller sannolikheten att bli deltidssjukskriven. Vidare kommer risken för ett avslag på ansökan om sjukpenning att öka, liksom kraven på omställning till ett annat arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Sammantaget innebär förändringarna att individernas arbetsförmåga bättre kommer att tillvaratas: risken för att bli långtidssjukskriven minskar och arbetsåtergången kan ske snabbare. Individens efterföljande varaktighet i arbete, och sannolikhet att påbörja en ny episod som sjukskriven, förväntas inte att påverkas.

Utredningens förslag om borttagande av prövning mot behovsanställning kan på sikt förväntas ha en gynnsam inverkan på individens anknytning till arbetsmarknaden. Detta gäller i synnerhet individer med en svag ställning i förhållande till arbetsgivaren som fastnat i en anställningsform som vare sig innebär arbete på heltid eller stöd för rehabilitering. Borttagandet av prövningen mot behovsanställning skapar drivkrafter för individen att söka sig bort från denna anställningsform. På motsvarande sätt innebär förslaget om en återgång till de gamla reglerna om jämn reducering av arbetstiden vid deltidssjukskrivning, att drivkrafterna för full återgång i arbete skärps och att risken för inlåsning i deltidssjukskrivning minskar.

Med slopandet av reglerna kring behovsanställning och deltidssjukskrivning minskar förekomsten av svårbedömda ärenden och godtyckliga beslut. Detta torde i ett större perspektiv öka individens tilltro till sjukförsäkringen. Detsamma gäller de tydligare kraven på omställning efter 180 dagars sjukskrivning.

10.6 Arbetsförmedlingen

En konsekvens av våra förslag till en återgång till det gamla regelverket vid 180 dagars sjukskrivning är att fler kan förväntas söka sig till Arbetsförmedlingen för stöd i omställningen till ett nytt arbete. Som angavs i avsnitt 10.4 visar beräkningarna från kapitel 5 att i genomsnitt 3 200 fler på årsbasis kan förväntas motta arbetslöshetsersättning och därmed ta del av Arbetsförmedlingens tjänster. Kostnaden för dessa tjänster har vi dessvärre inga uppgifter om.

Slopandet av äldrereglerna och reglerna kring behovsanställda och deltidssjukskrivna kan endast förväntas få marginella konsekvenser för Arbetsförmedlingen.

10.7 Arbetsgivaren

Förslagen som syftar till att öka kraven på omställning i sjukskrivningsprocessen, samt slopandet av lagkravet på angiven yrkesgrupp, kommer innebära att arbetsgivaren får tillbaka den anställda tidigare i arbete. Beräkningar av förändringarna vid dag 181 i sjukskrivningen ger att omkring 8 600 fler kan förväntas återgå till sin befintliga arbetsgivare per år (kapitel 5, tabell 5.2).

Kraven på att tillhandahålla rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen från och med dag 181 kan således förväntas minska. Arbetsgivarens skyldigheter för anpassning av arbetsuppgifter och omplacering upp till 180 dagar är emellertid oförändrade. Reformen förväntas inte heller ha någon större inverkan på utbetalningar av sjuklön.

Återställandet av reglerna kring behovsanställda och deltidssjukskrivning kan förväntas ha en begränsad inverkan på arbetsgivarna. Ingenting tyder på att dessa regler fått något större genomslag i sjukfrånvaron, vilket delvis hänger samman med oklarheter i hur dessa regler i praktiken ska tillämpas. Förslagen har inga andra konsekvenser för företag än i deras egenskap av arbetsgivare.

10.8 Hälso- och sjukvården

Med fler avslag och striktare regler för rätt till ersättning efter dag 180 i sjukfallet kan hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivningsprocessen förväntas öka. Ett negativt beslut ställer högre krav på motivering av beslutet och på tydlighet i kommunikationen. Detta kan förväntas påverka hälso- och sjukvården via högre krav på läkarintygens kvalitet och sannolikt också på antalet efterfrågade kompletteringar från försäkringsutredarna. Även antalet läkarbesök av försäkrade som vill ha kompletteringar eller nya läkarintyg kan förväntas öka. Dessvärre har vi ingen uppgift om vad en begäran om komplettering kostar hälso- och sjukvården.

10.9 Kommunerna

Vår bedömning är att förslagen inte kommer att påverka kommunerna. Beräkningarna i kapitel 5 och 6 visar att vare sig reformerna vid 180 dagar (övervägande respektive särskilda skäl) eller äldre-reglerna haft någon inverkan på mottagande av ekonomiskt stöd. Ingenting talar heller för att övriga reformer skulle få effekter som påverkar kommunerna.

10.10 Konsekvenser för män respektive kvinnor

Majoriteten av de sjukskrivna är kvinnor. Bland dem som är sjukskrivna längre än 180 dagar är 2 av 3 kvarstående kvinnor. Detta hänger bland annat samman med att kvinnor oftare än män har en psykiatrisk diagnos. Dessa är förknippade med längre sjukskrivningar. Förändringarna vid tidsgränsen vid 180 dagar påverkar alltså fler kvinnor än män. Beräkningarna i kapitel 5 och tabell 5.5 visar därutöver att de negativa effekterna på återgången i arbete hos arbetsgivaren är större för kvinnor än för män, skillnaden är statistiskt säkerställd. Återställandet av regelverket vid 180 dagar förväntas således i första hand gynna kvinnor genom kortare sjukskrivningar och en större återgång i arbete.

När det gäller införandet av äldrereglerna inom sjukpenningen konstaterades en negativ effekt på sannolikheten att avsluta sjukfallet för män, men inte för kvinnor. Vidare återfanns negativa effekter på arbetsinkomster för både män och kvinnor. Ett borttagande av dessa regler förväntas således innebära ökade arbetsinkomster för både män och kvinnor. En liten reservation är emellertid Högsta förvaltningsdomstolens³ uttalande från 2022 om kraven på det medicinska underlaget vid psykiatriskt tillstånd, som kan förväntas leda till en något mer generös tillämpning av sjukförsäkringen vid psykiatriska diagnoser, inom vilka kvinnor dominerar. Ett borttagande av äldrereglerna behöver således inte nödvändigtvis innebära en fullt lika strikt tillämpning som tidigare, varför effekterna för kvinnor är något mer osäkra.

Avslutningsvis kan de föreslagna förändringarna vad gäller reglerna kring behovsanställningar och deltidssjukskrivningar förväntas ha en

³ HFD 2022 ref. 47.

marginell inverkan, eftersom ingenting tyder på att dessa regler tillämpats i någon högre utsträckning.

10.11 Konsekvenser för domstolar

Återställandet av reglerna efter dag 180 i rehabiliteringskedjan kommer innebära att fler försäkrade får avslag på sin ansökan om ersättning, vilket i förlängningen kommer att innebära såväl fler omprövningar som överklaganden av beslut till förvaltningsrätt. Ovan beräknades att antalet omprövningar skulle öka med i storleksordningen 2 300 årligen. Beräknat på siffror för 2022 kommer, i) det ursprungliga beslutet, det vill säga avslaget, att kvarstå 9 fall av 10 även efter omprövningen, och ii) det negativa beslutet efter omprövningen att överklagas i 23,5 procent av fallen. Det skulle innebära att antalet överklaganden till förvaltningsrätt ökar med cirka 500 ärenden per år. Enligt uppgifter från domstolsverket kostar ett socialförsäkringsmål i genomsnitt 12 000 kronor, bland dessa ingår således mål rörandes samtliga förmåner inom socialförsäkringen. Är denna summa relevant även för mål rörandes sjukpenningen skulle utgifterna för denna typ mål, som en konsekvens av utredningens förslag, att öka med 6 miljoner kronor.

10.12 Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden

Förslagen bedöms inte påverka Sveriges internationella åtaganden.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

27 kap.

1 §

Paragrafen upplyser om innehållet i 27 kap. I *tredje strecksatsen* tas hänvisningen till 16 a § bort med anledning av att bestämmelsen upphävs.

46 §

I paragrafen regleras hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas i ärenden om sjukpenning. Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt vid prövning av rätten till partiell sjukpenning gäller som huvudregel att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad.

Ändringen i *tredje stycket* innebär att arbetstiden, vid bedömningen av nedsättning av arbetsförmågan i fråga om rätten till partiell sjukpenning, får förläggas på ett annat sätt än en jämn reducering varje dag. Detta under förutsättning att det är medicinskt motiverat och det syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har. Med medicinskt motiverad avses att läkaren har gjort en bedömning att deltidssjukskrivning har en gynnsam inverkan på den försäkrades hälsotillstånd. Begreppet att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga innebär att den försäkrade, trots sjukdom, ges möjlighet att arbeta deltid i ordinarie arbete.

Som krav för att en sådan förläggning av arbetstiden ska godtas krävs att den arbetade tiden under en begränsad period inte översti-

ger vad som är förenligt med deltidssjukskrivningen och att arbetstidsförläggningen ska vara medicinskt motiverad och syfta till att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga.

Möjlighet till undantag för deltidarbete med anpassad förläggning av arbetstiden kan således finnas i vissa fall. Ändringen i bestämmelsen innebär kodifiering av den praxis som fanns före den 1 februari 2022 i fråga om ojämn förläggning av arbetstid vid partiell sjukpenning.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.4.

48 §

I paragrafen regleras hur bedömningen av arbetsförmågan ska göras i ärenden om sjukpenning när den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar.

Ändringar görs som innebär ett återinförande av paragrafens lydelse före den 15 mars 2021.

Ändringen i *första stycket* innebär att arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (se prop. 2011/12:113). När den tidigare ordalydelsen (*förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden*) infördes angavs att den inte ändrar vad som avses med normalt förekommande arbete (se prop. 2020/2:171, s. 13 f). En återgång till den tidigare lydelsen innebär således ingen ändring i sak. Försäkringskassan ska fortsatt motivera sina beslut på så sätt att det är begripligt för den försäkrade, jämför 32 § förvaltningslagen (2017:900). Motiveringen av ett avslagsbeslut kan referera till ett yrke men behöver inte göra det om det är möjligt att göra beslutet begripligt på annat sätt.

Återinförandet av bedömningsgrunden särskilda skäl innebär att tidigare förarbeten och praxis är vägledande för tolkningen av särskilda skäl. Det innebär att det som gällde före den 15 mars 2021 fortsatt gäller. Det vill säga att det krävs stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren för att prövningen mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden ska skjutas upp och bedömningen måste vara välgrundad. Det bör framgå av det medicinska underlaget att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare och även en tidplan när åter-

gång kan ske. Se prop. 2007/08:136 och bet. 2007/08:SfU12 och bet. 2009/10:SfU13.

Ändringen innebär att särskilda skäl inte kan beaktas efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar. Av detta följer att särskilda skäl inte tillämpas före denna tidpunkt om det inte finns välgrundad anledning att tro att den försäkrade kommer att kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren inom denna tidsram.

Förslagen behandlas i avsnitten 9.2 respektive 9.3.

49 §

I paragrafen regleras hur bedömningen av arbetsförmågan ska göras i ärenden om sjukpenning när den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar.

Ändringar görs som innebär ett återinförande av paragrafens lydelse före den 15 mars 2021. Det innebär att Försäkringskassan inte längre ska pröva om det efter dag 365 i rehabiliteringskedjan föreligger särskilda skäl att bedöma nedsättningen av arbetsförmågan enligt 46 och 47 §§. Det innebär alltjämt att arbetsförmågebedömningen ska göras enligt 48 § om detta inte kan anses oskäligt. Se prop. 2007/08:136 och bet. 2009/10:SfU13.

28 kap

11 §

Paragrafen reglerar med vilket belopp sjukpenning lämnas till arbetslösa. I paragrafen tas hänvisningen till 27 kap. 16 a § bort eftersom bestämmelsen upphävs.

28 a kap.

8 §

I paragrafen regleras hur bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga ska göras i ärenden om sjukpenning i särskilda fall.

Ändringen i *första stycket första punkten* innebär en återgång till den lydelse som gällde före den 1 september 2022. Ändringen inne-

bär att bedömningen ska göras mot ett sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Se författningskommentaren till 27 kap. 48 § samt tidigare förarbeten (prop. 2011/12:113).

Förslaget behandlas i avsnitt 9.3.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2025.

I *andra punkten* anges att lagen tillämpas första gången på anspråk på förmån som avser en period som inleds efter den 31 december 2024.

Med anspråk avses antingen en första ansökan om sjukpenning i en sjukperiod eller en ansökan om sjukpenning tidsmässigt i direkt anslutning till en tidigare inlämnad ansökan.

Övergångsbestämmelsen betyder till exempel att en försäkrad som tidigare har beviljats sjukpenning till och med den 31 december 2024 och därefter lämnar in ett nytt anspråk om förmån för en period från och med den 1 januari 2025, prövas enligt de nya bestämmelserna. Detta eftersom lagändringen tillämpas första gången på anspråk på förmån som avser en period som inleds efter den 31 december 2024.

En försäkrad som lämnar in sitt anspråk om förmån för en period som inleds före ikraftträdandet men Försäkringskassan fattar beslut efter, gäller de äldre bestämmelserna. Det vill säga oavsett när Försäkringskassan fattar sitt beslut är den äldre lydelsen tillämplig i samtliga fall där anspråket avser period med förmån före den 31 december 2024. Om en försäkrad lämnar in sitt anspråk för perioden den 15 december 2024–15 januari 2025 så tillämpas den äldre lydelsen oavsett om den försäkrade lämnar in anspråket före eller efter den 31 december 2024.

En försäkrad som däremot lämnar in sitt anspråk om förmån för perioden 15 januari 2025 till 15 mars 2025 och detta sker efter den 31 december 2024, då tillämpas den nya lydelsen.

Förslaget behandlas i avsnitt 12.

12 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Bestämmelserna ska träda i kraft den 1 januari 2025.

Lagändringen ska tillämpas första gången på anspråk på förmån som avser en period som inleds efter den 31 december 2024.

Skälen för utredningens förslag: För att minska kostnaderna för sjukförsäkringen och för att undvika negativa konsekvenser för försäkrade i form av lägre arbetsåtergång och ökad risk för långtidssjukskrivning bör bestämmelserna träda i kraft snarast. De av utredningen föreslagna bestämmelserna ska ses som gynnande för den försäkrade när denne medicinskt sett har förmåga att återgå i arbete. Enligt vår bedömning är det till fördel för den försäkrade att återgå i arbete, även i de fall det inte innebär till den tidigare arbetsgivaren. Försäkringskassan, men även andra aktörer såsom Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården påverkas av ändringarna. Eftersom det till stor del är en återgång till tidigare bestämmelser är vår bedömning att tiden kan vara kort för den omställning som krävs hos myndigheter men även andra berörda såsom försäkrade och arbetsgivare. Lagändringarna bör därför träda i kraft den 1 januari 2025.

Det är viktigt att bestämmelser som skulle kunna uppfattas som missgynnande eller till nackdel för den försäkrade inte får retroaktiv verkan vad avser en pågående sjukperiod. En försäkrad kan göra ett anspråk om förmån hos Försäkringskassan avseende en viss period (anspråksperiod), till exempel en försäkrad ansöker om sjukpenning för en viss period. I de fall anspråksperioden inleds *efter* den 31 december 2024 bör anspråket prövas enligt bestämmelserna i den nya lydelsen. Det vill säga den första dagen för anspråket om förmån får tidigast vara den 1 januari 2025 för att de nya bestämmelserna ska

vara tillämpliga. Detta bör gälla oavsett om anspråket avser en ny ansökan eller en fortsättningsansökan, det vill säga ett anspråk som är i direkt anslutning till en tidigare förmånsperiod.

Referenslista

Vetenskapliga artiklar och myndighetsrapporter

- Andrén, D. (2014). "Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity?" *Journal of Occupational Rehabilitation*. Jun;24(2):344-60 2014.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2022). Uppdrag om stöd för bedömning av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp. Åtterrapportering enligt regeringsuppdrag. Kunskapsmaterialet – Arbetsförmedlingen (arbetsformedlingen.se). Datum: 2022-05-31.
- Böheim, R. och T. Leoni (2011). "Firm's Moral Hazard in Sickness Absences", IZA Discussion paper No. 6005, IZA.
- Carlsen, B. och K. Nyborg (2017). "Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict When Symptoms Are Non-Verifiable", IZA DP No. 10735.
- Edebalk, P. G. (2014). Socialminister Gunnar Sträng och arvet efter Gustav Möller. *Research Reports in Social Work*. Vol. 2014, No. 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Eliason, M. och M. Nilsson (2015). "Inläsningseffekter och differentierade ersättningsnivåer i sjukförsäkringen." IFAU rapport 2015:14.
- Englund (2008). Har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007. Arbetsrapport Centrum för Klinisk Forskning Dalarna.
- Engström, P. och P. Johansson (2012). "The medical doctors as gatekeepers in the sickness insurance?" *Applied Economics*. Vol. 44(28) s. 3615–3625.

- Engström, P., P. Hägglund och P. Johansson (2017). "Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment". *The Economic Journal*, 127, s. 363–392.
- ESO (2016:2). Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet. Författare: Pathric Hägglund och Per Johansson. Rapport, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Fevang, E., S. Markussen och K. Roed (2014). "The sick pay trap," *Journal of Health Economics*. Vol. 11(3), s. 221–231.
- Försäkringskassan (2007). Att säga nej på ett bra sätt. Försäkringskassan analyserar 2007:2.
- Försäkringskassan (2017). Utgiftsprognos för budgetåren 2017–2022. Rapport 2017-10-25.
- Försäkringskassan (2020). Uppdrag om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning. Svar på regeringsuppdrag. Rapport, dnr. 2020/001876.
- Försäkringskassan (2021). Informationsmeddelande 15 januari 2021 IM 2021:008.
- Försäkringskassan (2021). Uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg. Svar på regeringsuppdrag. Rapport, FK 2021/006212. Datum: 2021-06-21.
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2022). Fortsatt uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2022/012294, dnr SoS 5.7-5030/2022. Datum: 2022-10-03.
- Försäkringskassan (2022). Kvalitetssäkring av och bedömning mot normalt förekommande arbete – Uppföljning av kvalitets-säkringen och bedömningarna mot normalt förekommande arbete vid dag 181 i rehabiliteringskedjan. PM 2022:1.
- Försäkringskassan (2022). Mer aktivitet i utredningar av ärenden om sjukpenning – En analys av skillnader i handläggningen mellan åren 2019 och 2021. PM 2022:3.
- Försäkringskassan (2022). Slutrapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess. Svar på regeringsuppdrag. S2015/07316/SF, FK 2021/019759, datum: 2022-02-15.

- Försäkringskassan (2023). Insatser för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning – Återrapportering enligt regleringsbrevet 2022.
- Försäkringskassan (2023). Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i Sjukpenningen. Svar på regeringsuppdrag. Rapport, dnr FK 2023/003089, datum: 2023-05-22.
- Försäkringskassan (2023). Analys av särskilda bestämmelser för äldre i förvärsarbetande ålder för sjukpenning och sjukersättning. Svar på regeringsuppdrag, dnr. FK 2023/004609.
- Försäkringskassan (2023). Uppföljning av tillämpningen av de nya reglerna rörande behovsanställda. Internt PM.
- Goine, H., E. Söderberg, P. Engström och E. Palmer (2009). Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag. IFAU-rapport 2009:14, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk forskning.
- Granqvist, N., P. Hägglund och S. Simonsson (2017). "Caseworkers' Attitudes – Do they Matter?". *Empirical Economics* 52(4), June 2017.
- Hesselius, P., P. Johansson och P. Nilsson (2009). "Sick of your colleagues's absence?," *Journal of European Economic Association*. Vol. 7(2–3), s. 1–12.
- Hägglund, P., P. Johansson och L. Laun (2020). "The Impact of CBT on Sick Leave and Health". *Evaluation Review*, Apr. 44(2-3): 185-217, 2020.
- Hägglund, P. (2013). "Effects of Introducing Time-limits in the Sickness Insurance System on Return to Work – Evidence from the Swedish Rehabilitation Chain," *Empirical Economics*. Vol. 45(1), s. 567–582.
- ISF (2010:4). Rättssäker förvaltning. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:7). Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:17). Vårdvalets effekter på sjukskrivningar. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:21). Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.

- ISF (2014:22). Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2015:4). Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen – Hur påverkade varaktigheten i sjukskrivningen? Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2018:12). Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning – En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (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. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2021-06-18). ”Behovsanställd utan sjuklön – Redovisning av uppdrag att analysera hur Försäkringskassan tillämpar skälighetsbedömningen i 27 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2021/03529 (delvis))”. Skrivelse, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2022:5). Avskaffandet av den bortre tidsgränsen – En analys av effekterna på långtidssjukskrivnas ekonomiska situation och användning av sjukförsäkringen. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2023:8). De nya äldrereglerna i sjukersättningen – En granskning av Försäkringskassans utmaningar under det första året. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- Johansson, P. och M. Nilsson (2008). ”Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?” IFAU-rapport 2008:27, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Johansson, P. och E. Lindahl (2012). “Locking-in effects due to early interventions? – an evaluation of a multidisciplinary screening programs for avoiding long-term sickness”. *Evaluation Review*. 36, s. 323–345.
- Johansson, P. och E. Lindahl (2013). “Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment”. *Empirical Economics*. Vol. 44, 3, s. 1673–1695.

- Khaledi, B. (2005). Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassan analyserar, 2005:17.
- LoMartire, R., P. Johansson and Paolo Frumento (2023) "Sickness Absence and Disability Pension Among Patients With Chronic Pain in Interdisciplinary Treatment or Unspecified Interventions". *Journal of Pain*. 24, DOI: 10.1016/j.jpain.2023.06.009.
- Palmer, E., Ingemar Svensson, Patric Tirmén och Niklas Österlund (2008). "Sjukförmåner på deltid". Skrift utgiven av SNS, "Välfärd på deltid", 2008.
- Pettersson-Lidbom, P. och P. Skogman Thoursie (2013). "Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment". *Scandinavian Journal of Economics*, 115(2), s. 485–507.
- RiR (2019:19). Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen? Rapport, Riksrevisionen.
- RiR (2022:6). Digitala läkarbesök och hyrläkare i sjukskrivningsprocessen. Rapport, Riksrevisionen.
- Socialstyrelsen (2011:02). Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Nationella medicinska Indikationer. Rapport, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023a). Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd.
- Socialstyrelsen (2023b). Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022.
- Statskontoret (2023:6). Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen – Slutrapport.
- Viikari-Juntura E, Leinonen T, Virta LJ, Hiljanen I, Husgafvel-Pursiainen K, Autti-Rämö I, Rissanen P, Burdorf A, Solovieva S (2019). Early part-time sick leave results in considerable savings in social security costs at national level: An analysis based on a quasi-experiment in Finland. *Scand J Work Environ Health*. 45(2).

Propositioner, kommittédirektiv och Statens offentliga utredningar

- Betänkande 2007/08: SfU12. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Betänkande 2009/10: SfU13. *Ändringar i sjukförsäkringen.*
- Kommittédirektiv (2022). *Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk.* Dir. 2022:64.
- Kommittédirektiv (2018). *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.* Dir. 2018:26.
- Kommittédirektiv (2023). *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården.* Dir. 2023:48.
- Lagrådsremiss (2016). *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna.*
- Proposition 2020/21:171. *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring.*
- Proposition 2020/21:78. *Extra ändringsbudget för 2021 – Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen.*
- Proposition 2021/22:1. *Budgetpropositionen för 2022.*
- Proposition 1996/97:28. *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.*
- Proposition 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Proposition 2021/22:220. *Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder.*
- SOU (1952). *Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring.* Statens offentliga utredningar, SOU 1952:39.
- SOU (2020). *En begriplig och trygg sjukförsäkring.* Statens offentliga utredningar, SOU 2020:6.
- SOU (2020). *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.* Statens offentliga utredningar, SOU 2020:24.
- SOU (2020). *En sjukförsäkring anpassad efter individen.* Statens offentliga utredningar, SOU 2020:26.

- SOU (2021). *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*. Statens offentliga utredningar, SOU 2021:69.
- Tilläggsdirektiv (2022). *Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering* (S 2022:07). Tilläggsdirektiv (S2023/00594).

Kommittédirektiv 2022:64

Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk

Beslut vid regeringssammanträde den 9 juni 2022

Sammanfattning

En särskild utredare ska utvärdera de förändringar i sjukförsäkringens regelverk som har genomförts under 2020, 2021 och 2022. Avsikten med regelförändringarna har varit att öka den ekonomiska tryggheten och flexibiliteten i sjukförsäkringen samt förståelsen för regelverket och därigenom stärka sjukförsäkringens legitimitet. Fler ska kunna avsluta sin rehabilitering i trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Syftet med utvärderingen är att säkerställa att de beslutade lagändringarna har gett avsett resultat.

Utredaren ska bl.a.

- analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat till följd av beslutade lagändringar,
- analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivs-inriktad rehabilitering,
- analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat dels sjukskrivna personers återgång i arbete, dels arbetsmarknadsutbudet genom inflödet och varaktigheten i sjukpenningen och sjuk- och aktivitetsersättningen,

- analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat, och
- beräkna försäkringskostnaderna av de genomförda lagändringarna.

Utifrån gjorda analyser ska utredaren bedöma om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts samt bedöma effektiviteten och ändamålsenligheten i de genomförda lagändringarna.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2024.

Uppdraget att utvärdera regeringens sjukförsäkringsreformer

Ändrade regler för bedömningen av arbetsförmågan dag 180 och 365

Sjukpenningens regelverk bygger på fasta tidsgränser som reglerar mot vad den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas, den s.k. rehabiliteringskedjan. De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Från och med dag 91 ska det vid bedömningen även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 bedöms arbetsförmågan mot förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Fram till våren 2021 gällde att prövningen mot ett normalt förekommande arbete kunde skjutas upp, om det fanns särskilda skäl mot att göra en sådan prövning. Särskilda skäl innebar att stor sannolikhet skulle tala för att den försäkrade senast dag 365 skulle återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare. Särskilda skäl kunde tillämpas i relativt få situationer och endast i undantagsfall om den försäkrade hade en symptom-baserad diagnos eller en annan diagnos för vilken det är svårt att ha en välgrundad uppfattning om att en viss behandling har önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kan förväntas.

Den 15 mars 2021 trädde nya bestämmelser i kraft som innebär att uttrycket ”särskilda skäl” ersattes med det lägre beviskravet ”övervägande skäl” (prop. 2020/21:78, bet. 2020/21:FiU41, rskr. 2020/21:214). Syftet med åtgärden är att åstadkomma en mer flexibel rehabiliteringskedja där mer tid kan ges för sjukskrivna att fullfölja sin rehabili-

tering och därigenom ha större möjligheter att i första hand återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.

Den 1 februari 2022 trädde nya bestämmelser i kraft som innebär att bedömningen av arbetsförmågan i ett normalt förekommande arbete även kan skjutas upp om det finns särskilda skäl att anta att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar (prop. 2021/22:1 utg.omr. 10 s. 45–50, bet. 2021/22:SfU1, rskr. 2021/ 22:116). I propositionen framförde regeringen att långvarigt sjukskrivna med goda möjligheter att återgå i arbete hos sin ordinarie arbetsgivare ofta inte, med det då gällande regelverket, kunde fortsätta att rehabiliteras tillbaka till sitt ordinarie arbete efter dag 365 i rehabiliteringskedjan. I stället förväntades de ställa om till ett annat arbete trots pågående medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering, t.ex. en upp-trappning i arbetstid.

I de nämnda propositionerna poängteras att det för sjukförsäkringens legitimitet är viktigt att kravet på omställning inte kommer för tidigt i sjukfallet. 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.

Från och med den 1 februari 2022 gäller också att äldre personer med en anställning helt undantas från kraven på omställning till ett annat arbete på arbetsmarknaden. Detta gäller personer som har uppnått den ålder då inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas (i dag 62 år). Arbetsförmågan för dessa personer bedöms mot arbete hos den egna arbetsgivaren. Undantaget motiveras bl.a. av att berörda individer annars riskerar att i förtid lämna arbetslivet med livslångt lägre pension som följd. Det ansågs inte heller rimligt att människor hänvisas till lång omställning i slutet av arbetslivet. (prop. 2021/22:1 utg. omr. 10 s. 50–55).

Åtgärder för att öka tryggheten för behovsanställda

I syfte att öka tryggheten för behovsanställda har det även gjorts vissa lättnader i reglerna för den som vid behov kallas in för att arbeta i en tidsbegränsad anställning eller som är anställd för att arbeta vid behov (prop. 2021/22:1 utg. omr. 10 s. 57–65). Den försäkrades arbets-

förmåga bedöms från och med den 1 februari 2022 mot den s.k. behovsanställningen i stället för mot ett normalt förekommande arbete, och den som får arbetsförmågan bedömd mot sin behovsanställning får inte längre sjukpenningen begränsad till det högsta belopp som kan betalas ut till den som är arbetslös. De nya bestämmelserna gäller om det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat i den s.k. behovsanställningen om han eller hon inte hade blivit sjuk under de 90 första dagarna i sjukperioden. Före regeländringen bedömdes behovsanställda i många fall som arbetslösa, vilket innebar att arbetsförmågan prövades mot normalt förekommande arbete från dag ett i sjukfallet. I propositionen angavs bl.a. att det behövs ett mer rättvist regelverk som ger fler möjlighet till ekonomisk trygghet vid inkomstbortfall på grund av sjukdom.

Vilket skydd den enskilde har för inkomstbortfall vid sjukdom ska inte vara beroende av anställningsformen.

Åtgärder för att öka flexibiliteten för deltidssjukskrivna

Den 1 februari 2022 ändrades även reglerna för partiell sjukskrivning i syfte att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen (prop. 2021/22:1 utg.omr. 10 s. 65–69). Förändringen innebär att det inte längre ställs krav på en jämn reducering av arbetstiden varje dag motsvarande deltidssjukskrivningen. Tidigare kunde undantag från en jämn reducering av arbetstiden endast göras om det var medicinskt motiverat. I propositionen framförde regeringen bl.a. att behovet av att kunna förlägga arbetstiden ojämnt vid partiell sjukskrivning i många fall inte behöver vara medicinskt betingat. Det kan exempelvis handla om att arbetsuppgifterna är sådana att en jämn reducering av arbetstiden varje dag inte är praktiskt möjlig. Kravet på att arbetstiden ska reduceras lika mycket varje dag vid deltidssjukskrivning kan i det enskilda ärendet innebära att individen behöver helt avstå från att arbeta i stället för att arbeta till viss del. Detta kan i sin tur leda till att rehabiliteringen försenas och att också återgången i arbete försenas. I propositionen framhölls också att det finns ett visst forskningsstöd för att partiell sjukskrivning ger bättre förutsättningar att få tillbaka den försäkrade i arbete jämfört med om han eller hon hade varit heltidssjukskriven. Vidare angavs att gradvis återgång till arbetet

genom partiell sjukskrivning ofta är en viktig del av rehabiliteringen och arbetsåtergången vid flera psykiatriska tillstånd.

Åtgärder för att öka förståelsen för sjukförsäkringens regelverk

I propositionen Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring (prop. 2020/21:171, bet. 2021/22:SfU5, rskr. 2021/22:21) föreslog regeringen att bedömningen av arbetsförmågan efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska göras mot förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vidare lämnades förslag om att begreppet normalt förekommande arbete ska förtydligas på motsvarande sätt även i bestämmelsen som reglerar hur arbetsförmågan ska bedömas i sjukpenningärenden för behovsanställda. Syftet är att öka förståelsen för besluten om sjukpenning. Ändringarna träder i kraft den 1 september 2022.

Regeringen gav den 22 april 2021 Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag att utveckla ett kunskapsmaterial som kan användas av Försäkringskassan vid bedömning av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp (S2021/03698). Uppdraget slutredovisades den 31 maj 2022.

Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder

Den 1 juli 2008 avskaffades den tidigare möjligheten att i vissa fall ta hänsyn till den försäkrades ålder vid bedömningen av rätten till sjukersättning. Därefter gäller att Försäkringskassan endast ska beakta den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden när myndigheten bedömer den försäkrades rätt till sjukersättning.

I propositionen Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder (prop. 2021/22:220) föreslår regeringen en s.k. trygghetspension inom ramen för sjukersättningen. Arbetsförmågan hos försäkrade som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning och som har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska enligt förslaget bedömas i förhållande till dessa arbeten. Är annat lämpligt arbete tillgängligt för den försäkrade ska arbetsförmågan bedömas mot det. Syftet med

förslaget är att möjliggöra en ökad ekonomisk trygghet för personer som av hälsoskäl inte kan arbeta längre och som i dag tar ut inkomstgrundad ålderspension i förtid med livsvarigt lägre pension som resultat. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 september 2022.

Försäkringskassans arbete för att höja kvaliteten i sjukpenningärenden

Försäkringskassans tillämpning av regelverket i sjukförsäkringen har kritiserats i flera externa utredningar och granskningar, se t.ex. betänkandet En begriplig och trygg sjukförsäkring (SOU 2020:6) och rapporten Försäkringskassans utredningsskyldighet (ISF 2021:3) från Inspektionen för socialförsäkring. Även Försäkringskassans interna analyser har visat förbättringsbehov. Mot bakgrund av detta inledde Försäkringskassan under 2021 ett arbete med att genomlysna myndighetens hela förvaltning av sjukförsäkringen och ta fram förslag på åtgärder och insatser inom områden där det finns behov av förändringar. Syftet med Försäkringskassans genomlysning är en utvecklad och förbättrad förvaltning av sjukförsäkringen. Försäkringskassan har vidtagit flera åtgärder i syfte att höja kvaliteten i handläggningen. Bland annat framgår det av Försäkringskassans slutredovisning av uppdraget om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning att Försäkringskassan har genomfört ett omfattande arbete när det gäller frågor om utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav och att utveckla och förtydliga den rättsliga styrningen och stödet avseende dessa frågor (S2020/06863).

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att granska de åtgärder som Försäkringskassan vidtar i sin genomlysning av förvaltningen av sjukförsäkringen (S2021/04616). Syftet med uppdraget är att säkerställa att de åtgärder som Försäkringskassan vidtar med anledning av genomlysningen leder till att människor får sin rätt till ersättning utredd och prövad och så tidigt som möjligt ges de förebyggande insatser eller det stöd för återgång i arbete som de har rätt till.

Förändringarna i sjukförsäkringen bör utvärderas

Regeringen har genomfört omfattande förändringar i sjukförsäkringen. Avsikten har varit att öka den ekonomiska tryggheten och flexibiliteten i sjukförsäkringen samt förståelsen för regelverket och därigenom stärka sjukförsäkringens legitimitet. Fler ska kunna avsluta sin rehabilitering under trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren.

De genomförda förändringarna bör utvärderas för att det ska kunna säkerställas att de har fått avsedd effekt.

Utredaren ska därför

- analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat till följd av beslutade lagändringar,
- analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivs-inriktad rehabilitering,
- analysera hur förändringarna i sjukförsäkringens regelverk har påverkat dels sjukskrivna personers återgång i arbete, dels arbetsmarknadsutbudet genom inflödet och varaktigheten i sjukpenningen och sjuk- och aktivitetsersättningen,
- analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat, och
- beräkna försäkringskostnaderna av de genomförda lagändringarna.

Utifrån gjorda analyser ska utredaren bedöma om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts samt bedöma effektiviteten och ändamålsenligheten i de genomförda lagändringarna. Utredaren ska även bedöma lagändringarnas konsekvenser för den ekonomiska jämställdheten.

I uppdraget ingår inte att analysera effekter som kan hänföras till Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden.

Uppdraget att analysera vissa tillfälliga åtgärder med anledning av covid-19-pandemin

Regeringen har vidtagit omfattande åtgärder för att minska effekterna av covid-19-pandemin. Bland annat har ett antal tillfälliga åtgärder vidtagits, inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning (prop. 2019/20:132, bet. 2019/20:FiU51, rskr. 2019/20:201 och prop. 2019/20:187, bet. 2019/20:FiU62, rskr. 2019/20:363). Följande åtgärder infördes under våren och sommaren 2020:

- Staten tog under perioden april–juli 2020 helt över arbetsgivarens kostnader för sjuklön. Från och med augusti 2020 tog staten över den del av kostnaderna som kan anses vara utöver det normala.
- Individer fick kompensation för karensavdrag och egenföretagare fick ersättning för karensdagar.
- Kravet på läkarintyg sköts från den 8:e dagen till den 15:e dagen i en sjukperiod.
- Personer som tillhör riskgrupper fick möjlighet att i vissa fall kunna stanna hemma med förebyggande sjukpenning.

De tillfälliga åtgärderna upphörde den 1 oktober 2021 då 70 procent av den vuxna befolkningen var fullt vaccinerad, i linje med vad regeringen tidigare hade kommunicerat. När smittspridningen och belastningen på vården åter ökade kraftigt återinfördes de tidigare åtgärderna den 7 februari 2022. Åtgärderna gällde med viss retroaktivitet för december 2021 och januari 2022 (prop. 2021/22:86, bet. 2021/22:FiU16, rskr. 2021/22:139). Åtgärderna upphörde den 1 april 2022.

Vissa förändringar av regelverket med anledning av pandemin har inte varit tillfälliga. Detta gäller undantaget från bedömning av sjuk-skrivnas arbetsförmåga mot ett normalt förekommande arbete vid rehabiliteringskedjans dag 180 och dag 365 när vård eller rehabilitering har försenats till följd av effekter av pandemin. Detta undantag gäller t.o.m. den 31 december 2022. (prop. 2020/21:1 utg.omr. 10 s. 56–57). Covid-19 har lagts till i bilagan över smittsamma sjukdomar som kan ses som arbetsskada enligt socialförsäkringsbalken i förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd. Ändringen trädde i kraft den 25 april 2020. En ytterligare ändring av förordningen trädde i kraft den 19 april 2022 som

innebär att alla som smittas av en samhällsfarlig sjukdom i sitt arbete omfattas av arbetsskadeförsäkringen, utan tidigare begränsning till vissa arbetsplatser och arbetsuppgifter.

Försäkringskassans slutredovisning av uppdraget att analysera och följa effekter som covid-19 har haft på sjukförsäkringen visar bl.a. att sjukförsäkringen under pandemin har haft stor betydelse för att ge ekonomisk trygghet för de grupper på arbetsmarknaden som inte har kunnat utföra förvärvsarbete hemifrån vid mildare symtom (S2020/06726). I sitt slutbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2022:10) bedömer Coronakommissionen att regeringens åtgärder inom sjukförsäkringen har varit väl avvägda.

Utredaren ska

- analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna som genomförts inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning under åren 2020–2022.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförande av uppdraget ska utredaren samråda med Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Arbetsförmedlingen, Statskontoret och andra berörda myndigheter och i sammanhanget relevanta aktörer. En parlamentariskt sammansatt referensgrupp ska inrättas till stöd för utredarens arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2024.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:20

Tilläggsdirektiv till utredningen Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07)

Beslut vid regeringssammanträde den 9 februari 2023

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 9 juni 2022 kommittédirektiv om utvärdering av de förändringar i sjukförsäkringens regelverk som har genomförts under 2020, 2021 och 2022 (dir. 2022:64).

De lagändringar som genomfördes i sjukförsäkringen under 2021 och 2022 har hittills inneburit fler längre sjukfall och ökade kostnader för sjukförsäkringen. Utredaren får nu i uppdrag att även lämna nödvändiga författningsförslag om utvärderingen visar att sjukfallen inte avslutas så som är avsett utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen. Utredaren ska i uppdraget inte längre vara förhindrad att analysera effekter som kan hänföras till Försäkringskassans arbete med att höja kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden.

För att utredaren ska ges goda möjligheter att genomföra uppdraget att lämna nödvändiga författningsförslag bör några av de mer tidskrävande inlagen i utvärderingsuppdraget utgå eller avgränsas. Utredaren ska inte längre analysera om de försäkrades förståelse för gällande regelverk har ökat eller bedöma om sjukförsäkringens legitimitet har stärkts.

Uppdraget att analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat till följd av beslutade lagändringar avgränsas till att gälla inkomsterna för personer som får eller har fått sjukpenning.

Deluppdraget att analysera vissa tillfälliga åtgärder som genomfördes med anledning av covid-19-pandemin under åren 2020–2022 behöver genomföras enbart i mån av tid.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska beakta riskerna för fusk och felaktiga utbetalningar i sin analys och vid utformning av eventuella författningsförslag.

Redovisning av uppdraget

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska således redovisas senast den 1 mars 2024.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2024

Kronologisk förteckning

1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. Ju.
2. Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. S.
3. Ett starkt judiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034. Ku.
4. Inskränkningarna i upphovsrätten. Ju.
5. Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. Ju.
6. Steg mot stärkt kapacitet. Fi.
7. Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. Ju.
8. Livsmedelsberedskap för en ny tid. LI.
9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. U.
10. Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. Ju.
11. Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. KN.
12. Mål och mening med integration. A.
13. En effektivare kontaktförbudslagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. Ju.
14. Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöverskridande arbete. A.
15. Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. Ju.
16. Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. U.
17. Skolor mot brott. U.
18. Nya regler om cybersäkerhet. Fö.
19. En ny beredskapssektor – för ökad försörjningsberedskap. KN.
20. Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighetsskatt. Fi.
21. Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. A.
22. En ny organisation för förvaltning av EU-medel. Fi.
23. En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. S.
24. Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. Fi.
25. En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. S.
26. En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. S.

Statens offentliga utredningar 2024

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Mål och mening med integration. [12]
- Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöverskridande arbete. [14]
- Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. [21]

Finansdepartementet

- Steg mot stärkt kapacitet. [6]
- Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighetsskatt. [20]
- En ny organisation för förvaltning av EU-medel [22]
- Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. [24]

Försvarsdepartementet

- Nya regler om cybersäkerhet. [18]

Justitiedepartementet

- Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. [1]
- Inskränkningarna i upphovsrätten. [4]
- Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. [5]
- Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. [7]
- Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. [10]
- En effektivare kontaktförbudslagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. [13]
- Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. [15]

Klimat- och näringslivsdepartementet

- Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. [11]
- En ny beredskapssektor – för ökad försörjningsberedskap. [19]

Kulturdepartementet

- Ett starkt judiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034. [3]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

- Livsmedelsberedskap för en ny tid. [8]

Socialdepartementet

- Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. [2]
- En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. [23]
- En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. [25]
- En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. [26]

Utbildningsdepartementet

- Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. [9]
- Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. [16]
- Skolor mot brott. [17]