

Tillämpningen av 20 kap. 10 a § lagen (1962:381) om allmän försäkring

Initiativet

Vid min inspektion av Försäkringskassan, länsorganisation Södermanland, den 31 maj–2 juni 2005 (JO:s dnr 2318-2005) uppmärksammade jag följande i ett ärende om sjukersättning gällande en försäkrad, AA.

AA ansökte den 30 september 2003 om partiell sjukersättning. Den 11 mars 2005 beslutade Försäkringskassans socialförsäkringsnämnd att avslå AA:s ansökan om sjukersättning. Av motiveringen till beslutet framgick att AA inte hade kommit in med något läkarutlåtande om hälsotillstånd till sin ansökan om sjukersättning. Den 29 april 2005 överklagade AA beslutet och uppgav i sitt överklagande att hon skulle inkomma med nytt medicinskt underlag. Den 17 maj 2005 kompletterades ärendet med ett fullständigt läkarutlåtande. Enligt en journalanteckning den 23 maj 2005 fann Försäkringskassan att det förelåg skäl för prövning av ändring av beslutet enligt 20 kap. 10 a § 2 lagen (1962:381) om allmän försäkring. En föredragningspromemoria upprättades med förslag till delvis ändring av det tidigare beslutet.

Jag beslutade att låta utreda saken i ett initiativärende.

Utredning

Ärendet remitterades till Försäkringskassan för yttrande över kassans handläggning av ärendet. Försäkringskassan anförde i remissvaret genom länsdirektören BB följande.

Bakgrund

Försäkringskassan beslutade i mars 2005 att avslå den försäkrades ansökan om sjukersättning. Av beslutet framgick att den försäkrade inte hade inkommit med något läkarutlåtande om hälsotillstånd till sin ansökan om sjukersättning. Efter att den försäkrade klagat på beslutet och inkommit med medicinskt underlag prövade kassan hennes ansökan med stöd av 20 kap. 10 a § 2 AFL och föreslog ändring av beslutet. Ärendet bokades in för behandling i socialförsäkringsnämnden (SFN) den 17 juni 2005 och den dagen fattar SFN beslut enligt förslaget.

Försäkringskassan har anmodats att inkomma med yttrande över handläggningen.

Bedömning

Handläggningen aktualiserar frågan om hur långt myndighetens ansvar sträcker sig för att bistå den enskilde med att komplettera sin ansökan med nödvändigt beslutsunderlag. Det är främst i 4 § förvaltningslagen som stöd finns för att bedöma myndighetens serviceskyldighet i förhållande till den försäkrades ansvar att själv förse myndigheten med nödvändigt beslutsunderlag till en ansökan.

Försäkringskassans länsorganisation i Södermanland har i ett verksamhetsutvecklarbeslut från den 3 mars 2003 fastlagt vilka rutiner som ska gälla i socialförsäkringsnämndsärenden där läkarutlåtande saknas och bedöms erforderligt. Beslutet bifogas yttrandet som bilaga. I det granskade ärendet har således dessa rutiner varit vägledande.

Vid en närmare granskning av handläggningen i just detta ärende kan vi dock konstatera att det under perioden den 31 augusti 2004–den 1 februari 2005 finns ett oförklarligt långt glapp i handläggningen som vi inte kan försvara, ett glapp som medfört en onödigt lång handläggningstid. Vi har således inte följt rutinerna fullt ut men vår bedömning är trots allt den att vi har uppfyllt serviceskyldigheten såsom den avses i 4 § förvaltningslagen. Den försäkrade har ansökt om partiell ersättning vilket sannolikt också bidragit till bedömningen att den försäkrade varit förmögen att själv införskaffa nödvändigt medicinskt underlag.

I det av Försäkringskassan återopade verksamhetsutvecklarbeslutet den 3 mars 2003 anges följande.

Bakgrund

I ansökningsärenden som gäller sjuk- och aktivitetsersättning, handikappersättning, vårdbidrag och bilstöd finns krav att den försäkrade ska bifoga ett läkarutlåtande till sin ansökan. I många av dessa ärenden saknas läkarutlåtande när ansökan kommer in till kassan. Trots flera påminnelser lyckas inte heller kassan få in läkarutlåtandet inom rimlig tid och inom ramen för vad som kan krävas av kassan vad gäller service. Detta har fått till följd att genomströmningstiden blir längre än nödvändigt. Nedanstående rutiner beskriver kassans agerande i dessa situationer. I rutinerna har beaktats de krav som ställs på försäkringskassans serviceskyldighet och allmänna krav på handläggning av ärenden enligt 4 och 7 § § förvaltningslagen.

Rutiner

Målsättningen är att beslut alltid fattats inom 180 dagar från ansökningsdatum.

När en ansökan kommer in och läkarutlåtande saknas ska bekräftelsebrev sändas till den försäkrade inom en vecka. Bekräftelsebrevet ska innehålla en uppmaning att snarast komma in med ett läkarutlåtande. Om det redan vid detta tillfälle framgår att den försäkrade har speciella svårigheter att själv ordna med läkarbesök och läkarutlåtande ska försäkringskassan hjälpa till att ordna detta.

Om inget läkarutlåtande har kommit in eller den försäkrade inte har hört av sig efter en månad från bekräftelsebrevets datering ska handläggaren ta muntlig kontakt med den försäkrade.

Den muntliga kontakten ska dessutom reda ut om någon/vilken läkarkontakt som är tagen eller planerad samt om läkarutlåtande är att förvänta och i så fall när. Om ingen läkarkontakt ännu tagits ska den försäkrade uppmanas att göra detta omgående och därefter meddela försäkringskassan tid för läkarbesök och vilken läkare som ska besökas.

Om inget läkarutlåtande kommit in eller om den försäkrade inte hört av sig och meddelat vilken tid han eller hon har fått för läkarbesök inom 30 dagar räknat från ovanstående uppföljningssamtal ska föredragningspromemoria omgående skrivas och lämnas till föredragande för kommunikering.

I de fall den försäkrade har meddelat tid för läkarbesök och läkarutlåtandet inte kommit in inom 30 dagar räknat från tidpunkten för läkarbesöket tas ny kontakt med den försäkrade som upplyses om att läkarutlåtande inte har kommit in. Den försäkrade uppmanas att påminna läkaren samt återkomma till försäkringskassan inom 14 dagar med besked om när utlåtandet kan förväntas komma in.

Om beskedet den försäkrade har fått innebär att läkarutlåtandet inte kan förväntas inom 30 dagar ska handläggaren ta kontakt med intygsskrivande läkare och meddela vilka konsekvenser väntetiden innebär. Intygsskrivande läkare uppmanas samtidigt att komma in med läkarutlåtandet inom 30 dagar.

Om läkarutlåtandet inte har kommit in inom 30 dagar räknat från försäkringskassans kontakt med intygsskrivande läkare överlämnas ärendet till försäkringsläkare som kontaktar intygsskrivande läkare. Försäkringsläkaren informerar om att försäkringskassan kommer att gå till beslut i socialförsäkringsnämnd i ansökningsärendet förslaget kommer att bli avslag då medicinskt underlag saknas (beslutet i SFN motiveras efter vilket ärendeslag som avses). Intygsskrivande läkare uppmanas att inom 14 dagar komma in med medicinskt underlag.

Har läkarutlåtande, trots alla dessa åtgärder, inte kommit in 14 dagar efter det att försäkringsläkaren haft kontakt med intygsskrivande läkare kontaktas den försäkrade och informeras om att vi inom 30 dagar kommer att gå till beslut i socialförsäkringsnämnd i ansökningsärendet förslaget kommer att bli avslag då medicinskt underlag saknas (beslutet i SFN motiveras efter vilket ärendeslag som avses).

Bedömning

Enligt 20 kap. 10 a § 2 lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) skall Försäkringskassan ändra ett beslut i ett ärende om försäkring enligt lagen, som har fattats av Försäkringskassan och inte har prövats av domstol om beslutet blivit oriktigt på grund av att det har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag.

Försäkringskassan beslutade den 11 mars 2005 att avslå AA:s ansökan om sjukersättning på grund av att hon inte hade kommit in med något läkarutlåtande. Den 29 april 2005 överklagade AA beslutet och uppgav i sitt överklagande att hon skulle inkomma med medicinskt material som styrkte hennes arbetsoförmåga. Den 17 maj inkom, efter det att Försäkringskassan hade begärt det, ett kompletterande läkarutlåtande. Försäkringskassan prövade därefter ärendet med stöd av 20 kap. 10 a § AFL och fattade ett nytt beslut.

Försäkringskassan har i remissvaret anfört att kassans handläggning av ärendet aktualiserar hur långt myndighetens ansvar sträcker sig för att bistå den enskilde med att komplettera sin ansökan. Jag uttalar mig inte om den frågeställningen eftersom det som enligt min mening är av intresse i detta ärende är om bestämmelsen i 20 kap. 10 a § AFL kan användas – som Försäkringskassan har gjort – för att ändra ett beslut med anledning av kompletterande material som getts in efter själva överklagandet.

JO har vid flera tidigare tillfällen behandlat denna fråga. Vid en inspektion av Östergötlands läns allmänna försäkringskassa i september 1993 uttalade justitieombudsmannen Jan Pennlöv följande (se JO:s ämbetsberättelse 1994/95 s. 395). Syftet med reglerna om omprövning av beslut enligt AFL är att lagstiftaren

velat möjliggöra snabba och enkla rättelser och att det inte kan anses rimligt att försäkringskasseärenden blir liggande i avvaktan på komplettering, innan prövning enligt 20 kap. 10 a § AFL görs. Sådan prövning bör i stället göras på det material som föreligger vid tidpunkten för överklagandet.

JO har vidare upprepade gånger framhållit att tidsrymden för Försäkringskassan att göra en rättidsprövning och till dess att överklagandet lämnas över till domstol inte borde överstiga en vecka samt att det är angeläget att den prövning enligt 20 kap. 10 a § AFL som Försäkringskassan gör i anslutning till rättidsprövningen inte medför att överlämnandet därigenom försenas (se bl.a. JO:s ämbetsberättelse 1993/94 s. 347).

Försäkringskassan skall således när ett beslut är överklagat endast göra en summarisk prövning enligt 20 kap. 10 a § AFL innan ärendet lämnas över till länsrätten. Denna prövning skall i princip göras på befintligt material men kan givetvis även omfatta eventuella kompletteringar som tillförs ärendet av den försäkrade innan överklagandet – med den skyndsamhet som framgår ovan – överlämnas till domstol. En sådan komplettering får dock inte fördröja översändandet till länsrätt genom ytterligare utredningsåtgärder från Försäkringskassans sida i samband med prövningen enligt 20 kap. 10 a § AFL. Med tanke på den skyndsamhet som således skall råda torde det sällan finnas utrymme för Försäkringskassan att ta initiativ till att den försäkrade kompletterat sitt överklagande inför kassans prövning enligt 20 kap. 10 a § AFL.

Som framgår av det ovanstående har Försäkringskassan efter det att AA överklagat beslutet fortsatt utredningen och kompletterat ärendet med ett nytt läkarutlåtande och därefter ändrat beslutet med stöd av 20 kap. 10 a § AFL. Enligt min mening borde kassan i stället efter prövning enligt 20 kap. 10 a § AFL och rättidsprövning skyndsamt ha översänt överklagandet och handlingarna i ärendet till länsrätten. Om kassan ansåg att ärendet borde kompletteras i visst avseende hade kassan kunnat ange detta i ett yttrande till länsrätten.

Jag vill understryka att 20 kap. 10 a § AFL har till uppgift att möjliggöra snabba och okomplicerade ändringar av uppenbara fall. Om en sådan omprövning kräver kompletterande utredning kan saken knappast sägas vara uppenbar. Till detta kommer att den enskilde har en rätt att få sin sak prövad av domstol utan onödig fördröjning.

Sammanfattningsvis är jag kritisk till Försäkringskassans handläggning av ärendet. Med dessa ord avslutar jag ärendet.