

Nekad sjuk- och aktivitetsersättning

– effekter på inkomst och hälsa

RIR 2018:9



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

ISBN 978-91-7086-477-3

RIR 2018:9

OMSLAGETS ORIGINALFOTO: ULF HUETT NILSSON

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTYCKERI, STOCKHOLM 2018

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:

Nekad sjuk- och aktivitetsersättning

– effekter på inkomst och hälsa

Riksrevisionen har granskat vilka effekter ett nekande av sjuk- och aktivitetsersättning har för individens hälsa och inkomster. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser Socialdepartementet och Försäkringskassan.

Riksrevisor Stefan Lundgren har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Pathric Hägglund har varit föredragande. Ämnessakkunnig Per Johansson och enhetschef Anna Hessel har medverkat i den slutliga handläggningen.

Stefan Lundgren

Pathric Hägglund

För kännedom:

Regeringskansliet; Socialdepartementet
Försäkringskassan

NEKAD SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNING – EFFEKTER PÅ INKOMST OCH HÄLSA

RIKSREVISIONEN

Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	5
1 Inledning	10
1.1 Motiv till granskning	10
1.2 Syften och revisionsfrågor	12
1.3 Bedömningsgrunder	12
2 Tidigare forskning	14
3 Regler och tillämpning i sjukförsäkringen	16
3.1 Villkor för rätt till sjuk- och aktivitetsersättning	16
3.2 Försäkringskassans bedömning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning	17
3.3 Aktivitetsbegreppet	19
3.4 Omprövning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning	20
4 Beskrivning av studiepopulationen	23
4.1 Studiepopulationen	23
5 Analys och resultat	26
5.1 Försörjning efter nekande av SA	26
5.2 Analytisk ansats	28
5.3 Effekter för studiepopulationen i genomsnitt	29
5.4 Analys av olika delpopulationer	34
5.5 Anknytningen till arbetsmarknaden	40
5.6 Betydelsen av en bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning	43
5.7 Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar	46
5.8 Slutsatser	47
Referenslista	49
Bilaga 1. Tabeller och diagram	50

NEKAD SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNING – EFFEKTER PÅ INKOMST OCH HÄLSA

RIKSREVISIONEN

Sammanfattning och rekommendationer

Bakgrund

I likhet med antalet sjukskrivna har antalet som varje år beviljas sjuk- och aktivitetsersättning (SA), det som tidigare hette förtidspension, varierat kraftigt över tid. En orsak till variationerna är förändringar av villkoren som reglerar rätten till SA, som med tiden stramats åt vilket gjort det svårare att beviljas ersättning. En annan orsak är Försäkringskassans bedömningar och tillämpning av regelverket, inte minst inom det angränsande sjukpenningssystemet eftersom sjukskrivning ofta föregår en ansökan om SA.

I en tidigare granskning från Riksrevisionen (RiR 2016:31) konstaterades att Försäkringskassans bedömningar av rätten till sjukpenning 2009–2012 i genomsnitt var för generösa, såtillvida att många som beviljades ersättning i stället hade arbetat om de nekats. Resultaten visade också att fler nekanden inte haft vare sig en positiv eller negativ inverkan på de försäkrades hälsa i genomsnitt.

I denna granskning studeras i vad mån Försäkringskassan gör korrekta bedömningar i prövningar av rätten till SA, dvs. de mer permanenta ersättningsformerna i sjukförsäkringen. Sjukersättning ska betalas ut om arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Aktivitetsersättning ska betalas ut om nedsättningen av arbetsförmågan kan bestå under minst ett år, och personen är mellan 19 och 29 år.¹

I granskningen analyseras vilka effekter ett nekande av SA har för individens inkomster, hälsa och användning av sjukförsäkringen. För att säkerställa jämförbarhet mellan personer som beviljas respektive nekas SA, utnyttjas i granskningen variationer i besluten i likvärdiga ärenden som uppkommit som en konsekvens av att handläggaren har ett bedömningsutrymme i det enskilda fallet. Granskningen avser gränsfallsärenden, dvs. ärenden som kan betraktas som särskilt svårbedömda för handläggarna och där såväl ett positivt som negativt beslut har varit möjligt.

¹ 33 kap. 4–8 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.

Revisionsfrågor

De frågor som besvaras inom ramen för granskningen är:

- Vilka effekter har ett nekande av rätten till SA på individens efterföljande inkomster, hälsa och användning av sjukförsäkringen? Finns tecken på att förmånerna antingen över- eller underutnyttjas?
- Är en inriktning som syftar till att möjliggöra för fler att motta sjukersättning motiverad med utgångspunkt i effekterna av att nekas ersättning?
- Tar Försäkringskassan i tillfredsställande utsträckning initiativ till att undersöka om villkoren för mottagande av SA är uppfyllda bland sjukskrivna?
- Kan regler och tillämpning i sjukförsäkringen förändras i syfte att förbättra individens möjligheter på arbetsmarknaden efter ett nekande?

Granskningens resultat

Effekter av att nekas SA

Resultaten visar att ett nekande av SA i genomsnitt får negativa konsekvenser för individen. De som låg på gränsen till att beviljas ersättning förlorade i genomsnitt omkring 125 000 kronor per år i inkomst under de efterföljande tre åren. Eftersom de som nekades SA hade en svag position på arbetsmarknaden kunde förlusten av ersättning inte kompenseras med vare sig arbetsinkomster eller inkomster från andra transfereringssystem.

Resultaten antyder vidare att ett nekande av ersättning kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med de som beviljades ersättning hade de som nekades i genomsnitt fler dagar som inlagd inom slutna vård (34 dagar) sett över en treårsperiod. De negativa effekterna kan härledas till en relativ ökning av inläggningar med allvarliga psykiska sjukdomar, närmare bestämt schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. Personer med dessa sjukdomar har en särskilt utsatt situation i händelse av ett nekande av ersättning.

De negativa effekterna på inkomster och hälsa omfattar både män och kvinnor, hög- och lågutbildade samt inrikes och utrikes födda. Inga effekter konstateras beträffande mottagande av ekonomiskt bistånd.

Det finns ingenting som talar för att orsaken till de negativa effekterna främst skulle vara att Försäkringskassan tillämpar regelverket för strikt. Visserligen visar Försäkringskassans egna kvalitetsuppföljningar att det finns betydande brister i både underlag och beslut gällande SA, men bristerna framträder främst i ärenden då ersättning beviljas och inte nekas. Det förefaller därmed finnas en betydande diskrepans i vad reglerna anger som krav för att beviljas SA, och i de försäkrades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

Avskaffandet av den bortre tidsgränsen för sjukpenning

Sedan den bortre tidsgränsen för rätt till sjukpenning togs bort 1 februari 2016 har antalet personer som varit sjukskrivna i minst två år mer än fördubblats, från 18 000 till 39 000. Även om sjukfrånvaron som helhet börjat vända neråt igen har mer än fyra av tio sjukskrivna varit sjukskrivna i minst ett år.² Resultaten i denna granskning visar att avskaffandet av den bortre tidsgränsen sannolikt haft en negativ inverkan på Försäkringskassans benägenhet att utreda den sjukskrivnes rätt till SA.

Enligt Försäkringskassans egen vägledning i sjukpenningärenden ska en *särskild utredning* genomföras någon gång mellan dag 366 och 450 i sjukfallet, bl.a. med syftet att utreda möjligheterna att byta ut sjukpenning mot SA.³ Granskningen visar att denna utredning endast genomförs i begränsad utsträckning. En jämförelse visar också att betydligt färre sjukskrivna i dag övergår från sjukpenning till SA jämfört med tidigare. Skillnaden är särskilt påtaglig vid tidpunkten för den förra tidsgränsen vid 2,5 år.

Att inte pröva en sjukskrivens rätt till SA kan få negativa konsekvenser för individen. Resultaten uppvisar ett tydligt mönster såtillvida att personer med en relativt nära anknytning till arbetsmarknaden inte påverkas negativt, vare sig inkomst- eller hälsomässigt, av ett nekande. Personer som vid nekandet hade varit sjukskrivna i mindre än 2,5 år, vilket motsvarar den avskaffade bortre tidsgränsen, uppvisade bättre arbetsinkomster än dem som varit sjukskrivna i mer än 2,5 år. På motsvarande sätt uppvisade personer som var sjukskrivna vid nekandet både högre inkomster och bättre hälsa än dem som inte var sjukskrivna. Med andra ord, ju svagare position på arbetsmarknaden, desto större risk för negativa effekter i händelse av ett nekande av ersättning.

Rekommendationer

Regeringen ser för närvarande över om reglerna för beviljande av sjukersättning är ändamålsenligt utformade.⁴ Försäkringskassan har föreslagit att begreppet arbetsmarknad ges en tydligare definition som bättre överensstämmer med det som gäller för rätt till sjukpenning längre än 180 dagar. Därutöver föreslår man att åldersmässig hänsyn ska kunna åberopas i särskilda fall. Förslagen syftar till att

² Se statistik på Försäkringskassans hemsida.

³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 7, hämtad 2018-04-06.
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d00e1f0d-b1c4-4e4b-9d31-223c5f9c9815/vagledning-2015-01.pdf?MOD=AJPERES>.

⁴ Regeringskansliet, hämtad 2018-04-06,
<http://www.regeringen.se/490685/contentassets/ffd0f04414514337a23e2cfdae3b510e/atgardsprogr-am-3.0--regeringens-initiativ-for-en-trygg-sjukforsakring-med-manniskan-i-centrum.pdf>.

begränsa risken för att individer att bli kvar i långa sjukfall, där villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda men inte rätten till sjukersättning.⁵

Resultaten i denna granskning visar att relativt få av dem som nekats SA ökar sina arbetsinkomster efteråt. Bara i undantagsfall är inkomsterna så höga att de går att försörja sig på. Jämfört med att beviljas ersättning påverkas de totala inkomsterna negativt. Mot bakgrund av de inkomstmässiga och hälsomässiga konsekvenserna av ett nekande, kan lättnader i regelverket anses väl motiverade.

Inför en lagreglerad tidsgräns för prövning av rätten till SA

Ett tydligt resultat i granskningen är att anknytningen till arbetsmarknaden är central för effekterna av ett nekande av SA: ju svagare anknytning, desto större risk för en relativt sämre utveckling både avseende inkomster och hälsa.

Med en bortre tidsgräns för sjuk- och rehabiliteringspenning finns en naturlig bortre tidsgräns även för prövning av rätten till SA. Utan en tidsgräns blir den sjukskrivnes rätt till SA inte prövad i samma utsträckning. Det tyder erfarenheter från såväl före som efter den bortre tidsgränsens införande på.

Enligt dagens regelverk ska Försäkringskassan löpande undersöka den sjukskrivnes rätt till sjukpenning och därmed, indirekt, möjligheterna att byta ut sjukpenning mot SA. Utöver detta ska Försäkringskassan enligt den egna vägledningen genomföra en *särskild utredning*, bl.a. med syftet att utreda individens förutsättningar att i stället motta SA. Riksrevisionen anser att denna utredning bör vara reglerad i lag. I dag ska utredningen vara genomförd senast dag 450 i sjukfallet. En bestämmelse om tidsgräns skulle således kunna förläggas till senast dag 450 i sjukfallet.

Överväg ett införande av en separat process för beslut om rätten till SA

I dag föregås beslut om rätten till SA i ärenden där den försäkrade är sjukskriven *inte* av en process som är att betrakta som helt separerad från sjukskrivningsprocessen. Exempelvis baseras beslutet på befintliga medicinska underlag och på den sjukskrivande handläggarens bedömningar och rekommendationer.

Detta kan få negativa konsekvenser av två anledningar. För det första, som konstateras i ISF (2011), kan det skapa problem för den sjukskrivande handläggaren, som dels har till uppgift att agera stöd och bedöma behovet av rehabilitering, dels agera som kontrollfunktion i sjukförsäkringen. Eftersom handläggaren inte bara beslutar om rätt till sjukpenning utan också kan påverka

⁵ Försäkringskassans skrivelse till regeringen 2017, hämtad 2018-04-06, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5b8b113d-4f56-491a-86a6-fe9a6e8b0c8/framställning-till-socialdep-002-002.pdf?MOD=AJPERES&CVID>.

ett beslut om rätten till SA, ges drivkrafter för försäkrade med svaga drivkrafter att återgå i arbete att signalera dålig arbetsförmåga till handläggaren i syfte att nå en permanent försörjning från sjukförsäkringen. Med andra ord försvåras handläggarens arbete, som är att särskilja individens möjligheter och motivation till arbete.

Med sammanblandade processer för sjukpenning och SA riskerar också gamla bedömningar och beslut att få långtgående konsekvenser. Föreliggande granskning baseras exempelvis på ett naturligt experiment i omprövningsprocessen för SA, där fullt jämförbara underlag bedömdes olika beroende på vilken handläggare som fattade beslutet. Eftersom ny information i omprövningsärenden endast beaktas om ny information tillkommit, alternativt om viktig information saknas, får tidigare underlag och bedömningar stor betydelse även för omprövningsbeslutet. I omkring 95 procent av omprövningarna blev beslutet också detsamma som i grundbeslutet. Vidare konstateras i ISF (2014) att skillnaderna i beslut på omprövningsenheterna kvarstod även efter prövning i domstol. I praktiken innebär detta att personer som var födda sent i månaden hade större chans att beviljas ersättning än de som var födda tidigt, detta efter såväl omprövning hos Försäkringskassan som överklaganden till förvaltningsrätten och eventuellt vidare till kammarrätten och Högsta förvaltningsdomstolen.

Även om framtagande av helt nytt beslutsunderlag i varje del av besluts- och överklagandeprocessen skulle bli kostsam, bör regeringen överväga att ge Försäkringskassan i uppdrag att utarbeta en mer fristående process i övergången mellan sjukpenning och SA. En sådan skulle exempelvis kunna innehålla ett helt nytt läkarutlåtande där försäkringsmedicinsk kompetens varit inblandad.

1 Inledning

1.1 Motiv till granskning

Sjuk- och aktivitetsersättning (SA) är de mer permanenta ersättningsformerna i sjukförsäkringen och ska betalas ut om arbetsförmågan kan antas vara nedsatt med minst en fjärdedel under en längre tid på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. För utbetalning av sjukersättning gäller att arbetsförmågans nedsättning ska anses vara stadigvarande nedsatt. För utbetalning av aktivitetsersättning krävs att nedsättningens varaktighet är minst ett år och att den försäkrade är mellan 19 och 29 år.⁶

I likhet med antalet sjukskrivna har antalet som varje år beviljas SA varierat kraftigt över tid. Den högsta nivån nåddes 2003, då 73 000 beviljades denna ersättningsform (se diagram 1). Därefter sjönk antalet under flera år för att nå sin lägsta punkt 2010 (14 000), varefter antalet åter steg till som mest 21 500 år 2014. Under senare har antalet återigen sjunkit. En slutsats man kan dra är att svängningarna i antalet beviljanden *inte* speglar motsvarande variationer i hälsa och arbetsoförmåga i arbetskraften. Exempelvis halverades antalet beviljanden av SA mellan 2003 och 2008, och det trots att olika mått på hälsa signalerade en stabil hälsoutveckling under samma period.⁷ En viktig orsak till nedgången var i stället förändringar i Försäkringskassans arbetssätt och tillämpning av reglerna.⁸ Nedgången efter 2008 kan i stor utsträckning tillskrivas de skärpta krav för beviljande av sjukersättning som då infördes, inklusive avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen.

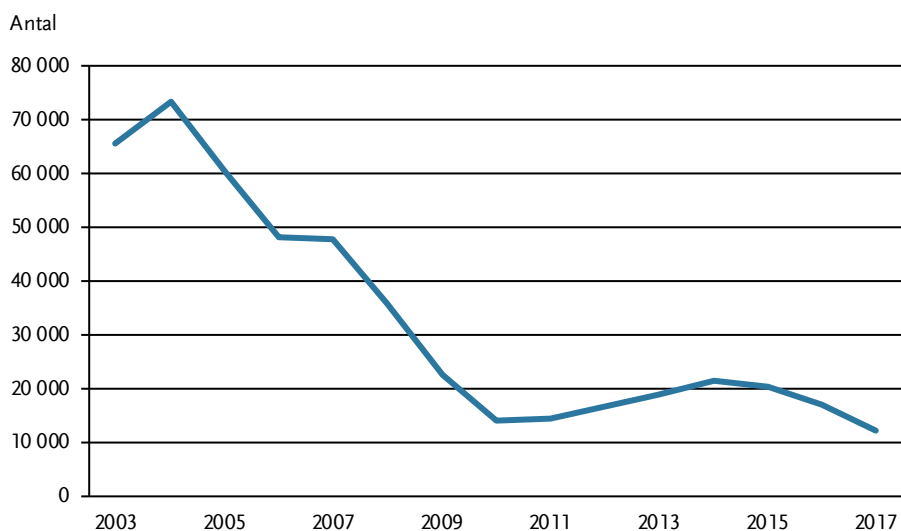
De betydande variationerna i beviljandet av SA över tid reser frågan om SA beviljas på ett sätt som är förenligt med de regler och intentioner som kringgärdar SA. I en pågående översyn har regeringen öppnat upp för en förändring av regelverket, som skulle möjliggöra för fler att beviljas sjukersättning. Det skulle kunna innebära att utgifterna för SA, som 2018 förväntas uppgå till omkring 47 miljarder, kommer att öka framöver.⁹

⁶ 33 kap. 4–8 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.

⁷ Se statistik från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/>.

⁸ Se Johansson m.fl. (2014).

⁹ Prop. 2017/18:1 och prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

Diagram 1 Antal nybeviljade personer med sjuk- och aktivitetsersättning per år

Källa: Försäkringskassan.

En svårighet i bedömningen av rätten till SA är att arbetsförmågan, i synnerhet den framtida, inte är fullt observerbar. Det finns därmed en osäkerhet i bedömningen av huruvida rätt till ersättning föreligger. Att individens arbetsförmåga inte är fullt observerbar ger upphov till två typer av möjliga fel i bedömningen av rätten till SA. En person som saknar arbetsförmåga kan felaktigt nekats ersättning som denne skulle haft rätt till (typ I-fel). En person med arbetsförmåga kan också felaktigt beviljas ersättning som denne inte skulle ha haft rätt till (typ II-fel). På grund av de svåra avvägningar arbetsförmågebedömningen många gånger innebär, och den mängd beslut som fattas, kommer båda dessa typer av fel alltid att förekomma. Emellertid kan det förväntas att en typ av fel är vanligare än det andra.

För att ta reda på om rätt beslut har fattats i det enskilda fallet skulle krävas att en persons arbetsutbud kunde jämföras i två olika tillstånd samtidigt: ett där ersättning beviljades och ett annat där ersättning nekades. Detta är emellertid inte möjligt. Frågan om huruvida rätt beslut har fattats kan emellertid studeras på gruppnivå. En sådan jämförelse ger svar på om den rådande bedömningsnivån föranlett ett över- eller ett underutnyttjande i genomsnitt. En sådan analys förutsätter emellertid att de som beviljades respektive nekades ersättning i genomsnitt hade samma arbetsförmåga och därmed samma möjligheter att arbeta.

För att säkerställa jämförbarhet mellan de som beviljades och nekades ersättning används i denna granskning ett *naturligt experiment* inom ramen för Försäkringskassans omprövningsverksamhet. Personer som nekats SA har

möjlighet att ansöka om omprövning. Åren 2009–2013 administrerades dessa ärenden vid olika omprövningsenheter inom Försäkringskassans verksamhet. Eftersom omprövningsenheterna gjorde olika bedömningar i helt likvärdiga ärenden, kan denna variation i bedömningarna användas för att mäta effekterna av ett nekande eller ett beviljande av SA.

1.2 Syften och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att studera i vilken utsträckning Försäkringskassan fattar rätt beslut vid bedömningar av rätten till SA, detta genom att analysera vilka effekter ett nekande av rätten till SA har för individens inkomster, hälsa och användning av sjukförsäkringen.

Granskningens frågeställningar är följande:

- Vilka effekter har ett nekande av rätten till SA på individens efterföljande inkomster, hälsa och utnyttjande av sjukförsäkringen? Finns tecken på att förmånerna antingen över- eller underutnyttjas?
- Är en inriktning som syftar till att möjliggöra för fler att motta sjukersättning motiverad med utgångspunkt i effekterna av att nekas ersättning?
- Tar Försäkringskassan i tillfredsställande utsträckning initiativ till att undersöka om villkoren till för mottagande av SA är uppfyllda bland sjukskrivna?
- Kan regler och tillämpning i sjukförsäkringen förändras i syfte att förbättra individens möjligheter på arbetsmarknaden efter ett nekande?

1.3 Bedömningsgrunder

I 33 kap. 4–8 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110) anges att SA ska betalas ut om en försäkrads arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. För rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt och för aktivitetsersättning att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. På det mer övergripande planet förstås med nedsatt arbetsförmåga samma sak vare sig det handlar om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sjukersättning lämnas enbart tills vidare. Aktivitetsersättning lämnas däremot endast som tidsbegränsad förmån.¹⁰

¹⁰ Sedan den 1 februari 2017 kan sjukersättning beviljas från samma tidpunkt som aktivitetsersättning för den grupp unga som har så omfattande funktionsnedsättningar att det är osannolikt att de någonsin kommer att kunna arbeta. Samtidigt renodlades aktivitetsersättningen i syfte att göra det tydligare vilka unga som är i behov av aktiva insatser (prop. 2016/17:1, utg.omr. 10).

Av förarbetsuttalanden framgår vidare att nedsättningen av arbetsförmågan vid sjukersättning ska avse hela arbetsmarknaden, dvs. även subventionerade arbeten ska inkluderas.¹¹ Ersättning ska heller inte kunna beviljas i väntan på att en sådan anställning blir tillgänglig. I bedömningen av arbetsförmåga ska inga andra omständigheter vägas in än nedsättningen av arbetsförmågan till följd av sjukdom. Med andra ord ska ingen hänsyn tas till den försäkrades ålder, utbildning, tidigare verksamhet eller liknande omständigheter.

Försäkringskassan har vid tre tillfällen de senaste åren (Försäkringskassan, 2015, Försäkringskassan, 2016, och Försäkringskassan, 2017) genomfört rättsliga kvalitetsuppföljningar i SA-ärenden. Resultaten från dessa uppföljningar kan fungera som komplement till resultaten i föreliggande granskning. Tillsammans kan resultaten användas för att dra slutsatser om regelverkets utformning och Försäkringskassans tillämpning av reglerna.

Enligt 1 kap. 3 § budgetlagen (2011:203) ska hög effektivitet eftersträvas och god hushållning iaktas inom statlig verksamhet såsom inom Försäkringskassans verksamhetsområde. I myndighetsförordningen (2007:515) slås också fast att en myndighets ledning ansvarar inför regeringen bl.a. för att verksamheten bedrivs effektivt och att myndigheten hushållar väl med statens medel.

Socialförsäkringssystemets centrala betydelse för det statliga åtagandet och den stora omfattningen i både pengar och antal förmånstagare kräver en hög legitimitet och stort förtroende.

I Försäkringskassans vägledning för handläggning av sjukpenning finns sedan hösten 2016 instruktioner om att en *särskild utredning* ska genomföras för sjukskrivna mellan dag 366 och 450 i sjukfallet.¹² Utredningen ska bl.a. leda fram till beslut om huruvida den försäkrade uppfyller villkoren för rätt till SA eller inte. Om Försäkringskassan inte tar initiativ till dessa utredningar är risken stor att personer med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, som har rätt till SA, i stället uppstår sjukpenning.

¹¹ Prop. 2007/08:136, s. 87–88 och 103, bet. 2007/08:SfU12.

¹² Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 7, hämtad 2018-04-06, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d00e1f0d-b1c4-4e4b-9d31-223c5f9c9815/vagledning-2015-01.pdf?MOD=AJPERES>.

2 Tidigare forskning

Det finns en relativt omfattande forskningslitteratur som analyserat det amerikanska förtidspensionssystemet och orsakerna bakom den under flera decennier växande andelen män med förtidspension. Den grundläggande frågan är om de som mottar ersättning hade lämnat arbetsmarknaden även i frånvaro av möjligheten till förtidspension. Med andra ord, är det en mer generös bedömning av rätten till ersättning som ligger bakom uppgången, eller är det de ökade kraven i arbetslivet? I detta avsnitt återges slutsatserna i några av dessa studier, för en mer utförlig genomgång hänvisas till Maestas m.fl. (2013).

Bound (1989) var den första studien som adresserade frågan om orsakerna bakom det negativa sambandet i form av en minskande andel män i arbetskraften, och en ökande andel män som mottagare av förtidspension. Genom att studera arbetsutbudet som fanns för personer som ansökte om förtidspension, men som nekades, gavs en övre gräns för arbetsutbudet bland personer som beviljades ersättning. Författaren konstaterar att eftersom endast ca hälften av de män, 45 – 64 år, som nekades förtidspension återgick i arbete, var stödet för hypotesen att möjligheten till förtidspension överutnyttjades mycket begränsat. Tvärtom tydde mycket på att den växande andelen förtidspensioner kunde härledas till personer som i frånvaro av möjligheten till förtidspension, hade lämnat arbetsmarknaden ändå.

von Wachter m.fl. (2011) replikerade resultatet från Bound (1989) och konstaterar att slutsatserna var relevanta även för män i samma åldersgrupp perioden fram till millennieskiftet. För yngre män, 30–44 år, var slutsatsen emellertid en annan. I denna grupp återfanns betydande arbetsförmåga bland nekade vilket antyder förekomst av överutnyttjande. En intressant slutsats är också att arbetsutbudet bland personer som beviljats ersättning efter upprepade ansökningar, däribland omprövningar, var högre än bland personer som beviljades ersättning vid den första ansökan.

Varken Bound (1989) eller von Wachter m.fl. (2011) ger ett direkt svar på huruvida det fanns arbetsförmåga bland personer som beviljades förtidspension, eftersom arbetsförmågan bland dem som nekades ersättning i genomsnitt kan förväntas ha varit bättre. Maestas m.fl. (2013) utnyttjar en slumpmässig variation i beviljandet av förtidspension, föranledd av det bedömningsutrymme som ges beslutsfattaren i dessa ärendena, för att mer direkt studera effekterna av beviljande av förtidspension. Författarna konstaterar att arbetsutbudet bland dem som beviljades ersättning, men som låg på gränsen till beviljande (23 procent av de ansökande), hade varit 28 procent högre två år senare om de i stället hade nekats ersättning. Bland dem som återgick i arbete var dock arbetsinkomsten betydligt lägre än tidigare.

French och Song (2014) använder en liknande ansats som Maestas m.fl. (2013), och når liknande resultat. De konstaterar tydligt negativa effekter av ett beviljande, på så vis att arbetskraftsdeltagandet hade varit 26 procentenheter högre om de som beviljades i stället hade nekats ersättning. Effekterna varierade dock tydligt mellan olika grupper. Bland grupper vars arbetsutbud inte föreföll känsligt för beviljandet återfanns äldre (55+), högutbildade och personer med psykisk ohälsa. Dessa hade alltså i hög utsträckning även i frånvaro av möjligheten till förtidspension lämnat arbetskraften. En annan intressant slutsats är att majoriteten av de som nekas ersättning ansöker igen och beviljas ersättning inom tio år. Om personer som nekas har för avsikt att söka igen kan det finnas drivkrafter att inte arbeta i perioden mellan ansökningarna, eftersom detta potentiellt skulle kunna försämra möjligheterna att beviljas ersättning. En konsekvens av detta är att den sanna arbetsförmågan bland personer som nekas ersättning riskerar att underskattas.

Ingen av de amerikanska studierna analyserar kopplingen mellan mottagande av förtidspension och hälsa. Inom den svenska sjukförsäkringen har Johansson m.fl. (2014) analyserat hur de kraftiga svängningarna i antalet som beviljats SA över tid hänger samman med förändringar av den relativa hälsan (mätt som mortalitet) bland dem som ansöker och beviljas ersättning och de som inte ansöker. De konstaterar ett positivt samband mellan den relativa hälsan bland dem som beviljas ersättning och antalet som beviljas: ju fler som beviljas, desto bättre är hälsan bland dem som beviljas i förhållande till övriga i arbetskraften. Författarna finner också samband mellan utvecklingen av antalet beviljanden och förändringar i det formella regelverket. Dock konstateras förändringar i antalet beviljanden även i frånvaro förändringar i det formella regelverket, varför författarna konstaterar att förändringar även av tillämpningen haft betydelse för utvecklingen.

I RiR 2016:31 analyseras på basis av ett naturligt experiment i sjukskrivningsprocessen, där omprövningsärenden bedömdes olika beroende på när i månaden individen var född, effekterna av ett nekande av en förlängning av sjukfrånvaron på arbetsinkomster och hälsa. Resultaten visade att de som nekades ersättning ökade sina efterföljande arbetsinkomster i relation till de som beviljades, vilket innebär att viss arbetsförmåga fanns även i denna grupp av långtidssjukskrivna. Vidare konstateras att återgången i arbete inte gav några återverkningar på hälsan. Inga skillnader kunde konstateras mellan dem som beviljades och inte beviljades sjukpenning i fråga om vad de hade för efterföljande vård- och läkemedelskonsumtion.

3 Regler och tillämpning i sjukförsäkringen

3.1 Villkor för rätt till sjuk- och aktivitetsersättning

Sjukersättning ersätter inkomstbortfall för personer mellan 19 och 64 år vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan som orsakats av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan.¹³ Arbetsförmågan ska ha bedömts som stadigvarande nedsatt i förhållande till möjligheterna att genom förvärvsarbete försörja sig på hela arbetsmarknaden.¹⁴ Efter beslutet ska Försäkringskassan minst vart tredje år göra en uppföljning av den försäkrades arbetsförmåga.¹⁵

Aktivitetsersättning kan beviljas från det år en försäkrad fyller 19 till och med 29 års ålder.¹⁶ Ersättning ska beviljas om arbetsförmågan bedöms som nedsatt med minst en fjärdedel i minst ett år, eller om den försäkrade behöver förlänga sin skolgång pga. funktionsnedsättning eller sjukdom.

SA kan lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån beroende på arbetsförmågans nedsättning.¹⁷ Den försäkrade ansöker i typfallet om SA. Om den försäkrade mottar sjuk- eller rehabiliteringspenning kan handläggaren vid Försäkringskassan emellertid ta initiativ till utbyte av förmåner utan att den försäkrade har kännedom om det.¹⁸

Dagens regler för rätt till sjukersättning trädde i kraft den 1 juli 2008. Innan dess gällde för rätt till ersättning att arbetsförmågan skulle vara *varaktigt* nedsatt i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller till annat lämpligt arbete som var tillgängligt för den försäkrade. Dagens begrepp, *stadigvarande nedsatt*, innebär en skärpning jämfört med tidigare i så måtto att arbetsförmågan ska bestå för all överskådlig framtid, samt avse hela arbetsmarknaden. Det innebär i praktiken att sjukdomen måste vara kronisk eller skadan irreversibel, även efter eventuella medicinska eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.¹⁹ Vid bedömning av rätten till ersättning ska inte beaktas situationen på arbetsmarknaden, och inte heller den försäkrades ålder, utbildning eller andra liknande omständigheter. Emellertid ska i bedömningen av funktionsnedsättningen vägas in det arbete den försäkrade säger sig klara av i

¹³ 33 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110) och prop. 1997/98:111 s. 4 f.

¹⁴ 33 kap. 5 och 6 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110) och prop. 2007/08:136, s. 67 och 88.

¹⁵ 33 kap. 17 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

¹⁶ 33 kap. 18 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

¹⁷ 33 kap. 9 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

¹⁸ 36 kap. 25 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

¹⁹ Prop. 2007/08:136 s. 88.

hemmet och som fritidssysselsättning, eftersom uppgifter om detta kan motsäga uppgifterna i det medicinska underlaget.

Före den 1 juli 2008 kunde sjukersättning förutom tills vidare också lämnas i tidsbegränsad form, under förutsättning att arbetsförmågan bedömts nedsatt under minst ett år.²⁰ Konsekvensen av detta blev att beviljande av sjukersättning tills vidare ofta föregicks av att personen mottagit tidsbegränsad sjukersättning.

Hel *inkomstrelaterad SA* lämnas med 64,7 procent av den försäkrades antagandeinkomst, upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp. Antagandeinkomsten motsvarar genomsnittet av de högsta bruttoårsinkomsterna inom en angiven ramtid.²¹ Om den försäkrade inte arbetat alls eller mycket lite lämnas i stället *garantiersättning*. Ersättningens storlek baseras då på ålder och tid i landet.²²

För att uppmuntra den försäkrade att försöka arbeta även efter ett beviljande ges möjlighet till s.k. *vilande ersättning* respektive *steglös avräkning*, där den försäkrade kan pröva sin arbetsförmåga utan att förlora rätten till ersättning. Vilande ersättning är möjlig för dem som beviljats aktivitetsersättning samt för dem som beviljats sjukersättning från och med den 1 januari 2009. För dem som beviljades sjukersättning före 1 juli 2008 gäller att personen tillåts ha arbetsinkomster upp till ett fribelopp innan avdrag på ersättningen sker (steglös avräkning).²³

3.2 Försäkringskassans bedömning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning

Utbetalning SA kan föregås av antingen en ansökan om ersättning (*ansökningsärende*) eller, om den försäkrade är sjukskriven, via initiativ från handläggaren (*utbytesärende*). I ett sjukpenningärende ska rätten till ersättning och behovet av rehabilitering utredas löpande, detsamma gäller förutsättningarna att byta ut sjukpenning mot SA. I den nya sjukskrivningsprocessen, fr.o.m. 1 september 2016, ska en *särskild utredning* göras mellan dag 366 och 450 i sjukfallet. Utredningen ska säkerställa att ärendet handläggs aktivt också efter dag 365, efter vilken rehabiliteringskedjans bedömningsgrunder inte förändras. Om det exempelvis finns anledning att anta att den försäkrades arbetsförmåga är

²⁰ Reglerna om sjukersättning och aktivitetsersättning fanns tidigare i 7 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). AFL har sedan den 1 januari 2011 ersatts av socialförsäkringsbalken.

²¹ 34 kap. 1–14 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110).

²² 35 kap. 1–25 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110).

²³ Se 4 kap. övergångsbestämmelser till 23 - 47 kap. (avdelning C) lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

stadigvarande nedsatt, eller nedsatt i minst ett år för försäkrade under 30 år, ska en prövning av rätten till SA initieras.²⁴

Vid prövning av rätten till SA är den medicinska bedömningen i centrum, vilket också är orsaken till att det finns ett krav om att den försäkrade till sin ansökan ska bifoga ett läkarutlåtande.²⁵ Läkarutlåtandet kan i sin tur behöva kompletteras med uppgifter från bl.a. arbetsgivare eller läkare. Försäkringskassan kan också initiera utredningar hos annan läkare än den som den försäkrade varit i kontakt med, exempelvis i form av ett *särskilt läkarutlåtande* (SLU) eller en *teamutredning* (TMU).²⁶ I båda dessa fall anlitas expertis på försäkringsmedicin från landstinget. När det medicinska underlaget är insamlat ska det analyseras och granskas med stöd av den så kallade DFA-kedjan.²⁷

Prövningen av rätten till SA ska göras med tillräckligt beslutsunderlag och med rätt tillämpning. Enligt förvaltningslagen (1986:223), FL, ska handläggningen ske så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts.²⁸

Till och med den 31 december 2007 fattades beslut om rätten till SA i socialförsäkringsnämnder, som bestod dels av representanter från riksdagspartierna, dels från arbetsmarknadens parter.²⁹ Från socialförsäkringsnämndernas avskaffande t.o.m. 2011, gällde i stället att besluten fattades efter en *särskild beslutsordning*. I den lämnade handläggaren över ärendet till en föredragande, som i sin tur säkerställde att beslutsunderlaget var tillräckligt enligt regelverket, samt innehöll en rekommendation till beslut. Därefter föredrogs ärendet för en särskilt utsedd beslutsfattare som fattade beslut i frågan. Anledningen till att handläggaren själv inte fattade beslutet motiverades med att rättssäkerheten och likformigheten i denna typ av ärenden, som har stor ekonomisk betydelse för den enskilde och innehåller ett större bedömningsutrymme, antas bli större om fler än en person deltar i handläggning och bedömning av ärendet.³⁰ Beslutsordningen gällde såväl ansöknings- som utbytesärenden.

Beslutsordningen ändrades något under 2012, då den särskilda föredraganderollen togs bort. Sedan dess föredras ärendet för den särskilda

²⁴ Försäkringskassan – Svar på regeringsuppdrag 2016-04-29, dnr 056546-2015, Er beteckning S2015/07316/SF.

²⁵ 3 § förordningen (2002:986) om sjukersättning och aktivitetsersättning.

²⁶ 110 kap. 14 och 22 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110).

²⁷ Se Vägledning 2013:1, version 4 – Sjukersättning.

²⁸ Se 7 § förvaltningslagen (1986:223) om allmänna krav på handläggningen av ett ärende.

²⁹ ISF (2014).

³⁰ Se Vägledning 2013:1, version 4 – Sjukersättning.

beslutsfattaren direkt av handläggaren av ärendet. Den särskilda beslutsordningen blev därmed en process i två i stället för tre steg.

3.3 Aktivitetsbegreppet³¹

Arbetsförmåge- eller aktivitetsbegreppet är centralt i bedömningen av rätten till SA. Ända fram till 2008 kunde individuell hänsyn tas såtillvida att andra faktorer än de rent medicinska kunde beaktas i bedömningen. Vad beträffar sjukersättningen tillämpades länge en praxis som innebar att personer äldre än 60, och ibland yngre än det, med tunga arbeten, bristande krafter och få andra arbeten till föfoganden beviljades.

Mellan 1970 och 1997 kunde medicinska skäl i kombination med arbetsmarknadsskäl motivera ersättning. År 1997 skärptes reglerna på så vis att arbetsförmågan skulle vara nedsatt pga. ohälsa, det skulle alltså finnas medicinska orsaker till nedsättningen snarare än arbetsmarknadsmässiga. Dock medgavs visst utrymme att ta hänsyn till utbildning, bosättningsförhållanden, tidigare verksamhet och inte minst ålder, vilket innebar att en samlad bedömning kunde innebära att individen beviljades ersättning trots att viss restarbetsförmåga fanns.

Sedan 1 juli 2008 tas inte längre hänsyn till några andra omständigheter än individens möjligheter att försörja sig på hela arbetsmarknaden vid bedömningen av rätt till sjukersättning. Med andra ord ska enbart medicinska, och inte arbetsmarknadsmässiga (utbildning, ålder etc.), omständigheter beaktas i bedömningen. Avgörande i sammanhanget är vad som ligger i begreppet "hela arbetsmarknaden". I dag inkluderas anpassade arbeten, subventionerade arbeten i form av lönebidrag, utvecklings- och trygghetsanställningar, nystartsjobb och skyddade anställningar på Samhall. En person som kan ta ett sådant jobb är i dag inte berättigad till sjukersättning, oavsett om ett sådant jobb finns tillgängligt eller inte. En viktig förändring var också att möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning avskaffades. Dessa utgjorde ungefär hälften av alla beviljade sjukersättningar, och övergick ofta i ett senare skede till permanent sjukersättning.

Försäkringskassans skrivelse om sjukersättning 2017³²

Försäkringskassan anser i en skrivelse till regeringen 2017 att det nuvarande arbetsförmågebegreppet riskerar att låsa in försäkrade i långvariga perioder med sjukpenning, eftersom de inte uppfyller rätten till sjukersättning. För rätt till sjukpenning efter 180 dagar gäller att arbetsförmågan ska avse på

³¹ Försäkringskassans skrivelse till regeringen 2017, hämtad 2018-04-06, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5b8b113d-4f56-491a-86a6-ffe9a6e8b0c8/framställning-till-socialdep-002-002.pdf?MOD=AJPERES&CVID>.

³² Skrivelse till regering, datum 2017-11-28, diarienummer: 47906-2017.

arbetsmarknaden *normalt förekommande arbeten*. Med det avses ett arbete på arbetsmarknaden där den försäkrades arbetsförmåga närmast i full omfattning kan tillvaratas. Subventionerade arbeten ingår inte i detta begrepp.

Försäkringskassan menar att dagens regler slår orimligt hårt mot individer med mycket begränsade möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden. Man föreslår därför att begreppet *arbetsmarknad* i bedömningen för sjukersättning i större utsträckning ska harmonisera med den som gäller sjukpenning, dvs. *normalt förekommande eller i ett annat för personen lämpligt tillgängligt arbete där hänsyn kan tas till aktivitetsbegränsningen*. Arbeta på den skyddade arbetsmarknaden ska fortfarande beaktas, dock ska det kunna erbjudas inom en rimlig framtid.

Vidare föreslår man en återgång till reglerna före 2008, då viss individuell hänsyn kunde tas: "...om det finns särskilda skäl får myndigheten på den försäkrades begäran, fr.o.m. den tidpunkt ålderspension tidigast kan beviljas, beakta individuella omständigheter vid bedömning av arbetsförmågan."

Försäkringskassan betonar att förslaget inte innebär en full återgång till reglerna före 2008, då beviljandenivåerna tidvis var mycket höga, eftersom arbetsförmågan även fortsättningsvis ska bedömas som stadigvarande nedsatt för att ersättning ska bli aktuell. Tidigare räckte det att arbetsförmågan var nedsatt i ett år. Dessutom gäller att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda.

De kostnadsökningar av sjukförsäkringsanslaget som beräknas bli resultatet av förändringarna uppgår till 50–100 miljoner kronor det första året, och därefter ytterligare 90–120 miljoner kronor årligen åren efter det.

3.4 Omprövning av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning

En nekad ansökan om SA kan omprövas om en begäran inkommer inom två månader från det att beslutet delgivits. Omprövning sker organisatoriskt skilt från handläggningen av grundbeslutet, och beslutet om ersättning fattas av en omprövningshandläggare på Försäkringskassans omprövningsenhet. Mellan 2009 och 2013 genomfördes omprövningarna på särskilda omprövningsorter runt om i landet; i Stockholm, Jönköping, Norrköping och Göteborg. I undantagsfall kunde omprövningarna genomföras av specialister på lokala försäkringscentra på andra orter. Ärendena fördelades mellan omprövningsorterna baserat på vilken dag i månaden individen var född.³³ Om individen var född dag 1–15 i månaden gjordes omprövningen i Stockholm. Om individen var född dag 16–31 i månaden gjordes

³³ Internt dokument (svar till regeringen) från Försäkringskassan med beslutsdatum 2007-12-10.

omprövningen i stället i Jönköping (2009–2010), Norrköping (2010–2012) eller i Göteborg (2011–2012).³⁴

I en omprövning görs en ny fullständig prövning av sakfrågan. Det innebär att om nya omständigheter tillkommit i ärendet sedan ursprungsbeslutet, ska dessa beaktas. Omprövaren ska även beakta eventuellt nya förutsättningar som är aktuella vid prövningen av rätten till den ansökta förmånen. Omfattningen av den ansökta förmånen och tidsramen för ersättning ska emellertid vara desamma som vid den ursprungliga ansökan. Som regel ska ärendet vara tillräckligt utrett inför det ursprungliga beslutet, men om underlaget har brister eller om nya uppgifter har tillkommit kan ytterligare utredning behövas. Det är yrkesrollen *omprövare*, som arbetar på Försäkringskassans omprövningsenhet, som fattar beslut i omprövningsärenden.

Åren 2009–2013 fanns inga tydliga riktlinjer kring vad som utgjorde en ny fullständig prövning av sakfrågan. Detta bidrog sannolikt till att systematiska skillnader i bedömningarna mellan omprövningsarterna uppstod. I RiR 2016:31 konstateras att sannolikheten att få rätt vid omprövningen i sjukpenningärenden bara var ungefär hälften så stor om den sökande var född tidigt i månaden, och därmed fick sin ansökan prövad i Stockholm, jämfört med om den sökande var född sent i månaden, och därmed fick sin ansökan prövad på någon av de andra orterna.

I det urval som analyseras i denna granskning, och som presenteras närmare i nästa kapitel, gick det i genomsnitt 60 dagar (median: 42) mellan tidpunkten för inkommen ansökan om omprövning och till dess att ett beslut fattats. Ansökan om omprövning avser i många fall ersättningsperioder bakåt i tiden. En viktig implikation är därför att besluten i viss utsträckning avser retroaktiva ersättningsperioder.

I diagram 2 redovisas antalet nybeviljanden (2009–2017) och omprövningar (2009–2013), samt andelen beviljade ansökningar i grund- respektive omprövningsärenden, över tid. Eftersom information om avslag i ärenden som gäller aktivitetsersättning saknas, har en avgränsning gjorts till sjukersättningsärenden, dvs. ärenden där personen är minst 30 år.

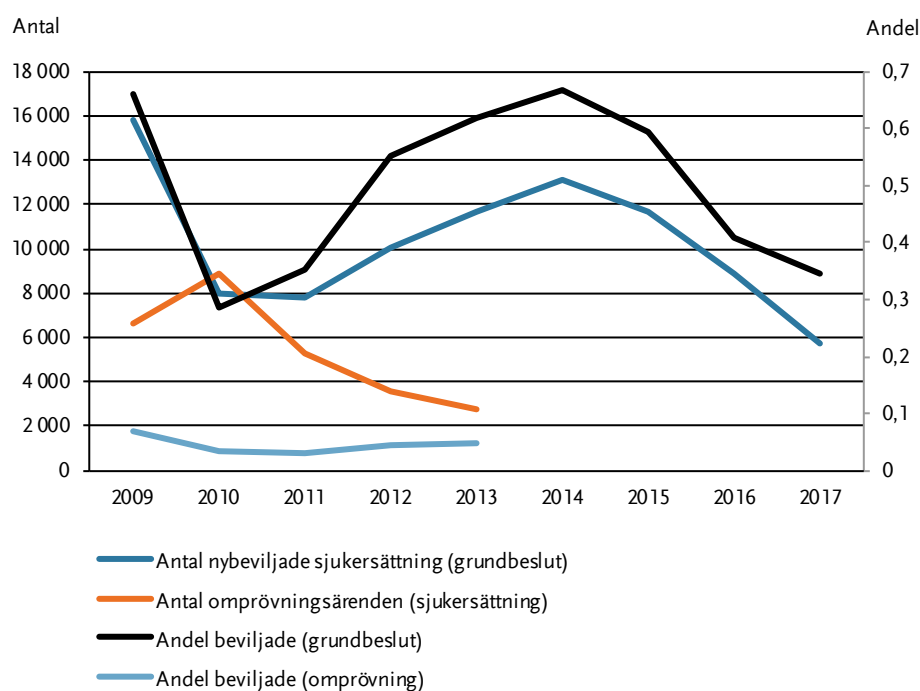
Antalet nybeviljanden och beviljandefrekvensen varierar kraftigt över tid och följer samma mönster, med toppar 2009 och 2014 och med låga nivåer 2010–2011 och 2017. Eftersom regelverket inte genomgått några större förändringar under denna

³⁴ Fördelningen av ärenden mellan olika omprövningsenheter följdes inte till fullo. Bland födda 1–15 i månaden prövades i praktiken endast 80 procent i Stockholm, resterande prövades på andra orter. Bland födda 16–31 prövades emellertid 97 procent utanför Stockholm. En anledning till att vissa ärenden prövades på "fel" ort var bl.a. den aktuella arbetsbelastningen. Avvikelserna har emellertid ingen betydelse för den analys som genomförts.

period kan variationerna tolkas som att Försäkringskassans tillämpning av regelverket fått direkt genomslag på antalet nybeviljanden varje år.

Antalet ansökningar om omprövning låg under perioden 2009–2013 på mellan 3 000 och 9 000 per år bland personer i den här gruppen. Det innebär att ett nekande av sjukersättning föranledde en ansökan om omprövning i omkring 35–45 procent av fallen. Ett undantag är 2009, som i likhet med 2008 innebar stora förändringar i sjukförsäkringen, då hela 80 procent av de som nekades ansökte om omprövning.

Diagram 2 Utveckling av antalet nybeviljanden, omprövningsärenden (vänster skala), samt beviljandegrad i grundbeslut respektive i omprövning (höger skala), endast sjukersättning



4 Beskrivning av studiepopulationen

I kapitlet beskrivs studiepopulation utifrån det som går att utläsa från befintliga register. Information om användningen av sjukförsäkringen, liksom uppgifter om kön, ålder, utbildningsnivå, inkomster och liknande är hämtat från Försäkringskassans registerdatabas. Uppgifter om vård- och läkemedelskonsumtion är hämtade från Socialstyrelsen.

4.1 Studiepopulationen

Den studerade populationen består av ca 30 000 individer som ansökt om och nekats SA och som mellan 2009 och 2013 ansökte om omprövning. Efter att ha exkluderat de som tidigare genomgått en omprövning av rätten till antingen sjukpenning eller SA, kvarstår drygt 28 000 unika individer.

Andelen personer som är födda olika dagar är jämnt fördelade mellan olika datum varför man kan betrakta den dag i månaden en person är född slumpmässig. Arbetskraftsstatistik visar dock att personer som är födda utrikes inte är jämnt fördelade mellan olika datum vilket kan bero på att exakta uppgifter om födelsedatum har saknats för vissa, som i stället har tilldelats ett personnummer. I diagram A1 i bilaga 1 framgår att det finns en tydlig överrepresentation av utrikes födda dag 1, 2, 5, 10, 15, 20 och 25 i månaden. Om personer med tilldelat födelsedatum systematiskt avviker från övriga, riskerar resultaten att snedvridas. I analysen exkluderas därför utrikes födda dessa datum i månaden. I det slutgiltiga urvalet återfinns därför 25 496 individer och ärenden.

För att få en uppfattning om vilka som ansökte om omprövning och hur dessa skilde sig från andra presenteras i tabell A1 (bilaga 1) en jämförelse mellan dessa och, i) alla som beviljades och påbörjade en period med SA 2009–2013, och ii) alla som fick ett negativt besked i grundbeslutet under samma period. Än en gång har en avgränsning en avgränsning till sjukersättningsärenden för att möjliggöra jämförelser mellan grupperna.

Jämfört med personer i gruppen som ansöker om omprövning är personer i gruppen som beviljas ersättning i genomsnitt något äldre och har högre tidigare arbetsinkomster. Gruppen innehåller också en större andel män. De som får avslag i grundbeslutet är vidare i genomsnitt något yngre och lägre utbildade än personer som ansöker om omprövning. De har också en högre andel utrikes födda.

I diagram A2–A4 redovisas inkomstutvecklingen för respektive grupp åren före och efter beslutet om rätt till SA. Grupperna uppvisar ett liknande mönster såtillvida att arbetsinkomsterna sjunker och transfereringarna ökar ju närmare beslutet individen kommer. Detta speglar det faktum att ansökningar om rätten

till SA ofta föregås av perioder när individen varit sjukskriven. Emellertid saknar en förhållandevis hög andel, 15–35 procent, inkomster från både arbete och transfereringssystemen i anslutning till beslutet om SA. Detta ger en antydning om att en betydande andel av dem som ansöker om SA har en mycket svag position på arbetsmarknaden.

I tabell 1 beskrivs studiepopulation, där såväl sjuk- som aktivitetsersättningsärenden ingår, för inrikes respektive utrikes födda separat. En uppdelning har också gjorts mellan personer födda tidigt och sent i månaden. De som var födda tidigt, mellan dag 1–15 i månaden, fick sina ärenden prövade i Stockholm, medan övriga prövades utanför Stockholm. Eftersom vilken dag i månaden man är född är att betrakta som slumpmässigt, ska vi förvänta oss genomgående små skillnader mellan personer födda tidigt och sent. Små skillnader är också det som observeras i tabellen, grupperna är med andra ord väl balanserade beträffande kön, ålder, utbildningsnivå och andra faktorer.

I ett avseende skiljer sig födda tidigt och sent i månaden åt, nämligen i andelen som fick ett avslag i omprövningen. På första raden i tabellen framgår att personer som var födda tidigt i månaden, trots att de i övrigt hade samma egenskaper och förutsättningar som dem födda sent i månaden, i högre grad blev nekade ersättning. För inhemskt födda är skillnaden tre procentenheter och för de som är födda i utlandet är skillnaden en procentenhet.

Tabell 1 Beskrivning av studiepopulationen

	Inhemskt födda			Födda utrikes		
	Född 1–15	Född 16–31	Skillnad <i>t</i> -värde	Född 1–15	Född 16–31	Skillnad <i>t</i> -värde
Beviljade i omprövningen	0,04	0,07	7,71	0,04	0,05	2,47
Man	0,37	0,36	0,98	0,42	0,42	-0,26
Ålder						
Genomsnitt	47,2 (12,0)	47,2 (11,9)	-0,08	49,3 (9,3)	49,1 (9,3)	0,77
<25	0,07	0,06	1,74	0,02	0,02	0,06
25–34	0,10	0,11	-1,18	0,05	0,06	-0,44
35–44	0,18	0,18	-0,13	0,19	0,18	0,86
45–54	0,30	0,31	-0,49	0,40	0,42	-2,13
55–64	0,33	0,33	0,26	0,33	0,31	1,68

	Inhemskt födda			Födda utrikes		
	Född 1–15	Född 16–31	Skillnad t-värde	Född 1–15	Född 16–31	Skillnad t-värde
Utbildningsnivå						
Ingen uppgift	0,09	0,08	1,09	0,06	0,05	1,37
Grundskola	0,22	0,22	-0,00	0,31	0,31	-0,27
Gymnasium	0,50	0,51	-1,38	0,40	0,42	-1,42
Eftergymnasial	0,21	0,20	1,58	0,26	0,24	1,81
I sjukskrivning vid ansökan	0,16	0,17	-1,83	0,15	0,14	0,49
Arbetsinkomster (året före ansökan)	47 318 (85 389)	47 447 (84 634)	-0,11	26 717 (70 208)	25 376 (63 524)	0,75
Hälsa (senaste 6 månaderna)						
Antal vårdbesök	1,5 (3,7)	1,4 (2,8)	1,60	1,7 (3,4)	1,7 (3,0)	0,09
Antal dygnsdoser läkemedel/dygn	1,8 (4,1)	1,8 (4,0)	-0,17	1,6 (3,7)	1,5 (3,6)	-0,59
Antal dagar i sluten vård	0,7 (4,8)	0,7 (5,6)	0,64	0,8 (5,0)	0,8 (6,2)	0,15
Antal obs.	9 701	10 108		2 545	3 142	

Anm.: Födda dag 1–15 prövades i Stockholm, födda 16–31 prövades utanför Stockholm.
Standardavvikelse inom parentes.

5 Analys och resultat

Kapitlet inleds med en analys av hur arbetsinkomsterna förändrades före och efter ett nekande beslut för personer som fick ett avslag 2009–2014, såväl bland samtliga som ansökte om ersättning som de som ansökte om omprövning. Syftet är att få en uppfattning om arbetsförmågan bland dem som nekades ersättning. I avsnitt 5.2 beskrivs den analytiska ansats som syftar till att ge svar på vilka effekter ett nekande av SA har för individen. I avsnitt 5.3, redovisas effekterna för studiepopulationen bestående av omprövningsärenden som helhet, och i avsnitt 5.4–5.5 redovisas effekterna för olika delpopulationer. I avsnitt 5.6 analyseras betydelsen av en bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning och i 5.7 redovisas slutsatserna från Försäkringskassans egna kvalitetsuppföljningar av ärenden som rör sjuk- respektive aktivitetsersättning. I avsnitt 5.8 ges en sammanfattning av de viktigaste resultaten. Resultaten presenteras genomgående med avseende på, i) användning av sjukförsäkringen, ii) inkomster, och iii) hälsa.

5.1 Försörjning efter nekande av SA

Ett sätt att få en uppfattning om träffsäkerheten i bedömningarna av rätten till SA, dvs. i vad mån ersättning utgår på rätt grunder, är att studera i vilken utsträckning personer som nekas ersättning återgår i arbete. Om endast en mycket låg andel av de som nekas återgår i arbete, får risken för överutnyttjande anses som liten. Om andelen tvärtom är hög kan man misstänka att ett visst överutnyttjande föreligger. Resonemanget har tidigare tillämpats av Bound (1989) och von Wachter (2011) för att analysera överutnyttjande i det amerikanska förtidspensionssystemet.

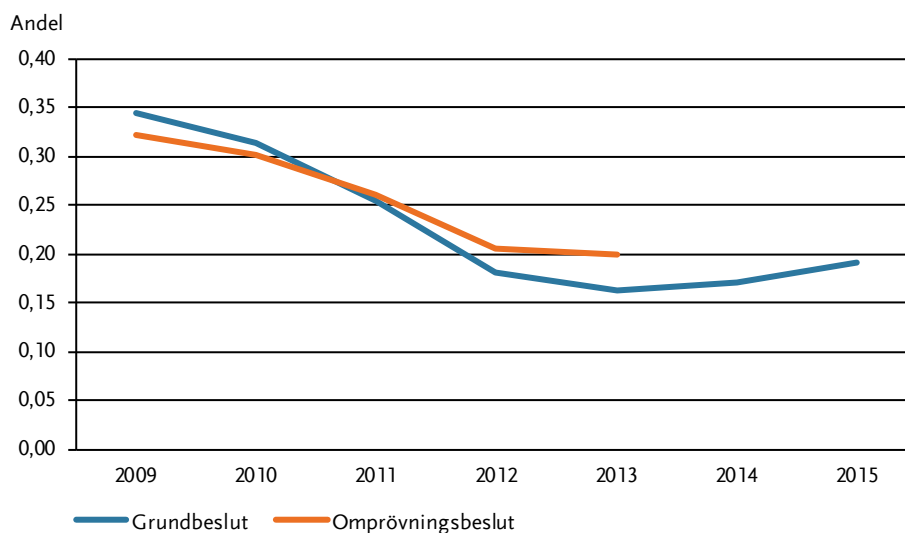
Eftersom en viss andel av de som ansöker om SA arbetar och söker ersättning på deltid, bör en analys av förändringen av arbetsutbudet före och efter ett nekande ge en bättre bild av omfattningen på det potentiella överutnyttjandet, än att bara analysera andelen som arbetar. I diagram 3 återges andelen som *ökat* sina arbetsinkomster efter ett negativt beslut över tid. Liksom i föregående avsnitt har en avgränsning gjorts till ärenden som rör sjukersättning

I diagrammet framgår att en förhållandevis låg andel av de som nekas ersättning ökar sina arbetsinkomster året efter beslutet. Andelen har dessutom sjunkit över tid, från 30–35 procent 2009 till 16–20 procent 2013. Därefter har andelen ökat något bland grundbesluten, där vi har tillgång till en lite längre uppföljningshorisont.³⁵ Andelarna som ökar sina arbetsinkomster efter ett nekande är mycket lika i grundbeslut och omprövningsärenden.

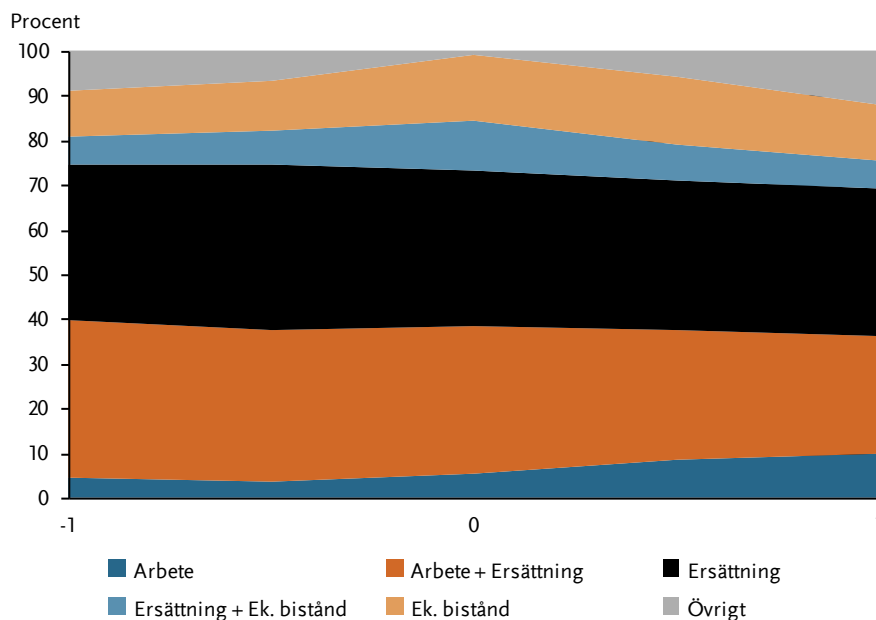
³⁵ Andelarna är inte känsliga för olika restriktioner på hur mycket arbetsinkomsterna måste ha ökat, dvs. en på ökning på minst 1 krona ger ungefärligen samma resultat som en ökning på minst 5 000 kronor eller 10 000 kronor.

En närmare analys av grundbesluten visar att arbetsinkomsterna bland personer som arbetar året efter nekandet överlag är mycket låga, endast 10 procent hade en inkomst högre än 165 000 (13 750 kronor/månaden). En slutsats är således att i den mån restarbetsförmåga finns bland personer som beviljas SA, så är den begränsad.

Diagram 3 Andel av nekade som ökade arbetsinkomsten året efter beslutet, sjukersättning



I diagram 4 illustreras försörjningskällor för personer som nekades sjukersättning i en omprövning, före och efter beslutet. Den vanligaste försörjningskällan i anslutning till beslutet är ersättningar från transfereringssystemen (sjukpenning, SA, arbetslöshetskassa mm.), som mottas av omkring 70 procent under de studerade åren. Dessa kombineras i hög utsträckning med arbetsinkomster av olika storlek, ungefär hälften av dem som mottar ersättning har också en rapporterad arbetsinkomst. Bara omkring 5–10 procent har enbart arbetsinkomst som försörjningskälla, andelen ökar något efter nekandet av SA. Mellan 15 och 25 procent av de nekade mottar ekonomiskt bestånd något av åren, andelen är förhållandevis stabil före och efter beslutet. Ungefär var tredje mottagare av ekonomiskt bistånd har under samma år inkomster från transfereringssystemen. Kategorin ”okänt”, som uppgår till 1–12 procent över tid, består av personer som saknar inkomstuppgifter. Personer i denna kategori kan exempelvis studera, motta ålderspension eller bli försörjd av partner.

Diagram 4 Försörjning före och efter nekande i omprövning

5.2 Analytisk ansats

För att kunna analysera hur ett nekande av SA påverkar individens arbetsutbud måste vi kunna särskilja betydelsen av nekandet från andra faktorer som kan ha haft betydelse för arbetsutbudet efter beslutet, exempelvis skillnader i arbetsförmåga. I följande avsnitt analyseras ett experiment bland omprövningsärenden, där vilken dag i månaden den sökande var född påverkade sannolikheten att beviljas ersättning.

Som konstaterades i tabell 1 hade personer som var födda sent i månaden större chans att beviljas ersättning i omprövningsärenden än de som var födda tidigt, sju jämfört med fyra procent för inrikes födda och fem jämfört med fyra procent för utrikes födda. I praktiken innebär detta att ärendena kan delas in i tre kategorier, 1) ärenden som oavsett var de prövades hade genererat ett avslag, 2) ärenden som oavsett var de prövades hade genererat ett beviljande, och 3) ärenden vars beslut var avhängigt vart de prövades och därmed när i månaden de var födda. Om personen var född sent i månaden och beviljades ersättning hade personen i stället nekats ersättning om personen varit född tidigt, och tvärtom.

Det går inte att exakt veta vilka som ingår i denna *gränspopulation*, men vi kan beräkna den genomsnittliga effekten av beslutet för personer som ingår i den. Den ges genom att, i) beräkna skillnaderna i utfall för de som är födda tidigt jämfört med de som är födda sent, ii) beräkna skillnaden i den genomsnittliga beviljandefrekvensen mellan grupperna, och iii) dividera i med ii. Ett

underliggande antagande är att skillnaderna i utfall mellan grupperna endast beror på skillnaderna i beviljandefrekvens. Eftersom när i månaden individen är född inte har någon koppling till individens arbetsförmåga, torde detta villkor vara uppfyllt.³⁶

Skillnaden i beviljandefrekvensen mellan grupperna anger storleken på den gränspopulation för vilken effekten mäts. Från tabell 2 vet vi att andelen uppgår till omkring tre procentenheter för inrikes födda och en procentenhet för utrikes födda. Att effekterna mäts för en gränspopulation innebär att resultaten sannolikt inte är representativa för samtliga ärenden. Detta är emellertid inte nödvändigtvis en brist i sammanhanget eftersom granskningen avser frågan om huruvida den gällande bedömningsnivån är att betrakta som antingen för generös eller för strikt. Gränspopulationen kan därmed sägas utgöra den policyrelevanta populationen.

5.3 Effekter för studiepopulationen i genomsnitt

I detta avsnitt presenteras effekterna av ett nekande av rätten till SA bland samtliga som ansökte om omprövning 2009–2013. Effekter redovisas i tre dimensioner, i) *användning av sjukförsäkringen*, dvs. antalet dagar med sjukpenning respektive SA, ii) *inkomster*, där arbetsinkomster, transfereringar (exempelvis sjukpenning, SA, arbetslöshetskassa), samt sammanlagda pensionsgrundande inkomster, redovisas separat, och iii) *hälsa*, som inkluderar uppgifter om antalet läkarbesök inom den del av den öppna vården som inte är primärvård, antalet dagar som inlagd inom slutenvården, och antalet dygnsdoser med läkemedel. Resultaten presenteras dels ett år efter beslutet i omprövningen, dels aggregerat upp till tre år efter beslutet.³⁷

I den första panelen av tabell 2 presenteras resultaten med avseende på användningen av sjukförsäkringen. Som väntat är ett nekande förknippat med färre antal dagar som mottagare av SA. Emellertid är den konstaterade skillnaden *inte* statistiskt säkerställd, varken på ett eller tre års sikt.³⁸ Att skillnaden inte är tydligare kan ha tre förklaringar. För det första kan beslutet om SA avse perioder bakåt i tiden, alltså retroaktivt. Det innebär att hela effekten av nekandet delvis

³⁶ Det andra antagandet som måste vara uppfyllt är det s.k. *monotonicitetsantagandet*, som innebär att alla som är födda tidigt i månaden (dag 1–15) måste löpa en högre risk att bli nekad sjukpenning i omprövningen än dem som är födda sent. Detta låter sig omöjligen undersökas eftersom varje individ endast provas på en ort.

³⁷ Analyserna avser 2SLS-skattningar ("Two-stage least squares") där första steget för individ i specificeras enligt: $Avslag_i = \beta_0 + \beta_1 Tidigt_i + \omega_i$, där utfallsmodellen för år t ges enligt: $y_{it} = \gamma_t + \delta_t Avslag_i + \epsilon_{it}$, $t = 1, \dots, 3$. ω_i där ϵ_{it} , slump termen, kan antas vara oberoende av huruvida man är född tidigt (*Tidigt*) eller sent. I skattningarna kontrolleras för om personen är född i Sverige eller i annat land.

³⁸ Om man i stället för dagar med ersättning studerar utbetalad SA återfinns statistiskt säkerställda skillnader mellan dem som beviljades och nekades upp till två år efter beslutet.

underskattas. För det andra avser en viss andel av omprövningarna aktivitetsersättningsärenden, vilka per definition är tidsbegränsade. För det tredje är det fullt möjligt för personer som nekades ersättning i omprövningen att beviljas ersättning längre fram. I den studerade populationen mottog 43 procent av de som nekades SA i omprövningen ersättning tre år senare. Andelen blir något lägre, 29 procent, om man räknar bort de som sedan tidigare redan mottog SA. Konsekvensen av detta är att eventuella effekter av beslutet om rätten till SA är avtagande med tiden.

Intressant att notera är att effekten av nekandet på antalet sjukpenningdagar är negativ och statistiskt säkerställd. Resultatet är oväntat, dels eftersom de som nekades ersättning i viss mån kan förväntas delta på arbetsmarknaden efter beslutet och därmed riskera att bli sjukskrivna, dels eftersom de som nekades SA eventuellt kan kompenseras med mer sjukpenning i stället. Effekten uppgår till drygt 400 färre dagar med sjukpenning upp till tre år efter beslutet. Totalt sett redovisar de som nekades ersättning 800 dagar färre dagar med ersättning från sjukförsäkringen upp till tre år efter beslutet. Även denna effekt är statistiskt säkerställd. Noterbart är att analysen avser bruttodagar med ersättning, vilket innebär att dubbelräkning förekommer dagar då en försäkrad uppbär både sjukpenning och SA.

I den mellersta panelen presenteras resultaten med avseende på inkomster, dels via arbete, dels via transfereringar (SA, sjukpenning, arbetslöshetsersättning etc.) Resultatet för arbetsinkomster är negativt men inte statistiskt säkerställt vare sig på kort eller lång sikt. Tydligt negativa och statistiskt säkerställda effekter återfinns emellertid med avseende på transfereringar. Under de följande tre åren efter beslutet innebar ett nekande 335 000 kronor mindre i utbetalningar från transfereringssystemen (omkring 110 000 kronor per år i genomsnitt) jämfört med ett beviljande. De totala inkomsterna var omkring 370 000 kronor lägre, eller ungefär 125 000 kronor per år i genomsnitt.³⁹

I den nedersta panelen presenteras effekterna på hälsa. Resultaten är genomgående positiva, vilket antyder att nekandet orsakade relativt sämre hälsa. Inga statistiskt säkerställda effekter kan emellertid konstateras med ett års uppföljningshorisont. På tre års sikt framträder en statistiskt säkerställd ökning av antalet vård dagar inom slutna vård. Jämfört med de som beviljades SA hade de som nekades 34 dagar fler som inlagd inom slutna vård.

³⁹ I diagram A5 redovisas inkomstutvecklingen för de som var födda tidigt i månaden, och därmed i genomsnitt blev föremål för en striktare bedömning, och för de som var födda sent, och därmed blev föremål för en mindre strikt bedömning. Båda grupperna uppvisar en nedåtgående trend vad gäller inkomsterna under åren som leder fram till beslutet. Därefter sker en svag ökning som är något större för dem som är födda sent i månaden.

Sammantaget kan konstateras att nekandet av SA i genomsnitt fick negativa konsekvenser för individen. Inkomsterna påverkades negativt eftersom frånvaron av SA inte kompenserades med vare sig ökade arbetsinkomster eller ökade transfereringar från andra stödsystem. Därutöver påverkades hälsan negativt. Tilläggas bör att inga effekter kan konstateras vad gäller mottagande av ekonomiskt bistånd.

Frånvaron av positiva effekter på arbetsinkomster kan inte rakt av tolkas som att arbetsförmåga skulle saknas bland dem som nekas ersättning, och att fel beslut därmed fattats. För att positiva effekter ska uppstå krävs att personen kan få en anställning. Eftersom det är hela arbetsmarknaden, där även skyddade anställningar ingår, som ska beaktas i bedömningen av arbetsförmåga, kan personen vara beroende av att Arbetsförmedlingen har en subventionerad anställning att erbjuda. En annan möjlig förklaring till frånvaron av positiva effekter skulle kunna vara att personen, trots befintlig arbetsförmåga, föredrar annan försörjning. Det som talar emot en sådan förklaring är dels de negativa effekterna på inkomster från transfereringssystemen som helhet, dels de negativa effekterna på hälsa. Om alternativet till att arbeta vore ett för individen fullgott sådant, borde inte några negativa effekter på hälsa uppstå.

Tabell 2 Effekter av att bli nekad SA på användningen av sjukförsäkringen, inkomster och hälsa

	År 1	Agg. 3 år
Ersättningsdagar		
SA-dagar	-142 (87)	-356 (248)
Sjukpenningdagar	-136* (76)	-424** (182)
Totalt	-278** (108)	-802*** (298)
Inkomster		
Arbetsinkomster	-26 782 (48 424)	-26 587 (145 593)
Transfereringar	-90 320** (42 259)	-335 601*** (125 669)
Inkomster, totalt	-123 850** (62 689)	-373 455** (184 793)

	År 1	Agg. 3 år
Hälsa		
Läkemedel, dygnsdoser/dygn	0,7 (1,7)	1,1 (1,0)
Vårdbesök	3,9 (3,5)	14,9 (9,6)
Dagar inom sluten vård	7,8 (5,7)	33,5** (16,1)

Anm.: Resultat från 2SLS-skattningar där född tidigt/sent i månaden används som instrument, och med kontroll för utrikes född. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå. Standardfel inom parentes.

Allvarlig psykisk sjukdom bakom de negativa effekterna på hälsa

Den negativa effekten på hälsa i form av fler dagar som inlagd inom sluten vård är av särskilt intresse, dels eftersom effekten är att betrakta som en bieffekt av beslutet om SA, dels eftersom inläggning på vårdinrättning är ett förhållandevis grovt mått på hälsa som indikerar betydande ohälsa.

I diagram A6 (bilaga 1) kan konstateras att antalet dagar inom sluten vård ökade svagt under åren som föregick beslutet i omprövningen, vilket alltså antyder ett successivt försämrat hälsotillstånd. Efter beslutet syns en svag nedgång, både bland dem som var födda tidigt i månaden och därmed i genomsnitt mottog en striktare bedömning, och bland dem som var födda sent och därmed mottog en något mindre strikt bedömning. Den sannolikt främsta orsaken till nedgången är att data över antalet dagar inom sluten vård endast inkluderar avslutade perioder, vilket gör att senare inläggningar inte fullt ut beaktas i analysen. Detta torde leda till att effekten på antalet inläggningsdagar underskattats något.

I tabell A2 (bilaga 1) redovisas diagnoserna för de inläggningar som följde upp till tre år efter beslutet i omprövningen. Den vanligaste diagnosgruppen var psykiska sjukdomar och beteendestörningar (F-diagnoser), som stod för drygt 20 procent av inläggningarna. Därefter följer sjukdomar i cirkulationsorganen (I-diagnoser) respektive matsmältningsorganen (K-diagnoser), symtom, sjukdomstecken etc. (R-diagnoser), samt skador, förgiftningar etc. (S/T-diagnoser), samtliga med omkring 10 procent av inläggningarna.

I den övre delen av tabell 3 redovisas effekterna av nekandet av SA separat för de största diagnosgrupperna. Den diagnosgrupp som tydligast förefaller ligga bakom den relativa ökningen av antalet dagar inom sluten vård är de psykiatriska diagnoserna (F-diagnoser), där en svagt statistiskt säkerställd ökning kan konstateras. Resultaten ger ingen antydning om att någon av de andra diagnosgrupperna skulle ha ökat som en konsekvens av nekandet.

I den nedre delen av tabell 3 redovisas effekterna separat för de fyra största psykiatriska diagnosgrupperna. Förstämningssyndrom (F3) och neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F4), som står för tre respektive tre procent av alla inläggningar, uppvisar båda positiva tecken vilket indikerar en ökning som ett resultat av nekadet. Inget av resultaten är emellertid statistiskt säkerställt. För den största gruppen av psykiatriska diagnoser, psykiska störningar och beteendestörningar (F1), syns inga tendenser till ökning.

Den diagnosgrupp som ökat tydligast som en konsekvens av nekadet av ersättning är schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F2). Dessa utgjorde två procent av alla inläggningar under perioden. Personer med dessa diagnoser tillhör de allvarligast psykiskt sjuka, och är därför en särskilt utsatt grupp. Det går inte att utesluta att det negativa beslutet i sig, även om det var korrekt när det togs, kan ha försämrat individens framtida möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden.

I diagram A7 (bilaga 1) framgår att antalet dagar som inlagd med en diagnos inom ramen för F2 successivt ökade åren fram till beslutet varefter de som blev föremål för en i genomsnitt mindre strikt bedömning (födda 16–31), och oftare beviljades ersättning, tydligt minskade sina inläggningar efter beslutet. En minskning framträder också bland dem som i genomsnitt blev föremål för en mer strikt bedömning, och oftare nekades ersättning, men denna minskning är inte lika omfattande som för denna andra gruppen. Utvecklingen av antalet vård dagar efter beslutet beror i stor utsträckning på ofullständiga data. En mer detaljerad analys som avgränsar sig till omprövningsbeslut t.o.m. 2011, och som därmed ger möjlighet till en längre uppföljningshorisont, visar att gruppen som i högre utsträckning nekades SA *ökade* antalet inläggningsdagar även efter beslutet, medan de som i högre utsträckning beviljades ersättning tvärtom minskade antalet inläggningsdagar. Denna analys redovisas inte i rapporten.

En mer detaljerad analys visar vidare att skillnaderna i inläggningsdagar mellan grupperna beror på att de som i högre grad nekades ersättning, låg inlagda längre perioder än de som i högre grad beviljades ersättning.

Tabell 3 Effekter av nekande av SA på antalet dagar som inlagd inom slutenvården, fördelat på diagnosgrupp

	Dagar
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, F (21 %)	26,4* (14,2)
Cirkulationsorganens sjukdomar, I (8 %)	-0,3 (1,8)
Matsmältningsorganens sjukdomar, K (9 %)	1,0 (2,5)
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes, R (11 %)	0,7 (0,9)
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker, S/T (9 %)	-2,0 (1,3)
<i>Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, F</i>	
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, F1 (9 %)	-0,9 (2,4)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom, F2 (2 %)	19,9* (10,9)
Förstämningssyndrom, F3 (3 %)	4,6 (4,7)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, F4 (3 %)	2,8 (2,5)

Anm.: Resultat från 2SLS-skattningar där född tidigt/sent i månaden används som instrument, och med kontroll för utrikes född. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå. Standardfel inom parentes. Procentangivelserna anger andelen inläggningar med en diagnos inom ramen för den specifika diagnosgruppen av samtliga inläggningar under tre år efter beslutet i omprövningen. Andelarna är beräknade på totalt 24 295 inläggningstillfällen.

5.4 Analys av olika delpopulationer

Effekterna av att nekas SA kan förväntas vara olika för olika grupper av sökanden. Inte minst torde kopplingen till arbetsmarknaden ha betydelse för hur inkomster och hälsa påverkas. För personer med en svag förankring på arbetsmarknaden, antingen pga. av att de aldrig etablerat sig i arbetslivet eller pga. att de varit borta under lång tid, torde möjligheterna att uppnå en stark etablering på arbetsmarknaden efter beslutet vara begränsade, jämfört med personer som relativt nyligen var i arbete.

I detta avsnitt har en uppdelning av omprövningspopulationen gjorts i tre grupper, betingat av hur långt från arbetsmarknaden den försäkrade kan förväntas stå. Uppdelningen är gjord med syfte att renodla analysen. Just eftersom

effekterna av ett nekande kan förväntas variera tydligt mellan olika grupper, kan nedanstående uppdelningar också bidra till att minska osäkerheten i analyserna.

Som mått på anknytning till arbetsmarknaden används tidpunkten för när individens senaste sjukskrivning påbörjades. För att kunna uppbära sjukpenning krävs någon form av anknytning till arbetsmarknaden. Indelningen i delpopulationer har gjorts enligt följande:

Grupp 1: Försäkrade vars senaste sjukskrivning påbörjades efter 1 juli 2008, dvs. efter införandet av en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning. Endast de som inte har någon avslutad SA-period bakom sig är inkluderade. Gruppen innehåller 3 536 individer, vilket motsvarar 14 procent av den totala populationen.

Grupp 2: Försäkrade vars senaste sjukskrivning pågick den 1 juli 2008. Endast de som inte har någon avslutad SA-period bakom sig är inkluderade. Gruppen innehåller 1 916 individer, vilket motsvarar åtta procent av populationen.

Grupp 3: Försäkrade som inte tillhör någon av ovanstående grupper, dvs. deras senaste sjukskrivning (om någon alls) måste ha avslutats innan den 1 juli 2008. Avgränsning i denna grupp har gjorts till inrikes födda, detta för att säkerställa jämförbarhet mellan de som beviljas och nekas ersättning. Gruppen innehåller 12 949 individer, vilket motsvarar 51 procent av populationen.

Grupp 1–3 kan i fallande ordning förväntas fånga anknytningen till arbetsmarknaden, där personer i grupp 1 i genomsnitt torde ha varit i arbete relativt nyligen jämfört med i tur och ordning personer i grupp 2 och 3. Personer i grupp 1 torde vidare med högre sannolikhet också ha en arbetsgivare att återvända till i händelse av ett nekande av SA.

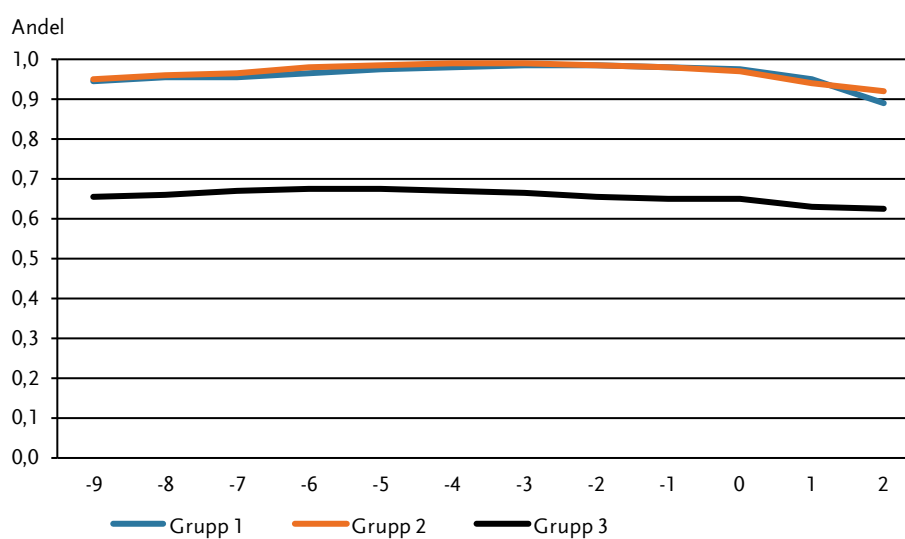
För att undersöka om den förväntade rangordningen är i överensstämmelse med verkligheten redovisas i diagram 5 och 6 hur stor andel av de nekade i respektive delpopulation som har en registrerad inkomst respektive arbetsinkomst åren före och efter beslutet i omprövningen. I diagram 5 framgår att i princip samtliga (97 %) i grupp 1 och grupp 2 hade en registrerad inkomst i anslutning till omprövningen. Detsamma gällde inte personer i grupp 3, där endast 65 procent hade en inkomst. Skillnaderna i inkomster avser både inkomster från transfereringssystemen (se diagram A8 i bilaga), från vilka omkring 95 procent i grupp 1 och 2 mottog någon ersättning i samband med omprövningen, och endast 60 procent i grupp 3, och arbetsinkomster (diagram 6), där omkring 60–65 procent i grupp 1 och 2 hade en registrerad arbetsinkomst och 30 procent i grupp 3. Andelen med en arbetsinkomst var något högre i grupp 1 än i grupp 2 åren före omprövningen. Noterbart är att en individ kan ha inkomster från både arbete och ersättningsystemen under ett år.

Intressant att notera är också att en hög andel, ca 30 procent, i grupp 3 mottog ekonomiskt bistånd i samband med omprövningen (se diagram A9 i bilaga 1).

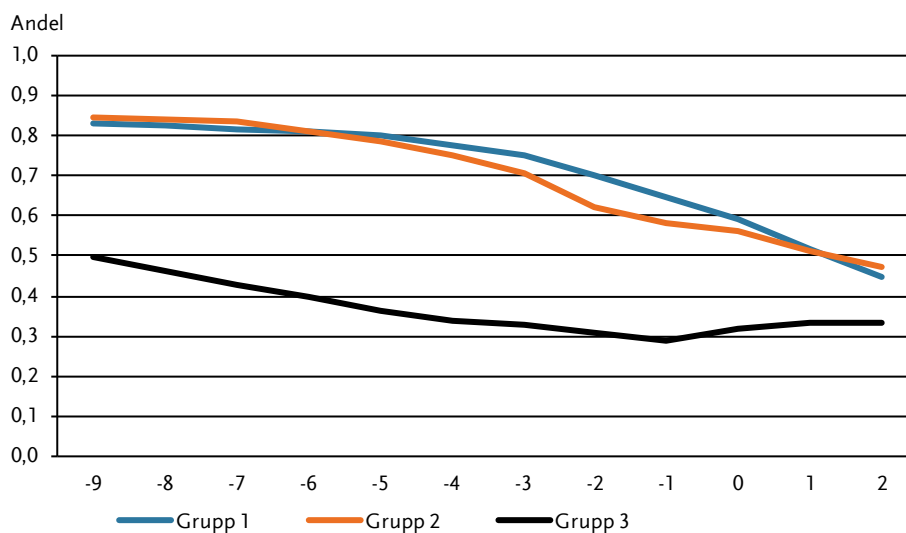
Motsvarande andel i grupp 1 och 2 var ungefär 10 procent. Samtliga grupper uppvisade en stigande trend i mottagande fram till omprövningen, varefter andelen sjönk.

Noterbart är att uppdelningen i grupp 1 och grupp 2 också i någon mån möjliggör en jämförelse av effekterna med och utan en bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning. Till detta ämne återkommer vi senare i rapporten. Notera också att majoriteten i populationen tillhör grupp 3, alltså gruppen som förväntas ha sämst anknytning till arbetsmarknaden.

Diagram 5 Andel med registrerad inkomst åren före och efter omprövning, endast nekade



Anm.: Grupp 1 = personer vars senaste sjukskrivning påbörjades efter 1 juli 2008, grupp 2 = personer vars senaste sjukskrivning pågick 1 juli 2008, grupp 3 = personer vars senaste sjukskrivning (om någon alls) avslutades före 1 juli 2008.

Diagram 6 Andel med registrerad arbetsinkomst åren före och efter omprövning, endast nekade

Anm.: Grupp 1 = personer vars senaste sjukskrivning påbörjades efter 1 juli 2008, grupp 2 = personer vars senaste sjukskrivning pågick 1 juli 2008, grupp 3 = personer vars senaste sjukskrivning (om någon alls) avslutades före 1 juli 2008.

I tabell A3 i bilaga 1 ges en presentation av respektive grupp. Där förstärks bilden av grupp 3 som en grupp med särskilt svag förankring på arbetsmarknaden. Personer i denna grupp är yngre, lägre utbildade, och har dessutom betydligt lägre arbetsinkomster i genomsnitt föregående år jämfört med personer i de andra grupperna. En jämförelse med avseende på hälsoindikatorerna avslöjar emellertid endast små skillnader mellan grupperna.

Effekter för olika delpopulationer

I tabell 4 redovisas effekterna av att bli nekad SA i omprövningen för grupp 1–3. Till följd av uppdelningen av populationen är det svårt att nå precisa effektskattningar för varje delpopulation. Genom att i stället mäta effekterna av att vara född tidigt (stor risk för nekande) jämfört med sent (mindre risk för nekande), får vi emellertid en god uppfattning om effekternas riktning och statistiska styrka.⁴⁰ Eftersom detta resultat inte har någon ekonomisk tolkning väljer vi att endast presentera resultatets riktning när det är statistiskt säkerställt. Uppföljningshorisonten är tre år. I tabell A4 (bilaga 1) redovisas effekterna på ett års sikt.

⁴⁰ Resultaten avser OLS-skattningar av effekten av att vara född tidigt jämfört med att vara född sent. Tolkningen av effektens riktning och statistiska styrka är densamma som i föregående avsnitt.

I den översta panelen i tabell 4 framgår att nekandet av SA inte föranledde någon tydlig minskning av antalet framtida dagar med SA för någon av grupperna. Potentiella förklaringar angavs i föregående avsnitt.⁴¹ För grupp 3 kan konstateras en tydlig och statistiskt säkerställd minskning i antalet framtida sjukpenningdagar. Effekten återfinns både på kort och lång sikt. Resultatet kan vara en signal om att nekandet inneburit att många i gruppen lämnat arbetsmarknaden som en konsekvens av beslutet. Tvärtom syns tecken på en ökning av antalet sjukpenningdagar för grupp 1, de vars senaste sjukskrivning påbörjades efter 1 juli 2008, men bara under det första året efter nekandet (se tabell A4).

För både grupp 2 och grupp 3 innebar nekandet av SA en minskning av den totala användningen av sjukförsäkringen efterföljande år (tabell A4). På tre års sikt (tabell 4) är den negativa effekten tydligast för grupp 3.

I den mellersta panelen av tabell 4 redovisas vilka effekter nekandet av SA hade på inkomsterna, såväl från arbete som från ersättning från transfereringssystemen. Grupp 1 är den grupp som i minst utsträckning påverkades inkomstmässigt av nekandet. För personer i denna grupp gick inkomsterna från transfereringssystemen ner något, men bara kortsiktigt (se tabell A4). Tvärtom återfinns för grupp 3 en tydlig och statistiskt säkerställd negativ effekt på inkomster via transfereringssystemen.

Även för grupp 2 syns en tydligt negativ effekt på de totala inkomsterna upp till tre år efter nekandet. Denna effekt drivs emellertid inte av relativt lägre inkomster från transfereringssystemen, utan av en relativ minskning av arbetsinkomsterna. En närmare analys visar arbetsinkomsterna, såväl för dem som nekas som beviljas ersättning, är på nedåtgående vid beslutstillfället. De som beviljas ersättning lyckas emellertid i högre utsträckning stanna kvar i arbetslivet. En möjlig förklaring kan vara att den försäkrade, via s.k. vilande ersättning eller steglös avräkning, i viss mån tillåts arbeta samtidigt som man uppbär ersättning. En annan förklaring kan vara att personer som nekas SA men som har för avsikt att ansöka igen, kan ha drivkrafter att dölja sin sanna arbetsförmåga för att öka sina framtida möjligheter att beviljas SA.

I den nedersta panelen av tabell 4 redovisas avslutningsvis effekterna med avseende på olika hälsoindikatorer. För grupp 1, dvs. gruppen som i minst utsträckning påverkades inkomstmässigt av nekandet av SA, återfinns inga effekter på hälsan. Inte heller för grupp 2 syns några statistiskt säkerställda effekter. För grupp 3 däremot, den grupp som förlorade mest inkomstmässigt på

⁴¹ En detaljerad analys visar att det finns statistiskt säkerställda skillnader i utbetalningar av SA som en konsekvens av beslutet, men att skillnaderna uppstår olika kvartal för olika grupper.

det negativa beslutet, återfinns negativa effekter även på hälsan. Det syns via en ökning av antalet dagar som inlagd inom slutna vård.

Tabell 4 Effekter (riktning respektive statistisk styrka) av nekad SA på, i) användningen av sjukförsäkringen, ii) inkomsterna, och iii) hälsan, 3 års uppföljning

	Grupp 1 Tecken (styrka)	Grupp 2 Tecken (styrka)	Grupp 3 Tecken (styrka)
Ersättningsdagar			
SA-dagar			
Sjukpenningdagar		– (*)	– (***)
Totalt			– (***)
Inkomst			
Arbetsinkomster		– (**)	
Transfereringar			– (**)
Totalt		– (**)	
Hälsa			
Vårdbesök			
Läkemedel, dygnsdoser/dygn			
Slutna vård (dagar)			+ (**)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av effekten av att vara född tidigt (dag 1–15) i månaden jämfört med sent (dag 16–31). Kontroll för utrikes född. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå.

I tabell A5 i bilaga 1 redovisas effekterna fördelat på bl.a. kön, ålder och utbildning. En sammanfattande slutsats är att de negativa effekterna på inkomster och hälsa är relativt jämnt fördelade mellan olika grupper. De negativa effekterna på inkomster, som kan härledas till såväl män som kvinnor och hög- som lågutbildade, går nästan genomgående via lägre utbetalningar från ersättningsystemen. Ett undantag är gruppen som saknar eftergymnasial utbildning, där de som nekats ersättning minskar sina arbetsinkomster under de efterföljande tre åren, jämfört med de som beviljas.

På motsvarande sätt är de negativa hälsoeffekterna i form av ökad risk för inläggning på vårdinrättning, jämnt fördelade mellan olika grupper. Åldersmässigt framträder de negativa effekterna dock främst i gruppen 30–54 år.

5.5 Anknytningen till arbetsmarknaden

I detta avsnitt fördjupar vi oss ytterligare i frågan om vilken betydelse närheten till, eller förankringen på, arbetsmarknaden har för beslutet i omprövningen. En avgränsning har gjorts till grupp 1 och 2, dvs. till personer vars senaste sjukskrivning antingen pågick vid tidsgränsens införande, eller påbörjades efteråt. Denna population uppgår till 5 452 individer. I princip samtliga (97 %) i respektive grupp hade en inkomst, antingen från arbete eller via transfereringssystemet, året innan omprövningen (se diagram 5). En något högre andel i grupp 1 hade en registrerad inkomst från arbete (se diagram 6). Det som framför allt skiljer grupperna åt är den tid som passerat sedan den senaste sjukskrivningen påbörjades. I grupp 1 hade i genomsnitt 400 dagar passerat, medan det för grupp 2 i genomsnitt hade passerat hela 1 300 dagar. Det är därför troligt att grupp 1 hade en bättre arbetsmarknadsanknytning än grupp 2.

För att analysera betydelsen av närheten till arbetsmarknaden har tre jämförelser genomförts. I den första jämförs grupp 1 och grupp 2. Om en nära anknytning till arbetsmarknaden är en fördel skulle vi förvänta oss att nekandet relativt sett hade mer positiva effekter för grupp 1. Vi skulle med andra ord förvänta oss ett positivt tecken med avseende på inkomster, och eventuellt ett negativt tecken med avseende på hälsoindikatorer.

Den andra jämförelsen står mellan dem som vid ansökan om omprövning hade en pågående sjukskrivning, och de som inte hade det. För att vara sjukskriven fordras anknytning till arbetsmarknaden, även om det kan vara länge sedan faktiskt förvärvsarbete utfördes, vilket innebär att de som var sjukskrivna i genomsnitt kan förväntas ha stått närmare arbetsmarknaden än de som inte var det. Vi skulle med andra ord förvänta oss relativt sett mer positiva effekter för den första gruppen. Den tredje jämförelsen står mellan dem som vid ansökan om omprövning hade en sjukskrivning som pågått i mindre eller mer än 915 dagar (2,5 år), vilket motsvarar den bortre tidsgränsen för sjukpenning som fanns t.o.m. februari 2016. Denna analys är alltså avgränsad till individer som hade en pågående sjukskrivning vid ansökan om omprövning (2 520 individer). Syftet är att studera om tidpunkten för när i sjukfallet prövningen till SA genomförs, har betydelse för utfallet vid ett nekande. Om anknytningen till arbetsmarknaden är en fördel skulle vi förvänta oss ett relativt bättre utfall för dem som varit sjukskrivna kortare tid.

I tabell 5 redovisas effekterna av ett nekande av SA med utgångspunkt i ovanstående jämförelseindelning. I den första kolumnen framgår att det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupp 1 och 2 med avseende på ersättning som betalas ut, och heller inte vad gäller den totala inkomsten. Dock finns skillnader vad gäller arbetsinkomster där grupp 1, relativt sett, uppvisar tydligt högre inkomster sett över en treårsperiod. Att ha påbörjat sin senaste

sjukskrivning under en period då en bortre tidsgräns fanns är alltså förknippat med ett bättre utfall för individen i händelse av ett nekande, jämfört med motsatsen. Vad gäller hälsa återfinns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.

I den andra kolumnen redovisas resultaten med avseende på om den sökande var sjukskriven eller inte vid tidpunkten för omprövningen. Här framträder ett tydligare mönster i resultaten. Exempelvis framgår att inkomsterna från transfereringssystemen under det första året efter nekandet var relativt sett högre bland dem med en pågående sjukskrivning. En möjlig förklaring är att nekandet av SA till viss del kompenserades med mer sjukpenning än vad som annars hade varit fallet. Det tredje året syns också en skillnad såtillvida att ansökande med en pågående sjukskrivning uppvisar högre arbetsinkomster än övriga. Inkomstbortfallet från nekat SA kompenserades således både via mer ersättning från angränsande stödsystem, och mer arbete.

Effekterna på hälsa förefaller vara spegelvända – de positiva effekterna på inkomster är förknippat med relativt färre dagar som inlagd på vårdinrättning, dvs. bättre hälsa. Denna effekt framträder tydligast under det andra året efter nekandet.

I den tredje och sista kolumnen redovisas avslutningsvis betydelsen av hur länge ett sjukfall pågått vid omprövningen av SA. Resultaten visar att om sjukfallet pågått längre än 915 dagar, påverkades arbetsinkomsterna relativt sett negativt i jämförelse med om sjukfallet i stället pågått i mindre än 915 dagar. Effekterna framträder på två och tre års sikt. I så måtto att den bortre tidsgränsen vid 2,5 år bidrog till att fler sjukskrivna prövades för SA tidigare i sjukfallet, hade tidsgränsen alltså positiva effekter för utfallet i händelse av ett nekande. Inga statistiskt säkerställda effekter framträder beträffande hälsa.

Resultaten bör i viss mån reserveras för att andra faktorer än enbart förankringen på arbetsmarknaden kan skilja sig åt mellan de jämförda grupperna. Resultaten är emellertid stabila även vid kontroll för bakomliggande faktorer som exempelvis kön, ålder och utbildning. Den sammantagna bilden är därför att analyserna ger stöd för att individens möjligheter och förankring på arbetsmarknaden har betydelse för effekterna vid ett nekande av SA; ju längre ifrån arbetsmarknaden individen befinner sig och ju mer utsatt position denna har, desto sämre är möjligheten att kompensera nekandet av SA med ökade arbetsinkomster och transfereringar. Vid ett nekande ökar också risken för relativt sämre hälsa.

Tabell 5 Effekter (riktning respektive statistisk styrka) av att nekas SA för, i) grupp 1 jämfört med grupp 2, ii) för dem med pågående respektive inte pågående sjukfall, och iii) för dem med ett pågående sjukfall som pågått i mindre eller mer än 915 dagar

	Grupp 1 – Grupp 2	Pågående – ej pågående sjukfall	Före – efter dag 915 ^a
Ersättning			
År 1		+ (**)	
År 2			
År 3			
Agg. 3 år		+ (*)	
Arbetsinkomst			
År 1			
År 2	+ (**)		+ (**)
År 3	+ (**)	+ (**)	+ (**)
Agg. 3 år	+ (**)		
Total inkomst			
År 1			
År 2		+ (*)	
År 3		+ (***)	
Agg. 3 år		+ (**)	
Dagar inom sluten vård			
År 1			
År 2		- (**)	
År 3			
Agg. 3 år			

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av effekten av att vara född tidigt (dag 1–15) i månaden jämfört med sent (dag 16–31). Kontroll för utrikes född och bas i respektive analys. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå. Antal observationer: 5 452. ^a: Avgränsning till pågående sjukfall: 2 520.

5.6 Betydelsen av en bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning

I föregående avsnitt konstaterades att hur länge man varit sjukskriven innan beslutet om SA har betydelse för effekterna vid ett nekande. Den 1 februari 2016 togs den bortre tidsgränsen vid 2,5 år för rätt till sjukpenning bort. En intressant fråga är om och hur detta påverkat övergångarna från sjukpenning till SA, och Försäkringskassans benägenhet att pröva den sjukskrivnes rätt till SA. Dessa frågor undersöks närmare i detta avsnitt.

Utredningar av rätten till SA

Försäkringskassan ska löpande under en sjukskrivning se till att rätt ersättning utgår. Bedöms arbetsförmågan nedsatt under en längre period, och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda, kan ett utbyte från sjukpenning till SA ske när som helst under sjukskrivningen.

Innan rehabiliteringskedjans och den bortre tidsgränsens införande 2008 fanns en bestämmelse om att den försäkrades rätt till SA skulle utredas i samband med att sjukfallet pågått i ett år, den s.k. *ettårsprövningen*.⁴² Bestämmelsen togs dock bort i samband med rehabiliteringskedjans införande.⁴³ Efter avskaffandet av den bortre tidsgränsen har bestämmelsen emellertid kommit tillbaka i något modifierad form. Från och med den 1 september 2016 har ett nytt moment, en *särskild utredning*, tillkommit i sjukskrivningsprocessen.⁴⁴ Denna utredning är emellertid inte reglerad i lag.

Den särskilda utredningens huvudsyfte är att förkorta sjukpenningperioden och öka återgången i arbete, detta genom att säkerställa att det finns en planering i ärendet. Utredningen ska genomföras någon gång mellan dag 366 och 450 i sjukfallet. Det handläggande teamet hos Försäkringskassan tar fram en plan för hur ärendet ska handläggas mot avslut, och i bedömningen kan det bli aktuellt att ta hjälp av en försäkrings specialist, beslutsfattare eller en försäkringsmedicinsk rådgivare. Utredningen ska bl.a. leda fram till ställningstaganden kring om det finns hinder för att påbörja en rehabiliteringsinsats, eller om det finns skäl att dra in sjukpenningen. Om arbetsförmågan kan antas vara mer permanent nedsatt ska initiativ tas för att byta ut sjukpenning mot SA.

I tabell 6 redovisas i vilken utsträckning Försäkringskassan genomför nämnda prövningar i tid. För ettårsprövningen, som alltså tillämpades innan rehabiliteringskedjans införande, studeras ärenden som påbörjades 2005–2006.

⁴² Reglerades i den numera upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring, 16 kap. 1–2 §§.

⁴³ I prop. 2007/08:136 lades förslaget att skrivningen skulle tas bort.

⁴⁴ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 7, hämtad 2018-04-06, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d00e1f0d-b1c4-4e4b-9d31-223c5f9c9815/vagledning-2015-01.pdf?MOD=AJPERES>.

För den särskilda utredningen studeras ärenden som påbörjades under 2016. Resultaten visar att Försäkringskassan i hög utsträckning inte genomför dessa prövningar. För ärenden påbörjade under 2005 och 2006 hade ettårsprövningen genomförts i drygt 32 procent av de ärenden som passerat 450 dagar, och i endast 29 procent av ärenden påbörjade under 2016 hade den särskilda utredningen genomförts.

Tabell 6 Andel ärenden som passerat 450 dagar och där ettårsprövning (ärenden påbörjade 2005–2006), respektive särskild utredning (ärenden påbörjade 2016) genomförts

	Andel
Ettårsprövning (2005–2006)	32,4
Särskild utredning (2016)	29,0

Anm.: Avser ärenden som passerat 450 dagar. Antal observationer, ettårsprövning: 126 581, särskild utredning: 21 424.

Övergångar från sjukpenning till SA

Att en utredning inte genomförts innebär inte nödvändigtvis att ett utbyte av ersättning skett om en sådan genomförts. För att få en mer exakt uppfattning om de försäkrades möjligheter att beviljas SA behöver man studera i vilken utsträckning sjukskrivna övergått till SA. I diagram 7 återges sannolikheten att ha övergått från sjukskrivning till SA vid olika sjukskrivningstider för sjukskrivningar som påbörjades olika år. En uppdelning har gjorts mellan sjukskrivningar som, om de nådde 2,5 år (915 dagar), antingen omfattades (2010–2013) eller inte omfattades (2014–2016) av en bortre tidsgräns.

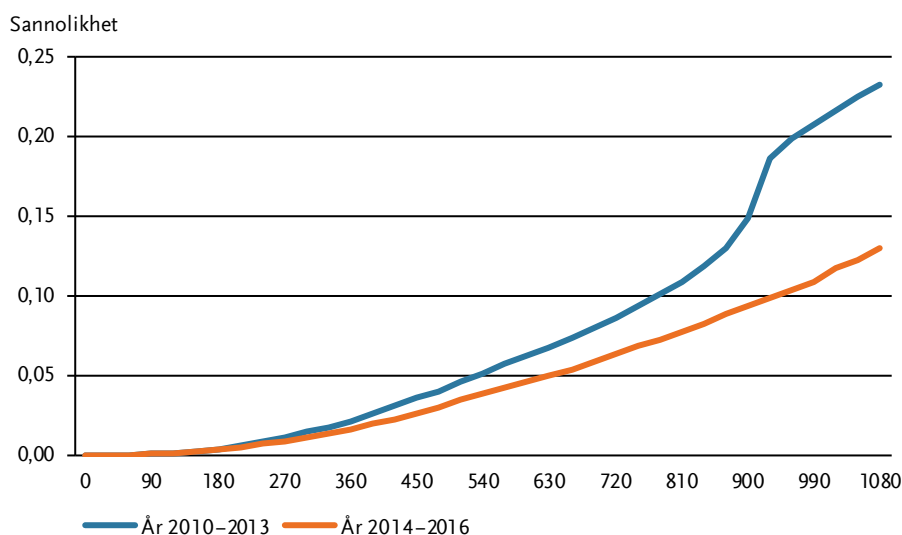
I diagrammet framgår att sannolikheten att man som sjukskriven ska ha övergått till SA vid olika sjukskrivningstider, under förutsättning att man inte avbrutit sjukskrivningen av någon annan anledning, genomgående var högre bland dem som påbörjade en sjukskrivning under en period då en bortre tidsgräns fanns. En skillnad uppstår redan under sjukskrivningens första år, och förstärks därefter ända fram till dag 915, då sannolikheten att övergå ökar kraftigt bland personer som blev sjukskrivna 2010–2013. Efter tre års sjukskrivning är sannolikheten att ha övergått till SA nästan dubbelt så hög, 23 jämfört med 13 procent, för sjukskrivna som omfattades av en bortre tidsgräns.

I Försäkringskassans skrivelse till regeringen 2017 konstaterar man att antalet nybeviljade sjukersättningar visserligen sjönk under 2016 och 2017, men man anför en annan förklaring till nedgången än avskaffandet av den bortre

tidsgränsen.⁴⁵ Deras bedömning är att det utvecklats en mer korrekt tillämpning av de regler som infördes 2008, vilket innebär att färre försäkrade både provas för, och beviljas, ersättning. Som stöd för resonemanget framhåller man att avslagandelarna gått upp tydligt under senare år, och det utan att varken lagändringar eller förändringar av rättspraxis genomförts.

Även om en del av de senaste årens nedgång i beviljandena av sjukersättning kan förklaras av en mer korrekt regeltillämpning, är det sannolikt att även avskaffandet av den bortre tidsgränsen haft betydelse. Inte minst den tydliga ökningen i direkt anslutning till tidsgränsen (diagram 7) talar för detta. Därutöver förefaller de utredningar som ersatt den bortre tidsgränsen, inte alls genomföras i den utsträckning som kan förväntas.

Diagram 7 Sannolikheten att ha övergått till SA vid olika sjukskrivningstider under förutsättning att sjukskrivningen inte har avslutats av andra orsaker, för sjukfall som omfattades (2010–2013), respektive inte omfattades (2014–2016), av en bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning



Anm.: Antal observationer, år 2010–2013: 2 007 845, år 2014–2016: 1 781 345.

⁴⁵ Försäkringskassans skrivelse till regeringen 2017, hämtad 2018-04-06, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5b8b113d-4f56-491a-86a6-ffe9a6e8b0c8/framställning-till-socialdep-002-002.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

5.7 Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar

Försäkringskassan har vid tre tillfällen de senaste åren granskat den rättsliga kvaliteten i SA-ärenden, två har avsett sjukersättningsärenden och en ärenden inom aktivitetsersättningen.

I Försäkringskassan (2015) granskas 700 sjukersättningsärenden från 2014 där Försäkringskassan fattat beslut om ett beviljande av ersättning. Resultaten pekar på betydande förbättringspotential. I endast 45 procent av ärendena ansåg granskarna att den utredning som genomförts var tillräcklig för att motivera ett positivt beslut. I resterande ärenden ansågs antingen beslutet felaktigt eller utredningen vara otillräcklig för att fatta beslut utifrån. Granskarna pekar på flera förbättringsområden, bl.a. i beslutsfattarnas kunskaper om sjukersättningsreglerna och förmåga att tolka och tillämpa begrepp som *arbetsförmåga*, *arbetsmarknaden* och *stadigvarande*. Man ser också brister i användningen av försäkringsmedicinska konsultationer.

I Försäkringskassan (2017) granskas utöver beviljanden av sjukersättning även kvaliteten i avslagsbeslut under 2016. Resultaten visar att besluten om avslag i regel var korrekta och att tillräckliga underlag hade tagits fram. Att andelen avslag var så hög som 70 procent ger en indikation om att kunskaperna om kraven för rätt till sjukersättning bland försäkrade och läkare var bristfälliga. I uppföljningen konstateras också att de brister som framkom i den tidigare rättsliga uppföljningen i huvudsak kvarstod. Vad gäller kvaliteten i utredningarna konstaterades en tydlig försämring, medan kvaliteten i bedömningarna hade förbättrats något. Försäkringskassan konstaterar att de åtgärder som vidtagits sedan den förra uppföljningen antingen saknat precision eller inte varit tillräckligt omfattande. Granskarna konstaterar att det främst är i beslutsfattarnas förmåga att analysera och värdera bevisning utifrån rättspraxis som bristerna finns.

I likhet med uppföljningarna inom sjukersättningen framkommer betydande brister också i en uppföljning som rör bedömningarna inom aktivitetsersättningen. I Försäkringskassan (2016), där 840 aktivitetsersättningsärenden under 2015 granskas, konstateras att närmare en tredjedel av ärendena ansågs bristfälligt utredda, och att beslutet i nästan hälften av de tillräckligt utredda ärendena kunde anses tveksamma. Tveksamheterna avsåg främst beviljanden där beslutet kunde anses för generöst, antingen såtillvida att ersättning inte borde beviljats alls eller att ersättningen borde beviljats under en kortare ersättningsperiod eller till en lägre ersättning. I några fall ansåg granskarna emellertid att bedömningen kunde betraktas som för strikt, på så vis att det fanns stöd för en längre ersättningsperiod. I uppföljningen konstateras att den som fattade beslut i ärendet, beslutsfattaren, ibland upplevde sin roll som utsatt och under påverkan av såväl överordnande som sjukskrivande handläggare.

I en rättslig kvalitetsuppföljning (Försäkringskassan, 2018) undersöks i vad mån det i långa sjukfall (minst 450 dagar) finns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot SA, och i vilken utsträckning ytterligare utredning skulle kunna påvisa förutsättningar för det. Uppföljningen visade att det i majoriteten av ärenden bedömdes osannolikt att rätten till SA skulle vara uppfylld. I hälften av ärendena bedömdes det i princip helt uteslutet. Med andra ord gavs inget stöd för att ytterligare uppföljning av långa ärenden skulle öka antalet som beviljades SA. I uppföljningen konstateras vidare att en relativt hög andel inte uppfyllde villkoren för rätt till sjukpenning. Här yttras dock en reservation för att ytterligare utredning potentiellt hade kunnat visa att den försäkrade hade rätt till ersättning.

Sammanfattningsvis visar Försäkringskassans uppföljningar att det finns betydande brister i bedömningarna av rätten till SA. Bristerna förefaller emellertid ensidiga, såtillvida att väldigt lite tyder på att Försäkringskassan är för restriktiva i sina bedömningar och att för få beviljas ersättning. Om något förefaller Försäkringskassan för generösa i sina bedömningar och beviljar SA till för många. Eftersom tidpunkten för uppföljningarna som avser avslagsbesluten (2014–2016) inte exakt överensstämmer med tiden för de beräknade effekterna (2009–2013), bör eventuella slutsatser om kvaliteten i bedömningarna i fokus för denna granskning dras försiktigt. Det faktum att den genomsnittliga avslagsnivån 2014–2016 var ungefär densamma (50 %) som under åren 2009–2013, gör det emellertid troligt att slutsatserna från uppföljningarna är relevanta även för ärendena som är föremål för denna granskning.

5.8 Slutsatser

Granskningen visar att ingenting tyder på att SA utgår till personer med betydande arbetsförmåga. Tvärtom konstateras att ett nekande av SA i genomsnitt får negativa konsekvenser för individen. Jämfört med att beviljas ersättning sker en tydlig försämring av inkomsterna eftersom bortfallet av SA inte kompenseras med vare sig högre arbetsinkomster eller högre transfereringar från andra ersättningsystem.

Vidare konstateras att ett nekande av SA också kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med dem som beviljas ersättning har de som nekas flera dagar som inlagd inom slutna vård efter beslutet. Den negativa effekten kan härledas till en relativ ökning av personer som är inlagda med diagnoserna schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. Personer med en allvarlig psykisk sjukdom är i en särskilt utsatt position i händelse av ett nekande.

Resultaten uppvisar ett tydligt mönster såtillvida att ju svagare position individen har på arbetsmarknaden, desto större är risken för att nekandet får negativa konsekvenser för inkomster och hälsa.

Trots de negativa effekterna ges inget stöd för att Försäkringskassan skulle vara för strikta i sina bedömningar i förhållande till regelverket. Försäkringskassans egna kvalitetsuppföljningar visar att avslagen i regel är väl underbyggda, både beträffande dokumentation och bedömning. Under förutsättning att denna slutsats är korrekt pekar det mesta därmed på att det föreligger en betydande diskrepans mellan de villkor som reglerar rätten till SA, och människors möjligheter att arbeta.

Ett viktigt resultat i granskningen är också att borttagandet av den bortre gränsen för rätt till sjukpenning förefaller haft en negativ inverkan på Försäkringskassans benägenhet att utreda den sjukskrivnes rätt till SA. Oavsett sjukskrivningens längd övergår färre från sjukpenning till SA i dag jämfört med under den period vi hade en tidsgräns (2008–2016). Detta ska tolkas som att det med en fast tidsgräns för rätten till sjukpenning också finns en naturlig bortre gräns för att pröva rätten till SA. Resultaten visar också att personer som påbörjade sin senaste sjukskrivning i närvaro av en bortre tidsgräns uppvisade högre arbetsinkomster efter ett nekande än dem som påbörjade en sjukskrivning utan en tidsgräns. Avslutningsvis konstateras tydliga brister i Försäkringskassans genomförande av den *särskilda utredning* som ska genomföras mellan dag 366 och 450 i sjukfallet.

Referenslista

Artiklar och utredning

Bound, J. (1989). "The Health and Earnings of Rejected Disability Insurance Applicants". *American Economic Review*, June 1989, 79, s. 482–503.

French, E., och J. Song (2014). "The Effect of Disability Insurance Receipt on Labor Supply". *American Economic Journal: Economic Policy*, 6, 291–337.

Försäkringskassan (2017). *Sjukersättning – Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2017:3.

Försäkringskassan (2016). *Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga – Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2016:6.

Försäkringskassan (2015). *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden – Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2015:4.

Hägglund, P. och P. Johansson (2016). *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. ESO-rapport 2016:2, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.

ISF (2014). *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*. Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2014:18.

ISF (2011). *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2011:17.

Johansson, P., Laun, L. och T. Laun (2014). "Screening stringency in the disability insurance program". *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 14, 873–891. DOI: 10.1515/bejeap-2013–0095.

Maestas, N., Mullen, K.J. och A. Strand (2013). "Does Disability Insurance Receipt Discourage Work? Using Examiner Assignment to Estimate Causal Effects of SSDI Receipt". *American Economic Review*, 103(5): 1797–1829.

Riksrevisionen (2016). *Är sjukskrivning bra för hälsan?* RiR 2016:31.

Wachter, T. v., Song, J., och J. Manchester (2011). "Trends in Employment and Earnings of Allowed and Rejected Applicants to the Social Security Disability Insurance Program". *American Economic Review* Vol. 101, No 7, s. 3308–3329.

Bilaga 1. Tabeller och diagram

Tabell A1 Beskrivning av beviljade och nekade, de sistnämnda uppdelade i grundbeslut respektive omprövning, 2009–2013, endast sjukersättning

	Beviljade ^a	Avslag	Omprövning
Man	0,44	0,41	0,37
Ålder			
Genomsnitt	51,7 (8,9)	48,9 (10,6)	50,1 (8,8)
< 25	-	0,03	-
25–34	0,05	0,08	0,06
35–44	0,18	0,20	0,20
45–54	0,32	0,33	0,36
55–64	0,44	0,35	0,36
Utbildningsnivå			
Ingen uppgift	0,03	0,15	0,07
Grundskola	0,24	0,26	0,22
Gymnasium	0,50	0,42	0,50
Eftergymnasial	0,23	0,19	0,22
Utrikes född	0,24	0,30	0,24
Arbetsinkomster (föregående år)	67 168 (110 345)	36 011 (75 099)	45 634 (84 463)
Antal obs.	66 397	64 473	23 125

Anm.: ^a: Avser personer som påbörjat en ersättningsperiod. Standardavvikelse inom parentes.

Tabell A2 Diagnoser vid inläggningar inom tre år efter beslutet i omprövningen

	Antal	Andel
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar, A–B	518	2,1
Tumörer, C	985	4,1
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet, D	563	2,3
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar, E	826	3,4
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, F	5 183	21,3
Sjukdomar i nervsystemet, G	896	3,7
Sjukdomar i ögat och närliggande organ, H	213	0,9
Cirkulationsorganens sjukdomar, I	1 944	8,0
Andningsorganens sjukdomar, J	941	3,9
Matsmältningsorganens sjukdomar, K	2 208	9,1
Hudens och underhudens sjukdomar, L	254	1,1
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, M	1 754	7,2
Sjukdomar i urin- och könsorganen, N	1 023	4,2
Graviditet, förlossning och barnsängstid, O	726	3,0
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser, Q	67	0,3
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes, R	2 754	11,3
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker, S–T	2 125	8,8
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården, Z	1 003	4,1
Uppgift saknas	312	1,3
Totalt	24 295	100,0

Tabell A3 Beskrivning av Grupp 1–Grupp 3

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
Beviljade i omprövningen	0,06	0,05	0,06
Man	0,33	0,33	0,41
Ålder			
Genomsnitt	51,8 (9,4)	51,7 (8,9)	45,5 (12,7)
<25	0,01	0,00	0,10
25–34	0,05	0,05	0,13
35–44	0,15	0,16	0,19
45–54	0,31	0,33	0,29
55–64	0,48	0,45	0,29
Utbildningsnivå			
Ingen uppgift	0,03	0,00	0,12
Grundskola	0,18	0,18	0,25
Gymnasium	0,52	0,56	0,47
Eftergymnasial	0,26	0,26	0,18
I sjukskrivning vid ansökan	0,55	0,30	0,00
Arbetsinkomster (året före ansökan)	81 664 (102 595)	61 434 (88 329)	30 375 (70 519)
Hälsa (senaste 6 månaderna)			
Antal vårdbesök	1,8 (3,1)	1,4 (2,2)	1,3 (3,3)
Antal dygnsdoser läkemedel/dygn	2,3 (4,5)	2,1 (4,7)	1,6 (3,9)
Dagar inom sluten vård	0,9 (5,8)	0,7 (5,6)	0,6 (5,3)
Antal obs.	3 536	1 916	12 949

Anm.: Standardavvikelse inom parentes.

Tabell A4 Effekter (riktning respektive statistisk styrka) av nekad SA på, i) användningen av sjukförsäkringen, ii) inkomsterna, och iii) hälsan. Ett års uppföljningshorisont. Kontroll för utrikes född.

	Grupp 1 Tecken (styrka)	Grupp 2 Tecken (styrka)	Grupp 3 Tecken (styrka)
Ersättningsdagar			
SA-dagar			
Sjukpenningdagar	+(*)		-(**)
Totalt		-(**)	-(**)
Inkomst			
Arbetsinkomster			
Transfereringar	-(*)		
Totalt		-(*)	
Hälsa			
Vårdbesök			
Läkemedel, dygnsdoser/dygn			
Sluten vård (dagar)			

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av effekten av att vara född tidigt (dag 1–15) i månaden jämfört med sent (dag 16–31). Kontroll för utrikes född. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå.

Tabell A5 Effekter (riktning respektive statistisk styrka) av att nekas SA för olika delpopulationer, på arbetsinkomster (3 år) och inkomster totalt (3 år), samt dagar i sluten vård (år 2 och 3)

	Arbetsinkomster	Inkomster – totalt	Dagar i sluten vård
Man		– *	+ **
Kvinna		– **	+ ***
Ålder			
<30		– **	
30–54			+ ***
55–			
Inrikes född		– **	+ ***
Utrikes född		– **	
Utbildningsnivå			
< Eftergymnasial	– **	– **	+ ***
Eftergymnasial		– **	+ **

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av effekten av att vara född tidigt (dag 1–15) i månaden jämfört med sent (dag 16–31). Kontroll för utrikes född, förutom i skattningarna för inrikes- respektive utrikesfödda separat. Personer med tidigare avslutade perioder med SA har exkluderats. */**/** indikerar statistisk signifikans på respektive 10/5/1 procents nivå.

Diagram A1 Fördelning av när i månaden individen är född fördelat på inrikes och utrikes födda, avser arbetsför befolkning

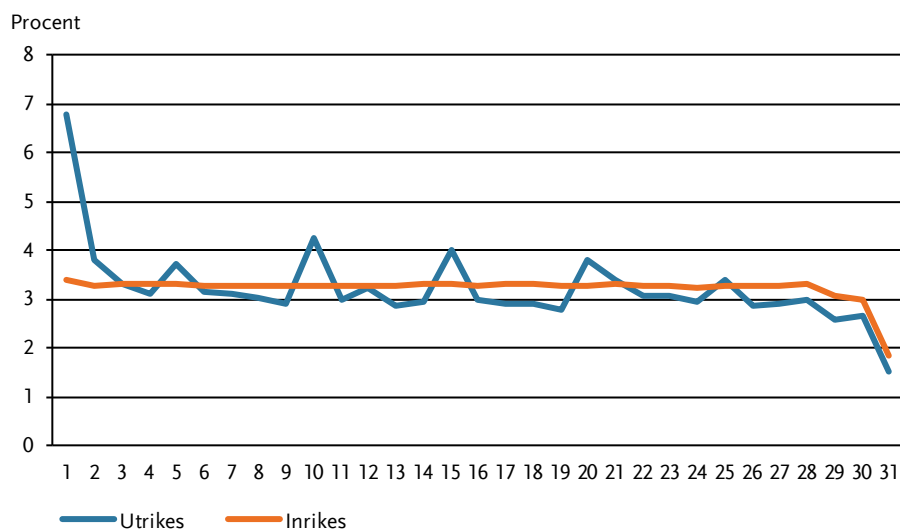


Diagram A2 Andel med redovisad inkomst, arbetsinkomst samt ersättning från transferering, åren före och efter beviljande av sjukersättning 2009–2013

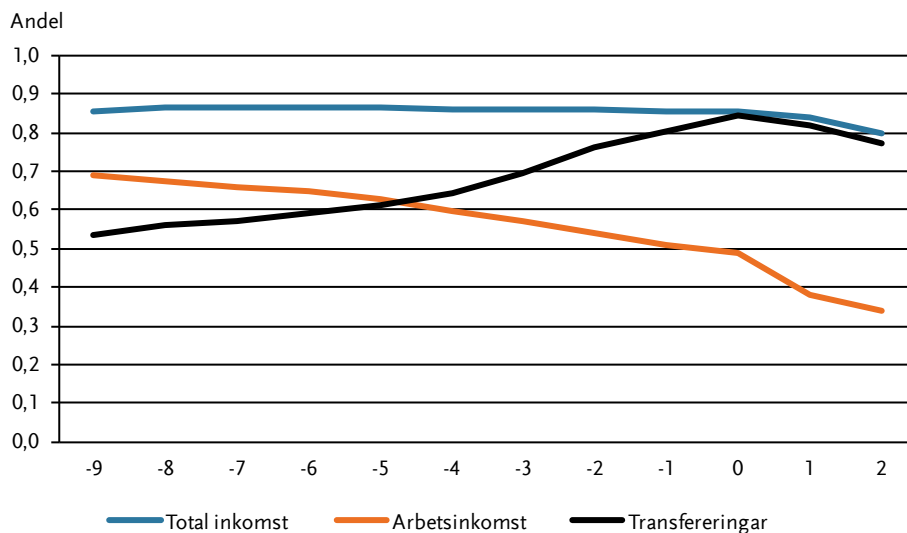


Diagram A3 Andel med redovisad inkomst, arbetsinkomst samt ersättning från transferering, åren före och efter ett avslag av rätten till sjukersättning 2009–2013

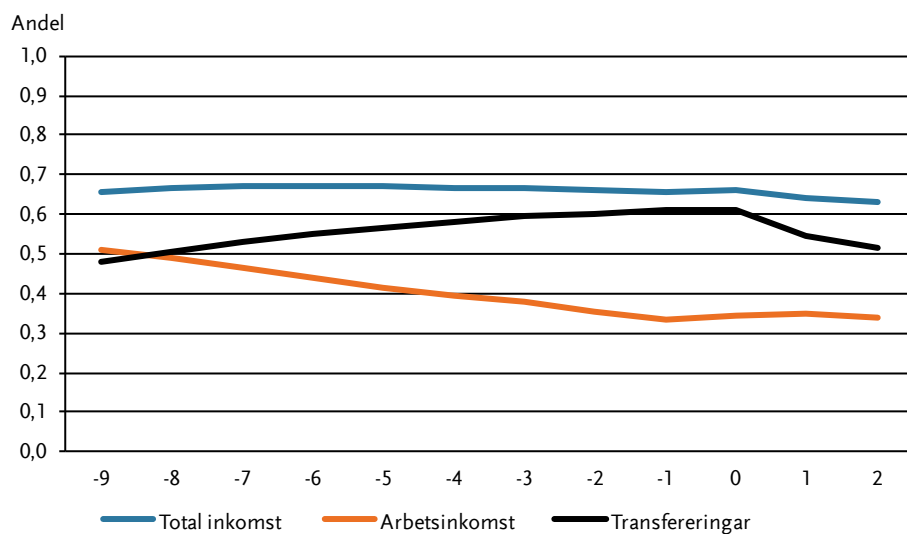


Diagram A4 Andel med redovisad inkomst, arbetsinkomst samt ersättning från transferering, åren före och efter ett omprövningsbeslut kring rätten till sjukersättning 2009–2013

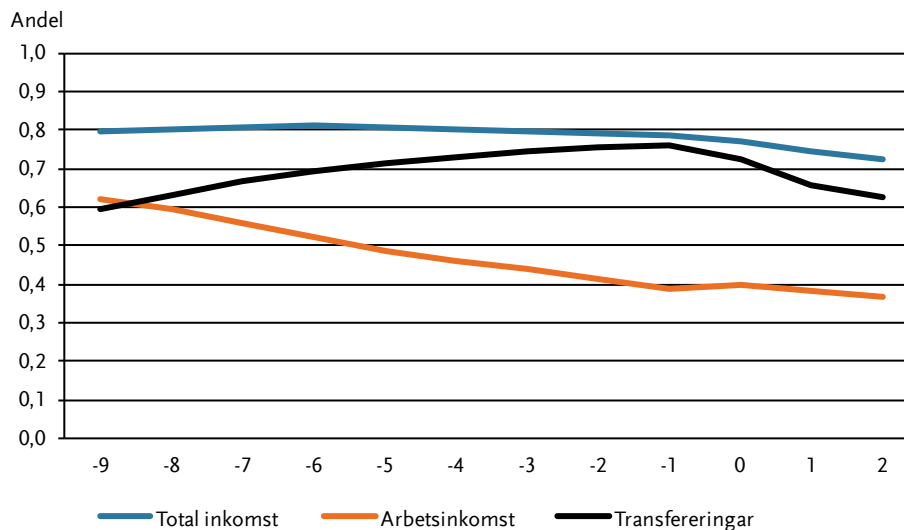


Diagram A5 Inkomst för personer födda tidigt respektive sent i månaden, före och efter beslutet i omprövningen

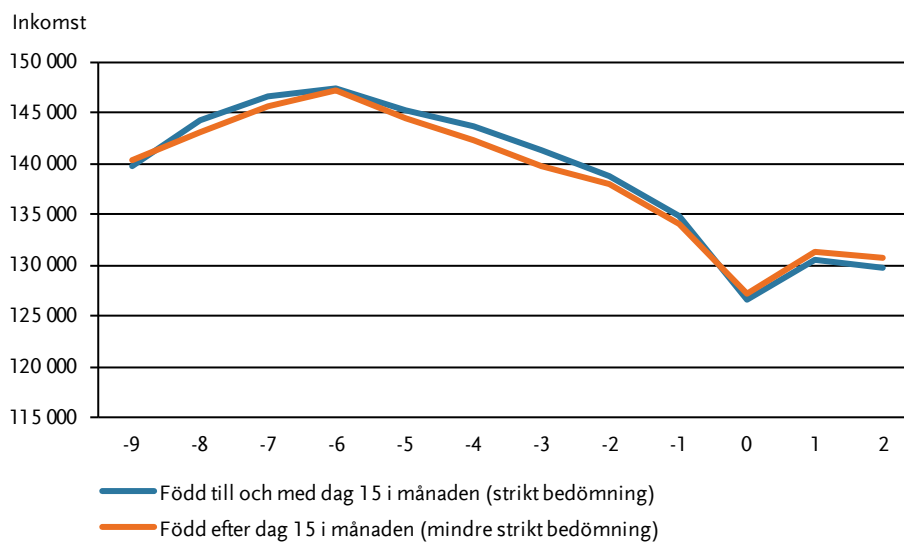


Diagram A6 Antalet dagar som inlagd inom sluten vård för personer födda tidigt respektive sent i månaden, före och efter beslutet i omprövningen, samtliga diagnoser

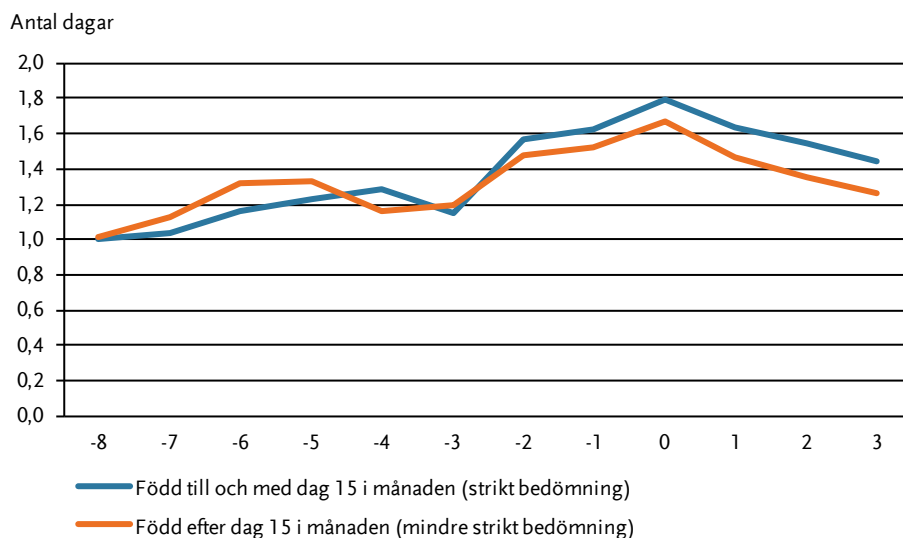


Diagram A7 Antalet dagar som inlagd i sluten vård för personer födda tidigt respektive sent i månaden, före och efter beslutet i omprövningen, F2-diagnoser

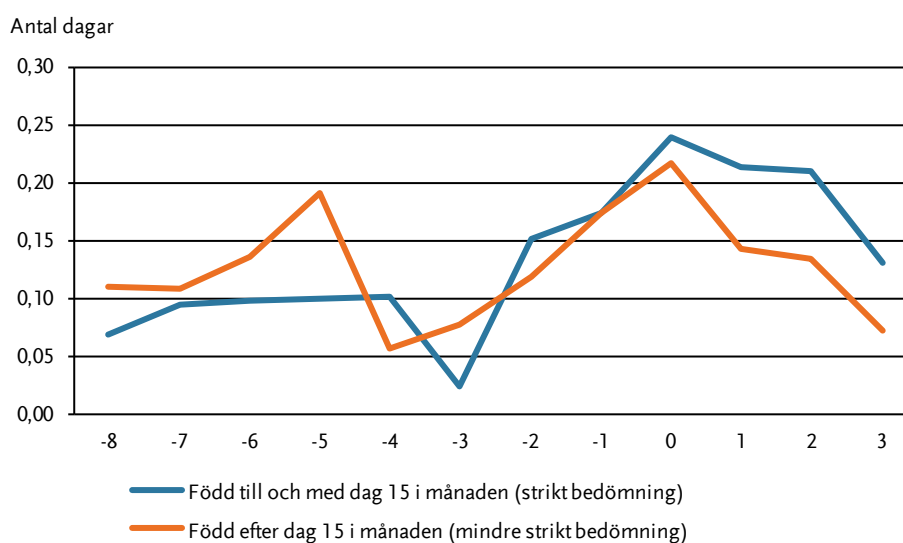
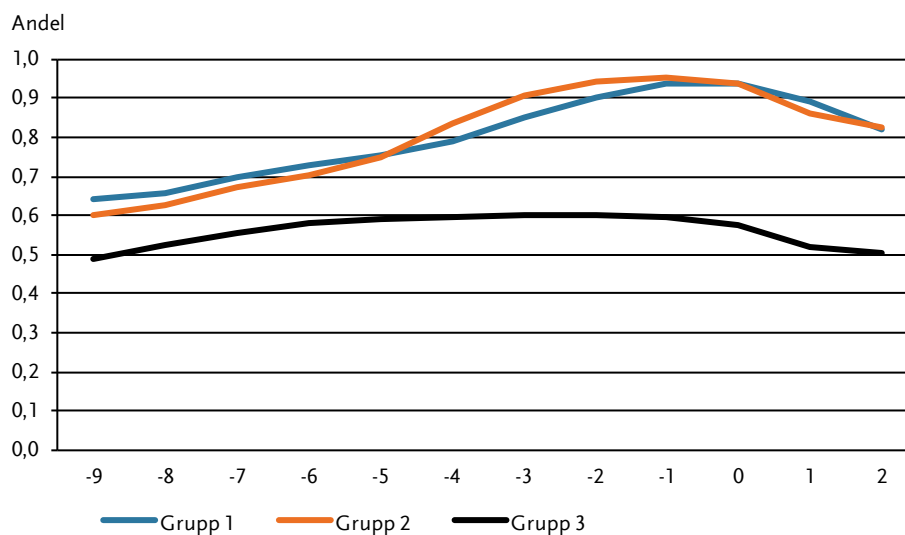
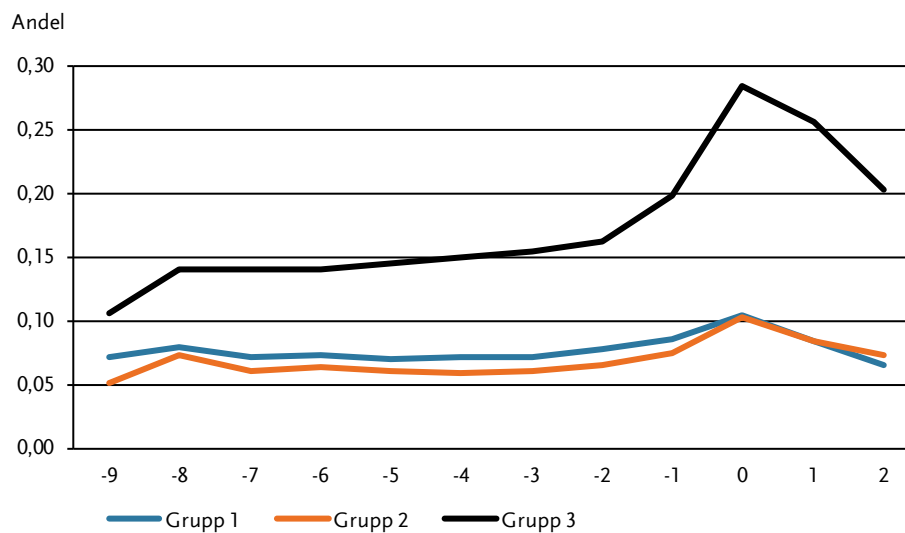


Diagram A8 Andel med registrerad inkomst från transfereringssystemen åren före och efter omprövning, endast nekade

Anm.: Grupp 1 = personer vars senaste sjukskrivning påbörjade efter 1 juli 2008, grupp 2 = personer vars senaste sjukskrivning pågick 1 juli 2008, grupp 3 = personer vars senaste sjukskrivning (om någon alls) avslutades före 1 juli 2008.

Diagram A9 Andel med ekonomiskt bistånd åren före och efter omprövning, endast nekade

Anm.: Grupp 1 = personer vars senaste sjukskrivning påbörjade efter 1 juli 2008, grupp 2 = personer vars senaste sjukskrivning pågick 1 juli 2008, grupp 3 = personer vars senaste sjukskrivning (om någon alls) avslutades före 1 juli 2008.

Sjuk- och aktivitetsersättning (SA) är de mer permanenta ersättningsformerna i sjukförsäkringen och ska betalas ut om arbetsförmågan kan antas vara nedsatt under en längre period. Eftersom arbetsförmågan inte är fullt mät- och observerbar finns ofta osäkerhet i bedömningen av rätten till ersättning. I granskningen analyseras vilka effekter ett nekande av SA har för individers inkomster och hälsa.

Resultaten visar att ett nekande av SA i genomsnitt får negativa konsekvenser för individen. De som låg på gränsen till att beviljas ersättning förlorade i genomsnitt omkring 125 000 kronor per år jämfört med om de i stället hade beviljats ersättning. De uppvisade också sämre hälsa i form av relativt fler dagar som inlagda inom slutna vård. Lite tyder på att Försäkringskassan varit för strikta i sina bedömningar. I stället förefaller regelverket inte vara anpassat till de nekades möjligheter att försörja sig på arbetsmarknaden.

Riksrevisionen föreslår därför att villkoren för rätt till SA ses över i syfte att göra det lättare att beviljas ersättning. Riksrevisionen föreslår också att en lagstadgad bortre tidsgräns i sjukskrivningsprocessen inom vilken individens rätt till SA ska vara prövad bör införas.

ISSN 1652-6597

ISBN 978-91-7086-477-3

Beställning: www.riksrevisionen.se

RIKSREVISIONEN

NYBROGATAN 55, 114 90 STOCKHOLM

08-5171 40 00

WWW.RIKSREVISIONEN.SE