

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10



Förslag till statsbudget för 2006

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

Innehållsförteckning

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Förslag till riksdagsbeslut | 7 |
| 2 | Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp | 9 |
| 2.1 | Omfattning..... | 9 |
| 2.2 | Utgiftsutveckling | 9 |
| 2.3 | Ohälsan i arbetslivet | 10 |
| 2.4 | Mål och villkor | 11 |
| 2.5 | Insatser | 11 |
| 2.5.1 | Insatser inom politikområdet..... | 11 |
| 2.5.2 | Insatser utanför politikområdet..... | 13 |
| 2.6 | Resultatredovisning | 14 |
| 2.6.1 | Mål | 14 |
| 2.6.2 | Resultat | 14 |
| 2.7 | Analyser och slutsatser | 22 |
| 2.8 | Politikens inriktning | 25 |
| 2.8.1 | Inkomsttaket i sjukpenningförsäkringen höjs | 25 |
| 2.8.2 | Det fortsatta arbetet att minska sjukfrånvaron..... | 25 |
| 2.9 | Omfattning..... | 31 |
| 2.10 | Mål för administrationen av socialförsäkringen..... | 32 |
| 2.11 | Insatser | 32 |
| 2.11.1 | Regeringens insatser | 32 |
| 2.11.2 | Insatser inom myndigheten..... | 34 |
| 2.12 | Resultatredovisning | 37 |
| 2.12.1 | Mål | 37 |
| 2.12.2 | Resultat | 37 |
| 2.12.3 | Analys och slutsatser | 39 |
| 2.13 | Regeringens syn på den framtida administrationen av socialförsäkringen | 41 |
| 2.14 | Revisionens iakttagelser..... | 42 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.15 | Budgetförslag..... | 43 |
| 2.15.1 | 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. | 43 |
| 2.15.2 | 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. | 46 |
| 2.15.3 | 19:3 Handikappersättningar..... | 48 |
| 2.15.4 | 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. | 49 |
| 2.15.5 | 19:5 Ersättningar för kroppsskador..... | 50 |
| 2.15.6 | 19:6 Försäkringskassan..... | 51 |
| 2.15.7 | 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård | 54 |

Tabellförteckning

| | |
|--|----|
| Anslagsbelopp | 7 |
| 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet | 9 |
| 2.2 Härledning av ramnivån 2006–2008. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp | 10 |
| 2.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp..... | 10 |
| 2.4 Utgiften för sjukpenning (mnkr i löpande priser exkl. åp-avgift) | 14 |
| 2.5 Antal sjukskrivna som varit föremål för samordnad rehabilitering 2002–2004 | 16 |
| 2.6 Andel sjukskrivna (60 dagar och längre) med pågående samordnad rehabilitering 2002–2004 (%) | 17 |
| 2.7 Andel sjukskrivna som sex månader efter avslutad samordnad rehabilitering har fått ökad arbetsförmåga 2002–2004 (%) | 17 |
| 2.8 Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. fördelat på antal personer 2002–2004..... | 17 |
| 2.9 Utvecklingen av antalet nybeviljade och utbetalda aktivitets- och sjukersättningar i december 1994–2005 | 20 |
| 2.10 Kostnader för administrationen av socialförsäkringen fördelade på politikområden 2002–2004, exkl. förändring av pensionsskulden | 38 |
| 2.11 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m..... | 43 |
| 2.12 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m..... | 46 |
| 2.13 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m..... | 46 |
| 2.14 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m..... | 48 |
| 2.15 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättning | 48 |
| 2.16 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:3 Handikappersättningar | 49 |
| 2.17 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättning | 49 |
| 2.18 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:4 Arbetsskadeersättningar, m.m. | 50 |
| 2.19 Anslagsutveckling 19:5 Ersättningar för kroppsskador | 50 |
| 2.20 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:5 Ersättningar för kroppsskador | 50 |
| 2.21 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan..... | 51 |
| 2.22 Uppdragsverksamhet | 52 |
| 2.23 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden..... | 53 |
| 2.24 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:6 Försäkringskassan..... | 54 |
| 2.25 Anslagsutveckling 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård..... | 54 |
| 2.26 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden..... | 54 |
| 2.27 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård | 55 |

Diagramförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Antalet ersatta sjukpenningdagar (netto) månadsvis januari 2002–juli 2005 | 15 |
| 2.2 | Andelen deltidssjukskrivningar månadsvis 1998–2005 (maj) | 15 |

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 19:6 *Försäkringskassan* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 12 000 000 kronor efter 2006 (avsnitt 12.15.6),
2. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 19:7 *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård* ingå ekonomiska förpliktelser som medför utgifter på högst 1 000 000 000 kronor under 2007, 1 000 000 000 kronor under 2008 och 1 000 000 000 kronor under 2009 (avsnitt 2.8.2),
3. för 2006 anvisar anslagen under utgiftsområde 10 *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp

Tusental kronor

| Anslag | Anslagstyp | |
|--|------------|--------------------|
| 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. | ramanslag | 38 286 056 |
| 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. | ramanslag | 75 989 830 |
| 19:3 Handikappersättningar | ramanslag | 1 177 000 |
| 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. | ramanslag | 6 439 916 |
| 19:5 Ersättning för kroppsskador | ramanslag | 61 487 |
| 19:6 Försäkringskassan | ramanslag | 7 635 673 |
| 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård | ramanslag | 1 000 |
| Summa | | 129 590 962 |

2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

2.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 omfattar politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga. Här ingår sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning, aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning samt ersättning vid arbets- och kroppsskador.

Utgiftsområdet omfattar även socialförsäkringens administration. Socialförsäkringen administreras t.o.m. utgången av 2004 av de allmänna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket.

Vid årsskiftet 2004/05 genomfördes en omorganisation och de allmänna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket (RFV) avvecklades och ersattes av en ny nationellt sammanhållen myndighet, Försäkringskassan.

Politikområdet är indelat i två verksamhetsområden; Ersättning vid arbetsförmåga och Åtgärder mot ohälsa.

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet

Miljoner kronor

| | Utfall 2004 | Budget 2005 ¹ | Prognos 2005 | Förslag 2006 | Beräknat 2007 | Beräknat 2008 |
|--|------------------|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| <i>Anslag inom utgiftsområde 10</i> | | | | | | |
| 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. | 44 140,6 | 41 370,3 | 39 907,3 | 38 286,1 | 39 274,9 | 42 144,7 ² |
| 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. | 64 201,9 | 73 534,7 | 73 987,1 | 75 989,8 | 78 492,8 | 80 509,3 |
| 19:3 Handikappersättningar | 1 205,4 | 1 203,0 | 1 184,0 | 1 177,0 | 1 201,0 | 1 239,0 |
| 19:4 Arbetskkadeersättningar m.m. | 6 355,3 | 6 362,1 | 6 297,0 | 6 439,9 | 6 622,8 | 6 897,2 |
| 19:5 Ersättning för kroppsskador | 62,2 | 61,7 | 60,7 | 61,5 | 63,3 | 64,8 |
| 19:6 Försäkringskassan | – | 7 280,8 | 7 183,6 | 7 635,7 | 7 212,5 | 6 760,1 |
| 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård | – | – | – | 1,0 | 1 000,0 | 1 000,0 |
| 2004 10 19:6 Riksförsäkringsverket | 971,6 | – | – | – | – | – |
| 2004 10 19:7 Allmänna försäkringskassor | 5 979,5 | – | – | – | – | – |
| 2003 10 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning | – | – | – | – | – | – |
| Totalt för utgiftsområde 10/politikområde Ersättning vid arbetsförmåga | 122 916,4 | 129 812,4 | 128 619,8 | 129 591,0 | 133 867,1 | 138 615,0 |

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Se volym 1 avsnitt 7.4.3.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2006–2008.
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom
och handikapp**

Miljoner kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|----------------|----------------|---------------------|
| Anvisat 2005¹ | 129 691 | 129 691 | 129 691 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Pris och löneomräkning | 155 | 275 | 407 |
| Beslut | 534 | 1 990 | 1 503 |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 1 096 | 3 466 | 6 036 |
| Volymer | -3 547 | -3 427 | -1 051 ² |
| Överföring till/från andra utgiftsområden | 511 | 510 | 512 |
| Övrigt | 1 151 | 1 362 | 1 518 |
| Ny ramnivå | 129 591 | 133 867 | 138 615 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).
Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Se volym 1 avsnitt 7.4.3.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelad.
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom
och handikapp**

Miljoner kronor

| | 2006 |
|----------------------------------|----------------|
| Transfereringar ¹ | 121 705 |
| Verksamhetsutgifter ² | 7 871 |
| Investeringar ³ | 14 |
| Summa ramnivå | 129 590 |

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2004 samt kända förändringar av anslagens användning.

¹ Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten erhåller någon direkt motprestation.

² Med verksamhetsutgifter avses resurser som de statliga myndigheterna använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster med direkt motprestation.

³ Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

I Sjukförsäkringsförmåner

2.3 Ohälsan i arbetslivet

Trenden med allt högre sjukfrånvaro är bruten. Både nya sjukfall och de längre sjukfallen har minskat i antal. Sammantaget resulterade detta i att antalet sjukpenningdagar under kalenderåret 2004 var 17 procent lägre än 2002. Den positiva utvecklingen har fortsatt även under innevarande år. I juli 2005 utbetalades ersättning för 33 procent färre sjukpenningdagar jämfört med samma månad 2002.

Antalet personer med aktivitets- och sjukersättning fortsatte att öka under 2004 eftersom

ca 73 200 nya förmåner beviljades. Det totala antalet personer med dessa förmåner uppgick till nästan 540 000 vid utgången av 2004, en ökning med 6 procent på ett år. Denna antalsutveckling förväntas fortsätta även under 2005 fast i långsammare takt, men därefter bedöms nybeviljandet minska betydligt.

Regeringen anser att det finns goda förutsättningar att nå målet att halvera sjukskrivningarna till 2008. En bidragande orsak till den minskade sjukfrånvaron är regeringens satsningar på bl.a. aktiva insatser vid sjukskrivning som förbättrar möjligheterna för en sjukskriven att återgå i arbete. Även om de åtgärder regeringen hittills genomfört gett goda effekter så är inte problemen inom sjukförsäkringsområdet lösta. Fortfarande är alltför många långtidssjukskrivna eller uppbär aktivitets- och sjukersättning. Det krävs därför nya insatser för att ytterligare minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Under avsnitt 2.8 Politikens inriktning presenterar regeringen åtgärder för att ta tillvara människors arbetsförmåga och åstadkomma bättre samspel mellan arbetsplatsen, sjukvården, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen.

En hög sjukfrånvaro är ett samhällsproblem som hotar både individens välfärd och tillväxten i samhället. Att antalet sjukskrivna ökade kraftigt från 1997 till och med 2002 har flera förklaringar och orsakssambanden är komplexa. Det finns ingen enskild faktor som kan förklara ökningen av sjukfrånvaron utan flera förklaringar måste kombineras. Sannolikt rör det sig om ökade krav i arbetslivet, en äldre arbetskraft, lednings- och samverkansproblem inom hälso- och sjukvård, administrativa tillkortakommanden inom Försäkringskassan samt sannolikt även en allmän förändrad inställning till sjukfrånvaro som sådan.

Sjukfrånvaron är mycket ojämnt fördelad. Kvinnor har väsentligt högre sjukfrånvaro än män. Äldre har högre sjukfrånvaro än yngre. Sjukskrivning är vanligare bland arbetslösa och de som upprepade gånger varit arbetslösa. Det finns också stora skillnader mellan regioner, med högre sjukfrånvaro i de nordliga länen jämfört med de flesta sydliga. Det finns även stora socioekonomiska skillnader.

Försäkringskassan har en viktig roll i arbetet med att få ner sjukfrånvaron, men kan inte ensam klara detta varför det krävs insatser även från andra aktörer. Hälso- och sjukvårdens engagemang är en nödvändig förutsättning i arbetet med att halvera sjukskrivningarna. Läka-

res intyg och utlåtanden med bl.a. bedömningar av arbetsförmåga är mycket viktiga underlag för Försäkringskassans beslut om ersättningar och åtgärder. Det behöver tas fram alternativa metoder för snabb och stabil återgång till arbete och för hur sjukskrivning i dag används som behandlingsmetod. Samverkan mellan arbetsgivare, sjukvård, Försäkringskassa och den försäkrade måste utvecklas för att hitta alternativ till sjukskrivning som gör det möjligt för den enskilde att fortsätta arbeta.

Passivitet i sjukskrivningsprocessen innebär risker för inläsningseffekter i sjukförsäkrings-systemet och därmed ett permanent utanförskap och utslagning. Insatser måste sättas in tidigt för att få en snabb återgång i arbete. För detta krävs, förutom medverkan av den enskilde och arbetsgivarna, även ett fungerande stöd från de inblandade myndigheterna, främst Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket. Många av dem som idag har sjukpenning eller aktivitets- och sjukersättning har med stor sannolikhet en restarbetsförmåga som det är angeläget att tillvarata.

2.4 Mål och villkor

Målet för politikområdet är att: *Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.* Målet är detsamma som det nationella mål som fastställdes i budgetpropositionen för 2003.

Att minska sjukfrånvaron kräver insatser inom en rad politikområden. Ansvaret för måluppfyllelsen ligger förutom på Försäkringskassan även på andra statliga myndigheter som Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Folkhälsoinstitutet.

En mer detaljerad uppföljning av det nationella målet redovisas i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa.

För 2005 har regeringen angett ett särskilt mål för integrationspolitiken inom socialförsäkringsområdet. Målet är att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan utrikesfödda och födda i Sverige skall minska. Mot den bakgrunden har Försäkringskassan i regleringsbrevet för 2005 fått i uppdrag att följa utvecklingen av och analysera orsaker till eventuella skillnader mellan infödda

svenskar och utrikesfödda när det gäller bedömningen av arbetsförmåga och tillgången till arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget skall redovisas i årsredovisningen för 2005. I nyss nämnda avstämningsbilaga finns en första redovisning av dessa skillnader vad gäller förmånerna sjukpenning samt aktivitets- och sjukersättning.

2.5 Insatser

2.5.1 Insatser inom politikområdet

Regeringen har gjort betydande insatser för att komma till rätta med den höga frånvaron i arbetslivet på grund av sjukskrivning. De viktigaste insatserna under 2004 och början av 2005 redovisas nedan.

En ny myndighet

Fram till och med 2004 administrerades socialförsäkringen av Riksförsäkringsverket som central myndighet och 21 försäkringskassor som var fristående från staten. Från och med 2005 bildar dessa en sammanhållen statlig myndighet, Försäkringskassan. Med den nya organisationen skapas det bättre förutsättningar för att genom ett gemensamt förhållningssätt bryta ohälsoutvecklingen.

Nya metoder

Regeringen uppdrog i slutet av 2001 till dåvarande RFV och AMS att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Uppdraget bestod av tre deluppdrag. Det första bestod av att ta fram en metod för tidig, fördjupad bedömning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering. Det andra uppdraget handlade om att utveckla metodiken i de allmänna försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt att förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Uppdragen har resulterat i nya metoder som under 2004 och 2005 implementerats i Försäkringskassans handläggning. Metoderna har också bidragit till ett mer enhetligt arbetssätt. I det tredje deluppdraget fick AMS och RFV i uppdrag att genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering (FAROS). Erfarenheterna från FAROS har

legat till grund för de nationella handlingsplaner som Försäkringskassan tagit fram tillsammans med AMS och som syftar till att förbättra möjligheten till återgång i arbete för arbetslösa sjuk-skrivna.

Översyn av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Regeringen har under våren 2005 tillsatt utredningen *Översyn av vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (S 2005:05). Utredningen skall pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning. Utredningen skall bl.a. även se över Försäkringskassans möjligheter att, inom ramen för sitt samordningsansvar, bidra till finansieringen av arbetslivsinriktad rehabilitering för försäkrade där målet med rehabiliteringen är återgång i arbete hos nuvarande arbetsgivare.

Arbete mot fusk

Regeringen har under 2004 och 2005 intensifierat sitt arbete mot fusk med socialförsäkringsförmåner. Bland annat har regeringen i maj 2005 beslutat om ett samlat åtgärds paket mot fusk med förmåner och bidrag till vilket mycket av regeringens fortsatta arbete på området kommer att vara koncentrerat. (Se prop. 2004/05:100, finansplanen m.m. avsnitt 1.12 samt finansplanen m.m. avsnitt 3.7 i denna proposition. Se även avsnitt 2.11).

Avstämningsmöten

Fr.o.m. 2005 har det införts regler som anger vid vilken tidpunkt Försäkringskassan senast skall kalla den försäkrade till avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Rätt ersättning

Regeringen har i olika sammanhang framhållit att det är av yttersta vikt att de som får t.ex. sjukpenning eller aktivitets- eller sjukersättning uppfyller kriterierna för detta. För att införa ett gemensamt förhållningssätt har Försäkringskassan under 2004 bl.a. genomfört utbildningar av samtliga chefer och handläggare inom ohälsområdet och utarbetat nya metoder och verktyg som praktiskt stöd i yrkesrollen. Under 2004 infördes ett förbättrat metodstöd i handläggningen för när sjukpenning skall betalas ut och våren 2005 har ett metodstöd för utredningar

om förutsättningar för aktivitets- eller sjukersättning samt prövning av rätten till sådana ersättningar införts inom Försäkringskassan.

Förnyad prövning av arbetsförmågan

På området aktivitets- och sjukersättning gäller fr.o.m. 2005 att Försäkringskassan minst vart tredje år skall göra en förnyad utredning av arbetsförmågan hos samtliga personer vilka fr.o.m. 2005 blir beviljade sjukersättning som inte är tidsbegränsad. Detta obligatorium gäller dock inte personer som fyllt 60 år. Vidare har regeringen pekat på det angelägna i att redan tidigare beslutade sjukersättningar skall följas upp av Försäkringskassan i betydligt högre grad än tidigare genom s.k. efterkontroll.

Medfinansiering

Sedan den 1 januari 2005 har arbetsgivarna ett medfinansieringsansvar på 15 procent av sjukpenningkostnaden för anställda. Arbetsgivarens medfinansiering gäller så länge hel sjukpenning betalas ut till arbetstagaren. Sjukförsäkringsavgiften har sänkts så att systemet blivit kostnadsneutralt i förhållande till arbetsgivarkollektivet. Vidare innehåller systemet ett högkostnads skydd och ett skydd för utsatta grupper på arbetsmarknaden. Medfinansieringsansvaret upphör om den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning eller kommer tillbaka till arbetet på deltid. Avsikten med regeländringen är att arbetsgivare skall stimuleras till aktiva insatser för att minska sjukfrånvaron.

Sjukpenninggrundande inkomst m.m.

Regeringen överlämnade i mars 2005 propositionen *Vissa frågor om sjukpenninggrundande inkomst och livränta* (prop. 2004/05:108, bet. 2004/05:SfU13, rskr. 2004/05:232) som innehöll förslag till nya regler för omräkning av sjukpenninggrundande inkomst för personer som saknar anställning, till införande av skyddsbestämmelser av den sjukpenninggrundande inkomsten för personer som deltar i verksamhet inom ramen för så kallade trygghetsavtal samt nya beräkningsregler för livränta. Propositionen antogs av riksdagen i maj 2005. De nya reglerna för omräkning av sjukpenning samt det utökade skyddet vid deltagande i trygghetsrådets verksamhet trädde i kraft den 1 juli 2005. De nya beräkningsreglerna för livränta träder i kraft den 1 januari 2006. Huvudsyftet med de nya reglerna är att öka likabehandlingen av försäkrade och

förutsägbarheten i sjukförsäkringen. När det gäller personer som deltar i trygghetsrådets verksamhet är syftet att förbättra förutsättningarna för sådant deltagande då deltagarna med de beslutade förändringarna inte längre riskerar att förlora sin sjukpenninggrundande inkomst, vilket tidigare kunde vara fallet.

Partiell sjukskrivning och studier

I den ovan nämnda propositionen redovisar regeringen sin ambition att göra det möjligt att kombinera partiell sjukskrivning med studier. Som ett första steg i detta arbete har Försäkringskassan fått i uppdrag att i samverkan med Centrala Studiestödsnämnden lämna förslag på nödvändiga regeländringar för att nämnda kombination skall göras möjlig. Uppdraget skall redovisas den 30 november 2005.

Problem inom hälso- och sjukvården

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen genomfört en tillsynsaktivitet för ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen i primärvården.

Av rapporten som överlämnades i februari 2005 (dnr S2005/1697/SF) framgår bland annat att Socialstyrelsen anser att en sjukskrivning alltid är en del av vård och behandling av patienten. En sjukskrivning bör därför baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt rapporten upplever många primärvårdsläkare att de har små möjligheter att påverka sjukskrivningsförloppet och att orsaken till detta kan ha sin grund i flera faktorer. Bland annat pekar rapporten på brister i samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen, långa handläggningstider vid Försäkringskassan, brist på paramedicinska resurser och flaskhalsar i form av långa väntetider för undersökningar och kirurgiska/ortopediska åtgärder. Tillsammans och var för sig kan dessa faktorer bidra till att rehabiliteringsprocesser och sjukskrivningstider förlängs. Slutsatsen från tillsynen är att det finns stort utrymme för kvalitetsförbättringar.

Slutligen bör nämnas en rapport som Karolinska Institutet, på uppdrag av regeringen, överlämnade i februari 2005 (dnr S2005/1188/SF). Rapporten tar upp problemen inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Av rapporten framgår bland annat att det finns brister i kunskapen om vad som är optimal sjukfrånvaro. Vidare framgår att det finns samverkansproblem både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra

aktörer såsom Försäkringskassa, arbetsgivare, företagshälsovård och arbetsförmedling. En annan brist är att det i stor utsträckning saknas instrument för bedömning av arbetsförmågan. Dessa förhållanden leder till onödigt långa sjukskrivningstider, långa och ofta passiva väntetider och till att utrednings- och behandlingsprocesser av vikt för återgång i arbete inte sker parallellt. Slutsatsen av rapporten är att bättre ledning, kunskap och samverkan inom sjukvården skulle förbättra läkarnas arbete med sjukskrivningsprocessen.

2.5.2 Insatser utanför politikområdet

Ett antal olika insatser för att öka hälsan i arbetslivet har genomförts inom arbetsmiljöområdet. Av dessa kan följande nämnas.

Som en del i strategin för ökad hälsa har regeringen genomfört en informations- och utbildningsinsats för hälsa i arbetslivet.

Ett särskilt Arbetsmiljöråd under ledning av arbetslivsministern har tillsatts.

Regeringen beslutade i juni 2004 att tillkalla en särskild utredare (dir. 2004:91) med uppgift att se över vissa bestämmelser i arbetsmiljölagen. Bland annat skall behovet av en förbättrad samordning mellan inflytandereglerna i medbestämmandelagen och samverkansreglerna i arbetsmiljölagen utredas.

Den försöksverksamhet för att minska ohälsan inom den offentliga sektorn som påbörjas 2002 kommer att avslutas och utvärderas under 2006 med undantag för Institutet för stressmedicinsverksamhet som avslutas 2007.

Regeringen har uppdragit åt VINNOVA att stödja en utveckling av arbetsgivarsamverkan när det gäller förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 mars 2006.

Insatser för metodutveckling inom företagshälsovården har genomförts och i december 2004 redovisade en särskild utredare med uppdraget att se över ett antal frågor som rör företagshälsovården sitt betänkande (SOU 2004:113). För ytterligare information angående dessa insatser hänvisas till utgiftsområde, 14 Politikområde Arbetslivspolitik.

I övrigt kan nämnas att Forum Hälsa i Staten, som inrättades 2003, samlade chefer, personalansvariga, fackliga företrädare för att stimulera till och ge vägledning inför insatser för bättre

hälsa på statliga arbetsplatser. Efter en lång rad av aktiviteter avslutades verksamheten i mars 2005.

Slutligen kan nämnas att inom ramen för samverkan inom storstadspolitiken har regeringen träffat lokala utvecklingsavtal med sju kommuner i storstadsregionerna om insatser i utsatta bostadsområden. En betydande del av insatserna syftar till att minska arbetslösheten och öka utbudet av arbetskraft genom gemensamma åtgärder av Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och respektive kommun. Insatserna som startats bygger på den situation som finns i stadsdelar med hög arbetslöshet, höga ohälsotal och höga nivåer på försörjningsstödet. Det är angeläget att Försäkringskassan bygger vidare på och utvecklar de erfarenheter som hittills vunnits inom ramen för de lokala utvecklingsavtalen.

2.6 Resultatredovisning

2.6.1 Mål

Politikområdet var 2004 uppdelat i två verksamhetsområden Ersättning vid arbetsoförmåga och Åtgärder mot ohälsa. Det omfattar också socialförsäkringens administration.

För 2004 fastställde regeringen följande mål för verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsoförmåga: *Kvaliteten på den försäkringsmässiga bedömningen av rätten till ersättning skall förbättras och de försäkrade skall få den ersättningsform och den ersättningsgrad som de är berättigade till.*

Verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa omfattar främst den samordnade rehabiliteringsverksamheten hos de allmänna försäkringskassorna, men också insatser av mer generellt slag riktade till arbetsgivare och läkare.

Målen för verksamhetsområde Åtgärder mot ohälsa var följande:

- *Försäkringskassorna skall förhindra och förkorta sjukskrivningarna och genom samordnad rehabilitering och andra aktiva insatser underlätta återgång i arbete.*
- *Antalet personer som uppburit sjukpenning under längre tid än ett år skall minska med 10 procent.*

2.6.2 Resultat

Kvaliteten på den försäkringsmässiga bedömningen

Målet för verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsoförmåga *Kvaliteten på den försäkringsmässiga bedömningen av rätten till ersättning skall förbättras och de försäkrade skall få den ersättningsform och den ersättningsgrad som de är berättigade till* kan inte anses vara uppfyllt. Det är alltför stora skillnader mellan olika delar av landet. Det finns skillnader vid bedömning av rätten till sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning samt arbetsskador. Även kvaliteten i beslutsunderlagen måste höjas.

De regionala skillnaderna när det gäller sjukfrånvaro är mycket tydliga och förstärker bedömningen att tillämpningen av villkoren för rätt till dessa förmåner varierar mellan länen. De regionala skillnaderna kan även ha samband med lednings- och samverkansproblem inom sjukvården.

Det pågår ett omfattande förändringsarbete på Försäkringskassan för att komma till rätta med kvaliteten på bedömningarna, men ännu kan inte några påtagliga kvalitetsförbättringar påvisas.

Sjukpenning

Antalet nettodagar i sjukpenningförsäkringen har hittills sjunkit i takt med vad som krävs för att uppfylla regeringens långsiktiga mål att halvera frånvaron från arbetslivet på grund av sjukdom. Målet att antalet personer som varit sjukskrivna mer än ett år skall minska med tio procent har uppfyllts.

Utgifterna för sjukpenning för år 2004 innebär en kostnadsminskning i jämförelse med 2003 på ca 4,5 miljarder kronor eller ca 11 procent. Denna minskning beror på en minskning i antalet ersatta dagar. Medelersättningen ökade med 1,3 procent i jämförelse med 2003.

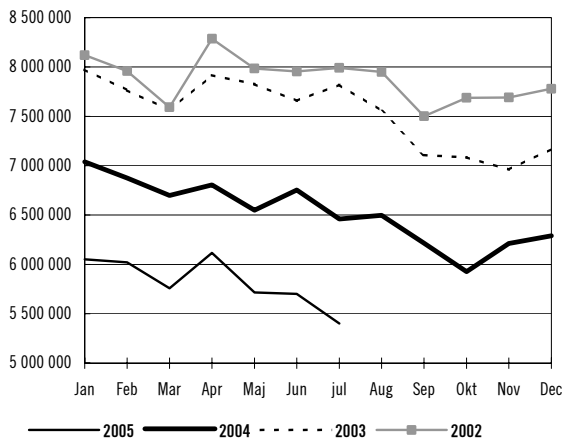
Tabell 2.4 Utgiften för sjukpenning (mnkr i löpande priser exkl. åp-avgift)

| 1990 | 1995 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 35 000 | 16 000 | 31 000 | 41 000 | 40 500 | 36 000 |

Källa: Socialdepartementet.

Nedgången i antalet sjukpenningdagar och minskningen av antalet sjukfall sedan 2002 kan främst hänföras till att ett stort utflöde skett till sjukersättningsystemet. Ungefär hälften av de sjukfall som pågått i över ett år avslutas genom att personen beviljas sjukersättning. De senaste två årens minskning beror även på ett minskat inflöde från kortare sjukpenningfall.

Diagram 2.1 Antalet ersatta sjukpenningdagar (netto) månadsvis januari 2002–juli 2005



Källa: Försäkringskassan

Antalet ersatta sjukpenningdagar har i stort sett utvecklats i takt med antalet sjukfall under såväl uppgången 1997 – 2002 som nedgången fram till och med första halvåret 2005. Även om de längre sjukfallen stod för den största ökningen mellan 1997 och 2002, ökade även inflödet av nya sjukfall och därmed korta sjukskrivningar väsentligt. Därmed blev ökningstakten för sjukpenningdagar ungefär densamma som för antalet sjukfall, medan minskningen sedan 2002 har varit större för sjukpenningdagar än för antalet sjukfall.

Minskningen av antalet sjukpenningdagar började för de korta fallängderna i mitten av 2002, för de längre fallen i början av 2004. Sammanlagt har antalet ersatta sjukpenningdagar minskat med 33 procent mellan juli 2002 och juli 2005, en minskning som skett i den takt som erfordras för att nå halveringsmålet till juli 2008.

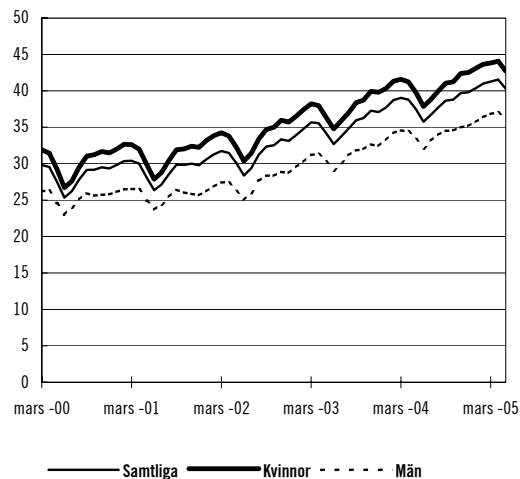
Sjukpenningdagarna har minskat i ungefär samma takt för män och kvinnor. Trots de senaste årens minskning av sjukfrånvaron kvarstår således skillnaden mellan kvinnor och män. Kvinnorna utgör 64 procent av de sjukskrivna.

Andelen partiellt sjukskrivna personer, såväl kvinnor som män, började öka i slutet av 2001 och har därefter ökat kontinuerligt. Deltidssjuk-

skrivningarna har ökat både bland personer med kortare och längre sjukskrivningstider. Den ökande andelen deltidssjukskrivningar ligger helt i linje med regeringens ambition att tillvarata arbetsförmågan hos sjukskrivna personer.

Deltidssjukskrivning är vanligare bland kvinnor än bland män (43 respektive 33 procent i maj 2005). Deltidssjukskrivning är också mer allmänt förekommande bland personer som har varit sjukskrivna en längre tid jämfört med personer med kortare sjukskrivning. Endast ett fåtal sjukskrivningar påbörjas med deltid, ca 11 procent. Det vanligaste är att sjukskrivningen påbörjas på heltid och efter en period övergår till deltidssjukskrivning. Särskilt vanligt förekommande är deltidssjukskrivning bland kvinnor som har varit sjukskrivna längre än ett år.

Diagram 2.2 Andelen deltidssjukskrivningar månadsvis 1998–2005 (maj)



Källa: Försäkringskassan

Enligt dåvarande Riksförsäkringsverkets (RFV) årsredovisning för 2004 har under andra halvåret 2004 indragningar eller nedsättningar av sjukpenning gjorts i drygt 5 000 ärenden, vilket kan jämföras med andra halvåret 2003 då sådana beslut fattades i drygt 2 000 ärenden. Enligt RFV:s bedömning är en trolig anledning till ökningen att handläggarna har blivit mer aktiva i sin yrkesroll.

Den minskning av nya sjukfall som nu sker kan sannolikt förklaras bland annat av att Försäkringskassan fått ökad kontroll över inflödet till sjukförsäkringen samt opinionsmässiga faktorer.

En mer detaljerad redovisning av utvecklingen inom sjukpenningområdet finns i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa.

Rehabilitering

Rehabilitering omfattar utgifter för rehabiliteringspenning och köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. samt under 2004 även förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Dessutom får högst fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Som redogörs för under avsnitt 2.5.1 har Försäkringskassan och AMS på regeringens uppdrag genomfört en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Statskontoret har följt och utvärderat genomförandet av förnyelseuppdraget. Statskontoret konstaterar att de metoder som rör Försäkringskassans arbete med handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden har utformats på ett sätt som kan anses stå i paritet med regeringens direktiv. Statskontoret konstaterar dock att vissa av de framtagna metoderna ännu inte tillämpas fullt ut. Enligt Statskontoret har inte heller rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll förtydligats på det sätt som avsågs.

När det gäller det tredje uppdraget anser Statskontoret att pilotverksamheten för förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering (FAROS) har utformats på ett sådant sätt att de personer som genomgår rehabilitering erbjuds en sammanhållen och ändamålsenlig organisation. Statskontoret konstaterar däremot att FAROS inte involverar personer som vid en medicinsk bedömning anses kunna ta ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Det faktum att Försäkringskassan på senare tid har blivit mer försäkringsmässig i sina bedömningar kan enligt Statskontoret ge två typer av viktiga effekter. För det första kan en konsekvens bli att antalet ärenden som kommer i fråga för rehabilitering enligt FAROS blir mycket få. För det andra kan det alltså komma att finnas en stor grupp personer som, trots tydliga behov, inte erbjuds åtgärder som motsvarar dem som erbjuds inom ramen för rehabilitering enligt FAROS.

Samordnad rehabilitering

Försäkringskassan ansvarar för att samordna samhällets resurser för rehabilitering så att de tillsammans bildar en väl fungerande enhet. Försäkringskassan skall samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Det är i första hand arbetsgivaren som har ansvar för att behovet av rehabilitering kartläggs och för att rehabiliteringsinsatser kommer igång. För personer som saknar anställning ansvarar Försäkringskassan för att göra en rehabiliteringsutredning. En rehabiliteringsutredning skall genomföras och lämnas till Försäkringskassan inom åtta veckor från sjuknämnan. Från och med den 1 juli 2003 är rehabiliteringsutredning obligatorisk. Det kan dock konstateras att rehabiliteringsutredningarna inkommer till Försäkringskassan alltför sällan och i de flesta fall efter mer än 8 veckor.

En av huvuduppgifterna i Försäkringskassans arbete med att få tillbaka sjukskrivna i arbete är avstämningsmöten. I dag sker sådana möten i alltför liten utsträckning. Antalet avstämningsmöten uppgår för närvarande endast till 30 000 på årsbasis. Försäkringskassans ambition är att antalet avstämningsmöten skall tredubblas under 2006.

Antalet personer som fått stöd i form av samordnad rehabilitering har, enligt RFV:s årsredovisning för 2004 minskat med fem procent sedan 2003. Totalt har 47 475 personer varit föremål för samordnad rehabilitering under 2004. Antalet nettodagar med rehabiliteringsersättning ökade dock samtidigt från 4,8 miljoner dagar 2003 till 5 miljoner dagar 2004. För 2005 beräknas antalet dagar minska något.

Tabell 2.5 Antal sjukskrivna som varit föremål för samordnad rehabilitering 2002–2004

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------|--------|--------|--------|
| Kvinnor | 30 152 | 33 568 | 32 155 |
| Män | 14 763 | 16 423 | 15 320 |
| Samtliga | 44 915 | 49 991 | 47 475 |

Källa. Försäkringskassans årsredovisning 2004.

Andelen sjukskrivna personer som får del av rehabiliteringsinsatser ligger på samma nivå som för 2003. Nio procent av dem som varit sjukskrivna längre än 60 dagar deltog under 2004 i någon form av samordnad rehabilitering. RFV har redovisat att det finns kvalitetsbrister i statistiken på området, varför nämnda uppgifter bör tolkas med försiktighet.

Tabell 2.6 Andel sjukskrivna (60 dagar och längre) med pågående samordnad rehabilitering 2002–2004 (%)

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------|----------|----------|----------|
| Kvinnor | 8 | 9 | 10 |
| Män | 7 | 8 | 8 |
| Samtliga | 8 | 9 | 9 |

Källa. Försäkringskassans årsredovisning 2004.

Samordnade rehabiliteringsinsatser leder i stor utsträckning till ökad arbetsförmåga hos den enskilde. Sex månader efter avslutad rehabilitering uppvisade 68 procent av de personer som deltagit en ökad arbetsförmåga. Resultaten är i nivå med 2003.

Tabell 2.7 Andel sjukskrivna som sex månader efter avslutad samordnad rehabilitering har fått ökad arbetsförmåga 2002–2004 (%)

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| Män | 66 | 68 | 69 |
| Kvinnor | 64 | 70 | 68 |
| Samtliga | 65 | 69 | 68 |

Källa. Försäkringskassans årsredovisning 2004.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

Under 2004 förbrukades 972 miljoner kronor i form av särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbetet. Förbrukningen 2004 var 24 miljoner kronor högre än 2003.

Som det framgår av tabellen 2.8 köptes arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till fler kvinnor än män. Andelen köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till kvinnor är knappt 64 procent vilket motsvarar kvinnors andel av sjukskrivningarna.

Försäkringskassan har möjlighet att av de särskilda medlen köpa de utredningar som behövs för att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering. Under 2004 köpte de allmänna försäkringskassorna försäkringsmedicinska utredningar för 308 miljoner kronor och arbetslivsinriktade utredningar för 201 miljoner kronor. Tillsammans utgör båda formerna av utredningar 52,3 procent av de totala kostnaderna för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Aktiva rehabiliteringsinsatser omfattade 309 miljoner kronor, motsvarande 31,8 procent av de totala kostnaderna. Resterande medel användes till bland annat arbetstekniska hjälpmedel och läkarutlåtanden.

Tabell 2.8 Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. fördelat på antal personer 2002–2004

| | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | Kvinnor | Män | Kvinnor | Män | Kvinnor | Män |
| Försäkringsmedicinska utredningar | 2 639 | 1 647 | 4 191 | 2 538 | 4 901 | 3 010 |
| Arbetslivsinriktade utredningar | 4 506 | 2 903 | 4 976 | 3 035 | 4 039 | 2 494 |
| Aktiva åtgärder | 3 778 | 2 184 | 4 265 | 2 344 | 3 472 | 1 857 |
| Summa | 10 923 | 6 734 | 13 432 | 7 917 | 12 412 | 7 361 |

Källa. Försäkringskassans årsredovisning 2004.

Samverkan inom rehabiliteringsområdet

Försäkringskassan svarar för statens samlade kostnader för samverkan när både länsarbetsnämnd och Försäkringskassans länsorganisationer deltar i en samverkansinsats. Genom de ändrade förutsättningarna för finansiering av samverkansinsatser, disponerar Försäkringskassan fr.o.m. 2003 högst fem procent av sjukpenninganslaget, vilket för 2005 motsvarar 1 655 miljoner kronor, för samverkan inom rehabiliteringsområdet. Detta har bidragit till att Försäkringskassans kostnader för samverkansinsatser stigit kraftigt under 2004 då Försäkringskassan använde 813 miljoner kronor för olika insatser, varav 503 miljoner kronor avser länsarbetsnämndernas kostnader.

Den dominerande målgruppen för samverkan är arbetslösa sjukskrivna. Insatserna för denna målgrupp utgjorde 73 procent eller 593,5 miljoner kronor av statens samlade kostnader för samverkan. Av dessa medel användes 503 miljoner kronor enligt de nationella handlingsplaner som Försäkringskassan och AMS tagit fram för att arbeta med arbetslösa sjukskrivna.

Hur sjukfall avslutas efter samverkansaktiviteter beror på vilken målgrupp som studeras. För de deltagare som står närmare arbetsmarknaden kan konstateras att deras sjukfall kan avslutas i större utsträckning än för personer med en mer komplicerad problembild. Många aktiviteter kommer att utvärderas under 2005. I årsredovisningen för 2004 anges att det pågår drygt 600 olika samverkansaktiviteter. När det gäller antalet individer saknas fortfarande tillförlitliga siffror. Försäkringskassan uppskattar dock antalet individer som deltar i samverkansaktiviteter till omkring 30 000 i hela landet. Anledningen till att mer detaljerad information saknas är att det uppföljningssystem inom rehabiliteringsområdet för samverkan inom rehabiliteringsområdet (SUS) som skall kunna ge svar på i vilken form samverkan skett och hur många personer som deltagit har försenats. SUS kommer att börja fungera som avsett under slutet av 2005. Därefter kommer utförligare uppgifter att kunna presenteras och därmed förbättras förutsättningarna för uppföljning och utvärdering av samverkan och samordning.

Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Enligt Statskontorets rapport *Den första tiden med Finsam* hade 23 kommuner och 21 stadsdelar i maj 2005 tillsammans bildat 14 samordningsförbund i fem län. Västra Götaland har sex förbund, Västernorrland tre och Dalarna och Östergötland vardera två samordningsförbund. Södermanland har ett samordningsförbund, där alla nio kommuner i länet ingår. Av de 14 förbunden har nio fler än en kommun som medlem. Enligt uppgifter från Försäkringskassans länsorganisationer kommer ytterligare samordningsförbund att bildas under andra halvåret 2005. Enligt Försäkringskassan är de budgeterade utgifterna för statens medverkan i samordningsförbunden beräknade till ca 76 miljoner kronor för 2005.

Statskontoret konstaterade vidare i sin rapport att det finns vissa hinder för bildandet av samordningsförbund. Ett sådant hinder är landstingens tveksamhet till att ingå i ett samordningsförbund då det inte är uppenbart för landstingen vilka vinster de kan göra med ett gemensamt förbund. Enligt Statskontoret är heller inte alla Försäkringskassans länsorganisationer positiva till bildandet av samordningsförbund. Eftersom Försäkringskassan står för halva finansieringen av samordningsförbundens verksamhet är det av största betydelse att Försäkringskassan är drivande i processen för att bilda samordningsförbund.

Arbetslösa sjukskrivna

Försäkringskassan och AMS har sedan 2003 kommit överens om nya former för att gemensamt arbeta med arbetslösa sjukskrivna. Arbetet har resulterat i gemensamma handlingsplaner som syftar till att nå målet om att fler människor i behov av samordnade insatser skall återgå i arbete. Länsarbetsnämnderna och försäkringsdelegationerna har också ingått lokala överenskommelser om insatser i samverkan. De lokala överenskommelserna för 2005 gäller även personer med tidsbegränsad aktivitets- och sjukersättning. Inriktningen är att utav de tillgängliga 5 procenten av det prognostiserade utgifterna för sjukpenninganslaget använda 1,5 procent till samverkan enligt handlingsplanen. Utgångspunkten för arbetet är de metoder som utvecklats inom ramen för FAROS. Målsättningen är att under 2005 nå 10 000 individer med sådana insatser.

Av de 22 453 personer som deltagit i samverkansinsatser från starten i april 2003 hade 7 142 personer fått arbete eller utbildning i slutet av juni 2005.

Aktivitets- och sjukersättning

Utvecklingen inom området aktivitets- och sjukersättning är fortsatt otillfredsställande efter den starka ökningen av antalet långtidssjuk-skrivna under de senaste åren. För närvarande finns ca 98 000 personer som har varit sjuk-skrivna under minst ett år och många av dessa kan förväntas bli beviljade aktivitets- eller sjuk-ersättning under det närmaste året om inte ytterligare insatser görs. De stora regionala skillnaderna för både bedömningen av rätten till sjukpenning och aktivitets- och sjukersättning är i stort sett desamma nu som i mitten av 1990-talet. Det är därför angeläget att Försäkringskassan, förutom att implementera det under avsnitt 2.5.1 redovisade metodstödet, fortsätter arbetet med att förbättra kvaliteten och minska skillnader i beslutsunderlagen, t.ex. genom specialisering av arbetsuppgifter, återkommande ärendediskussioner och den riksgemensamma metoden ”lika – seminarier”.

I december 2004 betalades aktivitets- och sjukersättningar ut till närmare 540 000 personer vilket är en ökning med 6 procent jämfört med december 2003. Kvinnornas antal ökade med närmare 8 procent till 319 000 och männens med 4,6 procent till 221 000. Antalet nybeviljade förmåner var ca 73 200 under 2004 att jämföra med ca 65 000 under 2003. Av de nya förmånerna 2004 avsåg ca 45 000 kvinnor och ca 30 000 män. Beståndet ökade under 2004 med ca 33 000 personer.

I juli/augusti 2005 utbetalades aktivitets- eller sjukersättning till ca 553 000 personer vilket är en ökning med ca 26 000 sedan motsvarande månader 2004. Vid utgången av 2005 beräknas drygt 564 000 personer uppbära aktivitets- eller sjukersättning.

Oroväckande är den successiva ökningen av nya förmånstagare i de yngre åldersgrupperna. Även om inflödet till aktivitets- och sjukersättning från dessa grupper relativt sett ökade något under 2004 skedde ändå inga stora förändringar i hela beståndets ålderssammansättning. Utvecklingen kräver dock särskild analys och i regleringsbrevet för 2005 gav regeringen Försäkringskassan i uppdrag att följa utvecklingen av ungdomars hälsa i arbetslivet. I ett första steg

skall Försäkringskassan identifiera eller utforma indikatorer för att mäta utvecklingen av sjuk-skrivningar och aktivitetsersättningar i nära sam-verkan med Ungdomsstyrelsen. Målgruppen är personer i åldrarna 19–25 år. I ett andra steg skall Försäkringskassan i samråd med Arbetslivs-institutet utifrån befintliga faktorer, belysa utvecklingen av målgruppens ohälsa i arbetslivet. Det första steget har redovisats och det andra steget skall redovisas i årsredovisningen för 2005. I redovisningen av det första steget anger Försäkringskassan åtta indikatorer för att mäta ungdomars ohälsa i arbetslivet.

Ett viktigt syfte med införandet av aktivitets-ersättning till yngre personer är att den skall stimulera till aktivitet och om möjligt öka förut-sättningarna att uppnå eller förbättra arbetsför-mågan. Försäkringskassan är skyldig att erbjuda dem som beviljats aktivitetsersättning möjlighet att delta i aktiviteter om de så önskar och skall även tillsammans med den försäkrade planera och samordna lämpliga aktiviteter samt verka för att dessa kommer till stånd. Försäkringskassan har på regeringens uppdrag nyligen lämnat sin slutrapport om hur arbetet med att implemen-tera denna nya verksamhet med aktiviteter utvecklats. Rapporten (Aktiviteter inom aktivi-tetsersättningen) visar sammanfattningsvis att av dem som under 2003 beviljats aktivitetsersätt-ning på grund av nedsatt arbetsförmåga hade 40 procent fram till oktober 2004 deltagit i en eller flera aktiviteter. Deltagandet var något högre bland kvinnor än män. Störst var deltagan-det i åldersgruppen 20–24 år, där nästan varannan person deltog i minst en aktivitet. För drygt en femtedel av dem som haft minst en aktivitet har Försäkringskassan gjort bedöm-ningen att förutsättningarna att förbättra arbets-förmågan har ökat. För var tionde person uppges aktiviteten ha lett till arbetslivsinriktad rehabili-tering.

En analys av *inflödet* till aktivitets- och sjuk-ersättning under de senaste tre åren visar en ökning av andelen nybeviljade ersättningar som är tidsbegränsade samt att denna andel både ökar snabbare och är större för kvinnorna. Totalt sett har utvecklingen inneburit att andelen tids-begränsade aktivitets- och sjukersättningar som för närvarande beviljas är större än andelen som inte tidsbegränsas. Vidare framgår att andelen nybeviljade partiella aktivitets- och sjukersätt-ningar under dessa år också ökar och även här gäller att kvinnornas andel är större och ökar

snabbare. Totalt sett utgör för närvarande andelen nybeviljade partiella aktivitets- och sjukersättningar ca 42 procent.

De olika attitydpåverkande insatser som under 2004 bedrivits inom Försäkringskassan för att öka andelen partiella sjukskrivningar har varit framgångsrika och bör även leda till att andelen partiella aktivitets- och sjukersättningar på sikt ökar ytterligare. Det är angeläget att Försäkringskassan tillämpar samma synsätt vid sin bedömning av arbetsförmågans nedsättning i de fall det blir aktuellt att bevilja aktivitets- eller sjukersättning.

Den 1 juli 2003 infördes en bestämmelse som innebär att Försäkringskassan senast ett år efter sjukanknänningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar att tillerkänna den sjukskrivne aktivitets- eller sjukersättning. I vilken utsträckning denna regel påverkat inflödet till aktivitets- och sjukersättning är ännu svårt att bedöma. På regeringens uppdrag har Försäkringskassan i en första redovisning från mars 2005 konstaterat att socialförsäkringsadministrationen brustit i tillämpningen av denna bestämmelse. Sammanfattningsvis hade lagregeln följts i endast ca 10 procent av granskade ärenden. Variationerna i bedömningen var stora mellan länen. Dessutom har bestämmelsens innebörd tolkats olika och endast 16 procent av de intervjuade handläggarna uppgav att lagregeln var ett prioriterat område vid deras kontor. En mer detaljerad redovisning av tillämpningen av denna bestämmelse skall lämnas senast den 1 juni 2006.

En analys av *utflödet* från aktivitets- och sjukersättning under 2004 visar att av ca 42 000 personer som lämnade dessa förmåner övergick ca 30 000 till ålderspension, ca 5 400 avled och drygt 5 000 återvände till arbetsmarknaden eller försörjdes på annat sätt. Det krävs dock en bättre analys av detta utflöde vad gäller den sistnämnda gruppen. Det kan i anslutning härtill nämnas att antalet beslut om indragningar och minskningar av aktivitets- eller sjukersättningar ökat markant under 2004 och uppgick till totalt ca 3 000, varav flertalet avsåg minskning av förmånerna.

Försäkringskassan har gjort uppskattningar som visar att ca 2 500 personer varje månad under 2004 hade sin ersättning till någon del vilande för att pröva att förvärsarbeta. Drygt 60 procent av dem var kvinnor. Antalet återtagna förmåner har stabiliserats kring 30 procent. Den övervägande delen av personerna i vilandesystemet har halv aktivitets- och sjukersättning. De som ansöker om vilande aktivitets- eller sjukersättning är främst personer med partiell ersättning som redan är etablerade på arbetsmarknaden och vill pröva att utöka omfattningen på sitt förvärsarbete.

Utvecklingen av antalet nybeviljade och utbetalda aktivitets- och sjukersättningar (förtidspensioner och sjukbidrag) i december åren 1994–2005 framgår av följande tabell.

Tabell 2.9 Utvecklingen av antalet nybeviljade och utbetalda aktivitets- och sjukersättningar i december 1994–2005

| | Nya aktivitets- och sjukersättningar (f.d. förtidspension) | Utbetalade aktivitets- och sjukersättningar (f.d. förtidspension) | Antal kvinnor | Antal män |
|--------------|--|---|---------------|-----------|
| 1994 | 48 531 | 421 979 | 230 363 | 191 616 |
| 1995 | 39 204 | 419 858 | 230 469 | 189 389 |
| 1996 | 39 245 | 418 886 | 231 570 | 187 316 |
| 1997 | 41 198 | 422 916 | 234 166 | 188 750 |
| 1998 | 34 487 | 421 624 | 234 952 | 186 672 |
| 1999 | 39 506 | 424 950 | 238 489 | 186 461 |
| 2000 | 49 237 | 437 943 | 248 216 | 189 727 |
| 2001 | 57 081 | 456 822 | 261 368 | 195 454 |
| 2002 | 63 738 | 488 552 | 282 396 | 206 156 |
| 2003 | 65 000 | 507 289 | 296 123 | 211 166 |
| 2004 | 73 200 | 539 642 | 318 654 | 220 988 |
| 2005 prognos | 69 800 | 564 600 | – | – |

Källa: Försäkringskassan

Aktivitets- och sjukersättningarnas utveckling kan också beskrivas i termer av återstående ersättningsår fram till 65 års ålder. Det måste dock understrykas att det är fråga om en framskrivning av utvecklingen för beståndet fram tills alla i det när 65 års ålder, dvs. ingen förändring sker i beståndet fram till sjukersättningen upphör till förmån för ålderspension. Så är givetvis inte fallet, men uppgifterna redovisas för att belysa vilket statligt åtagande som uppstår om inget görs för att bryta utvecklingen och föra tillbaka personer med aktivitets- och sjukersättning till arbetslivet. Antalet återstående ersättningsår uppgick 2004 till närmare 5,7 miljoner, en ökning med ca 6 procent från 2003.

Slutligen kan nämnas att Försäkringskassan på regeringens uppdrag i en rapport nyligen redovisat resultatet av införandet av de nya beräkningsreglerna fr.o.m. 2003 för aktivitets- och sjukersättning (Effekterna av det reformerade förtidspensionssystemet). Av redovisningen framgår vilka effekter det nya systemet medfört på individnivå för dem som beviljades dessa ersättningar under det året och som fått en utbetalning av sådan ersättning det året. Sammanfattningsvis innehåller inte rapporten några oväntade resultat av de nya reglerna. Totalt sett har reformeringen inneburit en bruttoutgiftsökning för försäkringen på 5,1 procent. Med hänsyn tagen till att de nya förmånerna efter slopandet av det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) beskattas som andra inkomster har dock en marginell utgiftsminskning uppkommit för försäkringssystemet på 0,2 promille.

Analysen visar att den totala nettoinkomsten för de försäkrade ökade med 0,4 procent. Av hela målgruppen hade ca 30 procent fått en sänkning av nettoersättningen. Kvinnorna fick som grupp en genomsnittlig nettoinkomstökning på 0,9 procent, medan männen fick en motsvarande sänkning med 0,3 procent.

Av gruppen som beviljats sjukersättning har kvinnorna fått en genomsnittlig nettoinkomstökning med en procent, medan männen fått en nettoinkomstsänkning med 0,2 procent.

En motsvarande analys av gruppen som fått aktivitetsersättning visar att de nya beräkningsreglerna lett till en genomsnittlig nettoinkomstsänkning med 3,4 procent vilket kan förklaras med övergången till åldersrelaterad garantinivå.

Gifta personer som grupp har fått en genomsnittlig nettoinkomstökning med 1,8 procent, medan ogifta fått en genomsnittlig minskning

med 0,7 procent. Detta kan förklaras av att de nya beräkningsreglerna är oberoende av civilstånd och att de nya ersättningsnivåerna är satta med utgångspunkt i nivån för ogifta i det gamla systemet.

En redovisning av utvecklingen inom området aktivitets- och sjukersättning finns även i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa.

Handikappersättningar

Antalet personer som mottar handikappersättning är i princip oförändrat jämfört med 2003 efter att tidigare ha ökat långsamt. Antalet var 61 188 i december 2004. Utvecklingen påverkas av ändrade regler för ersättningen under 2003 då den nedre åldersgränsen för att kunna få ersättning höjdes från 16 år till halvårsskiftet det år den unge fyller 19 år. Andelen kvinnor som mottar handikappersättning är 54 procent. Det är i de äldre åldersklasserna, från och med 40 års ålder, som andelen kvinnor är större än andelen män.

Genomströmningstiderna för handikappersättning har minskat under 2004 och ligger på 195 dagar för 75 procent av ärendena. Det är en minskning med 19 dagar jämfört med 2003. Även om de regionala skillnaderna fortfarande är stora har spridningen mellan länen minskat med 44 dagar jämfört med 2003. Den positiva utvecklingen kan ses som resultatet av ett målmedvetet arbete under flera år, det inbegriper införandet av nya arbetsmetoder, ökade resurser och fokus på de längsta pågående ärendena. Den ändrade retroaktivitetstiden för handikappersättning som infördes den 1 juli 2004 kan också ha påverkat genomströmningstiderna positivt. Det bedöms nämligen leda till färre komplicerade bedömningar för Försäkringskassan vilket borde kunna påverka genomströmningstiderna positivt.

Arbetsskador

Under 2004 fattades beslut om arbetsskada i 27 000 ärenden. Detta innebar en nedgång från tidigare år med drygt 1 500 beslut. Under 2004 registrerades 28 400 nya ansökningar om arbetsskadelivränta. Den redan stora stocken av inte beslutade ärenden ökade således och motsvarar för närvarande ungefär det antal ärenden som beslutas under ett år.

Genomströmningstiderna har också utvecklats negativt. Under 2003 fattades beslut i

75 procent av ärendena inom 515 dagar. Motsvarande siffra för 2004 är 520 dagar. Skillnaderna mellan länen har ökat sedan föregående år. Genomströmningstiderna har minskat där de tidigare var relativt korta medan de ökat där de var som längst. I Södermanlands län fattas beslut i 75 procent av ärendena inom 323 dagar. Motsvarande siffra för Jämtlands län är 1 045 dagar eller närmare tre år.

Även när det gäller bifallsfrekvens i ärenden rörande arbetsskadeliivränta är skillnaderna fortfarande stora. De har dock minskat något under 2004. Totalt sett har bifallsfrekvensen sjunkit. Troliga förklaringar är att andelen ärenden som prövas enligt 1993 års mer restriktiva bevisregel ökar och att införandet av ett ansökningsförfarande inom arbetsskadeförsäkringen inneburit att en del ärenden som tidigare inte skulle ha prövats nu initieras genom en ansökan från den försäkrade. Bifallsfrekvensen förväntas öka när fler ärenden prövas enligt 2002 års lagstiftning. Det kommer dock att dröja ännu några år innan sådana ärenden blir mer frekventa då skadan måste ha visat sig efter den 1 juli 2002 och ha medfört en bestående minskning av inkomstförmågan.

De stora skillnaderna i bifallsfrekvens mellan kvinnor och män består. Bifallsfrekvensen för kvinnor är 33 procent och 53 procent för män. Arbetslivsinstitutet och Försäkringskassan arbetar tillsammans för att öka kunskapen om orsakerna till denna skillnad. Ett av motiven bakom införandet av en ny bevisregel inom arbetsskadeförsäkringen var att försäkringen skulle få större betydelse vid arbetssjukdomar som ofta drabbar kvinnor.

2.7 Analyser och slutsatser

Samlad analys

Utvecklingen inom politikområdet går i rätt riktning även om inte alla mål är uppfyllda. Antalet nya sjukfall utvecklas gynnsamt samtidigt som exempelvis de noterade skillnaderna mellan kvinnor och män inte är acceptabla.

Ökningen av antalet långa sjukpenningfall, överstigande ett år, tog fart från och med 1998 och nådde sin högsta nivå under 2003 då 127 000 personer hade sjukpenning som utbetalats minst ett år. Under samma period ökade andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna från 62 till 65

procent. Efter denna topp har en kraftig nedgång skett och det totala antalet långa sjukfall har minskat med 31 000 på två års tid. Minskningen mellan 2003 och 2005 kan främst hänföras till att ett stort utflöde skett till sjukersättningsssystemet. Ungefär hälften av de sjukfall som pågått i över ett år avslutas genom att personen beviljas sjukersättning. Men de senaste två årens minskning av det totala antalet fall beror även på ett minskat inflöde av kortare sjukpenningfall.

Under 2004 skedde en kraftig ökning av antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar. Denna ökning överskrider betydligt antalet nya ersättningar under 2003. Att redan nu bedöma utvecklingen av nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar fram till 2008 är svårt. Målet innebär att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under perioden januari 2003 till juni 2008 skall vara lägre än ca 64 300 per år. Den höga nivån på nybeviljandet förväntas bestå ytterligare något år, vilket inte är tillfredsställande, men heller inte oväntat med hänsyn till det stora antalet personer som varit långtidssjukskrivna under en längre tid.

Eftersom målet att minska antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar avser ett genomsnitt för perioden 2003 till och med juni 2008 är målet fullt möjligt att nå även om det fortfarande finns många – för närvarande ca 98 000 personer – som varit sjukskrivna under längre tid än ett år. En positiv faktor i detta sammanhang är att antalet sjukfall längre än två år har minskat under 2004. Det är första gången sedan 1998 som en sådan minskning har skett.

Utvecklingen av sjukskrivningar och aktivitetsersättning beträffande de yngre åldersgrupperna kommer att bli föremål för särskild analys. Försäkringskassan skall följa utvecklingen av ungdomars hälsa i arbetslivet och i samråd med Arbetslivsinstitutet belysa utvecklingen för denna målgrupp. Uppdraget skall redovisas i årsredovisningen för 2005.

Resultatutvecklingen för arbetsskadeförsäkringen är oacceptabel. Under 2004 minskade antalet beslut om arbetsskadeliivränta, genomströmningstiderna har blivit mycket långa och de redan stora skillnaderna har ökat mellan länen. Regeringen förutsätter att den nya myndigheten vidtar åtgärder för att komma till rätta med dessa problem.

För verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa kan det första målet *Försäkringskassorna skall förhindra och förkorta sjukskrivningarna och*

genom samordnad rehabilitering och andra aktiva insatser underlätta återgång i arbete till viss del anses vara uppfyllt då både inflöde av nya ärenden och långa sjukfall minskade under 2004. Övergången till aktivitets- och sjukersättning var dock alltför hög. Det andra målet *Antalet personer som uppburit sjukpenning under längre tid än ett år skall minska med 10 procent* har uppfyllts. Under 2004 var antalet pågående sjukpenningfall längre än ett år 11,5 procent färre än under 2003.

Slutsatserna av de insatser som vidtagits och de resultat som uppnåtts inom politikområdet är många, men några väger tyngre än andra och bör kunna läggas till grund för ett antal förslag till insatser från regeringens sida.

Problem inom hälso- och sjukvård

Det är uppenbart att de konstaterade problemen inom hälso- och sjukvården kring handläggningen av patienters sjukskrivning kräver åtgärder. Sjukskrivningsprocessen måste göras mer kvalitetssäkrad och rättstillämpningen mer enhetlig. Detta kan ske på olika sätt bl.a. genom ökade kunskaper om sjukskrivning som förankras i läkarprofessionen, förstärkta utbildningsinsatser och beslutsstöd för de intygsskrivande läkarna i form av försäkringsmedicinska riktlinjer. Regeringen har därför för avsikt att vidta åtgärder för att öka hälso- och sjukvårdens medverkan i arbetet med att minska sjukfrånvaron (se vidare avsnitt 2.8.2).

Långa sjukfall

Det krävs också ökade insatser för sjukskrivna personer så att de kan återgå i arbete. För detta krävs, förutom aktiv medverkan av den enskilde och dennes arbetsgivare, ett fungerande stöd från de inblandade myndigheterna. Samspelet mellan de stödjande myndigheterna i rehabiliteringsprocessen, dvs. i första hand Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket behöver utvecklas ytterligare. Det gäller inte minst i sådana fall när den försäkrade enligt Försäkringskassans bedömning inte längre är berättigad till sjukpenning och behöver stöd för att få ett arbete.

För personer med en längre tids sjukfrånvaro krävs det ibland olika typer av anpassning från arbetsgivarens sida för att den sjuke skall kunna återgå i arbete. Det är viktigt att arbetsgivarna motverkar sjukskrivning och i största möjliga mån tillvaratar arbetstagarnas arbetsförmåga och snabbare försöker få tillbaka honom eller henne i

arbete efter en sjukskrivning. Regeringen förutsätter att de insatser som sker på arbetsplatsen fortsätter att stärkas. En av huvuduppgifterna i Försäkringskassans arbete med att få tillbaka sjukskrivna i arbete är avstämningsmötet där förutom den försäkrade och Försäkringskassan även den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården kan delta. I dag sker sådana möten i alltför liten utsträckning. Försäkringskassans ambition är att antalet avstämningsmöten skall öka. Regeringen anser att det är av största vikt att så sker och att avstämningsmötet blir en etablerad del av Försäkringskassans arbete med att få tillbaka personer i arbete.

En annan central del i rehabiliteringsarbetet är den rehabiliteringsutredning som skall lämnas in av arbetsgivaren till Försäkringskassan inom åtta veckor efter sjukanmälningsdagen. Det kan dock konstateras att rehabiliteringsutredningarna inkommer till Försäkringskassan i ringa omfattning och i de flesta fall efter mer än åtta veckor. Rehabiliteringsutredningen skall kunna användas som utgångspunkt för planering av rehabiliteringsåtgärder av såväl arbetsgivaren som Försäkringskassan. Utredningen är också viktig för att Försäkringskassan skall kunna fullgöra sin roll som samordnare av den enskildes rehabilitering. Rehabiliteringsutredningen utgör alltså ett viktigt underlag för Försäkringskassan och de brister som finns i tillämpningen av rutinerna gällande sådana utredningar utgör ett hinder i rehabiliteringsarbetet. Regeringen anser att det är mycket angeläget att Försäkringskassan vidtar åtgärder så att antalet rehabiliteringsutredningar som inkommit till Försäkringskassan ökar.

Under 2004 minskade antalet personer som fick del av samordnad rehabilitering i förhållande till 2003. Prognoserna tyder även på en minskning av antalet nettodagar med rehabiliteringspenning under 2005. Regeringen anser det viktigt att sjukskrivna får hjälp att komma tillbaka till arbetslivet. De åtgärder som regeringen aviserar i denna budgetproposition innebär bland annat förstärkta insatser för långtidssjukskrivna. Detta bör medföra att flera av de sjukskrivna får del av samordnad rehabilitering och att en större andel sjukskrivna uppbär rehabiliteringspenning under 2006. Detta bör också kunna bidra till att lösa de problem som Statskontorets pekat på när det gäller en samordnad organisation för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Information

För att uppnå en väl fungerande sjukförsäkring är det av stor vikt att människor känner till hur sjukskrivningsprocessen är uppbyggd och vad som berättigar till ersättning. Därför har utbildnings- och informationsinsatser genomförts internt inom Försäkringskassan och externa utbildningsinsatser har genomförts och kommer att genomföras för läkarkåren i hela landet inkl. företagshälsovården. En informationskampanj riktad till allmänheten har också genomförts under 2004 och en uppföljning av denna visar att attityderna har förändrats om hur sjukförsäkringen skall användas. Mycket talar för att det kommer att finnas behov av flera sådana informations- och utbildningsinsatser under de närmaste åren.

Regionala skillnader

Det har i olika sammanhang konstaterats att de regionala skillnaderna är anmärkningsvärt stora och att de inte kan förklaras genom modeller som enbart vill se sjukfrånvaron som något som orsakas genom individers olika sjukdomsbenägenhet. De regionala skillnaderna låter sig heller inte förklaras genom skillnader i ålder eller näringsstruktur. Med en sammanhållen administration för socialförsäkringen skapas dock goda förutsättningar att komma tillrätta med de allt för stora regionala skillnaderna. Försäkringskassan arbetar inom en rad förmånsslag med enhetliga arbetssätt och metoder i hela landet, något som på sikt leder till ökad kvalitet i handläggningen och ökad rättssäkerhet.

Kontroll av fusk

Regeringens inställning är att fusk med olika socialförsäkringsförmåner inte skall förekomma. Åtgärder mot fusk med förmåner och bidrag är enligt regeringen en viktig del av insatserna för att öka medborgarnas förtroende för trygghetssystemen och det är därför angeläget att arbetet och kontrollen av fusk i olika socialförsäkringsärenden både fortgår och vidareutvecklas.

Samordningsförbund

Under 2004 har samordning i form av finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet initierats på ett antal platser i landet. Regeringen anser att det är viktigt med lokal samordning och att fler samordningsförbund bildas. Försäkringskassan bör i detta avseende kunna ge stöd till

lokala aktörer och ta tillvara och sprida erfarenheter från olika delar av landet.

Kvinnors sjukfrånvaro

Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns. Andelen kvinnor, av totala antalet sjukskrivna, var i maj 2005 64 procent. Analyseras kvinnors sjukfrånvaro framkommer att utvecklingen inom vissa yrkesområden är väsentligt sämre än inom andra. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden – vård, skola och omsorg. Men också på denna nivå framträder stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun. På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branscher och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större.

Det finns ytterst få vetenskapliga studier om orsakerna till kvinnors högre sjukfrånvaro, och ännu färre om möjligheterna att påverka dessa förhållanden. Möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro kan vara att kunskapen inom den medicinska vetenskapen är mindre när det gäller diagnostisering, behandling, rehabilitering respektive prevention av kvinnors besvär och att kvinnor oftare har arbeten som är ergonomiskt eller psykosocialt krävande. En ytterligare orsak kan finnas i ökade krav i kvinnodominerade arbeten de senaste 10–15 åren. Antalet kvinnor som har arbete med hög anspänning men liten egen kontroll ökar. Under de senaste åren har ökningen varit särskild tydlig bland personal anställd inom vård, skola och omsorg.

Det finns särskild anledning att uppmärksamma kvinnors sjukskrivning. För att nå det nationella målet är det viktigt att anledningarna till kvinnors ökade sjukskrivning uppmärksammas och att tillämpningen av sjukförsäkringen sker korrekt och oberoende av om den försäkrade är man eller kvinna.

För att detta skall ske har regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att ta fram en plan för hur könsperspektivet skall integreras i tillämpningen av socialförsäkringen. Försäkringskassan skall utarbeta metoder och arbetssätt för hur handläggarna skall bemöta den enskilde och handlägga sjukförsäkringsärenden likformigt och rättssäkert oavsett den försäkrades kön. Inom ramen för uppdraget skall olika metoder och arbetssätt prövas i samarbete med forskare på

området. Den 15 maj 2006 skall en utvärdering av arbetet redovisas.

2.8 Politikens inriktning

2.8.1 Inkomsttaket i sjukpenningförsäkringen höjs

Nuvarande regler inom sjukpenningförsäkringen innebär att den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst är begränsad till 7,5 prisbasbelopp, vilket för närvarande motsvarar 24 625 kronor i månadslön. Andelen försäkrade med inkomster över detta belopp beräknas från 2003 till 2006 att öka från 29 till 34 procent för män respektive 11 till 15 procent för kvinnor (16–64 år), vilket sammantaget för 2006 motsvarar ca 1,4 miljon arbetstagare. Av dessa försäkrade har ca 500 000 en årsinkomst som överstiger 10 prisbasbelopp.

Av tillgänglig statistik framgår således att sjukpenningssystemet i snabb takt håller på att förvandlas till ett grundskyddssystem, vilket innebär att inkomstbortfallsprincipen urholkas, om taket inte höjs. Om en allt större grupp av de försäkrade får inkomster som överstiger prisbasbeloppstaket finns det således på lång sikt en risk för att försäkringens legitimitet försvagas och dess roll som allmän försäkring bortfaller. Om en betydande andel av befolkningen inte omfattas av försäkringen utan de måste söka andra försäkringslösningar minskar därmed med stor sannolikhet intresset för att bibehålla en allmän försäkring.

Frågan om taket inom sjukpenningförsäkringen handlar inte längre enbart om de i samhället med de högsta lönerna. De nya grupper som genom reallöneökningar når inkomsttaket är en helt annan kategori. Det finns alltså stora grupper bland de etablerade på arbetsmarknaden – främst män – där avgifter betalas på hela inkomsten, men där den försäkrade från den allmänna försäkringen kan få ersättning för endast en del av inkomstförlusten i samband med sjukdom. Ju högre inkomst över taket desto större del av inkomsten är oförsäkrad från den offentliga försäkringen. De flesta arbetstagare i högre inkomstlägen har idag avtalsvägen finansierat ett kompletterande sjukförsäkringskydd som tar vid där den offentliga försäkringens räckvidd upphör. Eftersom det för dessa

personer först betalas sociala avgifter för inkomstdelar över taket betalas det således i praktiken två gånger för detta skydd. Det finns bland arbetstagare även många som helt saknar tillgång till avtalsförsäkringar, vilket innebär att inkomstskyddet vid sjukdom för dessa begränsas endast till ersättningen från den offentliga sjukförsäkringen.

Regeringen har bland annat i tidigare budgetpropositioner framfört att inkomsttaket avseende sjukpenningförsäkringen skall höjas från 7,5 till 10 prisbasbelopp när det statsfinansiella läget så tillåter. Inkomsttaket i aktivitets- och sjukersättningen och för arbetsskadeförsäkringen skall även fortsättningsvis vara 7,5 prisbasbelopp.

Med anledning av att det statsfinansiella läget förbättrats avser regeringen att återkomma till riksdagen med lagförslag om att det nuvarande inkomsttaket inom sjukpenningförsäkringen höjs från 7,5 till 10 prisbasbelopp från och med den 1 juli 2006. Kostnaderna för att höja inkomsttaket beräknas till ca 800 miljoner kronor för 2006.

Prisbasbeloppet för 2006 har fastställts till 39 700 kronor vilket innebär att den högsta månadsinkomst som kan ersättas med sjukpenning blir drygt 33 000 kronor, dvs. en höjning med drygt 6 000 kronor per månad i form av den sjukpenning som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet.

Även för föräldrapenningen föreslås en motsvarande höjning av inkomsttaket (se utgiftsområde 12, avsnitt 3.8).

2.8.2 Det fortsatta arbetet att minska sjukfrånvaron

Regeringen har betonat att arbetslinjen gäller. Alla som kan arbeta och bidra till sin försörjning bör göra det efter förmåga. Ett antal åtgärder som syftar till att minska sjukfrånvaron i arbetslivet har vidtagits. Det kan konstateras att dessa insatser har bidragit till att sjukfrånvaron minskar och att det mål som regeringen tidigare ställt upp om att halvera sjukfrånvaron t.o.m. år 2008 är inom räckhåll. Fortfarande är dock enligt regeringens mening alltför många personer långtidssjukskrivna eller beviljade aktivitets- och sjukersättning. Därför måste även fortsättningsvis ett kraftfullt långsiktigt arbete bedrivas för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet och för att

se till att minskningen kan fortsätta. Regeringen kommer därför att vidta en mängd åtgärder för att stärka detta arbete. Som underlag för det fortsatta arbetet ligger bl.a. rapporter och uppföljningar av hittills genomförda åtgärder. Även revisionsynpunkterna kommer att vägas in.

I det följande redovisas huvuddragen i den strategi som regeringen har för det fortsatta arbetet.

Strategin är inriktad på att dels ytterligare stärka insatserna för att förebygga ohälsa i arbetslivet, dels fortsätta att stärka åtgärderna för att ge sjukskrivna möjlighet till snabb återgång i arbete. En ökad fokusering skall ske på att ta tillvara människors arbetsförmåga och åstadkomma bättre samspel mellan arbetsplatsen, sjukvården och sjukförsäkringen. Passivitet i sjukskrivningsprocessen innebär risker för mer permanent utanförskap och utslagning. Därför är det viktigt att åtgärder startar tidigt och att inga onödiga dröjsmål uppstår. Samtidigt stärks det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Regeringen vill betona att sjukpenningförsäkringen inte skall ge permanent försörjning utan fungera som en bro tillbaka till arbetslivet. Inställningen till den enskilde försäkrade måste också förändras. Den har hittills i allt för stor utsträckning präglats av att det är myndigheter och arbetsgivare som skall vara aktiva medan den försäkrade blir objekt för olika åtgärder. Den försäkrade måste ges ett reellt inflytande över sin situation samtidigt som samhällets förväntningar på att den försäkrade aktivt skall ta tillvara sina möjligheter att komma tillbaka i arbetslivet betonas. Initiativen måste i första hand tas av de försäkrade och myndigheternas roll är att tillhandahålla stöd.

Det är även viktigt att slå fast att det nationella målet för att minska ohälsan i arbetslivet alltså gäller vad avser halveringen av sjukfrånvaron utan att sjukpenningärenden omformas till aktivitets- och sjukersättningar.

Försäkringskassan har översatt regeringens halveringsmål till termer av ohälsotal. Ohälsotalet enligt Försäkringskassans modell är summan av antalet nettodagar i sjukpenning, rehabiliteringspenning och aktivitets- och sjukersättning under en 12-månadersperiod delat med antalet personer 16–64 år. Försäkringskassans mål innebär att ohälsotalet skall sänkas till 37 dagar i slutet av 2008.

Det finns särskild anledning att uppmärksamma kvinnors sjukskrivning. Kvinnorna utgör

64 procent av de sjukskrivna och den ökning av antalet sjukskrivna som skett sedan 1997 har varit större bland kvinnor än bland män. För att nå det nationella målet är det viktigt att anledningarna till kvinnors ökade sjukskrivning uppmärksammas och att tillämpningen av sjukförsäkringen görs oberoende av om den försäkrade är man eller kvinna. Både kvinnors och mäns behov av rehabiliteringsåtgärder skall tillgodoses.

Regeringens satsning på att minska ohälsan i arbetslivet fortsätter således och en ökad satsning sker på sådana områden som bedöms särskilt viktiga för att nå de uppsatta målen. Inte minst de längre sjukskrivningarna och aktivitets- och sjukersättningarna kommer att ägnas ökad uppmärksamhet. Regeringen redovisar därför åtgärder som beräknas medföra att sjukskrivningstiderna successivt kommer att pressas mot att inte överstiga ett år. Det kan även framhållas att en sådan satsning beräknas ha särskild betydelse för kvinnor eftersom kvinnorna svarar för cirka två tredjedelar av de längre sjukskrivningarna.

Det är således arbetsplatsen som är den centrala arenan för insatserna. De flesta som är kortvarigt sjukskrivna kan återgå till sitt tidigare arbete utan några särskilda insatser. I längre sjukskrivningsfall krävs ibland olika anpassningsåtgärder från arbetsgivarens sida för att den sjuka skall kunna återgå i sitt arbete. I en del fall räcker det med ganska enkla åtgärder för att återgången skall kunna ske medan det i andra fall kan krävas betydligt mer omfattande arbetsplatsanpassning, omplacering eller rehabilitering.

Fler åtgärder för att stärka insatserna på arbetsplatsen

Tidiga insatser på arbetsplatsen

Fokus på arbetsplatsinsatser har stärkts under senare tid, bl.a. som en följd av att medfinansieringen av sjukpenningkostnaderna har gett arbetsgivare starkare drivkrafter att ta tillvara arbetstagares arbetsförmåga och snabbare få anställda tillbaka i arbete efter ett sjukdomsfall. Regeringen anser att det är viktigt att de insatser som sker på arbetsplatserna stärks ytterligare. Så snart en längre sjukskrivning kan förutses bör samtal inledas mellan arbetsgivaren och den anställde om vad som kan göras för att förkorta sjukskrivningen, t.ex. om arbetstagaren kan utföra andra arbetsuppgifter eller om arbetsgiva-

ren kan ställa om arbetsplatsen. Det är enligt regeringens mening viktigt att arbetstagarnas organisationer kan medverka i sådana samtal. Arbetstagarorganisationernas medverkan kan exempelvis avse att vara pådrivare och idégivare.

Redan nu gäller att arbetsgivaren har skyldighet att utreda en arbetstages behov av rehabilitering. Arbetsgivaren skall i samråd med den försäkrade svara för att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att åtgärder vidtas för en effektiv rehabilitering. Den försäkrade har därvid en skyldighet att lämna arbetsgivaren de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering. Det ingår i arbetsgivarens ansvar att vidta de arbetslivsinriktade åtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Exempel på sådana åtgärder är arbetsprovning, arbetsträning, utbildning och omplacering.

Regeringen anser att det senast i samband med rehabiliteringsutredningen bör klarläggas om arbetstagen trots sin sjukdom eller skada kan utföra något arbete på hel- eller deltid, om arbetslivsinriktad rehabilitering skall starta eller om den försäkrade på annat sätt kan vara aktiv och hålla kontakten med arbetsplatsen för att på så sätt undvika utanförskap. Regeringen vill även betona betydelsen av att de avstämningsmöten som införts genomförs på avsett sätt. Vissa anpassningsåtgärder kan behöva vidtas på arbetsplatsen för att underlätta för en sjukskrivna att återgå till arbete.

Det kan konstateras att rehabiliteringsutredningarna i dag inkommer till Försäkringskassan i ringa omfattning och i de flesta fall efter åtta veckor. Rehabiliteringsutredningen utgör ett viktigt underlag för Försäkringskassan och de brister som finns i rutinerna gällande sådana utredningar utgör ett hinder i rehabiliteringsarbetet. Regeringen anser att det är mycket angeläget att Försäkringskassan vidtar åtgärder för att rehabiliteringsutredningarna blir en vedertagen del i rehabiliteringsarbetet.

Vidareutvecklade läkarintyg

Läkarintygets utformning är i detta sammanhang av stor betydelse liksom för bedömningen av rätt till försäkringsersättning. Utformningen av intygen prövas löpande. Sådana frågor hantearas av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

Frågor kring arbetsförmåga, vilka förutsättningar som krävs för att denna förmåga alltid

skall tas tillvara liksom vilka krav på arbetsrelaterad aktivitet som kan ställas på den enskilde under sjukskrivning behöver likaså övervägas för att möjliggöra förbättringar så snart som möjligt. Regeringen förutsätter att dessa aspekter vägs in i Försäkringskassans fortsatta arbete med utformningen av läkarintygen.

Översyn av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Regeringen har funnit att det finns behov av att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ytterligare klarläggs och har därför beslutat om en översyn av dessa frågor (dir. 2005:48). I översynen skall bl.a. prövas möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagen rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning. Det skall även belysas behovet av ytterligare lagstiftning som säkerställer den enskildes inflytande över den rehabilitering som skall genomföras samt dennes skyldighet att aktivt medverka i rehabiliteringen och att under sjukdomstiden hålla kontakt med arbetsplatsen. Det har framförts att arbetsgivarnas möjligheter att bedöma hur eventuellt återstående arbetsförmåga kan utnyttjas på arbetsplatsen behöver förbättras. Det bör därför övervägas om ytterligare regelstöd behövs än den nämnda skyldigheten för den försäkrade att lämna arbetsgivaren behövliga upplysningar. Detta kan lämpligen ske i samband med regeringens ställningstagande till förslag som redovisas i översynen. Översynen skall slutföras senast den 30 april 2006.

Utvecklad företagshälsovård

I diskussionerna om hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall kunna förbättras förutsätts det ofta att myndigheterna skall spela en väsentlig roll. Tyngdpunkterna måste dock ligga på insatserna på arbetsplatsen. Företagshälsovården har därvid en mycket viktig roll att spela. Den skall kunna vara ett konkret stöd såväl i det förebyggande arbetet som i rehabiliteringen.

Det betonas även i många sammanhang hur viktig företagshälsovården är som en resurs för att minska sjukfrånvaron. Den har i regel bättre förutsättningar än den allmänna sjukvården att göra bedömningar av arbetsförmågan samt av anpassningsmöjligheterna hos den försäkrade. Närheten till arbetsplatsen har en avgörande betydelse.

Det är angeläget att företagshälsovården blir ett mer verksamt stöd för den enskilde arbetsgivaren och en ur samhällsynpunkt effektivare

resurs för att minska sjukfrånvaron. Regeringen bereder frågan vidare om hur en kvalitativ företagshälsovård kan främjas och avser att återkomma med förslag som syftar till att främja utvecklingen av företagshälsovården och en ökad användning av denna. Regeringen föreslår också förstärkta insatser för företagshälsovårdsutbildning. Se vidare utgiftsområde 14 Arbetsliv.

Samtal med arbetsmarknadens parter

Arbetsmarknadens parter medverkar på olika sätt i arbetet med att minska sjukfrånvaron. Som regeringen redovisat i det föregående bedöms även resultaten inom arbetsskadeförsäkringens område vara otillfredsställande. Åtgärder inom detta område måste därför vidtas. Regeringen avser att med arbetsmarknadens parter diskutera frågor om partsmedverkan som kan medföra förbättringar inom nämnda områden.

Utöver det allmänna försäkringsskyddet finns tilläggförsäkringar som för stora delar av arbetsmarknaden ger kompletterande ersättning, bl.a. vid sjukfrånvaro. Arbetsmarknadens parter har ansvaret för dessa kompletterande försäkringar. Eftersom socialförsäkringsutgifterna har ett tydligt samband med förhållandena i arbetslivet har den pågående översynen av socialförsäkringarna bl. a. till uppgift att pröva förutsättningarna för att stärka denna koppling till arbetsmarknadens parter och ge dessa ett ökat ansvar för och inflytande över socialförsäkringarnas utgiftsutveckling. Dessutom undersöks i den pågående översynen av arbetsmiljölagen om det är lämpligt att arbetsmarknadens parter genom kollektivavtal skall kunna reglera arbetsgivarens skyldigheter inom rehabiliteringsområdet.

Regeringen avser att med företrädare för kommuner och landsting diskutera vilka åtgärder som regeringen kan bidra med för att stärka kommunernas och landstingens arbete med att minska ohälsan i arbetslivet. Regeringen avser att med ekonomiskt bidrag stödja detta arbete. Enligt regeringens mening bedriver AFA och Alecta framgångsrika projekt som syftar till att hjälpa arbetsgivare att förebygga sjukfrånvaro. Dessa projekt kan användas som utgångspunkt för de föreslagna diskussionerna.

Arbetslinjen i sjukförsäkringen innebär ofta att krav ställs på omställning och förändring för den försäkrade. I de kontakter som regeringen löpande har med arbetsmarknadens parter kommer regeringen att undersöka förutsätt-

ningarna för att närmare precisera hur ett ökat gemensamt ansvarstagande kan utformas för att tillgodose dessa krav.

Utvidgat uppdrag till arbetsförmedlingen

Arbetsgivarens ansvar att genom olika åtgärder ta tillvara den enskildes arbetsförmåga är omfattande. Särskilt hos mindre och medelstora arbetsgivare kan man i ett enskilt fall komma fram till att den arbetsförmåga som arbetstagarer har svårigen kan tas tillvara i arbetsgivarens verksamhet. Det är i en sådan situation viktigt att den enskilde ges stöd att ta tillvara sin arbetsförmåga. En första åtgärd bör vara att Försäkringskassan kallar till ett avstämningsmöte med alla berörda. Vid ett sådant möte bör arbetsförmedlingen delta. Vid mötet bör det bland annat klargöras hur den försäkrades arbetsförmåga bäst bör tas tillvara.

I de fall den försäkrade inte kan återgå till sitt gamla arbete på hel- eller deltid skall åtgärder som syftar till övergång till annat arbete vidtas. I dessa delar krävs, förutom en aktiv medverkan från den enskilde försäkrade, ett positivt agerande från arbetsgivaren och ett väl fungerande stöd från de berörda myndigheterna. Beträffande dessa frågor vill regeringen särskilt lyfta fram följande.

Försäkringskassans uppgift är att administrera socialförsäkringen. I detta sammanhang i första hand sjukförsäkringen. Som tidigare sagts skall sjukpenningen inte vara en permanent försörjning utan medverka till trygg omställning till en ny arbetssituation. Den försäkringsmässiga prövningen hos Försäkringskassan vid sjukskrivning bygger på att det i det första skedet sker en prövning av arbetsförmågans nedsättning i förhållande till den försäkrades vanliga arbete. Om det därvid visar sig att en återgång till arbete hos arbetsgivaren inte bedöms möjlig skall prövas om arbetsförmåga finns som bedöms kunna utnyttjas för annat arbete inom hela arbetsmarknaden. Bedöms så vara fallet kommer rätten till sjukpenning att prövas särskilt. I de fall dessa personer är aktuella för arbetsmarknaden skall de överlämnas till arbetsförmedlingens och Försäkringskassans insatser inom ramen för den gemensamma verksamhets- och handlingsplanen som finansieras med samverkansmedel, för gemensam bedömning och för att få del av insatser som kan korta tiden till återgång i nytt

arbete. Efter en längre tids sjukskrivning eller sjukersättning är det vanligt att den försäkrade behöver någon form av rehabiliteringsinsats för att förebygga framtida nedsättning av arbetsförmågan.

Arbetsmarknadsstyrelsen och dåvarande Riksförsäkringsverket har på regeringens uppdrag tagit fram ett förslag till hur en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering bör utformas och därvid föreslagit att regeringen bör ge myndigheterna ett tydligt uppdrag och resurser för att bedriva verksamhet för arbetslösa sjukskrivna och för sjukskrivna med en anställning som de inte kan återgå till. Även de som efter att ha uppburit aktivitets- och sjukersättning återfått arbetsförmågan skall erbjudas stöd. Som en följd av förslaget har regeringen gett de båda myndigheterna i uppdrag att upprätta en gemensam verksamhets- och handlingsplan för arbetslösa sjukskrivna, att utveckla metoder och samverkansformer för gemensamma insatser för arbetslösa sjukskrivna – utvecklingsprojekt FAROS samt att i anslutning till detta projekt också utveckla en samordnad organisation för rehabilitering av sjukskrivna med en anställning som de inte kan återgå till.

Regeringen går nu vidare på denna linje och avser att utvidga arbetsförmedlingens uppdrag så att det omfattar även anställda som behöver byta anställning på grund av ohälsa. Regeringen vill i detta sammanhang framhålla att rehabiliteringsersättningen även kan användas för att förebygga framtida nedsättning av arbetsförmågan i ovan nämnda fall.

Förstärkta insatser för långtidssjuka m.fl.

Med nära koppling till de åtgärder som ovan beskrivits beträffande det utvidgade ansvaret för arbetsförmedlingen kommer regeringen att ge Försäkringskassan i uppdrag att i samverkan med Arbetsmarknadsstyrelsen vidta nya och förstärkta insatser för långtidssjuka och försäkrade som uppbär tidsbegränsad aktivitets- och sjukersättning. Syftet är att samtliga sådana fall skall genomgå för att säkerställa dels att rehabilitering eller andra åtgärder vidtas för att återföra den försäkrade till arbetslivet, dels att rätt ersättning utges.

Med hänsyn till mängden ärenden som skall genomgå måste en stegvis process tillämpas. Det första steget i denna process är att Försäk-

ringskassan inom ett särskilt pilotområde kommer att gå igenom samtliga sjukfall som pågått mer än två år eller fall med aktivitetsersättning eller tidsbegränsad sjukersättning som inom kort beräknas upphöra att gälla.

Därvid skall flera olika bedömningar göras. Det skall t.ex. bedömas om ärendet skall behandlas som ett fortsatt sjukpenningärende eller om sjukpenningen skall upphöra eller utbytas mot aktivitets- eller sjukersättning. Det skall även i sådana fall där rehabiliteringspenning utges bedömas om fortsatt rehabilitering är bästa åtgärden eller om annan insats bör vidtas. När det gäller personer som uppbär aktivitets- eller sjukersättning skall den fortsatta rätten till ersättning prövas. Vid granskningen skall även bedömas om ärenden finns som lämpligen bör bli föremål för åtgärder som arbetsförmedlingen kan vidta för att underlätta för den försäkrade att återgå till arbete.

När tillräckliga erfarenheter som stöder fortsatt verksamhet erhållits skall motsvarande genomgång göras i samtliga återstående länsområden. När även den genomgången avslutats kommer motsvarande genomgång att ske för samtliga fall som varit sjukskrivna längre än ett år. Metodiken skall även tillämpas för alla fall där aktivitets- och sjukersättning aktualiseras. Det bör även prövas om de metoder som utvecklas kan användas för att möjliggöra för personer som har en icke tidsbegränsad sjukersättning att återgå till arbete.

Genom detta samlade tillvägagångssätt får de nya metoderna och erfarenheterna snabbt genomslag i handläggningen av samtliga berörda ärenden och en mer rättssäker och enhetlig handläggning kan uppnås. Så kan t.ex. gemensamma principer för bedömning av nedsatt arbetsförmåga lättare tillämpas.

Regeringen avser att utforma särskilda riktlinjer för pilotverksamheten.

Förbättrade förutsättningar till utbildning för återgång i arbete

I likhet med vad som gäller för att pröva förvärvsarbete bör en försäkrad som uppburit aktivitets- eller sjukersättning under minst ett år få rätt att ha sin förmån vilande under tid med studier upp till längst 24 kalendermånader utan prövning av den sökandes arbetsförmåga. När aktivitets- eller sjukersättning görs vilande på

grund av studier skall även livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring som är samordnad med aktivitetsersättningen eller sjukersättningen vilandeförklaras.

En försäkrad som fått sin aktivitets- eller sjukersättning vilandeförklarad helt eller delvis på grund av studier bör även ha rätt att fortsätta uppbära ett tidigare beviljat bostadstillägg under vilandeperioden. Även studiemedel kan utgå enligt gällande regler.

De nya reglerna bör omfatta alla försäkrade som uppbär aktivitets- eller sjukersättning, oavsett när förmånen beviljades.

Regeringen har även påtalat att möjligheterna att kombinera partiell sjukskrivning med studier bör förbättras. Ett mer flexibelt regelsystem som gör det möjligt att studera på deltid under en period med deltidssjukskrivning bör kunna utgöra ett stöd för att bryta en långvarig sjukskrivning. Försäkringskassan har fått i uppdrag att se över vilka regeländringar som krävs för att möjliggöra en sådan kombination. Uppdraget skall redovisas senast den 30 november 2005.

Utökad medverkan från hälso- och sjukvården

Bidrag till hälso- och sjukvården för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet

Som redovisats ovan (avsnitt 2.5.1) så har Karolinska Institutet på regeringens uppdrag kartlagt hälso- och sjukvårdens handläggning av ärenden om patienters sjukskrivning. Karolinska Institutet fann betydande brister som hade att göra med hur frågan prioriteras inom hälso- och sjukvården, vilka kunskaper läkare hade om sjukskrivning och hur hälso- och sjukvården samverkar med andra aktörer som Försäkringskassa och arbetsgivare.

Det är naturligtvis av stor vikt att hälso- och sjukvården så effektivt som möjligt kan medverka i arbetet med att minska sjukfrånvaron. För att öka hälso- och sjukvårdens deltagande i detta arbete kommer regeringen att göra en treårig satsning och lämna bidrag till landstingen under åren 2007–2009. De avsatta medlen skall fördelas till landstingen i enlighet med villkor som utformats i en överenskommelse mellan regeringen och företrädare för landstingen. Detta är angeläget landstingens insatser påbörjas så snart som möjligt.

Säkrare medicinsk grund för sjukskrivning

Medverkan av läkare i de olika delarna av sjukskrivningsprocessen är av avgörande betydelse. Regeringen har redan tidigare initierat en förstärkning av utbildningen i försäkringsmedicin för läkare. Åtgärder för att stärka sjukskrivningsprocessen skall vidtas. Dessutom har regeringen tillsammans med Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna pekat på behovet av en mer kvalitetssäkrad och rättssäker sjukskrivningsprocess. I Sverige saknas försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning och det finns omotiverat stora skillnader i sjukskrivningspraxis mellan olika delar av landet.

För att bygga upp och sprida kunskap om sjukskrivning på nationell nivå med förankring i läkarprofessionen, vetenskapen och de myndigheter som finns inom området har ett Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum bildats. Dess uppgift är att utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet utveckla praxis och förhållningssätt när det gäller intygsskrivning i förhållande till olika medicinska problem relaterade till arbetsförmåga.

Regeringen vill förstärka dessa insatser ytterligare och avser därför att under hösten 2005 ge berörda myndigheter i uppdrag att utforma förslag om en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Utgångspunkten för uppdraget är att eventuell arbetsförmåga skall tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten skall mer inriktas på den arbetsförmåga som den försäkrade har och inte på arbetsförmågan. Den som har arbetsförmåga förutsätts stå till arbetsmarknadens förfogande. Sjukskrivningsprocessen skall utformas så att arbetslinjen främjas.

I uppdraget ingår bl.a. att vidareutveckla de metoder som finns att bedöma den försäkrades arbets- och funktionsförmåga och att ta fram beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer som vägledning i samband med sjukskrivning. I uppdraget ingår också att pröva möjligheterna att på ett mer aktivt sätt involvera den försäkrade i sjukskrivningsprocessen samtidigt som förväntningarna markeras på att den försäkrade tillsammans med arbetsgivare och myndigheter skall se till att rehabiliteringsbehov klarläggs och åtgärder vidtas för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete. Uppdraget skall redovisas senast i slutet av 2006.

En förstärkt försäkringsadministration för minskad sjukfrånvaro

Den 1 januari 2005 förändrades socialförsäkringens administration. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna slogs samman till en sammanhållen statlig myndighet, Försäkringskassan. Den nya myndigheten har nya och förbättrade möjligheter att uppnå de mål för socialförsäkringen som statsmakterna ställt upp. Förutsättningarna för en enhetlig rättstillämpning och ökad effektivitet i ärendehandläggningen, bl.a. i fråga om ohälsöarbetet, har stärkts. För att tillvarata dessa möjligheter kommer ett omfattande förändringsarbete inom Försäkringskassan att pågå under de närmaste åren.

Som framgår av avsnitt 2.6.2 framhåller Statskontoret att det finns vissa hinder för bildande av samordningsförbund inom rehabiliteringsområdet. Statskontoret föreslår därför att Försäkringskassan ges i uppdrag att verka för bildande av fler samordningsförbund. Regeringen anser att det är viktigt med lokal samordning och att fler samordningsförbund bildas. Försäkringskassan bör i detta avseende ge stöd till lokala aktörer och ta till vara och sprida erfarenheter från olika delar av landet.

Försäkringskassan har i rapporten *Alltjämt ojämnt* konstaterat att handläggningen av flera sjukförsäkringsförmåner skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Regeringen har därför gett Försäkringskassan i uppdrag att återkomma till regeringen med en plan för arbetet med att integrera könsperspektivet i tillämpningen av socialförsäkringen. Planen skall redovisas senast den 28 oktober 2005. I uppdraget ligger i första hand att arbeta med Försäkringskassans egen handläggning av sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning samt rehabiliteringsärenden.

Försäkringskassan skall utarbeta metoder och arbetssätt för hur handläggarna skall bemöta den enskilde och handlägga sjukförsäkringsärenden enhetligt och rättssäkert oavsett den försäkrades kön. Inom ramen för uppdraget skall olika metoder och arbetssätt prövas i samarbete med forskare på området. En utvärdering av arbetet skall redovisas den 15 maj 2006.

Regeringen kommer att fortsätta den särskilda ohälsosatsningen som skett de senaste åren och aviserar därför medel till Försäkringskassan för detta under 2006 och 2007.

II Administrationen av socialförsäkringen

För att tilltron till den allmänna försäkringen skall bibehållas och stärkas måste administrationen av socialförsäkringen fungera väl. Handläggningen skall vara rättssäker och kompetent utförd och organisationen effektiv.

Försäkringskassan är ett av regeringens viktigaste verktyg för att nå de politiska målen inom området. Detta gäller inte minst målet att halvera sjukfrånvaron från arbetslivet till 2008. En av de stora utmaningarna för Försäkringskassan under de närmaste åren ligger i att bli framgångsrik i detta arbete. Den vid årsskiftet 2004/05 genomförda organisationsförändringen stödjer också detta.

2.9 Omfattning

Fram till utgången av 2004 administrerade Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna tillsammans socialförsäkringen och vissa andra förmåner.

RFV utövade som central förvaltningsmyndighet tillsyn över försäkringskassornas tillämpning av gällande lagstiftning, var ansvarig systemägare för de gemensamma IT-systemen, utarbetade normer för rättstillämpningen och svarade för ekonomistyrningen inom verksamheten. RFV utövade också tillsyn över Premiepensionsmyndigheten (PPM) samt Skatteverket i fråga om beslut om pensionsgrundande inkomst.

De allmänna försäkringskassornas primära uppgift var att handlägga enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemen och att svara för samordningen av arbetslivsinriktad rehabilitering. Årligen har drygt 15 miljoner beslut om rätt till ersättning fattats och ca 60 miljoner utbetalningar av ersättning gjorts från socialförsäkringen till enskilda.

Vid utgången av 2004 arbetade totalt 1 200 personer vid RFV, varav 695 vid RFV Data. Vid de 21 allmänna försäkringskassorna var antalet anställda 14 883 personer. Även verksamheten vid Försäkringskassornas Förbund ansågs omfattas av reglerna gällande övergång av verksamhet. Detta innebär att även anställningsavtalen för de anställda där överfördes till den

nya myndigheten. Totalt omfattades ca 30 personer av detta.

Den 1 januari 2005 inrättades en ny nationellt sammanhållen myndighet, *Försäkringskassan*, för att administrera socialförsäkringen och vissa andra förmåner. Den nya myndigheten ersätter RFV och de 21 allmänna försäkringskassorna.

Syftet med omorganisationen är att skapa nya och bättre förutsättningar för att administrera socialförsäkringen, att fullgöra de uppdrag som ges av riksdag och regering samt att förbättra rättssäkerheten, öka effektiviteten och förbättra personalpolitiken inom myndigheten.

Kostnader

De totala kostnaderna (för försäkring och administration) uppgick 2004 till 426 miljarder kronor. Det motsvarar en sjättedel av bruttonationalprodukten (BNP) och omkring hälften av utgifterna under det av riksdagen fastställda utgiftstaket. Det är en ökning med ca tre procent jämfört med 2003. Av de totala kostnaderna för försäkringen utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent, varav ca hälften avser administration av förmånerna inom politikområdet Ersättning vid arbetsoförmåga.

Sedan 2003 har administrationen fått ett årligt resurstillskott om ca 650 miljoner kronor för insatser inom prioriterade områden, varav ca 450 miljoner kronor avser insatser inom ohälsområdet och resterande del kostnader i samband med följdreformer till det reformerade pensionsystemet. Under 2005 har vidare 50 miljoner kronor tillförts för administrativa kostnader till följd av riksdagens beslut om ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare för minskad sjukfrånvaro.

2.10 Mål för administrationen av socialförsäkringen

Regeringens övergripande mål för den nya myndigheten är att tilltron till socialförsäkringen och dess administration skall vara hög samt att administrationen av socialförsäkringen skall vara rättssäker, effektiv och ha hög kvalitet.

Regeringen har, med utgångspunkt i det övergripande målet för administrationen av socialförsäkringen, särskilt lyft fram följande områden:

- Rättstillämpningen skall vara enhetlig så att medborgarna bedöms lika oavsett kön. De

regionala skillnaderna skall minska så att medborgarna bemöts lika och deras ärenden hanteras lika.

- Verksamheten skall bedrivas effektivt till så låga kostnader som möjligt och med hög kvalitet, i vilket bl. a. ligger att flexibiliteten i organisationen skall vara hög så att fördelarna och möjligheterna med att vara en nationellt sammanhållen organisation tas tillvara.
- Myndigheten skall ha en god personalpolitik i vilket bl. a. ligger att utforma en sammanhållen personalpolitik som medför en jämn och hög kompetens i hela organisationen och en god arbetsmiljö.

2.11 Insatser

Under 2004 präglades planerade och genomförda insatser i hög grad av att den nya sammanhållna myndigheten skulle fungera från den 1 januari 2005.

2.11.1 Regeringens insatser

Ett omfattande förberedelse- och anpassningsarbete har bedrivits inom ramen för utredningen GEORG (Utredningen om inrättandet av en sammanhållen myndighet för socialförsäkringsområdet [S 2003:13] dir. 2003:170, SOU 2004:127 Försäkringskassan) med uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av en sammanhållen statlig myndighet inom socialförsäkringsområdet. Utredningen organiserade arbetet i flera projektgrupper, sammansatta av medarbetare från de allmänna försäkringskassorna, RFV och Försäkringskassornas Förbund (FKF). Även andra myndigheter, som Ekonomistyrningsverket (ESV) och Arbetsgivarverket (AgV), var representerade. Det breda deltagandet – i kombination med en stor öppenhet i arbetet – har inneburit att utredningens förslag till förändringar, trots den relativt korta tid förberedelsearbetet pågick, är djupt förankrade inom den nya organisationen.

Regeringen ser utredningens förslag och slutsatser som viktiga utgångspunkter för det fortsatta förändringsarbetet inom den nya myndigheten.

Många av de problem som identifierades i den gamla organisationen har kunnat härledas till en otydlighet i ansvars- och styrkedjan. Ansvarsförhållandena tunnades ut och styrningen blev komplicerad och svag. I den nya organisationen skall en rak och tydlig ansvars- och beslutslinje etableras och ansvar skall klart och entydigt kunna utkrävas av varje nivå inom organisationen. Detta är en viktig men svår fråga, som till stor del handlar om att förnya kulturen inom organisationen.

Regeringen har under senare år kritiserat RFV och de allmänna försäkringskassorna för bristande resultat. Detta återspeglades också i regeringens styrning som blev alltmer detaljerad. Med den nya myndighetens förbättrade förutsättningar och verktyg, väljer regeringen att i stället fokusera styrningen på en mer strategisk nivå.

Regeringens ändrade styrning markeras också i myndighetens första regleringsbrev. Jämfört med tidigare regleringsbrev till RFV är Försäkringskassans regleringsbrev mindre omfattande, med färre uppdrag och mindre detaljerade återrapporteringskrav.

Antalet verksamhetsgrenar i regleringsbrevet har också minskats från tidigare sju till tre. I den tidigare uppdelningen mellan RFV och de allmänna försäkringskassorna var det viktigt att definiera RFV:s uppdrag genom att ge myndigheten ansvar för normering och tillsyn. Verksamhetsgrenarna normering och tillsyn är i den nya myndigheten integrerade i verksamhetsgrenen handläggning. Tillsynen kommer att genomföras genom bl.a. kvalitetssäkring, uppföljning, intern kontroll och revision och genom hantering av synpunkter från enskilda.

Styrelse med fullt ansvar

Riksdagen har beslutat att Försäkringskassan skall ledas av en styrelse med fullt ansvar. Regeringen kommer genomgående i sin styrning av myndigheten att utgå från en rak ansvars- och beslutslinje. Detta lägger ett stort ansvar på myndighetens styrelse och det innebär att ordföranden har en självklar roll i dialogen mellan regeringen och Försäkringskassan.

Regeringen anser att arbetet i en styrelse med fullt ansvar bör präglas av att den utgör en förstärkning av ledningen. Därför är det väsentligt att tonvikten på styrelsens arbete mer ligger på strategisk ledning och mindre på att svara för medborgerlig insyn. Under de kommande åren

är Försäkringskassans styrelses viktigaste uppdrag att bevaka att förändringsarbetet genomförs och att de med omorganisationen avsedda effekterna uppnås.

Försäkringsdelegationerna

För att garantera en medborgerlig insyn i den nya organisationen har riksdag och regering beslutat om en ny funktion i myndigheten, försäkringsdelegationer. Försäkringsdelegationerna har två uppdrag; ett bevaknings- och ett beslutsuppdrag. I bevakningsuppdraget skall försäkringsdelegationerna granska att verksamheten i respektive län bedrivs effektivt, att länets invånare och företag får ett bra bemötande och att kontakterna med medborgare och företag underlättas genom god service och information. Försäkringsdelegationernas granskning av verksamheten skall ha medborgarens förutsättningar och behov som utgångspunkt dvs. ett medborgarperspektiv. Försäkringsdelegationerna skall lämna en årlig rapport till regeringen.

Beslutsuppdraget omfattar beslut om finansiell samordning samt andra samverksansformer inom rehabiliteringsområdet. Delegationerna utser även de ledamöter som deltar i sådan samverkan och ledamöterna till socialförsäkringsnämnderna.

Uppdrag till Försäkringskassan om plan för fortsatt förändringsarbete

Ännu återstår en mängd förändringsinsatser innan regeringens mål med bildandet av den nya myndigheten kan anses uppfyllda. Regeringen har därför gett Försäkringskassan i uppdrag (dnr S2004/9432/SF) att ta fram en plan för hur det fortsatta förändringsarbetet inom myndigheten skall utformas. Planen skall ha sin utgångspunkt i regeringens mål för administrationen av socialförsäkringen och beskriva hur dessa skall uppnås med tydliga åtaganden för de första tre åren. Behovet av utvecklingsinsatser inom områdena enhetlig rättstillämpning, effektiv verksamhet och sammanhållen personalpolitik betonas särskilt, liksom vikten av en ökad tydlighet i lednings- och styrningsfrågor.

Regeringen avser att nära följa förändringsarbetet. Som ett led i detta kommer avstämning med Försäkringskassan att ske regelbundet. Myndighetens uppdrag skall slutredovisas i en rapport till regeringen senast den 29 februari 2008.

Uppdrag till Statskontoret att granska Försäkringskassans förändringsarbete

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att stödja regeringen i arbetet med att följa Försäkringskassans förändringsarbete (dnr S2005/4671/SF). Statskontoret skall ge sin syn på hur väl förändringsarbetet uppfyller regeringens mål för administrationen av socialförsäkringen och de intentioner som preciseras i den förändringsplan som Försäkringskassan lämnat till regeringen i juni 2005. Uppdraget skall följas upp årligen och redovisas i en slutrapport senast den 31 mars 2008.

Regeringens arbete mot fusk och felaktigheter

Arbetet mot fusk med förmåner och bidrag har ett viktigt preventivt syfte samtidigt som fel och fusk upptäcks och åtgärdas. Regeringen har under 2004 och 2005 intensifierat sitt arbete mot fusk och planerar fortsätta detta arbete även under de kommande åren. Framför allt koncentreras insatserna till det arbete som följer av det samlade åtgärds paketet mot fusk med förmåner och bidrag som regeringen beslutade om den 12 maj 2005. (Se prop. 2004/05:100, finansplan m.m. avsnitt 1.12 samt finansplan m.m. avsnitt 3.7 i denna proposition.)

Uppdrag om jämställdhetsanalys

Försäkringskassan har på regeringens uppdrag analyserat politikområdena Ersättning vid arbetsoförmåga, Ekonomisk familjepolitik och Ekonomisk äldrepolitik ur ett jämställdhetsperspektiv. I uppdraget ingick att identifiera problemområden, föreslå åtgärder samt ta fram mål och indikatorer för att kunna följa utvecklingen. Försäkringskassan har i rapporten *Alltjämt ojämnt* redovisat sina slutsatser utifrån det genomförda uppdraget (dnr S2005/3324/SF).

Försäkringskassans granskning visar att de flesta reglerna inom socialförsäkringen är könsneutrala och således inte gör någon åtskillnad på kvinnor och män. Det finns dock vissa regler som riktar sig enbart till det ena könet och därmed inte är könsneutrala. Det finns även regler som till synes är könsneutrala men som i tillämpningen ändå får olika effekter beroende på kön.

Vidare framgår det av rapporten att tillämpningen av socialförsäkringsreglerna ger utrymme för ett könsdifferentierat utfall. Framför allt gäller det ersättningarna vid arbetsoförmåga som innehåller ett stort inslag av skälighetsbedöm-

ning. Individens hela livssituation tas då i beaktande. Det kan handla om diagnos, arbetsförhållanden, civilstånd, vem som sköter hushållsarbetet i hemmet, förekomst av barn eller hur barnomsorgen är löst. Det är bl.a. vid denna typ av bedömningar som risken är stor att enskilda handläggares uppfattning och ibland brist på kunskap om den rådande könsmaktsordningen påverkar beslutet. Attityder och kunskaper hos Försäkringskassans handläggare om kvinnors och mäns livsvillkor och könsmaktsordning spelar en central roll i beredningen och bedömningen av ärenden.

För att bemöta de brister som idag finns i handläggningen har regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att senast den 28 oktober 2005 återkomma till regeringen med en plan för arbetet med att integrera könsperspektivet i tillämpningen av socialförsäkringen. Den 15 maj 2006 skall en utvärdering av arbetet redovisas. I uppdraget ligger i första hand att arbeta med Försäkringskassans egen handläggning av sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning samt rehabiliteringsärenden. Försäkringskassan skall utarbeta metoder och arbetssätt för hur handläggarna skall bemöta den enskilde och handlägga sjukförsäkringsärenden enhetligt och rättssäkert oavsett den försäkrades kön. Inom ramen för uppdraget skall olika metoder och arbetssätt prövas i samarbete med forskare på området.

2.11.2 Insatser inom myndigheten

Fortsatt förändringsarbete i Försäkringskassan

Försäkringskassan har i juni 2005 redovisat (dnr S2005/4748/SF) en översiktlig förändringsplan som fokuserar på de resultat som myndighetens arbete skall leda till under de kommande tre åren. Planen identifierar ett antal områden inom vilka effekter, målnivåer och aktiviteter lagts fast. Ledning och styrning pekas ut som det viktigaste verktyget för att uppnå avsedda resultat. I detta ligger bland annat en effektiv produktionsledning, ett enhetligt produktionsplaneringssystem, enhetliga uppföljningssystem och snabbare resultatrapportering.

Försäkringskassan gör i planen flera reella åtaganden. De viktigaste åtagandena rör de försäkrades tilltro till försäkringen och dess administration, rättssäkerhet och handläggningstider. Vidare är regeringens mål för ohälsarbetet och utvecklingen av myndighetens egna sjukfrånvaro

inarbetad i planen. Fyra nyckeltal anges som centrala för att följa förändringsarbetet. Dessa är resultatet av image-mätningar, andelen rätt beslut, ohälsotalet och den egna sjukfrånvaron. I ekonomiska termer anger Försäkringskassan att den genom ökad effektivitet kommer att kunna omfördela resurser motsvarande en miljard kronor till prioriterade områden inom myndigheten vid utgången av 2007.

Försäkringsdelegationerna

Försäkringskassan har tillsatt en särskild samordningsansvarig för försäkringsdelegationerna och socialförsäkringsnämnderna (SFN). Detta för att skapa förutsättningar för att arbetet i försäkringsdelegationerna, och även inom SFN, skall kunna bedrivas på ett enhetligt sätt. Den samordningsansvarige skall genom att sprida gemensamma metoder och ett gemensamt synsätt på både rollen och arbetsuppgifterna verka för att kommunikationen mellan delegationerna och myndighetens styrelse och verkställande ledning fungerar bra och att de förtroendevalda blir kända och accepterade som den viktiga del av myndigheten de är.

Försäkringskassan har genomfört en utbildningsomgång för försäkringsdelegationerna. Delegationernas två roller – bevakningsrollen och beslutsrollen – var huvudpunkterna på programmet.

Gemensamma processer

Med syfte att åstadkomma en enhetlig handläggning av socialförsäkringens förmåner och – på sikt – även en optimal effekt utifrån service, kvalitet, kontroll och rationaliseringar bedrivs ett arbete med gemensamma processer i handläggningen. Kartläggning och analys av sådana processer har sedan våren 2004 genomförts i fyra så kallade Ensaprojekt, där olika försäkringskassor har varit projektansvariga eller referenskassor. I samtliga projekt har berörda avdelningar inom RFV medverkat.

Kundsynpunkter

Under 2004 har en systematisk synpunktshandtering införts inom RFV och de allmänna försäkringskassorna. Målet har varit att skapa en obruten kedja för kundsynpunkter från de försäkrade via administrationen till regeringen. Syftet är dels att åstadkomma ett gemensamt synsätt inom administrationen, dels att de försäkrades åsikter skall användas i syfte att

utveckla verksamheten. Under 2005 kommer den systematiska synpunktshandringen att utvecklas vidare.

Omlokalisering av vissa delar av

Försäkringskassans verksamhet

Försäkringskassan har efter regeringsuppdrag (dnr S2005/3261/SF) redovisat vilka verksamheter inom myndigheten som – i enlighet med Lokaliseringsutredningens delbetänkande (N 2004:15) – skall omlokaliseras med anledning av riksdagens beslut (prop. 2004/05:5, bet. 2004/05:FöU4, rskr. 2004/05:143) om nedläggning av militär verksamhet på vissa orter. Sammanlagt berörs drygt 500 årsarbeten inom Försäkringskassan. De aktuella orterna är *Östersund* dit bl.a. handläggningen av aktivitetsstöd, familjebidrag till värnpliktiga och frågor om gemensam service omlokaliseras (376 årsarbeten), *Arvidsjaur* där viss administration och gemensam service skall hanteras (40 årsarbeten) och *Gotland* dit handläggning av återkrav från underhållsskyldiga, EU-vård och vissa utlandsärenden skall flyttas (105 årsarbeten). Senast den 30 juni 2006 skall omlokaliseringen av minst 200 årsarbeten vara genomförd och vid utgången av 2007 skall samtliga årsarbeten vara omlokaliserade. Försäkringskassan har därutöver för avsikt att samla handläggningen av bilstöd till funktionshindrade till *Västervik* (30 årsarbeten), senast vid utgången av 2007.

Vid omlokalisering till de aktuella orterna är det verksamhet från samtliga län i landet som koncentreras. De verksamheter som omlokaliseras är i dagsläget oftast fördelade på ett antal platser inom varje län. Antalet personer inom Försäkringskassan som förväntas flytta till respektive ort i samband med omlokaliseringen uppskattas av myndigheten bli så få, att de kan anses försumbara vid en bedömning av rekryteringsbehovet på orterna.

Kvalitetskontroll och tillsyn

Tillsyn har från RFV:s sida skett i tre former; systemtillsyn, riktade tillsynsinsatser och genom enskilda tillsynsärenden. Systemtillsynen ger den mest heltäckande bilden av rättssäkerhet och kvalitet i handläggningen.

Systemtillsyn genomförs med stöd av granskningsverktyget QbenII. Omkring hälften av ärendeslagen (24 st) ingår i kvalitetskontrollen. Varje månad görs ett slumpmässigt urval av vilka

ärenden som ska granskas. Totalt kan ca 9 000 ärenden granskas per månad.

RFV har även genomfört ett antal riktade tillsynsinsatser under 2004. En majoritet av dessa visar att regel tillämpningen av de granskade förmånerna kan betraktas som likformig och rätts-säker. Helhetsintrycket dras dock ned betydligt av de allvarliga brister som en tillsyn inom sjukförsäkringsområdet visar.

RFV har också genomfört tillsyn av hur sex allmänna försäkringskassor har fört protokoll i socialförsäkringsnämnderna. RFV fann bland annat att de allmänna försäkringskassorna använt egna mallar för protokoll. Detta har gjort att nämndernas beslut blivit svåra att granska och jämföra, särskilt för den försäkrade.

Insatser mot fusk

RFV och de allmänna försäkringskassorna har under 2004 skärpt kontrollerna i arbetet mot fusk med förmåner och har infört en ny kontrollstrategi för arbetet i fråga. Det intensifierade arbetet har inneburit att RFV har utfört riktade kontroller inom ett antal förmåner (tillfälligt föräldrapenning, sjukpenning, tandvård till äldre och aktivitetsstöd), utbildat handläggare, deltagit i forskningsprojekt samt arbetat fram en ny vägledning som innehåller information om vad som gäller på området som rör misstänkt fusk. Därtill har risk- och väsentlighetsanalyser tagits fram för ett antal förmåner för att skapa förutsättningar för att kunna identifiera vad som behöver kontrolleras, samt när och hur detta bör ske inom de olika förmånerna.

De riktade kontrollerna har visat att fusk med förmåner förekommer i olika hög grad beroende på förmån. Kontrollen av tillfälligt föräldrapenning (TFP) visade att av de 940 föräldrar som granskats (ett urval av de föräldrar som hade haft fler än tio ärenden med TFP under 2003), hade 39 procent lämnat felaktiga uppgifter som resulterat i för mycket utbetald TFP. I de flesta fall hade dessa föräldrar uppgivit att de avstått från förvärvsarbete trots att de faktiskt arbetat och därmed fått ersättning från försäkringen samtidigt som de uppburit lön. En kontroll av aktivitetsstöd visade att ca åtta procent av de granskade personerna hade fuskat. Vanligaste sättet att fuska på var att deltagarna intygat närvaro på den egna försäkran som ligger till grund för utbetalningen, trots att de vid tillfället inte deltagit i något arbetsmarknadspolitiskt program. En kontroll av sjukpenning visade där-

emot endast på ett fåtal ärenden med misstänkt fusk. Även en granskning av tandvårdsräkningar visade på en relativt liten omfattning av fusk. I kontrollen framkom att fusk hade förekommit i ca 1,5 procent av de undersökta ärendena. Den vanligaste formen av fusk som upptäcktes var att vårdgivaren tagit ut en mellanskillnad mellan sitt begärda pris och den beviljade ersättningen.

Systematisk kontroll av misstänkt fusk ingår fr.o.m. juli 2005 i granskningsverktyget QbenII. Genom en systematisk kontroll kan Försäkringskassan fortlöpande följa utvecklingen av fusk. Eftersom kontrollerna är slumpmässiga ger resultaten också impulser till behov av riktade kontroller inom områden där fusk misstänks förekomma. För närvarande ingår 10 ärendeslag i fuskkontrollen. Varje månad görs ett slumpmässigt urval av vilka ärenden som skall granskas. Totalt granskas 840 ärenden per månad för hela riket.

Under 2004 har myndigheten i samarbete med Lunds universitet, Försäkringsförbundet (FF) och Brottsförebyggande rådet (BRÅ) bedrivit forskningsprojektet *Försäkringsområdet – en inte tillräckligt uppmärksammat brottsplats i Sverige*. Projektet har i juni 2005 redovisats i en slutrapport; *När olyckan inte är framme* (BRÅ 2005:10). Rapporten syftar till att förklara vilka brott som upptäcks, vilka brott som anmäls och vilka brott som utreds samt varför. Som en del av projektet har Lunds universitet genomfört en oberoende granskning av polisanmälda ärenden som återredovisats under 2002. Det konstaterades därvid att flertalet av ärendena till sitt innehåll uppfyller de krav som kan ställas på en polisanmälan i allmänhet och att försäkringskassorna således presterat vad som ankommer på dem.

Antalet polisanmälningar vid misstänkt fusk med förmåner har ökat kraftigt de senaste åren. Totalt polisanmäldes 930 personer under 2004 vilket kan jämföras med 410 personer år 2003 och 270 år 2000. En förklaring till ökningen under 2004 är enligt Försäkringskassan att den nya vägledningen anger att allt misstänkt fusk skall polisanmälas. En annan är den riktade kontrollinsatsen inom tillfälligt föräldrapenning. Av de 303 polisanmälningar som polis/åklagare tagit ställning till under 2004 har åtal väckts i 23 procent av fallen. Sjukersättning och sjukpenning har varit de förmåner som haft högst andel ärenden vilka lett till åtal. 86 procent av de

ärenden som lett till åtal har resulterat i fällande domar.

Under 2004 har RFV och de allmänna försäkringskassorna ytterligare utökat och effektiviserat samverkan med andra bidragsutbetalande myndigheter, bland annat via den s.k. A-kasse-rutinen. Rutinen ersätter ca 200 000 kontroll-samtal per år.

Vad beträffar det elektroniska informationsutbytet mellan Försäkringskassan, arbetslöshetskassorna och Centrala studiestödsnämnden, som regeländringar från och med den 1 juli 2002 ger möjlighet till, syftar detta system till att i första hand förhindra felaktiga dubbelutbetalningar och förbättra servicen till enskilda. Informationsutbytet har även betydelse när det gäller att förhindra olika former av oegentligheter. I en rapport från Försäkringskassan från juni 2005 (dnr S2005/2747/SF) anges att systemet haft en preventiv inverkan mot fusk med förmåner. I rapporten anger Försäkringskassan att informationsutbytet bedöms ha haft en mycket god effekt vad avser minskningen av antalet felaktiga utbetalningar. Rutinen uppges även ha förbättrat servicen till den enskilde samt begränsat antalet återkravsärenden. Utifrån de uppföljningar som gjorts och som visat att systemet har fungerat väl har regeringen nyligen gett en särskild utredare i uppdrag att pröva om det är lämpligt att vissa utökade möjligheter till elektroniska informationsutbyten mellan myndigheter införs. Uppdraget skall redovisas före utgången av oktober 2006.

Internationell samverkan

Den ekonomiska integrationen i Europa och ett utvidgat EU medför delvis nya förutsättningar för administrationen av socialförsäkringen.

Inom Tekniska kommissionen för informationsbehandling (TESS) utvecklas möjligheterna att automatisera kontakterna mellan de olika socialförsäkrings- och hälsoadministrationerna inom EU. Detta kommer att effektivisera de administrativa rutinerna kring förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen och säkerställa att medborgarnas rättigheter garanteras vid vistelser i andra medlemsstater.

I juni 2004 infördes det Europeiska sjukförsäkringskortet, EU-kortet, för att underlätta tillgång till sjukvård vid besök i annat medlemsland (inklusive EES och Schweiz). EU-kortet ersätter

de pappersintyg som tidigare krävdes för rätt till akut/nödvändig sjukvård på samma ekonomiska villkor som andra försäkrade i berörda länder. Kortet har också längre giltighetstid och är enhetligt i hela Europa. Fördelarna för den enskilde är tydliga. I Sverige har ett IT-system utvecklats för att hantera beställningen av kort och kontroll av försäkrade. Förfaringssättet innebär ökad kundservice och möjlighet till omprioritering och besparing inom Försäkringskassan. Fram till den sista juli 2005 har ca 2,5 miljoner EU-kort utfärdats.

Tjänsteexport

RFV har under 2004 avslutat två EU-finansierade s.k. Twinningprojekt i Litauen respektive Slovakien och påbörjat ett nytt i Lettland. Projektens ändamål är att stödja nya medlemsstater att införliva det EU-rättsliga regelverket på socialförsäkringsområdet i deras nationella system. Engagemanget är till ömsesidig nytta, för Sverige i kompetensutvecklingshänseende och för mottagarländerna i dess förberedelser inför tillämpningen av EG-lagstiftningen. RFV har under 2004 även inlett arbete med ett SIDA-finansierat projekt i Litauen.

2.12 Resultatredovisning

2.12.1 Mål

Regeringens övergripande mål för administrationen av socialförsäkringen 2004 var att den skall vara rättssäker och effektiv samt lika för kvinnor och män, så att tilltron till den bevaras och stärks.

2.12.2 Resultat

Resurser

Kostnaderna för administrationen av socialförsäkringen finansieras till största delen genom anslag över statsbudgeten. Avgiftsintäkter får disponeras för finansiering av egna resultat-områden. Administration av ålderspension i form av tilläggs- och inkomstpension finansieras huvudsakligen genom ersättning från AP-fonden. Investeringar i anläggningstillgångar finansieras med lån i Riksgäldskontoret. Kostnad för räntor och amorteringar belastar därefter i

huvudsak myndighetens anslag. Kostnader för räntor och amorteringar kopplade till ålderspensionssystemet finansieras genom medel från AP-fonden. Av de totala kostnaderna för socialförsäkringen 2004 (426 mdkr) utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent.

I tabell 2.10 redovisas kostnaderna för administrationen av socialförsäkringen fördelade per politikområde under perioden 2002–2004. För jämförbarhet mellan åren har kostnader för förändringen av pensionsskulden utelämnats¹.

Tabell 2.10 Kostnader för administrationen av socialförsäkringen¹ fördelade på politikområden 2002–2004, exkl. förändring av pensionsskulden

Miljoner kronor

| Politikområde/År | Utfall 2002 | Utfall 2003 | Utfall 2004 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| 13 Hälso- och sjukvårdspolitik | 222 | 256 | 256 |
| 16 Handikappolitik | 126 | 131 | 133 |
| 19 Ersättning vid arbetsoförmåga | 3 688 | 4 119 | 4 331 |
| 20 Ekonomisk äldrepolitik | 514 | 769 | 790 |
| 21 Ekonomisk familjepolitik | 1 763 | 1 846 | 1 834 |
| Ålderspensionssystemet vid sidan av statsbudgeten | 861 | 807 | 796 |
| Övrigt/andra utbetalningar | 215 | 196 | 204 |
| Totalt | 7 389 | 8 124 | 8 344 |

¹Administrationskostnaderna beräknas exkl. Försäkringsmedicinskt centrum (FMC), tjänsteexport (fr.o.m. 2003) och externa beställningar. För FMC uppgick kostnaderna 2002, 2003 och 2004 till 45, 77 resp. 116 mdkr, för externa beställningar till 25, 7 resp. 7 mdkr och för tjänsteexport till 4 mdkr/år (2003 och 2004).

Under perioden 2002–2004 har kostnaderna för administrationen av socialförsäkringen ökat med sammanlagt 13 procent. Ökningen beror främst på de särskilda satsningar inom ohälsområdet som genomförts sedan 2003 med syfte att minska sjukfrånvaron i landet. Under 2004 svarade politikområdena Ersättning vid arbetsoförmåga och Ekonomisk familjepolitik tillsammans för 74 procent (52 respektive 22 procent) av de totala administrationskostnaderna. Det är dock administrationskostnaden för politikområdet Ekonomisk äldrepolitik som, relativt sett, ökat kraftigast under perioden (54 procent). Ökningen förklaras främst av omfattande insatser för utveckling av det reformerade pensionssystemet.

Anställda inom RFV och de allmänna försäkringskassorna

Den totala sjukfrånvaron vid de allmänna försäkringskassorna var 2004 ca 6,2 procent, en minskning med en procentenhet jämfört med föregående år. 15 försäkringskassor har minskat sin sjukfrånvaro, varav några markant. Två län låg över 8 procent 2004, att jämföra med fem län 2003. Anmärkningsvärt är den höga sjukfrånvaron bland anställda under 40 år, som var mer än två procentenheter högre än för staten totalt. Sjukfrånvaron i staten uppgick 2004 till 4,5 procent.

De anställdas sammansättning fördelat på män, kvinnor och etnisk tillhörighet förblir 2004 oförändrad jämfört med tidigare år. Detta trots målsättningen att öka andelen män och anställda med annan etnisk bakgrund.

Genomsnittsåldern för de anställda var 2004 betydligt lägre inom RFV (30–39 år) än vid de allmänna försäkringskassorna (50–59 år). Den höga medelåldern inom huvuddelen av verksamheten innebär att ett generationsskifte är nära förestående. En betydande del av de anställda inom Försäkringskassan beräknas gå i pension under de närmaste tio åren. Myndigheten beräknar att ca 3 500 medarbetare lämnar verksamheten inom fem år på grund av ålderspension eller sjukersättning. Motsvarande antal på tio års sikt har beräknats till ca 7 300 personer. Detta innebär en stor kompetensförlust för verksamheten. Förhållandet pekar på hur viktigt det är att framgångsrikt hantera den omställning och de rationaliseringar som förväntas genom de närmaste årens förändringsarbete inom den nya myndigheten Försäkringskassan.

Enhetlighet, rättssäkerhet och kvalitet i handläggningen

Omkring hälften av de ärendeslag som Försäkringskassan administrerar granskats med QbenII. Enligt Försäkringskassans årsredovisning hade 89,8 procent av de granskade ärendena 2004 korrekta beslutsunderlag. Av besluten som fattades utifrån dessa underlag var 98,2 procent korrekta. Andelen korrekta utbetalningar med dessa beslut som underlag var sedan 99,2 procent. Totalt var alltså 87,5 procent av de granskade ärendena helt korrekta från underlag till utbetalning.

Bland de administrativt tyngsta ärendena varierar andelen helt korrekt handlagda och utbetalade ärenden från 74,2 procent för tandvård och

¹ Förändringen av pensionsskulden uppgick till 746 mdkr 2002, 570 mdkr 2003 och –1 033 mdkr 2004.

85 procent för sjukförsäkringen till 98,7 procent för barnbidraget.

Sedan 2002 har andelen helt korrekta ärenden sjunkit med nästan fem procentenheter. Tydligast är försämringen av kvalitén i handläggningen av sjukpenning, föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning. Förmåner som uppvisar förbättringar i kvalitén är bl.a. barnbidraget, underhållsstödet och bostadsbidraget. I stort sett oförändrad kvalitet uppvisade t.ex. förmånerna arbetsskadelivränta, vårdbidrag och assistansersättning.

Alltför långtgående slutsatser kan inte dras i jämförelsen mellan åren då kvalitetskontrollsystemet kontinuerligt kalibreras. Hur stor del av förändringen mellan åren som beror på kvalitetskontrollsystemet respektive den faktiska hanteringen av ärenden går inte att säga. Generellt har kalibreringen lett till en striktare bedömning av ärendena. Den kontinuerliga utvecklingen gör dock att resultaten för 2004 bedöms ha en bättre precision än tidigare år.

Förutom systemtillsynen har elva riktade tillsynsinsatser gjorts. Goda respektive acceptabla resultat uppvisade granskningen av handläggningen av sex ärendeslag bl.a. bostadstillägg till pensionärer, ålderspension till personer födda 1938 eller senare och arbetsskadelivräntor. Inom ohälsområdet genomfördes tre tillsynsinsatser som alla visade på brister vad gäller att handläggningen följer gällande lagstiftning, i rättssäkerhet och likformighet.

I fråga om enskilda tillsynsärenden, som initieras genom klagomål från försäkrade, har RFV uttalat någon form av kritik i 70 procent av dessa ärenden.

Arbetet inom ramen för Ensaprojektet har på ett positivt sätt bidragit till genomförandet av enhetliga handlägningsprocesser inför bildandet av den nya myndigheten.

Genomströmningstider

Av de 13 administrativt tyngsta förmånerna, vilka tillsammans motsvarar mer än 50 procent av de administrativa kostnaderna, har genomströmningstiden förbättrats för nio. När det gäller de äldsta ärendena är resultatförbättringen än mer markant. Den genomsnittliga tid de 25 procent äldsta SFN-ärendena legat oavslutade har minskat från 491 till 361 dagar. Arbetsskadelivränta och bidragsskyldigs ansökan om anstånd är de förmåner där handläggningstiden blivit längre.

För majoriteten av ärenden har spridningen i genomströmningstider minskat. Detta beror i huvudsak på att län med längst handläggningstider har förbättrat sina resultat. Den genomsnittliga spridningen för ärenden som behandlas i socialförsäkringsnämnd har ökat. Detta är en effekt av att län med långa handläggningstider fokuserat på att avsluta de äldsta oavslutade ärendena. Detta resulterar initialt i längre handläggningstider, samtidigt som potentialen att kraftigt sänka handläggningstiderna ökar.

Samlad utveckling av produktivitet och kvalitet

RFV hade under 2004 i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla produktivitets- och kvalitetsindex. Arbetet visar att det skett ett trendbrott vad gäller kvalitetsutvecklingen. Totalkvaliteten har enligt index sjunkit under perioden 2000–2003, för att 2004 vända till nivån för 2002. Det starkaste skälet är kortare genomströmningstider, minskande antal långa sjukskrivningar och något bättre betyg i kundenkäten.

Arbetet med kvalitetsindexet baserade på de allmänna försäkringskassornas respektive resultat visar även att en god kvalitet och hög produktivitet går att kombinera. Av de nio länen med högst total kvalitet har sex också en produktivitet som är högre än genomsnittet.

2.12.3 Analys och slutsatser

Brister i rättssäkerheten

Systemtillsynen visar att 12,5 procent av ärendena inom de 24 ärendeslag som granskas i tillsynen inte är helt korrekta från underlag till utbetalning. Regeringens bedömning är att detta är en för hög nivå.

En stor del av de riktade tillsynsinsatser som gjorts av RFV under 2004 visar att de allmänna försäkringskassornas tillämpning av regler kan betraktas som enhetlig och rättssäker. Detta är tillfredsställande. Dock konstateras också brister inom sjukförsäkringsområdet som drar ned helhetsintrycket. Bland annat finns brister när det gäller att följa lagstiftningen inom området. Dessa förhållanden är inte acceptabla.

De brister som konstaterats i dokumentationen av beslut som fattas av socialförsäkringsnämnd är oroväckande. Det är av största vikt att dessa beslut, ofta komplicerade och av stor betydelse för den enskilde, fattas utifrån besluts-

underlag som är jämförbara och möjliga att granska, även av en lekman.

Vidare vill regeringen peka på att även resultaten från kontrollerna kring fusk och skillnader som framkommer i handläggningen av kvinnor respektive mäns ärenden visar på brister i rätts-säkerheten.

Den samlade produktiviteten sjunker

Den främsta orsaken till att den samlade produktiviteten sjunker är satsningen på en ökad kvalitet inom ohälsområdet, som bland annat sker i form av en fördjupad bedömning av sjukfallen. Den fördjupade bedömningen innebär att varje fall kräver ökade administrativa resurser, vilket leder till högre styckkostnader och därmed en minskad produktivitet inom området.

För övriga områden är produktiviteten oförändrad. Detta är anmärkningsvärt, eftersom stora resurser har satsats på nya handläggare, särskilt sedan 2002, med ambitionen att skapa stora rationaliseringar. Genom den nya organisationen ökar möjligheten att genomföra ett ändamålsenligt ärendehanteringssystem som stödjer kraven på gemensamma handläggningsrutiner och möjliggör rationaliseringar.

Skillnaderna i handläggningstider mellan länen är fortfarande för stora, dock är trenden positiv.

Effektiviteten har förbättrats

En sämre samlad produktivitet vägs i viss mån upp av de kvalitetsförbättringar som skett under året i form av kortare genomströmningstider, nöjdare kunder och ett trendbrott för antalet långa sjukfall över två år. Genomströmningstiderna har förbättrats för nio av tretton administrativt tunga förmåner.

Försäkringens tillämpning för kvinnor och män

Regeringen delar inte RFV:s övergripande bedömning att försäkringen tillämpas lika för kvinnor och män. De brister som påvisats inom rehabilitering och köp av tjänst talar emot myndighetens uppfattning.

Medborgarens tilltro till socialförsäkringen och dess administration

RFV och de allmänna försäkringskassorna genomförde under 2004 kundundersökningar bland personer med aktiva ärenden hos de allmänna försäkringskassorna samt imageundersökningar riktade mot allmänheten i stort. Personer med aktiva ärenden hos de allmänna för-

säkringskassorna hyste enligt kundundersökningen en hög tilltro till deras tillförlitlighet och förmåga att följa gällande lagar och regler. Tilltron har ökat sedan 2003.

Image-undersökningen, som inte särskilt riktar sig till personer med aktiva ärenden visar till viss del en motsatt utveckling. Detta visar på komplexiteten i arbetet att skapa tilltro. Det kan tyda på att det omfattande fusk som framkommit i de riktade undersökningarna är ett stort problem i arbetet med att öka tilltron för försäkringen. Det är av största vikt att myndigheten kommer till rätta med fusk.

Ett gemensamt nationellt serviceåtagande är en viktig del i arbetet med att öka tilltron till försäkringen och Försäkringskassan. Det ger förutsättningar för enhetlig handläggning och förbättrad rättsäkerhet. Ett tydligt nationellt serviceåtagande är betydelsefullt både från de försäkrades perspektiv och för myndighetens handläggare. Det är även en viktig del i arbetet med att föra ut och förankra nationella handläggningsprocesser.

Samlad resultatbedömning

Verksamheten inom RFV och de allmänna försäkringskassorna har under 2004 starkt präglats av arbetet inför bildandet av den nya myndigheten Försäkringskassan. Trots omfattande förberedelser har ordinarie verksamhet och övrigt utvecklingsarbete genomförts med sammanfattningsvis goda resultat. Regeringen finner att uppsatta mål har nåtts, förutom inom ohälsområdet. Även om antalet personer med aktivitets- och sjukersättning ökat oroväckande, kan året ändå sägas vara en vändpunkt för ohälsarbetet, bland annat genom att långa sjukfall över två år minskade för första gången sedan 1998.

Försäkringskassan har nu levererat en ambitiös förändringsplan, som skall vara styrande för verksamheten under de närmaste tre åren. De insatser som myndigheten planerar ligger väl i linje med regeringens intentioner. Planen har försetts med realistiska verktyg som sätter fokus på områden, som är centrala för att nå framgång i det fortgående förändringsarbetet.

Regeringen konstaterar att det bland anställda inom Försäkringskassan finns ett uttalat engagemang och en positiv förväntan, men också en viss oro inför framtiden. Att utveckla en gemensamt sammanhållen personalpolitik är därför särskilt angeläget, inte minst mot bakgrund av den

relativt sett höga sjukfrånvaron inom organisationen, främst bland de yngre anställda.

2.13 Regeringens syn på den framtida administrationen av socialförsäkringen

Den vid årsskiftet 2004/05 genomförda organisationsförändringen innebär nya och väsentligt förbättrade förutsättningar för Försäkringskassan att fullgöra de uppdrag som lämnas av riksdag och regering.

Organisationsförändringen är avsedd att åstadkomma en rättssäker tillämpning av socialförsäkringens regler, men inte att i materiellt hänseende förändra försäkringens innehåll.

Det är av yttersta vikt att de tre grundläggande syften som motiverat omorganisationen – dvs. att leverera en enhetlig rättstillämpning, en effektiv organisation och en fullgod personalpolitik – nu uppnås inom ramen för Försäkringskassans förändringsarbete. Regeringen följer detta arbete noga.

Regeringen vill samtidigt peka på de positiva effekter som uppnåtts under de senaste åren. Regeringens, RFV och de allmänna försäkringskassornas gemensamma arbete mot en mer enhetlig administration av socialförsäkringen har gett resultat. Den nya organisationen med en sammanhållen nationell myndighet skapar ytterligare utrymme för förbättringar som kommer de försäkrade till del.

Viktiga förändrings- och utvecklingsområden

Regeringen har i olika sammanhang pekat på flera viktiga förändrings- och utvecklingsområden för de allmänna försäkringskassorna och RFV. Detta har t.ex. gällt genomförandet av ärendehanteringssystemet och gemensamma arbetsmetoder i ärendehantering för att ta tillvara hela organisationens produktivitetspotential som bl.a. kommer till uttryck i möjligheterna att utnyttja riksgemensam handläggning. Regeringen vill här framhålla betydelsen av att arbetet inom dessa områden fortsätter med kraft i den nya myndigheten.

Regeringen ser också anledning att särskilt framhålla vikten av att rättssäkerheten och effektiviteten i ärendehandläggningen fortlöpande blir föremål för kritisk granskning. Sedan sammanslagningen av RFV och de all-

männa försäkringskassorna ingår den tidigare tillsynsfunktionen och tillsynsobjekten i samma myndighet. En myndighet kan dock inte utöva tillsyn över sig själv. Den granskning som nu sker har integrerats i den nya myndighetens verksamhet i form av systematisk- respektive riktad kvalitetskontroll. Kontrollen integreras också i den löpande ärendehandläggningen och skall genomsyra samtliga delar av Försäkringskassan. De tidigare tillsynsärenden som initierades av enskilda genom anmälan till RFV kommer att hanteras med hjälp av kundsynpunktssystemet. Samtidigt som dessa funktioner integreras i myndigheten är det av största vikt att myndighetens externa rapportering och tilltron till resultaten av kontrollerna inte kan ifrågasättas. Regeringen konstaterar att detta ställer stora krav på såväl lednings- som kontrollfunktion.

Det är regeringens uppfattning att det finns potential att minska handläggningstiderna kraftigt samtidigt som rättssäkerheten stärks. Strategien att i län med ärenden med långa liggstider fokusera på dessa kommer också att resultera i sjunkande handläggningstider. När de fortgående problemen vid introduktionen av ärendehanteringssystemen är lösta och systemen inarbetade i organisationen kommer handläggningstiderna att sjunka även till följd av detta. Skillnaderna i handläggningstider mellan länsorganisationerna visar att det finns stora möjligheter för många av dessa att korta handläggningstiderna.

Det finns sannolikt en framtida avvägning att göra mellan förkortade handläggningstider och kvalitet i handläggningen. Dock har det inte hittills kunnat påvisas att de allmänna försäkringskassor som har haft långa handläggningstider haft bättre kvalitet än de med korta handläggningstider, snarare tvärtom.

Förstärkning av myndighetens kontrollverksamhet gällande fusk

En viktig del av insatserna för att öka medborgarnas förtroende för trygghetssystemen är att stärka kontrollen vid utbetalning av ersättning och bidrag samt att stävja förekomsten av oegentligheter. Detta är väl så viktigt som, och ofta också förenligt med, att öka likformigheten i rättstillämpningen av försäkringen. Därför har också arbetet mot olika former av oegentligheter intensifierats under de senaste åren. Vad gäller Försäkringskassans fortsatta arbete handlar det

om att myndigheten skall stärka och vidareutveckla sina insatser, bl.a. i enlighet med den kontrollstrategi som infördes under 2004. I detta arbete ingår t.ex. att göra både riktade och systematiserade slumpvisa kontroller inom de olika förmånsslagen samtidigt som ett utvidgat samarbete skall ske med andra myndigheter m.fl. kring frågor som berör arbetet mot fusk.

Regeringen avser att för åren 2006 och 2007 tilldela Försäkringskassan extra medel som skall användas för att ytterligare stärka myndighetens arbete med att förebygga och minska förekomsten av olika former av oegentligheter och felaktigheter. Därigenom kan Försäkringskassan anställa 300 årsarbetare extra för att stärka sina insatser inom området.

Myndighetens ekonomiska förutsättningar

Försäkringskassan har under ett antal år fått extra årliga anslagsmedel för att bryta utvecklingen inom ohälsoområdet. Regeringen avser att tillföra myndigheten extra resurser för detta även under 2006 och 2007. För 2006 tillförs också extra medel för kostnader i samband med följdreformerna till det reformerade pensionssystemet.

Regeringen avser därutöver att tillföra anslaget extra medel 2006 och 2007 för att stärka myndighetens kontrollverksamhet (se ovan) och för att kompensera för höjda hyreskostnader i samband med att tidigare egenägda fastigheter överförts till staten. För höjda hyreskostnader tillförs även extra medel 2005.

Under 2006 minskas anslaget med 0,6 procent till följd av en generell reduktion av företrädesvis anslag för bl.a. förvaltningsändamål.

I sammanhanget finns det också anledning att uppmärksamma den generationsväxling som Försäkringskassan står inför. Det finns stora behov av kunskapsöverföring från äldre till yngre medarbetare. Myndigheten har också fattat beslut om omlokalisering av viss verksamhet med anledning av riksdagens beslut (prop. 2004/05:5, bet. 2004/05:FöU4, rskr. 2004/05:143).

Samtidigt fortgår Försäkringskassans förändringsarbete i enlighet med regeringens uppdrag och den av Försäkringskassan framtagna förändringsplanen. Detta arbete kommer i sig att frigöra resurser som skall föras till prioriterade områden.

Regeringen ser detta som delar av en helhet. Effekterna av förändringsarbetet, generationsväxlingen och ohälsarbetet utgör viktiga delar i

den helhetsbedömning som behövs för att avgöra Försäkringskassans resursbehov för åren framöver. Regeringen prövar fortlöpande Försäkringskassans resursbehov mot denna bakgrund och avser också att genomföra en särskild prövning inför 2008.

2.14 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat RFV:s årsredovisning och underliggande redovisning avseende räkenskapsåret 2004 och bedömer att den i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och RFV.

Ekonomistyrningsverket (ESV) genomför årligen en ekonomiadministrativ värdering (EA-värdering) avseende myndigheter m.fl. organ. Under 2004 har RFV och de allmänna försäkringskassorna, i enlighet med regeringens riktlinjer för EA-värderingen, bedömts samlat. Det samlade EA-värdet för RFV och de allmänna försäkringskassorna för året fastställdes till BA. Samma värdering fastställdes för drygt hälften av de 15 största myndigheterna i landet. EA-värderingen mäter hur väl kraven i de statliga ekonomiadministrativa reglerna uppfylls. Värdet BA är det fjärde på en niogradig skala där värdet AA är högst.

Vid en granskning av Försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster ansåg Riksrevisionen att Försäkringskassan inte har förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt, eftersom det är oklart för vilka syften som medlen skall användas (Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering, RiR 2004:21). Riksrevisionen menade att Försäkringskassans hantering av köp av tjänst har en negativ inverkan på ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren. Dels ansågs ansvarsfördelningen påverkas negativt av att målsättningen är oklar, eftersom köp av tjänst hanteras på olika sätt inom Försäkringskassan. Dels ansågs ansvarsfördelningen påverkas av att lagstiftningen är oklar när det gäller kostnadsansvaret för rehabiliteringsåtgärder. Mot bakgrund av granskningen rekommenderade Riksrevisionen en översyn av AFL för att klargöra gränsdragningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren, en precisering av målsättningen i syfte att ge bättre förutsättningar för lika-

behandling och uppföljning samt att det utarbetas riktlinjer som stöd för Försäkringskassans prioriteringar och agerande gentemot arbetsgivaren.

Vidare har Riksrevisionen granskat regeringens och Riksförsäkringsverkets (RFV) styrning inom förtidspensionsområdet under 2001–2004 (Förtidspension utan återvändo, RiR 2005:14). Utgångspunkten för granskningen har varit om regeringens och RFV:s vidtagna åtgärder inom förtidspensionsområdet stimulerat till återgång i arbete. Riksrevisionens iakttagelser och bedömning kan sammanfattas enligt följande.

Regeringens mål har inte stimulerat till återgång i arbete och RFV har inte formulerat mål som avser att öka utflödet från förtidspensionssystemet. Den resursförstärkning som tillförts socialförsäkringsadministrationen har inte styrts i riktning mot förtidspensionssystemet utan i första hand till att göra bedömningar av rätten till sjukpenning så tidigt som möjligt i sjukfallen. Vidare konstateras att regeringens regelstyrning för att stimulera förtidspensionärer att återgå i arbete haft litet genomslag, vad gäller vilande förtidspension och efterkontroller.

Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att

- ge Försäkringskassan i uppdrag att utforma en strategi för omprövning av förtidspensioner beslutade före 2005 med särskild inriktning på yngre personer samt
- ge Försäkringskassan i uppdrag att löpande redovisa åtgärder som har vidtagits i syfte att stimulera förtidspensionärers återgång i arbete.

Vidare anser Riksrevisionen att Försäkringskassan bör överväga att

- bedriva internkontroll inom förtidspensionsområdet mer regelbundet än den tillsyn som utövades av RFV samt
- följa upp vad som händer de förtidspensionärer som får sin ersättning nedsatt eller indragen
- analysera vilka faktorer som har betydelse för att fler förtidspensionärer skall kunna återgå i arbete.

Riksrevisionen har även granskat regeringens beslutsunderlag till riksdagen inför beslut om sjukpenninganslaget (Sjukpenninganslaget – utgiftsutveckling under kontroll, RiR 2004:25).

Utgångspunkten för granskningen har varit att sjukpenninganslaget ökade kraftigt mellan åren 1997 och 2003 och att utgifterna under denna tid blivit avsevärt större än regeringen beräknat.

Enligt Riksrevisionen bidrog den oförutsedda utgiftsutvecklingen till att utgifterna hotade överskrida utgiftstaket. Stora utgifter på tilläggsbudget och omprioriteringar löpande under budgetåret tenderade enligt revisionen att göra budgetpolitiken mer kortsiktig och mindre förutsägbar.

Riksrevisionen anser inte att regeringen försett riksdagen med ett fullgott beslutsunderlag för beslut om sjukpenninganslaget under åren 1997–2003. Riksrevisionen rekommenderar därför regeringen att kommande år

- tydligare redovisa de beräkningar som anslagen vilar på,
- i anslutning till utgiftsprognoserna löpande under året bättre förklara avvikelserna mellan anslag och beräknat utfall samt
- ge utvecklingsarbetet med att förbättra prognosernas kvalitet fortsatt prioritet.

Revisionens iakttagelser i det olika granskningsrapporterna har bl.a. beaktas i arbetet med regeringens strategi för det fortsatta arbetet med att minska sjukfrånvaron, se avsnitt 2.8.2.

2.15 Budgetförslag

2.15.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.

Tabell 2.11 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

| År | Slagslag | Belopp | Anslags-sparande | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|--------------------------------|------------------|-----------------|
| 2004 | Utfall | 44 140 608 | -964 533 | |
| 2005 | Anslag | 41 370 263 ¹ | | 39 907 345 |
| 2006 | Förslag | 38 286 056 ² | | |
| 2007 | Beräknat | 39 274 874 | | |
| 2008 | Beräknat | 42 144 744 ³ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² 3 369 237 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2006, varav -125 563 tkr avser regleringsbelopp för år 2003.

³ Se volym 1 avsnitt 7.4.3.

Redovisningen av anslaget är uppdelad på de tre anslagsposterna

- sjukpenning
- rehabilitering
- närståendepenning.

Sjukpenning

Här ingår utgifter för sjukpenning inklusive de utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, s.k. sjuklönegaranti och särskilt högkostnadsskydd. Anslagsposten skall även täcka kostnader för återbetalningspliktiga studiemedel, som belöper på studerandes sjukperioder samt finansiering av den frivilliga sjukpenningförsäkringen.

Av anslaget får högst fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Utgiftsutvecklingen för sjukpenningen styrs av dels antalet ersatta dagar, dels medelersättningen. Antalet dagar påverkas av förändringar inom regelverk och regelverkets administration. Även demografiska rörelser samt frånvaroförändringar på individnivå har betydelse för utvecklingen. Den genomsnittliga ersättningen påverkas framför allt av regelverk samt löneutvecklingen.

Antalet nya sjukfall och därmed antalet sjukpenningdagar för de korta sjukfallen började sjunka redan i slutet av 2002. Denna utveckling har också bidragit till att antalet längre sjukfall också minskat sedan 2004. Sammanlagt har antalet ersatta sjukpenningdagar minskat med 33 procent mellan juli 2002 och juli 2005, en minskning som skett i den takt som erfordras för att nå halveringsmålet till juli 2008.

Minskningen sedan 2002 är fortfarande större för de korta sjukfallen. Antalet sjukpenningdagar för korta sjukskrivningar är nu nere på en så låg nivå att de knappast kan minska ytterligare. Minskningen av de långa sjukfallen beror till viss del på att nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättningar varit högt under de senaste åren. I takt med att antalet långtidssjuka minskar, kommer även antalet personer som övergår till aktivitets- och sjukersättning att minska.

Minskningen har varit ungefär lika stor för kvinnor och män, vilket betyder att kvinnor fortfarande står för ca 62 procent av sjuk-

penningdagarna samtidigt som andelen sjukskrivna kvinnor i maj 2005 var 64 procent. För de korta sjukfallen är kvinnorna andel lägre, för de längre sjukfallen högre.

Den förbrukning av medel som skett t.o.m. augusti 2005 ger en prognos för utgiften för sjukpenning som visar att tilldelade medel kommer att underskridas 2005.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till 61 miljoner nettodagar under 2006 och medelersättningen för sjukpenning har för 2006 beräknats till 489 kronor per dag.

För 2006 beräknas kostnaderna för sjukpenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 34 800 miljoner kronor, för 2007 till 35 600 miljoner kronor och för 2008 till 38 500 miljoner kronor.

Samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Från och med den 1 januari 2003 får årligen fem procent av anslagsposten för sjukpenning användas för samverkan (prop. 2002/03:2, bet. 2003/04:SfU5, rskr. 2002/03:48) och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132, bet. 2003/04:SfU4, rskr. 2003/04:101). Under 2004 användes totalt 812 miljoner kronor för detta ändamål. Största delen av utgifterna används till samverkan mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Av de totala utgifterna har ca 400 miljoner kronor under 2004 använts för försäkringskassornas administration. Regeringen förtydligade i regleringsbrevet till Försäkringskassan för 2005 att medlen i huvudsak skall användas för aktiva rehabiliteringsinsatser riktade till individer. För 2006 beräknas utgifterna för samverkan och finansiell samordning till 1 200 miljoner kronor.

Rehabilitering

Rehabilitering omfattar utgifter för rehabiliteringspenning, köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster och förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen m.m.

Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering skall Försäkringskassan bevilja rehabiliteringspenning. Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenningen styrs till största del av samma faktorer som sjukpenningutgifterna.

Utgiftsutvecklingen påverkas också av i vad mån Försäkringskassan hinner bedöma behovet av rehabilitering och påbörja samordnade rehabiliteringsinsatser.

År 2003 uppgick antalet nettodagar med rehabiliteringspenning till 4,8 miljoner. Antalet nettodagar ökade 2004 till 5 miljoner. För 2005 beräknas antalet dagar minska något i förhållande till 2004. Även för 2006 beräknas antalet ersatta dagar minska endast marginellt vilket förklaras av ett minskat antal sjukskrivna och en ökad andel deltidssjukskrivna. Medelersättningen ökade från 452 kronor 2003 till 468 kronor 2004. Antalet dagar med rehabiliteringspenning beräknas uppgå till 4,3 miljoner dagar under 2006 och medelersättningen för rehabiliteringspenning har beräknats till 501 kronor per dag.

För 2006 beräknas kostnaderna för rehabiliteringspenning (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 2 400 miljoner kronor för 2006, för 2007 till 2 600 miljoner kronor och för 2008 till 2 600 miljoner kronor.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

För Försäkringskassan finns särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbetet. Försäkringskassan har möjlighet att av de särskilda medlen köpa de utredningar som behövs för att ta ställning till rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering.

Kostnaderna uppgick 2004 till 972,2 miljoner kronor. För 2005 beräknas kostnaderna uppgå till 971,5 miljoner kronor.

För 2006 minskas anslagsposten med 24 miljoner kronor för att finansiera anställningsstöd för personer som på grund av ohälsa behöver byta arbete. Vidare överförs 12 miljoner kronor från och med 2006 till utgiftsområde 13 anslaget 22:4 *Lönebidrag och Samhall m.m.* Anledningen är att Arbetsmarknadsverket övertar ansvaret för stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen för alla som bedöms ha sådant behov och som har en anställning med lönebidrag så länge lönebidrag lämnas. Det samma gäller skyddad anställning hos offentlig arbetsgivare.

Enligt regeringen uppfattning bör 50 miljoner kronor av de särskilda medlen engångsvis också kunna användas för att stödja insatser riktade till kommunala arbetsgivare i deras arbete att

minska ohälsan. Regeringen avser att närmare diskutera formerna för stödinsatserna med företrädare för kommuner och landsting.

För 2006 beräknas kostnaderna för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster uppgå till 935,5 miljoner kronor. Även för 2007 respektive 2008 beräknas kostnaderna till 935,5 miljoner kronor.

Närståendepenning

Närståendepenning utges till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar, löneutvecklingen och regelverket.

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick 2004 till 96 500 dagar. Ökningen mellan 2003 och 2004 var 3 200 dagar. Ökningstakten var därmed något högre jämfört med 2003 då antalet dagar var 2 500 fler än 2002.

Av de 9 839 personer som vårdade en närstående under 2004 var 70 procent kvinnor. Av de 8 286 personer som vårdades var 54 procent kvinnor och 46 procent män.

Prognosen för 2006–2008 är beräknad på att antalet ersatta dagar ökar något per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2006 beräknas kostnaderna för närståendepenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 87 miljoner kronor, för 2007 till 93 miljoner kronor och för 2008 till 100 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2007 och därefter är osäkra. Arbetet med att minska kostnaderna för ohälsan fortsätter. Regeringen anger under avsnittet 2.8.2 åtgärder för det fortsatta arbetet inom bland annat sjukförsäkringen.

I beräkningen ingår även det aviserade förslaget om att höja inkomsttaket inom sjukpenningförsäkringen från 7,5 till 10 prisbasbelopp fr.o.m. den 1 juli 2006. Kostnaderna för att höja inkomsttaket beräknas till 800 miljoner kronor för 2006, 1 800 miljoner kronor för 2007 och 1 900 miljoner kronor för 2008.

I avsnitt 2.8.2 aviserar ett pilotprojekt för långa sjukfall. Försäkringskassan skall i sam-

verkan med AMS få ett uppdrag att genomföra detta projekt. Regeringen bedömer att denna pilotverksamhet kan finansieras dels genom medlen för köp av tjänst, dels genom de fem procent av anslaget sjukpenningdel som får användas för samverkan m.m. inom rehabiliteringsområdet.

Tabell 2.12 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| Anvisat 2005¹ | 41 370 263 | 41 370 263 | 41 370 263 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut | 776 000 | 1 776 000 | 1 876 000 |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 960 254 | 2 358 185 | 3 768 826 |
| Volymer | -6 008 461 | -7 567 574 | -6 358 345 |
| Överföring till/från andra anslag | -12 000 | -12 000 | -12 000 |
| Övrigt | 1 200 000 | 1 350 000 | 1 500 000 |
| Förslag/beräknat anslag | 38 286 056 | 39 274 874 | 42 144 744² |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU 10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.
² Se volym 1 avsnitt 7.4.3.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 38 286 056 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering, m.m.* under 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 39 274 874 000 respektive 42 144 744 000 kronor.

2.15.2 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tabell 2.13 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tusental kronor

| År | Slagslag | Belopp | År | Slagslag | Belopp |
|-------------|---------------------|-------------------------------|----|------------------|------------|
| 2004 | Utfall | 64 201 900 | | Anslags-sparande | 353 255 |
| 2005 | Anslag ¹ | 73 534 667 ² | | Utgifts-prognos | 73 987 143 |
| 2006 | Förslag | 75 989 830³ | | | |
| 2007 | Beräknat | 78 492 767 | | | |
| 2008 | Beräknat | 80 509 256 | | | |

¹ Fr.o.m. 2005 omfattar anslaget även utgifterna för bostadstillägg till personer med aktivitets- eller sjukersättning.

² Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

³ 12 655 407 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2006, varav - 547 017 tkr avser regleringsavgift för 2003.

Redovisningen av anslaget är uppdelad på de tre anslagsposterna

- aktivitets- och sjukersättning, inkl. statlig ålderspensionsavgift
- bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning
- kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Aktivitets- och sjukersättning

Under anslagsposten redovisas utgifter för aktivitets- och sjukersättning samt barnstillägg till förtidspension. Barnstilläggen har i princip avskaffats, men de som var berättigade till barnstillägg 1990 har fortfarande rätt att uppbära förmånen enligt äldre regler och de sista barnstilläggen kommer att betalas ut under 2005. De statliga ålderspensionsavgifterna ingår i anslagsposten.

Fr.o.m. 2003 ersattes förtidspension/sjukbidrag av förmånerna aktivitets- och sjukersättning. Ändringen innebar främst ändrade beräkningsregler för dessa förmåner. Aktivitetsersättning utges till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 30–64 år. Kriterierna för rätt till dessa nya förmåner ändrades i princip inte. De personer som vid årsskiftet 2002/03 hade förtidspension eller sjukbidrag fick sina förmåner automatiskt omvandlade till sjukersättning respektive tidsbegränsad sjukersättning genom en engångsinsats.

Utgiftsutvecklingen för de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning är beroende av ett flertal faktorer. De viktigaste är utvecklingen av antalet långa sjukskrivningar, de demografiska förhållandena, regeltilämpningen, praxisutvecklingen samt inkomst- och basbeloppsutvecklingen.

Det har skett en successiv ökning av antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar (förtidspensioner och sjukbidrag) sedan slutet av 1999 och eftersom utflödet från dessa förmåner, bl.a. av demografiska skäl, varit lågt under de senaste åren har även antalet personer som uppbär dessa förmåner, det s.k. beståndet, ökat kraftigt. Beståndet ökade från ca 425 000 vid utgången av 1999 till närmare 540 000 vid utgången av 2004 och uppgår 2005 till närmare 553 000 personer.

Försäkringsutgifterna för de utbetalade ersättningarna har också ökat kraftigt, men en betydande del av denna ökning efter 2002 beror

på införandet av det reformerade förtidspensionssystemet i vilket bruttoersättningarna höjdes för att ge kompensation för att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) slopades. Fr.o.m. 2005 belastar även utgifterna för bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning anslaget, vilket medför en årlig utgiftsökning med ca fyra miljarder kronor.

Under 2004 fortsatte den starka ökningen av antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar och denna utveckling väntas i stort sett fortgå under 2005. Fr.o.m. 2006 beräknas dock ett minskande antal nya förmåner bli beviljade. Parallellt med detta kommer successivt allt fler personer med sjukersättning att övergå till ålderspension, främst beroende på den demografiska situationen. Sammantaget beräknas detta leda till att beståndet förmånstagare under de kommande åren ökar i en avtagande takt.

Bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning

I 2004 års ekonomiska vårproposition föreslog regeringen att de ändamål och verksamheter som avser bostadstillägg för pensionärer och som betalas ut till personer med aktivitets- och sjukersättning och som finansieras med anslaget 20:3 *Bostadstillägg till pensionärer m.fl.*, skulle överföras till utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Enligt förslaget skulle därför ett motsvarande belopp överföras från utgiftsområde 11 Ekonomisk trygghet vid ålderdom till utgiftsområde 10 för 2005. Riksdagen godkände förslaget.

Syftet med bostadstillägget (BTP) för personer med aktivitets- eller sjukersättning är att förbättra förutsättningarna för skälig bostadsstandard för dem som har låg ersättning. BTP utges med högst 91 procent av bostadskostnaden upp till 4 500 kronor per månad. BTP är en inkomstprövad förmån och den inkomst som överstiger ett fribelopp reducerar bostadstillägget med 62 procent av inkomsten upp till ett prisbasbelopp och med 50 procent av inkomsten däröver. Fribeloppet är 2,17 prisbasbelopp för ogifta och 1,935 för gifta.

Utgiftsutvecklingen styrs, förutom av antalet personer med aktivitets- och sjukersättning, av utvecklingen av prisbasbeloppet, boendekostnaderna och medelersättningen.

Med hänsyn främst till utvecklingen av medelantalet personer som beviljas aktivitets- och sjukersättning, det ökande antalet retroaktiva

utbetalningar och prisutvecklingen, bedöms utgifterna öka något i förhållande till vad som tidigare beräknats. För 2006 beräknas dessa till 4 056 miljoner kronor och för 2007 och 2008 till 4 220 respektive 4 290 miljoner kronor.

Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Sedan 1999 finns ett särskilt försäkringsstöd för att finansiera ersättning som utbetalas till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med avseende på återstående arbetsförmåga på 25 procent enligt lagen (1998:175) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag. Det skall i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie arbetsmarknaden, eventuellt med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader, skall berörda personer kunna beredas anställning vid Samhall AB.

Utvecklingen av utgifterna för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall AB och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivaren i varje enskilt fall. Utgifterna har ökat successivt och uppgick 2004 till nästan 16,5 miljoner kronor. För innevarande år beräknas utgifterna till 24 miljoner kronor och 2006 till ca 28 miljoner kronor, 2007 till ca 32 miljoner kronor och 2008 till ca 36 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Av ovanstående framgår att en successivt avtagande ökning av antalet tillkommande personer med långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan är att vänta under de närmaste åren. I praktiken bedöms detta innebära att antalet personer som uppbär dessa förmåner, det s.k. beståndet, kommer att öka från nuvarande drygt 552 000 till över 564 000 i slutet av 2005 och till ca 575 000 i slutet av 2006. Därefter beräknas beståndet öka marginellt till 2008.

Det nationella målet innebär att antalet nya aktivitets- och sjukersättningar skall minska fram till 2008 i förhållande till 2002. Detta innebär att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under perioden 2003 – juni 2008

skall vara lägre än det totala antalet nybeviljade ersättningar 2002 efter tillägg för den demografiska utvecklingen. Detta årsgenomsnitt uppgår till ca 64 200 och överskreds både 2003 och 2004. I praktiken krävs därför att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar inte får överskrida 5 075 per månad fram t.o.m. juni 2008. Det bör kunna uppnås och därmed även målet.

För att säkerställa att både detta mål och halveringsmålet uppnås krävs dock ytterligare åtgärder inom hela ohälsområdet i enlighet med vad som anges under avsnittet 2.8.

För att de som beviljats aktivitets- eller sjukersättning skall kunna, helt eller delvis, återgå till arbetslivet är det också angeläget att olika åtgärder vidtas som påverkar utvecklingen på kort sikt.

Oavsett påbörjade, vidtagna eller aviserade åtgärder för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet talar den nuvarande situationen för att de alltjämt många och långa sjukfallen i kombination med de demografiska förhållandena leder till att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kommer att ligga på en hög nivå även under innevarande år. Fr.o.m. 2006 bedöms dock nybeviljandet sjunka successivt. Med de demografiska förhållandena avses både de stora åldersgrupperna som är födda på 1940-talet och som under de närmaste åren uppnår åldrar då risken att helt eller delvis förlora arbetsförmåga är som störst och att relativt sett få personer med sjukersättning lämnar denna i utbyte mot ålderspension eller av annan orsak. Denna utveckling har beaktats vid anslagsberäkningarna.

Några effekter av de fr.o.m. 2005 införda bestämmelserna om obligatoriskt förnyad utredning av arbetsförmågan vid sjukersättning utan tidsbegränsning minst vart tredje år har inte beaktats vid anslagsberäkningarna, eftersom sådana knappast blir märkbara förrän tidigast under 2008.

Härutöver beräknas, främst som en följd av antalsutvecklingen det fastställda prisbasbeloppet för 2006, den antagna prisutvecklingen samt utgifterna för bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning att bli något större än vad som tidigare antagits.

Tabell 2.14 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Anvisat 2005¹ | 73 534 667 | 73 534 667 | 73 534 667 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut | | | |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 32 264 | 849 700 | 1 753 340 |
| Volymer | 2 422 899 | 4 108 400 | 5 221 249 |
| Överföring till/från andra anslag | | | |
| Övrigt | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 75 989 830 | 78 492 767 | 80 509 256 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU 10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 75 989 830 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Aktivitets- sjukersättningar m.m.* under 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 78 492 767 000 respektive 80 509 256 000 kronor.

2.15.3 19:3 Handikappersättningar

Tabell 2.15 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättning

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------------|------------------|-----------|
| 2004 | Utfall | 1 205 417 | Anslags-sparande | - 15 959 |
| 2005 | Anslag | 1 203 000 ¹ | Utgifts-prognos | 1 184 000 |
| 2006 | Förslag | 1 177 000 | | |
| 2007 | Beräknat | 1 201 000 | | |
| 2008 | Beräknat | 1 239 000 | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Från anslaget bekostas handikappersättning. Rätt till handikappersättning har en person från och med juli månad det år han eller hon fyller 19 år och som innan han eller hon fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt och därför behöver mer tidskrävande hjälp av annan i den dagliga livsföringen eller för att förvärvsarbeta och/eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Handikappersättningen betalas med belopp som på årsbasis motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet vilket för 2005 är 39 400 kronor.

Regeringens överväganden

Utgiftsutvecklingen styrs främst av prisbasbeloppsutvecklingen och utvecklingen av antalet personer med handikappersättning. En förändring av prisbasbeloppet med 100 kronor påverkar utgifterna för handikappersättningen med drygt 3,0 miljoner kronor. Om antalet personer med den högsta nivån av handikappersättning, 69 procent, skulle avvika med 100 personer jämfört med prognosen påverkar detta utgiften för anslaget med 2,8 miljoner kronor. På motsvarande sätt skulle en avvikelse med 100 personer med ersättningsnivån 36 procent påverka utgiften för anslaget med 1,6 miljoner kronor.

Antalet handikappersättningar har haft en långsamt ökande trend. En av förklaringarna till detta är demografisk. En annan förklaring är att det i de flesta åldersgrupper blir allt vanligare med handikappersättning, detta gäller både för män och för kvinnor.

Under budgetåret 2004 uppgick utgifterna för handikappersättning till drygt 1 205 miljoner kronor. Det innebär att utgifterna detta år understeg anslaget med nära 12 miljoner kronor. För innevarande budgetår beräknas utgifterna till ca 1 184 miljoner kronor, jämfört med anslaget på 1 203 miljoner kronor.

Anslagsbehovet för budgetåret 2006 utgår från det fastställda prisbasbeloppet 39 700 kronor. Till detta skall läggas en uppräknings på grund av retroaktiva utbetalningar.

Tabell 2.16 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2005¹ | 1 203 000 | 1 203 000 | 1 203 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut | | | |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 5 000 | 24 000 | 51 000 |
| Volymer | -31 000 | -26 000 | -15 000 |
| Överföring till/från andra anslag | | | |
| Övrigt | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 1 177 000 | 1 201 000 | 1 239 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 177 000 000 kronor anvisas anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för 2006. För 2007 och för 2008 beräknas anslaget till

1 201 000 000 kronor respektive 1 239 000 000 kronor.

2.15.4 19:4 Arbetskadeersättningar m.m.

Tabell 2.17 Anslagsutveckling 19:4 Arbetskadeersättning

Tusental kronor

| År | Utfall | Utveckling | Anslags-sparande | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|------------------------------|------------------|-----------------|
| 2004 | Utfall | 6 355 261 | 117 748 | |
| 2005 | Anslag | 6 362 059 ¹ | | 6 296 984 |
| 2006 | Förslag | 6 439 916² | | |
| 2007 | Beräknat | 6 622 752 | | |
| 2008 | Beräknat | 6 897 161 | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² 423 350 tkr avser statlig ålderspension för 2006 varav -73 686 tkr avser regleringsbelopp för 2003.

Arbetskadeersättningar omfattar förmåner enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring och motsvarande äldre lagar, nämligen egenlivräntor, efterlevandelivräntor, begravningshjälp, sjukpenning i vissa fall, ersättning i samband med sjukhusvård utom riket, tandvård, ersättning för särskilda hjälpmedel samt särskild arbetsskadeersättning. Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter.

Regeringens överväganden

Det finns flera faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen inom arbetsskadeförsäkringen. På längre sikt bör ett hälsosammare arbetsliv och att människors arbetsförmåga tas tillvara på ett bättre sätt leda till minskade kostnader inom arbetsskadeförsäkringen. Från och med 2006 gäller även nya bestämmelser för fastställande av livränteunderlaget som också innebär en kostnadsminskning. Den nya bevisregeln som på sikt förväntas leda till att en större andel av ansökningarna om arbetsskadelivränta beviljas kommer inte att påverka kostnadsutvecklingen i någon större utsträckning de närmaste åren då de flesta ärenden som prövas alltjämt kommer att prövas enligt den tidigare mer restriktiva bevisregeln.

Under 2004 har antalet avgjorda ärenden om arbetsskadelivränta minskat. Regeringen har i regleringsbrevet för Försäkringskassan för 2005 angett som innebär en betydande minskning av genomströmningstiderna. Försäkringskassan har också aviserat åtgärder som syftar till att effekti-

visera handläggningen av arbetsskadelivräntor och att förkorta de långa genomströmnings-tiderna. Dessa insatser torde innebära att fler arbetsskadelivräntor beviljas de närmaste åren.

Regeringens bedömning är att kostnaderna för arbetsskadeförsäkringen kommer att öka något de närmaste åren.

Tabell 2.18 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:4 Arbetsskadeersättningar, m.m.

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2005¹ | 6 362 059 | 6 362 059 | 6 362 059 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut ² | -13 000 | -13 000 | -13 000 |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 98 453 | 232 997 | 459 722 |
| Volymer | 70 608 | 59 534 | 101 968 |
| Överföring till/från andra anslag | | | |
| Övrigt | -78 204 | -18 838 | -13 588 |
| Förslag/beräknat anslag | 6 439 916 | 6 622 752 | 6 897 161 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU 10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Avser nya regler för beräkning av arbetsskadelivränta (prop. 2004/05:108).

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 439 916 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetsskadeförsäkringar m.m.* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 6 622 752 000 kronor respektive 6 897 161 000 kronor.

2.15.5 19:5 Ersättningar för kroppsskador

Tabell 2.19 Anslagsutveckling 19:5 Ersättningar för kroppsskador

Tusental kronor

| År | Slagslag | Belopp | Notering | Belopp |
|-------------|----------------|---------------|------------------|--------|
| 2004 | Utfall | 62 171 | Anslags-sparande | 724 |
| 2005 | Anslag | 61 675 | Utgifts-prognos | 60 675 |
| 2006 | Förslag | 61 487 | | |
| 2007 | Beräknat | 63 275 | | |
| 2008 | Beräknat | 64 770 | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² 987 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2006 varav -823 tkr avser regleringsbelopp för 2003.

Från anslaget bekostas ersättningar enligt lagen (1977:265) om statlig personskadeskydd, t.ex. ersättning för kroppsskador som uppkommit vid tjänstgöring inom civilförsvaret, vid medverkan i räddningstjänst och vid vård på kriminalvårdsanstalt. Anslagsposten finansierar även krigsskadeersättning till sjömän samt yrkes-

skadeersättningar som avser ersättning för vissa skador som beror på annat än arbete. Anslaget finansierar även ålderspensionsavgifter.

Regeringens överväganden

Ersättningar för kroppsskador har varierat mycket under åren och är därför svåra att prognostisera. En viss ökning av kostnaderna kan förväntas på sikt genom de förbättringar av de totalförsvarspliktigas personskadeskydd och ändrade indexeringsregler som infördes från och med 2002. Kostnaderna för äldre skador beräknas dock bli lägre och totalt beräknas kostnaderna var i stort oförändrade med en liten uppgång i slutet av prognosperioden.

Tabell 2.20 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:5 Ersättningar för kroppsskador

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2005¹ | 61 675 | 61 675 | 61 675 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut | | | |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 462 | 1 236 | 2 811 |
| Volymer | -1 152 | -1 041 | -1 021 |
| Överföring till/från andra anslag | | | |
| Övrigt | 502 | 1 405 | 1 305 |
| Förslag/beräknat anslag | 61 487 | 63 275 | 64 770 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU 10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 61 487 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Ersättning vid kroppsskador* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 63 275 000 kronor respektive 64 770 000 kronor.

2.15.6 19:6 Försäkringskassan

Tidigare 19:6 *Riksförsäkringsverket* och 19:7 *Allmänna försäkringskassor*.

Tabell 2.21 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan

Tusental kronor

| 2004 | Utfall ¹ | | Anslags- sparande | 0 |
|-------------|---------------------|------------------|----------------------------------|-----------|
| 2005 | Anslag | 7 280 750 | ² Utgifts- prognos | 7 183 648 |
| 2006 | Förslag | 7 635 673 | | |
| 2007 | Beräknat | 7 212 479 | ³ | |
| 2008 | Beräknat | 6 760 095 | ⁴ | |

¹För 19:6 Riksförsäkringsverket och 19:7 Allmänna försäkringskassor uppgick 2004 utfallet till totalt 6 951 mnkr. och anslagssparandet till totalt -2,5 mnkr.

²Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

³Motsvarar 7 096 138 tkr i 2006 års prisnivå.

⁴Motsvarar 6 534 940 tkr i 2006 års prisnivå.

Budgetåret 2004

Verksamheten inom Riksförsäkringsverket (RFV) har i huvudsak finansierats genom anslag på statsbudgeten, men även genom avgiftsintäkter avseende egna resultatområden. RFV hade vid utgången av 2004 använt en anslagskredit på 18,7 miljoner kronor, vilket motsvarar två procent av myndighetens anslag (19:6 *Riksförsäkringsverket*).

De allmänna försäkringskassorna hade vid utgången av 2004 ett anslagssparande på sammanlagt 16,2 miljoner kronor, vilket motsvarar knappt 0,3 procent av kassornas anslag (19:7 *Allmänna försäkringskassor*).

För RFV och de allmänna försäkringskassorna tillsammans innebär detta sammantaget ett negativt utgående överföringsbelopp 2004 på totalt 2,5 miljoner kronor.

Budgetåret 2005

Den nya myndigheten Försäkringskassan bildades den 1 januari 2005. De två tidigare anslagen 19:6 *Riksförsäkringsverket* och 19:7 *Allmänna försäkringskassor* har därför upphört och fr.o.m. budgetåret 2005 ersatts av ett anslag, 19:6 *Försäkringskassan*. Det sammantaget negativa anslagssparandet vid utgången av 2004 på de båda anslagen som då upphörde, har förts över till det nya anslaget 19:6 *Försäkringskassan*.

Som allmän utgiftsbegränsning har 0,6 procent eller ca 43 miljoner kronor av Försäkringskassans förvaltningsanslag 2005 ställts till regeringens disposition.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av Försäkringskassans administrationskostnader har täckts av medel från Allmänna Pensionsfonden (AP-fonden), Premiepensionsmyndigheten (PPM) och de affärsdrivande verken.

Ersättning från AP-fonden avser myndighetens kostnader för administration av ålderspension i form av tilläggspension och inkomstpension. Enligt regeringsbeslut (dnr S2004/1647/SF) uppgår denna ersättning till 895 miljoner kronor för 2005, inklusive ett underskott på 35 miljoner kronor från 2003, som reglerats i samband med 2005 års ersättning. Underskottet beror i huvudsak på nedskrivning av lån. Från 2005 får Försäkringskassan även ersättning från PPM för administration av premiepension. Enligt nämnda regeringsbeslut uppgår denna ersättning 2005 till knappt 15 miljoner kronor.

Till följd av den under senare år kraftiga kostnadsutvecklingen för ålderspensionssystemet finns skäl att se över kostnaderna för detta system i ett bredare perspektiv. Ett sådant arbete har också inletts, se vidare Ålderspensionssystemet vid sidan av statsbudgeten (volym 6, denna proposition). Där aviseras bl.a. en utredning om en utvärdering av myndighetsstrukturen inom ålderspensionssystemet avseende Försäkringskassan och PPM.

Försäkringskassans (tidigare RFV:s) administration av arbetsskador som regleras före den 1 juli 1995 skall, såvitt avser de affärsdrivande verken, finansieras med avgifter. Avgifternas storlek följer av regeringsbeslut den 14 juni 1984. Försäkringskassan får dessutom utöver vad som anges i 4 § avgiftsförordningen (1992:191) under vissa villkor, mot ersättning utföra datorbehandlingar och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. Avgiftsintäkterna disponeras av myndigheten.

Den EU-finansierade tjänsteexportens omsättning 2004 var ca fyra miljoner kronor, något lägre än föregående år. RFV avslutade två s.k. Twinningprojekt (Litauen och Slovakien) och påbörjade ett motsvarande i Lettland. Verket inledde också ett SIDA-finansierat arbete i Litauen.

Kostnaderna för administration av ålderspension i form av tilläggspension och inkomstpension under 2006 har av Försäkringskassan (dnr S2005/1852/SF) beräknats uppgå till sammanlagt 830 miljoner kronor, exklusive pris- och

löneomräkning. Här ingår oreglerade överskott från RFV:s och de allmänna försäkringskassornas bokslut 2004 på sammanlagt drygt 40 miljoner kronor. Av de beräknade kostnaderna avser 13 miljoner kronor administration av premiepension, som ersätts av PPM.

Övriga avgiftsintäkter kommer från administration av småföretagarförsäkring m.m., administration av familjebidrag (också benämnt ersättning från försvaret) samt intäkter enligt 4 § avgiftsförordningen och övriga ersättningar.

Tabell 2.22 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|---|----------------|----------------|-----------------------------------|
| Utfall 2004 | 967 319 | 851 113 | 116 206 |
| – varav | | | |
| RFV | 601 269 | 523 037 | 78 232 |
| FK | 366 050 | 328 076 | 37 974 |
| – varav ersättning från AP-fonden | | | |
| RFV | 556 965 | 477 913 | 79 052 |
| FK | 346 775 | 317 614 | 29 161 |
| – varav tjänsteexport (RFV) | 3 525 | 4 345 | –820 |
| Prognos 2005 | 957 690 | 922 590 | 35 100 |
| – varav ersättning från AP-fonden och PPM | 909 790 | 874 690 | 35 100 |
| – varav tjänsteexport | 5 500 | 5 500 | 0 |
| Budget 2006 | 878 200 | 919 200 | –41 000 |
| – varav ersättning från AP-fonden och PPM | 829 000 | 870 000 | –41 000 |
| – varav tjänsteexport | 7 000 | 7 000 | 0 |

Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

För att stödja forskningsbehov som är särskilt angelägna ur ett administrativt perspektiv höjdes 2004 ramen för forskning inom RFV:s förvaltningsanslag till 11 miljoner kronor per år. Samtidigt bemyndigades verket att ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2004. För 2005 fastställdes motsvarande ram för Försäkringskassan och myndigheten bemyndigades att ingå ekonomiska åtaganden som innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2005.

Även för 2006 avser regeringen att medge att en ram för forskning på 11 miljoner kronor fastställs inom anslaget 19:6 *Försäkringskassan*. Regeringen föreslår också att myndigheten skall kunna ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2006.

Tabell 2.23 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Utfall 2004 | Prognos 2005 | Förslag 2006 | Beräknat 2007 | Beräknat 2008– |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Utestående åtaganden vid årets början | 9 000 | 12 000 | 12 000 | – | – |
| Nya åtaganden | 14 000 | 11 000 | 11 000 | – | – |
| Infriade åtaganden | –11 000 | –11 000 | –11 000 | –11 000 | –1 000 |
| Utestående åtaganden vid årets slut | 12 000 | 12 000 | 12 000 | – | – |
| Erhållet/föreslaget bemyndigande | 12 000 | 12 000 | 12 000 | | |

Regeringens överväganden

Regeringen beräknar anslaget utifrån en pris- och löneomräkning. Vidare tillförs anslaget 450 000 000 kronor 2006 och 350 000 000 kronor 2007 som en fortsättning på de tillfälliga medel som sedan 2003 tilldelats för att bryta utvecklingen inom ohälsområdet. För kostnader i samband med följdreformerna till det reformerade pensionssystemet tillförs anslaget 195 000 000 kronor 2006. Inför 2007 skall en utförlig utvärdering av kostnadsbildningen göras.

Regeringen har tidigare aviserat avsikten att återkomma till hanteringen av de merkostnader för hyresbetalningar som uppstod i samband med att staten övertog vissa fastigheter från de allmänna försäkringskassorna när de förstatligades. Dessa merkostnader kompenseras nu genom att 96 000 000 kronor tillförs anslaget 2006 respektive 2007. Dessutom tillförs anslaget 96 000 000 kronor på tilläggsbudget i denna proposition.

Inom ramen för regeringens sysselsättnings-satsning avsätts bl.a. resurser under två år för arbetslösa akademiker. Delar av denna satsning inriktas särskilt på att förebygga och minska förekomsten av fusk och felaktigheter inom trygghetssystemen. Anslaget tillförs 150 000 000 kronor 2006 respektive 2007, för att Försäkringskassan skall kunna anställa 300 årsarbetskrafter utöver ordinarie nyanställningar i syfte att ytterligare stärka myndighetens kontrollverksamhet.

När den nya myndigheten Försäkringskassan bildades fördes vissa tjänstepensionsmedel från detta anslag till anslaget 1:11 *Statliga tjänstepensioner* m.m. (utgiftsområde 2). Medel för pensionsersättningar, som skall betalas av Försäkringskassan, fördes då felaktigt över. Genom tilläggsbudget i 2005 års ekonomiska vårproposition reglerades detta för innevarande år genom

att 28 850 000 kronor återfördes till Försäkringskassans anslag. Till anslaget återförs nu även 18 000 000 kronor för 2006, 9 000 000 kronor för 2007 och 3 000 000 kronor för 2008.

Anslaget minskas med 42 957 000 kronor under 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Genom regeringens proposition 2004/05:108 Vissa frågor om sjukpenninggrundande inkomst och livränta, uppstår en administrativ besparing inom Försäkringskassan, som uppgår till 8 600 000 kronor 2005 och därefter till 34 800 000 kronor per år. Besparingen används dels för att finansiera delar av det tillskott som anslaget tillförs för det fortsatta arbetet inom ohälsområdet, dels för att finansiera behov inom andra utgiftsområden.

För behov inom andra utgiftsområden under 2006 förs 4 000 000 kronor till anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* (utgiftsområde 9) och 2 000 000 kronor till anslaget 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* (utgiftsområde 9). För behov under 2007 förs 2 000 000 kronor till anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* (utgiftsområde 9).

Från och med 2006 förs dessutom 1 000 000 kronor per år till anslaget 16:10 *Handikappombudsmannen* (utgiftsområde 9), 1 000 000 kronor per år till anslaget 16:9 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* (utgiftsområde 9) och 1 000 000 kronor per år till anslaget 25:1 *Sveriges Lantbruksuniversitet* (utgiftsområde 23). 3 500 000 kronor av den besparing som uppstår under 2005 föreslås på tilläggsbudget i denna proposition finansiera vissa behov under anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* (utgiftsområde 9). Återstående del av besparingen kvarstår inom anslaget 19:6 *Försäkringskassan*. De kvarstående medlen upp-

går för 2006 till 25 800 000 kronor och för 2007 till 29 800 000 kronor.

De beräknade medelsbehoven för 2008 är osäkra bl.a. till följd av det omfattande förändringsarbete som pågår inom Försäkringskassan.

Tabell 2.24 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:6 Försäkringskassan

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2005¹ | 7 159 398 | 7 159 398 | 7 159 398 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 154 791 | 274 707 | 406 794 |
| Beslut | 103 632 | -203 755 | -781 598 |
| Överföring till/från andra anslag | 217 852 | -17 871 | -24 499 |
| Övrigt | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 7 635 673 | 7 212 479 | 6 760 095 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 635 673 000 kronor anvisas för anslaget 19:6 *Försäkringskassan* 2006. För åren 2007 och 2008 beräknas anslaget till 7 212 479 000 kronor respektive 6 760 095 000 kronor.

2.15.7 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård

Tabell 2.25 Anslagsutveckling 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|------------------|---|
| 2004 | Utfall | – | Anslags-sparande | – |
| 2005 | Anslag | – ¹ | Utgifts-prognos | – |
| 2006 | Förslag | 1 000 | | |
| 2007 | Beräknat | 1 000 000 | | |
| 2008 | Beräknat | 1 000 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Regeringen har i denna proposition aviserat en särskild satsning för att öka hälso- och sjukvårdens deltagande för att förbättra sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive

län. Utgifter som är kopplade till denna satsning skall utbetalas från anslaget. De närmare villkoren för bidraget avser regeringen reglera i en överenskommelse mellan staten och företrädare för landstingen.

Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

För att hälso- och sjukvården så effektivt som möjligt skall medverka i arbetet med att minska sjukfrånvaron har regeringen för avsikt att komma överens med företrädare för landstingen om de närmare villkoren för bidraget. Regeringen föreslår därför att regeringen bemyndigas att under 2006 ingå ekonomiska förpliktelser som medför utgifter på högst 1 000 000 000 kronor per år 2007–2009.

Tabell 2.26 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Utfall 2004 | Prognos 2005 | Förslag 2006 | Beräknat 2007 | Beräknat 2008– |
|---|-------------|--------------|------------------|---------------|----------------|
| Utestående åtaganden vid årets början | 0 | 0 | 0 | – | – |
| Nya åtaganden | 0 | 0 | 3 000 000 | – | – |
| Infriade åtaganden | 0 | 0 | 0 | 1 000 000 | 2 000 000 |
| Utestående åtaganden vid årets slut | 0 | 0 | 0 | – | – |
| Erhållet/föreslaget bemyndigande | 0 | 0 | 3 000 000 | | |

Regeringens överväganden

Tabell 2.27 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård

Tusental kronor

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|--------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2005¹ | 0 | 0 | 0 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | |
| Beslut | 1 000 | 1 000 000 | 1 000 000 |
| <i>Överföring till/från andra anslag</i> | | | |
| <i>Övrigt</i> | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 1 000 | 1 000 000 | 1 000 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Regeringen föreslår att det för 2006 anvisas 1 000 000 kronor under anslaget 19:7 *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård* för vissa förberedande åtgärder. För 2007 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor och för 2008 till 1 000 000 000 kronor.

Bilaga

Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

Bilaga

Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Sammanfattning..... | 7 |
| 1 Regeringens mål för minskad ohälsa i arbetslivet..... | 8 |
| 2 Utvecklingen av sjukskrivningar | 9 |
| 2.1 Antalet pågående fall..... | 9 |
| 2.2 Sjukpenningdagar..... | 12 |
| 2.3 Arbetslösa sjukskrivna..... | 13 |
| 2.4 Deltidssjukskrivningar..... | 14 |
| 2.5 Sjuktal i olika grupper..... | 15 |
| 2.5 Rehabilitering..... | 16 |
| 3 Sjuk- och aktivitetsersättning (S/A) | 17 |
| 3.1 Utvecklingen av antal och nybeviljade..... | 17 |
| 3.2 S/A i olika åldrar | 18 |
| 3.3 S/A i olika grupper m.m. | 20 |
| 3.4 Ekonomisk standard i S/A-gruppen | 21 |
| 3.5 Ökningen av S/A-gruppen fortsätter med bromsas upp..... | 22 |
| 4 Ohälsa och regionala skillnader..... | 23 |
| 5 Regeringens åtgärder för minskad ohälsa | 24 |
| 6 Möjligheter att uppnå regeringens mål | 25 |

Tabellförteckning

| | | |
|-----|---|----|
| 2.1 | Diagnosgrupper för pågående sjukfall mars 2005..... | 12 |
| 2.2 | Antalet nettodagar sjukpenning. Utveckling jämfört med kalenderåret 2002.. | 13 |
| 2.3 | Antal sjukpenningdagar per år för olika grupper 1999 och 2003..... | 15 |
| 3.1 | Förändring mellan 1998 och 2004 vad gäller antal personer med S/A och medelålder..... | 19 |
| 3.2 | Personer med S/A 19-64 år 2002 som andel av hela befolkningen 19-64 år efter födelseland | 20 |
| 3.3 | Personer med S/A 2003 som förvärvsarbetade 1999..... | 21 |
| 3.4 | Diagnoser 2002 för nybeviljade förtidspensioner i olika åldersgrupper | 21 |
| 3.5 | Disponibel inkomst per konsumtionsenhet 2003..... | 22 |
| 3.6 | Andel ekonomiskt utsatta år 2003 (under 60 % av medianen) | 22 |
| 6.1 | Regeringens mål för halverad ohälsa..... | 26 |
| 6.2 | Antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar på månadsbasis under målperioden | 27 |

Diagramförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Antal pågående sjukpenningfall längre än ett år januari 2000–maj 2005..... | 9 |
| 2.2 | Antal pågående sjukpenningfall kortare än ett år januari 2000–maj 2005. Kvinnor och män | 10 |
| 2.3 | Nystartade sjukfall per månad januari 1996–september 2004 | 10 |
| 2.4 | Andelen kvarvarande sjukfall av de som pågått över 30 dagar. Startår 1996 och 2002 | 11 |
| 2.5 | Antalet ersatta sjukpenningdagar netto månadsvis | 13 |
| 2.6 | Antal och andel ersatta sjukpenningdagar, arbetslösa arbetssökande | 14 |
| 2.7 | Andel (procent) deltidssjukskrivna januari 2000–maj 2005. Sjukpenning | 15 |
| 2.8 | Genomsnittligt antal sjukpenningdagar/år, kvinnor och män efter utbildningsnivå | 16 |
| 2.9 | Antal pågående fall med rehabiliteringspenning januari 2000–mars 2005 | 17 |
| 3.1 | Antal personer med sjuk- och aktivitetsersättning 1951–2004..... | 17 |
| 3.2 | Antalet nybeviljade sjukersättningar (förtidspensioner) 1971–2004 | 18 |
| 3.3 | Andel med S/A i respektive ålder december 2004..... | 19 |
| 3.4 | Andel partiella S/A i respektive ålder..... | 19 |
| 3.5 | Antal personer med S/A samt flöden till/från S/A..... | 22 |
| 4.1 | Ohälsotalet, rullande 12-månaderstal riket. Januari 2000-juli 2005 | 23 |
| 4.2 | Ohälsotalet juli 2003 (12-månaderstal) för kvinnor och män på länsnivå..... | 24 |
| 6.1 | Utfall t.o.m. juli 2005 och nödvändig utveckling av antal sjukpenningdagar på årsbasis för måluppfyllelse juni 2008 | 26 |

Sammanfattning

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Även riksdagen har ställt sig bakom detta mål. Denna avstämning, som är den tredje i ordningen, avser utvecklingen på ohälsområdet för ungefär halva den tid tills dess målet skall vara uppfyllt, det vill säga perioden januari 2003 – juli 2005.

Målet är formulerat så att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras utifrån 2002 års nivå fram till halvårsskiftet 2008. Parallellt skall antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar på årsbasis minska jämfört med 2002.

Sjukfrånvaron från arbetslivet har minskat under 2003, 2004 och under det första halvåret 2005. Antalet ersatta sjukpenningdagar har minskat med 24 procent jämfört med år 2002, vilket betyder att nästan hälften av den målsatta nedgången återstår. Regeringen gör bedömningen att denna minskning kommer att fortgå under åtminstone ytterligare ett par år och att målpuppfyllelsen därför ligger inom räckhåll. För detta talar att inflödet av nya sjukfall, som började sjunka redan under hösten 2002, nu gått ner till en även i ett historiskt perspektiv mycket låg nivå. Detta kommer i sin tur att medföra att antalet långtidssjukskrivna – som genererat en stor övergång till sjuk- och aktivitetsersättning (f.d. förtidspension) under de två senaste åren – också kommer att minska. Detta beräknas ske oavsett om inflödet av nya sjukfall skulle ta fart igen t.ex. till följd av en förbättrad situation på arbetsmarknaden.

Även antalet långtidssjuka minskar nu kraftigt, vilket enligt regeringens beräkningar kommer att medföra färre framtida övergångar till sjuk- och aktivitetsersättning än de senaste två årens höga nivåer på nybeviljandet. Det sammanlagda antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning kommer dock att fortsätta öka något under ytterligare ett par år på grund av ett förhållandevis lågt utflöde. Därefter kommer med stor sannolikhet även denna grupp att reduceras i antal.

Övergångarna till sjuk- och aktivitetsersättning kommer enligt regeringens bedömning att sammanlagt under perioden 2003 – 2008 att ligga under den referensnivå som angavs i målbeskrivningen (64 000 per år, motsvarande nivån 2002).

Regeringens mål om en halvering av hela sjukfrånvaron innebär att även frånvaro i form av karensdag och s.k. sjuklön – dvs. de två första veckorna i ett sjukfall – inräknas. Denna frånvarovolym utgör idag cirka 20 procent av all sjukfrånvaro, och den är mycket svårare att reducera än sjukpenningdagarna. Dels är den korta sjukfrånvaron nere på en mycket låg nivå, dels är den snart sagt omöjlig att påverka med medel stående till buds hos regeringen.

Förekomsten av karens- och sjuklönedagarna i målsättningen om halverad sjukfrånvaro innebär att om målet totalt sett skall uppnås måste sjukpenningdagarna mer än halveras och i praktiken sjunka med 55 – 57 procent. Detta mål är ambitiöst, men enligt regeringen fortfarande fullt möjligt att nå.

Utöver utvecklingen på arbetsmarknaden beror den framtida utvecklingen av sjukfrånvaron till stor del på effekten av regeringens åtgärder och Försäkringskassans insatser. Det gäller i första hand de som redan genomförts – medfinansieringen av sjukpenning, riktlinjerna för en förbättrad sjukskrivningsprocess samt ombildningen av Försäkringskassan till en sammanhållen statlig myndighet. Regeringen föreslår i utgiftsområde 10 under avsnitt Politikens inriktning i denna proposition en rad nya insatser för att ytterligare minska sjukfrånvaron och stärka hälsan i arbetslivet.

1 Regeringens mål för minskad ohälsa i arbetslivet

Definitioner

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Även riksdagen har ställt sig bakom detta mål (bet. 2002/03:SfU1, rskr. 2002/03:72) Målet är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning

Sjukskrivningarna kan delas upp i tre delar beroende på sjukskrivningens längd och ersättningsform. Den första delen är den så kallade karensdagen för vilken det inte utges någon ersättning. Dag 2 till och med dag 14 i perioden ersätts av arbetsgivaren i form av sjuklön. Sjukpenning som betalas ut från sjukförsäkringen utges från och med dag 15. Sjuklöneperioden var 7 dagar längre under perioden juli 2003 – december 2004. Under denna period utbetalades sjuklön alltså t.o.m. dag 21. En sjukskriven som inte omfattas av sjuklönelagen är oftast berättigad till sjukpenning. Detta gäller bl.a. arbetslösa och egenföretagare. I dessa fall utges sjukpenning från och med dag 2. Om den försäkrade som har inkomst från annat förvärvsarbete än anställning har valt att ha 3 eller 30 karensdagar utges sjukpenning först efter karenstidens slut. Regeringens ohälsomål innefattar alla sjukskrivna som har rätt till ersättning i form av sjuklön eller sjukpenning och beräknas inklusive karensdagen. Även arbetslösa och andra grupper som saknar anställning men har rätt till sjukpenning inkluderas. Målet innefattar däremot inte personer som uppbär rehabiliteringspenning. Sådan ersättning betalas ut om den sjukskrivne deltar i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Indikatorer

Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall mätas med Försäkringskassans statistik över antalet ersatta nettosjukpenningdagar från sjukförsäkringen och sjukfrånvarodagar under sjuklöneperioden. I måttet ingår även karensdagarna. Nettodagar betyder i sammanhanget att de dagar där ersättningen avser partiell sjukskrivning omräknas till hela dagar. När det gäller sjuklöne- och karensdagar baseras regeringens halveringsmål på uppgifter utan omräkning till nettodagar. Det statistiska underlaget tillåter inte en sådan omräkning. Statistiken över antalet karens- och sjuklönedagar insamlas via en urvalsundersökning. Datainsamlingen görs av Statistiska Centralbyrån (SCB) på uppdrag av Försäkringskassan. SCB står för granskningen av de insamlade uppgifterna och Försäkringskassan bearbetar materialet. Statistiken över antal karens- och sjuklönedagar har varit behäftad med problem bland annat rörande datafångstens kvalitet och tillförlitlighet. Att uppgifter om antalet karens- och sjuklönedagar även fortsättningsvis blir tillgängliga är mycket viktigt då dessa volymer ingår i regeringens mål om halvering.

Kvantifierade mål

Utgångspunkten för regeringens mål är helårsutfallet 2002, dvs. det totala antalet ersatta nettodagar, uttagna sjuk- och karensdagar och nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar under 2002. Målet uppnås om summan av ersatta nettodagar, sjuklönedagar- och karensdagar för perioden juli 2007 – juni 2008 är högst hälften så många som antalet motsvarande dagar 2002. Korrigering skall dock göras med hänsyn till den demografiska utvecklingen. År 2002 ersattes 94,5 miljoner nettodagar från sjukförsäkringen. Dessutom uppgick antalet sjuklönedagar och karensdagar till sammanlagt 16 miljoner dagar. Totalt innebär detta 110,5 miljoner dagar. En halvering enligt regeringens mål innebär att antalet ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar för perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 skall uppgå till 55,3 miljoner dagar, innan den demografiska utvecklingen har beaktats. Demografieffekten beräknas till 1,2 miljoner

dagar.¹ Efter att demografieffekten har beaktats kan målet för antalet dagar med frånvaro på grund av sjukskrivning kvantifieras till 56,5 miljoner dagar. Detta innebär att om ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar under perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 högst uppgår till detta tal har regeringens mål uppnåtts.

| | |
|--|-------------------|
| Antalet nettodagar år 2002 | 94 500 000 |
| Antalet karens- och sjuklönedagar år 2002 | 16 000 000 |
| Totalt antal dagar | 110 500 000 |
| Halvering juli 2007 – juni 2008 | – 55 300 000 |
| Demografieffekt | 1 200 000 |
| Mål för antalet dagar med sjukskrivning juli 2007 – juni 2008 | 56 500 000 |

För aktivitets- och sjukersättningar innebär målet att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under perioden 2003 – juni 2008 skall vara lägre än det totala antalet nybeviljade ersättningar 2002 efter tillägg för den demografiska utvecklingen. Under 2002 beviljades 63 738 förtidspensioner och sjukbidrag. Den demografiska utvecklingen beräknas höja den genomsnittliga nivån för nybeviljandet under perioden 2003 – juni 2008 med 500 nya fall. Detta innebär att om nybeviljandet för perioden 2003 – juni 2008 i årsgenomsnitt blir lägre än 64 238 har regeringens mål för nya aktivitets- och sjukersättningar uppnåtts. Målet tillåter dock att enskilda år kan uppvisa högre tal.

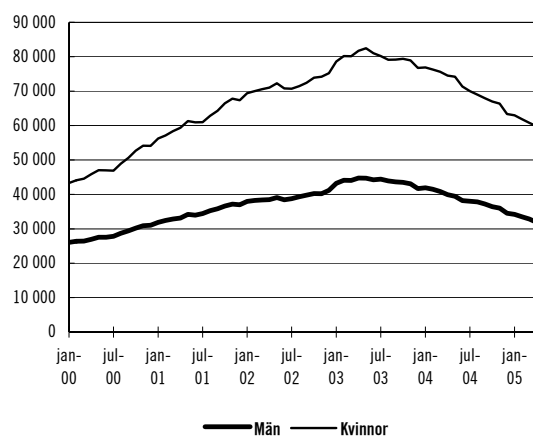
| | |
|--|--------------------|
| Antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002 | 63 738 |
| Tillägg för demografieffekt | 500 |
| Årsgenomsnitt för nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar 2003 – juni 2008 = regeringens mål | <64 238. |

¹ För beräkning av demografieffekt, se motsvarande bilaga till budgetproposition 2003/4:01.

2 Utvecklingen av sjukskrivningar

2.1 Antalet pågående fall

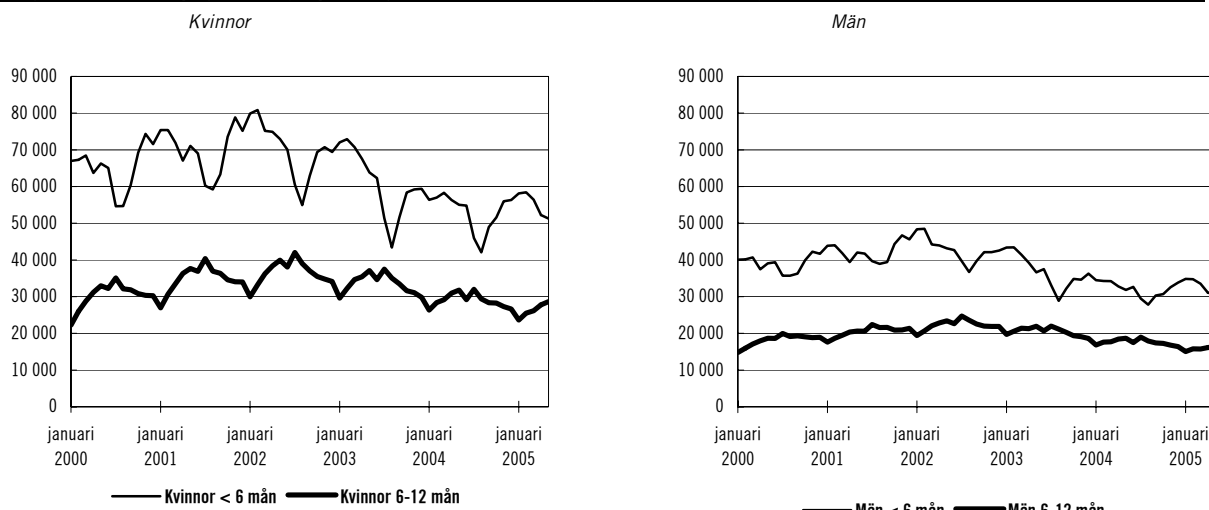
Diagram 2.1 Antal pågående sjukpenningfall längre än ett år januari 2000–maj 2005



Källa: Försäkringskassan

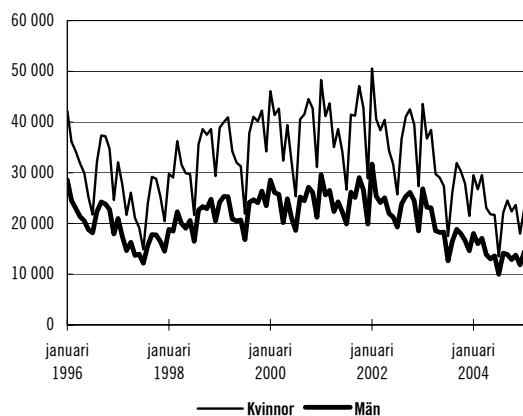
Ökningen av antalet långa sjukpenningfall överstigande ett år tog fart under 1998 och nådde sin högsta nivå under 2003 då 127 000 personer hade sjukpenning som löpt minst ett år. Uppgången karakteriseras också av att andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna ökade från 62 till 65 procent. Efter denna topp har en kraftig nedgång skett och det totala antalet fall har minskat med 31 000 på två års tid.

Minskningen mellan 2003 och 2005 kan främst hänföras till att ett stort utflöde skett till sjukersättningsystemet. Under 2003 nybeviljades 49 000 personer som haft sjukpenning längre än ett år sjukersättning. Ökningen påbörjades under andra halvåret 2003 i samband med att en regelförändring trädde i kraft. Denna innebar att Försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för att betala ut sjukpenning. Motsvarande siffra för 2004 var 57 000. Andelen av de sjukfall som pågått i över ett år och som går vidare till sjukersättning har ökat och uppgick under det året till 52 procent. Det senaste årets minskning av de långa sjukpenningfallen beror även på ett minskat inflöde från kortare fallängder.

Diagram 2.2 Antal pågående sjukpenningfall kortare än ett år januari 2000–maj 2005. Kvinnor och män

Källa: Försäkringskassan

För kortare sjukfall (under 6 månader) finns en klar säsongsvariation. Antalsmässiga nedgångar sker under juli t.o.m. september månad och högre nivåer observeras månaderna kring årsskiftet. Denna variation över året är mer utpräglad bland kvinnor. De säsongsmässiga variationerna i de korta fallen ger upphov till motsvarande inflöde i längdklasserna 6–12 månader med ett halvårs eftersläpning. På så vis är antalsutvecklingen i de två längdklasserna över tid varandras spegelbilder, även fast antalet fall 6–12 månader nivåmässigt är lägre. De kortare fallen uppvisade en påtaglig minskning fr.o.m. införandet av den tredje sjuklöneveckan juli 2003. Däremot finns inga tydliga tecken på en motsvarande ökning efter återinförandet av två veckors sjuklöneperiod fr.o.m. januari 2005. Den tredje sjuklöneveckan gav även påverkan på antalet avslutade sjukpenningärenden i olika längdklasser. Färre korta men fler längre fall avslutades. En stor del av de längre har övergått till sjuk- och aktivitetsersättning.

Diagram 2.3 Nystartade sjukfall per månad januari 1996–september 2004

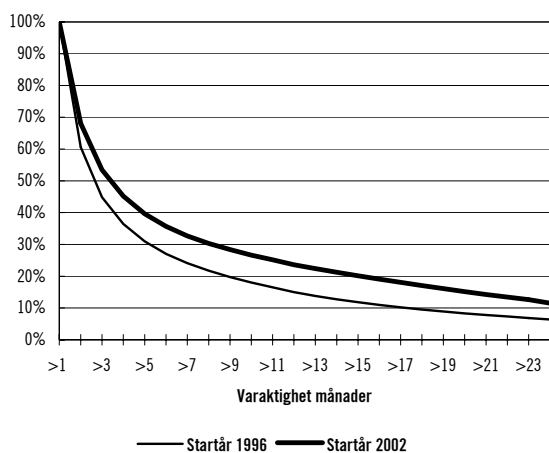
Källa: Försäkringskassans databas STORE

Antalet påbörjade sjukfall, här sjukpenning- och rehabiliteringsfall, har varierat kraftigt de senaste åren. I diagram 2.3 åskådliggörs dels den kraftiga säsongsvariation som föreligger, dels hur de absoluta nivåerna steg fr.o.m. 1997 med en topp 2002. Även de nystartade sjukfallens varaktighet har ökat under samma period. Av de sjukfall som påbörjades 1997 varade drygt 50 procent längre än 30 dagar. År 2003 blev 400 000 av de totalt 585 000 startade fallen längre än 30 dagar dvs. nästan 70 procent.

Det finns skäl att tro att Försäkringskassan det senaste året fått en bättre kontroll av inflödet till sjukförsäkringen och att de ökade aktiviteterna tidigt i handläggningskedjan tillsammans med andra orsaker har bidragit till och även kommer att bidra till att antalet sjukpenningdagar sjunker.

Utvecklingen mellan 1996 och 2004 visar även vad gäller nystartade fall på en ökad skillnad mellan könen: kvinnors andel av de nystartade fallen har ökat från 60 till 64 procent.

Diagram 2.4 Andelen kvarvarande sjukfall av de som pågått över 30 dagar. Startår 1996 och 2002



Källa: Försäkringskassan

Av diagram 2.4 framgår att ju längre sjukfallen pågår, desto större risk finns att sjukskrivningstillståndet fortsätter ytterligare en månad. Redan på ett tidigt stadium etableras skillnader i detta avseende. Sett till sjukfall som pågått i 30 dagar är de två kommande månaderna mycket kritiska för om en snabb återgång till arbetslivet skall kunna ske. Av de fall som pågått över 30 dagar avslutas en tredjedel inom den kommande månaden. 25 procent blir sjukskrivna i längre än ett år. De senaste åren har även en förskjutning skett vad gäller andelen kvarvarande fall som pågått över tre månader och längre. Jämförs varaktigheten i de fall som startats 1996 respektive 2002 har en mycket större andel av fallen som startade 2002 blivit långa fall. Exempelvis blev 15 procent av fallen som startade 1996 längre än ett år att jämföra med 25 procent 2002. Detta kan till viss del förklaras av men också i sig förklara de stora volymökningar som skett av långa sjukfall.

Ett aktivt arbete med nystartade sjukfall, där avstämningsmöten sker på ett så tidigt stadium som möjligt, är därför centralt. Försäkringskassan skall kalla till ett möte inom två veckor efter det att rehabiliteringsunderlaget inkommit. Regeringen avser att noggrant följa Försäkringskassans arbete med att snabbt verka för att nödvändiga åtgärder sätts in i ett tidigt skede av sjukskrivningsfallet men också att de personer som varit långtidssjukskrivna skall ges de rättigheter – men också efterleva de skyldigheter – som gäller i sjukförsäkringen. I förlängningen är detta nödvändigt för att upprätthålla försäkringens legitimitet.

Sjukfrånvaro utifrån diagnos

Försäkringskassan har i år skapat förutsättningar för att löpande kunna följa diagnosmönstret hos de sjukskrivna via det läkarintyg som inkommit till Försäkringskassan. Indelningen efter diagnosgrupp har gjorts enligt internationell standard.

Antalet sjukskrivna kvinnor är nära dubbelt så många som antalet män. Bland sjukskrivna kvinnor dominerar psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen som diagnosgrupp. Ungefär två tredjedelar av de pågående sjukfallen har någon av dessa diagnoser. Diagnosen skador och förgiftningar samt cirkulationsorganen är klart mer förekommande bland män än kvinnor. Den mest frekventa diagnosgruppen bland män är sjukdomar i rörelseorganen, där ryggsjukdomar dominerar.

Ett problem i materialet är att det till viss grad finns problem med informationskvaliteten. I drygt 11 procent av de pågående sjukfallen saknas diagnoskod.² Diagnospanoramata är ungefär detsamma mellan fall som pågått kortare respektive längre än ett år. Emellertid är andelen utan diagnoskod ännu större för fall som pågått en längre tid, vilket gör att jämförelser mellan korta och långa fall skall göras med försiktighet.

² Att diagnoskoden saknas i materialet kan bero på att den inkomna diagnoskoden inte registrerats i Försäkringskassans ärendehanteringssystem eller att en diagnoskod som inte finns i klassificeringssystemet redovisats. Att sjukfall i denna statistik saknar registrerad diagnoskod behöver alltså inte innebära att Försäkringskassan i handläggningen av ärendet saknar läkarintyg. Det finns också sjukfall som är så pass korta att läkarintyg inte krävs.

Tabell 2.1 Diagnosgrupper för pågående sjukfall mars 2005

Procent

| Diagnos | Kvinnor | Män |
|--|------------|------------|
| Tumörer | 3,8 | 3,5 |
| Endokrina systemet och ämnesomsättningen | 1,0 | 1,1 |
| Psykiska sjukdomar | 30,2 | 22,9 |
| Nervsystemet och sinnesorganen | 3,5 | 3,8 |
| Cirkulationsorganen | 2,5 | 7,1 |
| Andningsorganen | 1,4 | 1,5 |
| Matsmältningsorganen | 1,3 | 1,8 |
| Rörelseorganen | 28,7 | 30,0 |
| Graviditetskomplikationer | 2,6 | 0,0 |
| Symptom ej klass. annorstädes | 3,7 | 3,0 |
| Skador och förgiftningar | 4,8 | 8,9 |
| Faktorer av betydelse för hälsotillståndet | 2,4 | 1,7 |
| Övriga diagnoskapitel | 2,1 | 2,3 |
| Diagnoskod ej registrerad | 11,9 | 12,6 |
| Summa | 100 | 100 |

Källa: Försäkringskassan

Bland de sjukfall som avslutats föreligger inga stora skillnader mellan olika fallängder förutom att diagnosgruppen graviditetskomplikationer av naturliga skäl inte finns med i längre fall. Inga markanta skillnader i diagnosmönstret på länsnivå kan heller sägas finnas. Den kvartalsvisa uppföljningen av diagnosmönstren bland de sjukskrivna möjliggör kommande analyser av hur diagnosmönstret förändras över tid – detta är en betydelsefull del i att förbättra kartläggningen av sjukskrivningsförloppet och dess orsaker.

2.2 Sjukpenningdagar

Antalet ersatta sjukpenningdagar har i stort sett utvecklats i takt med antalet sjukfall under såväl uppgången 1997 – 2002 som nedgången fram till och med första halvåret 2005. Även om de längre sjukfallen stod för den största ökningen mellan 1997 och 2002, ökade även inflödet av nya sjukfall och därmed korta sjukskrivningar väsentligt. Minskningen sedan 2002 har varit större för sjukpenningdagar än för antalet sjukfall.

Minskningen av antalet sjukpenningdagar började för de korta falllängderna i mitten av 2002, för de längre fallen i början av 2004. Sammanlagt har antalet ersatta sjukpenningdagar minskat med 33 procent mellan juli 2002 och juli 2005. Om man i stället jämför genomsnittet för den senaste 12-månadersperioden med helåret 2002 är minskningen 24 procent.

Minskningen har varit ungefär lika stor för kvinnor som för män, vilket betyder att kvinnor fortfarande står för 62 procent av sjukpenningdagarna, och ytterligare något mer för de längre falllängderna. Den totala minskningen sedan 2002 är fortfarande störst i de kortare falllängderna, men den utvecklingen håller på att vända. Antalet sjukpenningdagar för korta sjukskrivningar är nu nere på en så låg nivå att de knappast kan minska så mycket mera.

De längre sjukskrivningarna avtar nu snabbare, dels på grund av att många långtidssjuka övergår i sjuk- och aktivitetsersättning, dels genom att allt färre personer övergår från kortare till längre sjukskrivningar. Den senare utvecklingen ser ut att kunna förstärkas ytterligare, om inflödet av nya sjukfall fortsätter att ligga på dagens låga nivå (se diagram 2.3 ovan).

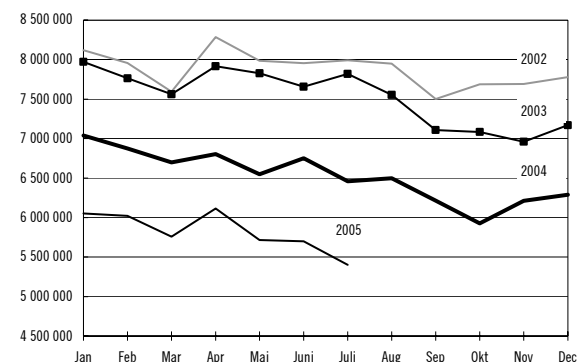
Tabell 2.2 Antalet nettodagar sjukpenning. Utveckling jämfört med kalenderåret 2002

| | Hela volymen | Upp till ett år | Över ett år |
|---------------------------------|--------------|-----------------|-------------|
| <i>Samtliga</i> | | | |
| Senaste 12 mån (aug 04-juli 05) | 71 910 138 | 41 487 858 | 30 422 280 |
| Förändring sedan 2002 | -22 565 689 | -18 445 362 | -4 120 328 |
| Procent | -24% | -31% | -12% |
| <i>Kvinnor</i> | | | |
| Senaste 12 mån (aug 04-juli 05) | 44 313 163 | 25 123 312 | 19 189 851 |
| Förändring sedan 2002 | -13 959 715 | -11 444 768 | -2 514 956 |
| Procent | -24% | -31% | -12% |
| <i>Män</i> | | | |
| Senaste 12 mån (aug 04-juli 05) | 27 596 979 | 16 364 517 | 11 232 463 |
| Förändring sedan 2002 | -8 605 961 | -7 000 625 | -1 605 336 |
| Procent | -24% | -30% | -13% |

Källa: Försäkringskassan

Den låga nivån på nya sjukskrivningar förväntas medföra att de långa sjukskrivningarna kommer att fortsätta minska ytterligare några år, särskilt om sjukskrivningsprocessen kan förbättras ytterligare enligt regeringens strategi (se huvudtext utgiftsområde 10 i denna proposition). Andelen nya sjukfall som övergår i längre varaktighet skall kunna minska.

Minskningen av antalet sjukpenningdagar har under det senaste halvåret varit högre än under 2003 och 2004. Detta beror delvis på att de minskande långa sjukfallen står för en relativt stor mängd sjukpenningdagar, men också på att sjukpenningdagarna i de korta längdklasserna nu minskar något snabbare än tidigare.

Diagram 2.5 Antalet ersatta sjukpenningdagar netto månadsvis

Källa: Försäkringskassan

I regeringens mål för minskad ohälsa ingår även den s.k. sjuklöneperioden, som betalas av arbetsgivaren, samt karensdagen. År 2002 uppgick dessa sammanlagt till cirka 16 miljoner dagar. Enligt preliminär statistik från Försäkringskassan har denna volym förblivit i stort sett oförändrad under 2003 och 2004.

2.3 Arbetslösa sjukskrivna

Ungefär 16 procent av sjukpenningdagarna avsåg arbetslösa sjukskrivna i juli 2005. Detta innebär en ökning från cirka 14 procent för två år sedan. Denna ökning ligger i linje med ökningen av antalet arbetslösa under samma period.

Samtidigt har sjukskrivningsvolymen bland de arbetslösa (antal sjukpenningdagar per arbetslös) sjunkit i ungefär samma takt som för de sysselsatta sedan 2002.

Eftersom arbetslösheten³ i juli 2005 uppgick till cirka 7 procent, är sjukpenninguttaget i denna grupp betydligt högre än för de sysselsatta. Detta kan till viss del förklaras av att sjukpenningen för arbetslösa betalas ut från dag 2 i stället för dag 15 (tidigare dag 21) för de sysselsatta. Detta motsvarar 20 – 25 procent av sjuk-

³ Enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU).

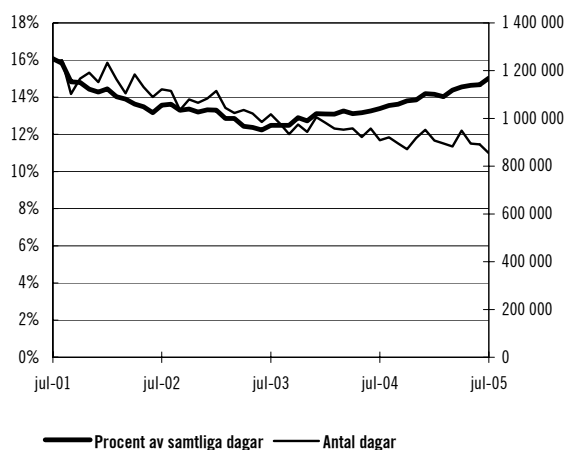
penningvolymen, vilket skulle motsvara cirka 4 procentenheter av de 16 procent som utgår.

Kvarvarande skillnader är svåra att förklara, särskilt som en regel infördes i juli 2003 som innebär att det inte är möjligt för en arbetslös att erhålla högre ersättning i sjukförsäkringen än i arbetslöshetsförsäkringen.

Det faktum att sjukförsäkringen till skillnad från arbetslöshetsförsäkringen inte har någon bortre gräns kan vara en orsak till "överuttaget".

Det finns skäl att anta att arbetslösa har en sämre hälsa, dels som en direkt konsekvens av långvarig arbetslöshet, dels eftersom en försämrad hälsa kan antas ge en försvagad situation på arbetsmarknaden för den enskilde.

Diagram 2.6 Antal och andel ersatta sjukpenningdagar, arbetslösa arbetssökande



Källa: Försäkringskassan

2.4 Deltidssjukskrivningar

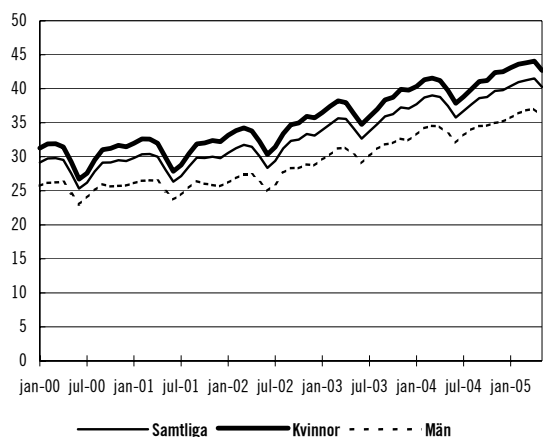
Regeringens bedömning är att deltidssjukskrivning skall användas i ökad grad för att bl.a. därigenom förkorta sjukskrivningstiden. Genom partiell sjukskrivning kan kontakten med arbetsplatsen upprätthållas, vilket anses kunna underlätta återvinnande av resterande arbetsförmåga. Ett ökat antal partiella sjukskrivningar reducerar antalet nettodagar och underlättar således måluppfyllelsen.

Från och med juli 2003 har en rad bestämmelser i enlighet med vad som föreslogs i proposition 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet* införts i syfte att öka användningen av deltidssjukskrivning i de fall personer har viss arbetsförmåga kvar. Vidare bör de bestämmelser om ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare (prop. 2004/05:21 *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*) som införts 2005 leda till ytterligare förstärka ökningen av partiell sjukskrivning. Den särskilda sjukförsäkringsavgift om 15 procent av de anställdas sjukpenningkostnader varje arbetsgivare är skyldig att betala gäller endast heltidssjukskrivna. Det är dock för tidigt att utvärdera de effekter den särskilda medfinansieringen kan medföra på sjukskrivningsmönstren och på det förebyggande arbetsmiljöarbetet. En särskild arbetsgrupp inom Regeringskansliet har tillsatts för att utvärdera regeländringen.

En ökad partiell sjukskrivning är något som regeringen eftersträvar. Deltidssjukskrivning skall vara normen även om vissa bedömare har framfört farhågor om att ökad partiell sjukskrivning används eller kan komma att användas som en arbetstidsförkortning. Regeringen avser att följa utvecklingen av deltidssjukskrivningen.

Deltidssjukskrivning är vanligare bland kvinnor än bland män (43 respektive 33 procent maj 2005). Särskilt vanligt förekommande är deltidssjukskrivning bland kvinnor som har varit sjukskrivna längre än ett år. Deltidssjukskrivning är också mer allmänt förekommande bland personer som har varit sjukskrivna en längre tid jämfört med personer med kortare sjukskrivning. Endast ett fåtal sjukskrivningar påbörjas med deltid, cirka 11 procent. Ett vanligare förlopp är att sjukskrivningen påbörjas på heltid och efter en period övergår till deltidssjukskrivning.

Andelen partiellt sjukskrivna personer, såväl kvinnor som män, började öka i slutet av 2001 och har därefter ökat kontinuerligt. Deltidssjukskrivningarna har ökat både bland personer med kortare och längre sjukskrivningstider.

Diagram 2.7 Andel (procent) deltidssjukskrivna januari 2000–maj 2005. Sjukpenning

Källa: Försäkringskassan

2.5 Sjuktal i olika grupper

Sjukskrivningarnas omfattning varierar i huvudsak med tre faktorer: kön, ålder och utbildningsnivå. Därutöver finns skillnader mellan yrke, bransch, familjetyper, etnicitet osv., men de är avsevärt mindre.

För kvinnor är skillnader i sjukskrivning för olika utbildningsnivåer mycket stora i barnafödande åldrar, men blir med högre ålder allt mindre och i 60-årsåldern finns i princip inga skillnader alls.

För män är mönstret något annorlunda. Förutom att sjukskrivningsnivån generellt är ungefär hälften så hög som för kvinnor, avviker framför allt högskoleutbildade män med en mycket låg sjukskrivningsfrekvens.

Sjukskrivning i olika familjetyper

Ensamstående kvinnor med barn har en mycket hög sjukskrivningsnivå – antalet sjukpenningdagar är nästan fyra gånger så högt som genomsnittet för kvinnor i åldrarna 25 – 35 år. Sammanboende kvinnor med barn har en förhöjd sjukskrivningsnivå upp till cirka 35 års ålder, i högre åldrar är ensamstående kvinnor mera sjukskrivna än sammanboende. För män är skillnader i sjukskrivning mellan olika familjetyper små om man tar hänsyn till ålder och utbildningsnivå.

Etnicitet

Utrikes födda förvärvsarbetsmän har en något högre sjukskrivningsfrekvens än svenskfödda. Utrikes födda kvinnor som förvärvsarbetsmän har en något lägre sjukskrivningsfrekvens

än svenskfödda i åldrar upp till cirka 40 år. I åldrar däröver är förhållandet det omvända.

Bland utrikes födda finns en del skillnader mellan olika ländergrupper. Födda i Norden men utanför Sverige har de högsta sjukskrivningstalen för män – för kvinnor finns de högsta sjukskrivningstalen hos födda i Europa utom Norden.

Den kraftiga överrepresentation för utrikes födda som finns bland arbetslösa och de som erhåller socialbidrag, finns således inte i fråga om sjukskrivning.

Sektorer/branscher/yrken

Även med hänsyn tagen till ålder och kön (men inte utbildningsnivå), är sjukskrivningen högre i den primärkommunala sektorn än i övriga. Däremot är sjukskrivningstalen i statlig sektor lägre än i den privata. Sjukskrivningstalen i landstingen skiljer sig i genomsnitt knappast alls från privat sektor.

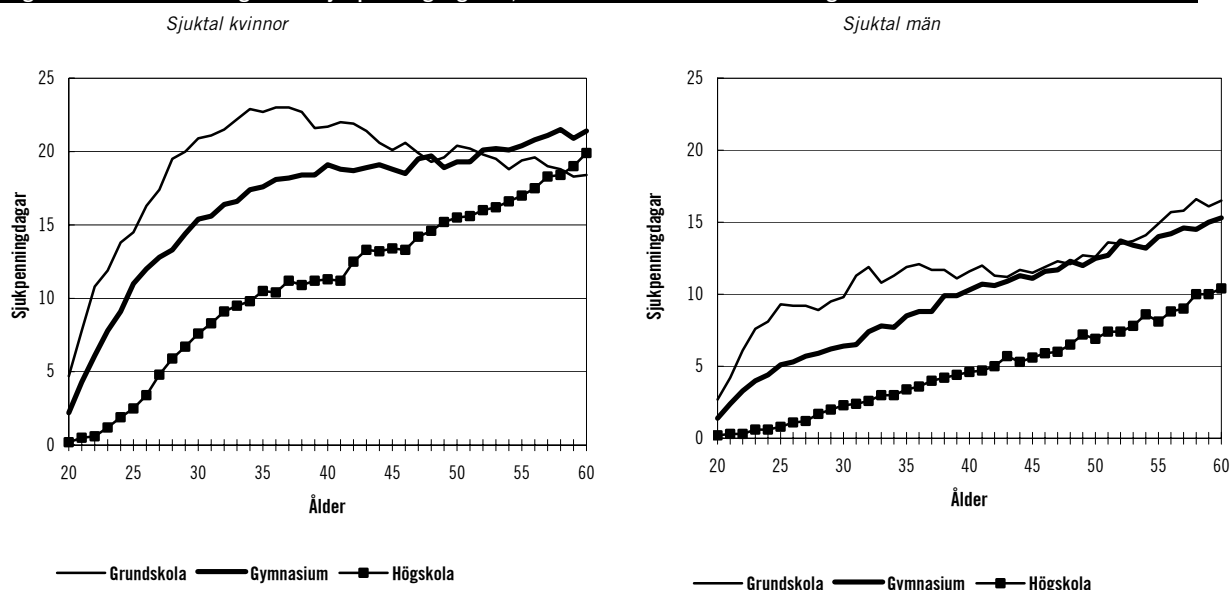
I enskilda branscher finns höga sjuktal för kvinnor i äldre- och handikappomsorg (men inte inom sjukvården). Vissa industribranscher med hög andel kvinnor som t.ex. livsmedels- och elektronikindustri har till och med högre sjuktal än de som finns inom äldreomsorgen.

Branscher med höga sjuktal för män är framför allt transport- och byggsektorerna samt vissa industribranscher.

Tabell 2.3 Antal sjukpenningdagar per år för olika grupper 1999 och 2003

| Grupp | Män 1999 | Män 2003 | Kvinnor 1999 | Kvinnor 2003 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-----------------|-----------------|
| Grundskoleutbildade | 7,1 | 12,1 | 13,5 | 19,7 |
| Gymnasieutbildade | 4,6 | 8,3 | 9,6 | 15,9 |
| Högskoleutbildade | 2,6 | 4,9 | 7,3 | 12,2 |
| Svenskfödda (sysselsatta) | 4,3 | 7,5 | 9,0 | 14,8 |
| Utrikes födda (sysselsatta) | 6,5 | 11,6 | 12,2 | 15,3 |
| Ensamstående med barn | 7,5 | 11,7 | 17,0 | 22,8 |
| Ensamstående utan barn | 6,2 | 10,3 | 11,3 | 15,0 |
| Samboende med barn | 4,4 | 6,9 | 7,9 | 14,4 |
| Samboende utan barn | 8,8 | 9,6 | 13,3 | 14,5 |
| Statlig sektor | 3,3 | 6,3 | 7,6 | 12,3 |
| Landstingskommunal sektor | 4,3 | 7,6 | 9,7 | 15,2 |
| Primärkommunal sektor | 5,2 | 9,7 | 10,8 | 18,0 |
| Privat sektor | 4,2 | 7,6 | 7,6 | 12,8 |

Källa: SCB, databasen LISA

Diagram 2.8 Genomsnittligt antal sjukpenningdagar/år, kvinnor och män efter utbildningsnivå

Källa: SCB, databasen LISA

2.5 Rehabilitering

Rehabiliteringsersättning har utslutits ur regeringens halveringsmål då det kan anses som önskvärt att antalet personer i rehabilitering ökar, eftersom detta för många kan vara vägen tillbaka till arbetslivet. Arbetsträning hos den tidigare arbetsgivaren är den vanligaste formen av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det är regeringens uppfattning att åtgärder för att den sjukskrivne skall komma tillbaka i arbete ofta kommer i gång alldeles för sent. Det är viktigt att redan i sjukfallens inledning på arbetsplatsen diskutera vad som kan göras för att underlätta en återgång i arbete. I syfte att påskynda detta arbete har arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning inom åtta veckor gjorts obligatorisk och Försäkringskassan har ålagt att, senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredningen kommit in från arbetsgivare, upprätta en rehabiliteringsplan eller kalla till ett avstämningsmöte om det inte kan anses som obehövligt. Utformningen av arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningkostnaderna är också sådan att den skall stimulera till insatser för återgång i arbete.

Regeringen anser att det finns ett behov av att förbättra kontakten mellan Försäkringskassan och den enskilde. Antalet avstämningsmöten bör öka väsentligt och utgöra grunden för diskussioner om den enskildes möjligheter att återgå i ar-

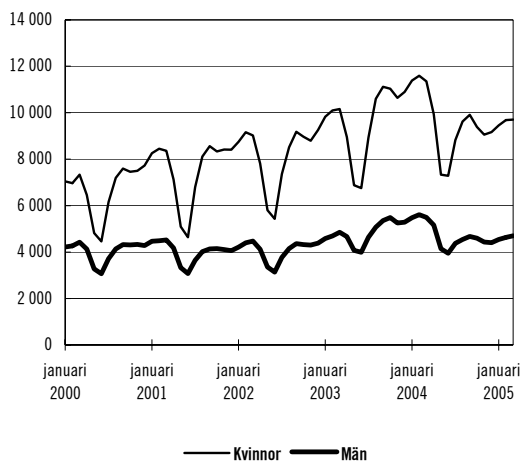
bete. Försäkringskassans målsättning är att antalet avstämningsmöten skall öka kraftigt och tredubblas under 2006 i förhållande till nuvarande antal.

Antalet personer som deltar i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering och därför erhåller rehabiliteringspenning ökade trendmässigt fram till 2003, se diagram 2.9. Detta är som tidigare nämnts en önskvärd växling mellan förmånerna men samtidigt kan noteras att ökningen inte alls stod i paritet med ökningen som skett av antalet långtidssjukskrivna. Antalet personer som varit föremål för samordnad rehabilitering minskade till 47 000 personer från 50 000 året innan. Av de personer som varit sjukskrivna 60 dagar eller längre hade 9 procent deltagit i någon form av samordnad rehabilitering 2004. Detta motsvarade 2003 års nivå. Under 2005 har antalet personer med rehabiliteringspenning fortsatt att minska. En förklaring till detta kan vara att deltidssjukskrivning har ersatt arbetsträning som instrument för att åstadkomma återgång i arbete.

Gruppen som genomgår arbetsinriktad rehabilitering domineras av personer med långa sjukfall. De senaste fem åren har andelen av dem som uppbär rehabiliteringspenning som varit sjukskrivna i över ett år ökat successivt från 50 till dagens 70 procent. Det är naturligtvis rimligt att de som är sjukskrivna länge har störst behov av mer omfattande rehabilitering. Det är dock

samtidigt viktigt att rehabiliteringsåtgärder sätts in tidigt i sjukfall och regeringen avser därför att vidta åtgärder för att åstadkomma detta (se avsnittet Politikens inriktning under utgiftsområde 10 i denna proposition).

Diagram 2.9 Antal pågående fall med rehabiliteringspenning januari 2000–mars 2005



Källa: Försäkringskassan

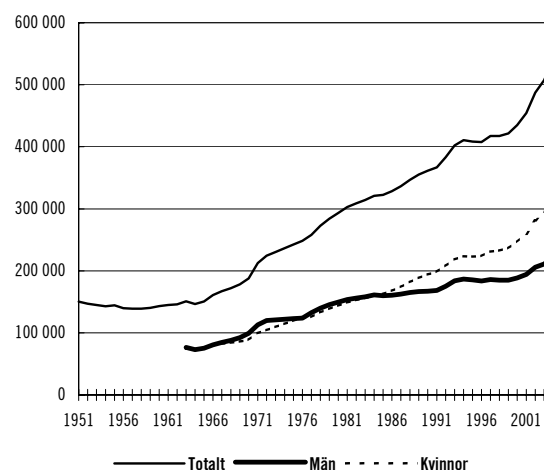
3 Sjuk- och aktivitetsersättning (S/A)

3.1 Utvecklingen av antal och nybeviljade

Snabb ökning de senaste åren

Antalet personer som uppstår sjuk- och aktivitetsersättning (f.d. förtidspension) har ökat i en snabb takt under 2000-talets början, efter en utplaning i mitten av 1990-talet. Gruppen – beståndet – har de senaste fem åren ökat antalsmässigt med 110 000, eller med ungefär en fjärdedel. Kvinnorna står för den största delen av ökningen. I juli 2005 uppbar totalt 553 000 sjuk- och aktivitetsersättning.

Diagram 3.1 Antal personer med sjuk- och aktivitetsersättning 1951-2004



Källa: Försäkringskassan

Not: Åren 1951-2002 förtidspension och sjukbidrag.

Nybeviljandet har ökat kraftigt

Ökningen av antalet personer med S/A under de senaste åren beror på den kraftiga ökningen av långtidssjukskrivna som ägde rum under åren 1998 – 2003. Nybeviljandet av S/A har ökat från i genomsnitt 40 000 per år under andra hälften av 1990-talet till drygt 73 000 under 2004. Samtidigt har utflödet från S/A till framför allt ålderspension legat kvar på en tämligen konstant nivå på cirka 40 000 personer.

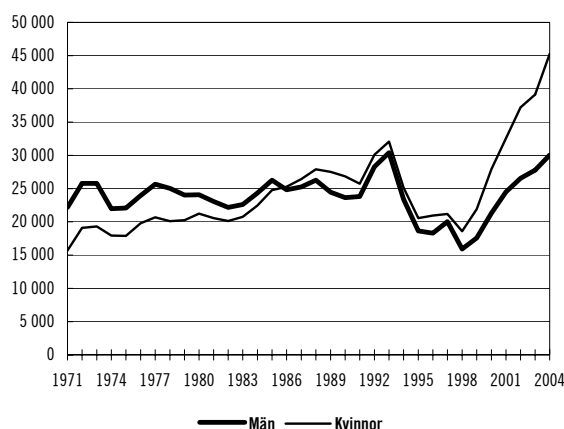
Ungefär hälften av dem som varit sjukskrivna över ett år beviljas S/A. Sammansättningen av dem som i dag beviljas S/A skiljer sig en hel del från hela gruppen med S/A. Bland de nybeviljade återfinns relativt sett fler kvinnor och fler högt utbildade än de som tidigare beviljats ersättning.

Ungefär hälften av hela beståndet är över 56 år, och ungefär 60 procent är kvinnor (jämfört med cirka 64 procent av de sjukskrivna).

Av de nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningarna har andelen tidsbegränsade sjukersättningar ökat och utgör nu majoriteten. Sett till hela beståndet utgör de tidsbegränsade förmanerna cirka 20 procent.

Under de senaste åren har andelen kvinnor som beviljats S/A ökat snabbt. Detta är en följd av att kvinnorna utgjort och utgör en stor andel av dem som blev långtidssjukskrivna under perioden 1998 – 2003. Relativt sett fler yngre får idag sjukersättning jämfört med för 10 år sedan, men uppgången sker från en låg nivå. Den enda grupp där nybeviljandet av S/A minskat är åldersgruppen 60 – 64 år (dvs. de första årskullarna bland fyrtiotalisterna).

Diagram 3.2 Antalet nybeviljade sjukersättningar (förtidspensioner) 1971–2004



Källa: Försäkringskassan

Övergång från sjukpenning till S/A

Sedan januari 2003, då sjuk- och aktivitetsersättningen infördes istället för förtidspension, har antalet sjukpenningfall som övergått i S/A igenomsnitt varit cirka 4 900 per månad, varav 60 procent av dessa har varit kvinnor. Cirka 10 procent av de som beviljats S/A har varit sjukskrivna i mindre än ett år. Andelen fall där sjukpenning utgått i över 2 år innan S/A beviljats har ökat från 55 till 60 procent under perioden 2003–2004. Under de senaste två åren har således inflödet till S/A från sjukpenningssystemet ökat antalsmässigt och i en högre grad har sjukersättningen kommit att föregås av en lång sjukskrivningsperiod. Denna utveckling avspeglas i den nedgång som skett av antalet långa sjukpenningfall (se avsnitt 2.1).

3.2 S/A i olika åldrar

Kraftig ökning men i stort sett oförändrad medelålder

Jämförs beståndet med beståndet 1998 för 2004 kan konstateras att 128 000 personer fler uppbar S/A 2004, en ökning med 28 procent. Ökningen var klart högre för kvinnor än män. Åldersstrukturen kan dock inte sägas ha förändrats nämnvärt under denna tid. En viss minskning av medelåldern skedde mellan 1998–2002, en utveckling som därefter i viss mån har avklingat.

Andelen personer under 45 års ålder som beviljats S/A har ökat från i genomsnitt 2 procent av alla nybeviljade under 1990-talet till cirka 3 procent efter 2001. Eftersom det totala antalet nybeviljningar av S/A ökat under 2000-talet har antalet personer under 45 år som beviljats S/A närmast fördubblats från cirka 8 000 per år under 1990-talet till cirka 16 000 per år under 2000-talet.

Nybeviljandet av S/A till relativt unga personer följer sannolikt i spåren av de ökade långtidssjukskrivningarna även i åldrar under 45 år, och det finns anledning att tro att dessa skall sjunka antalsmässigt i takt med att såväl korta som långa sjukskrivningar minskar.

Vad som oroar mer är att antalet personer under 30 år som beviljats S/A hittills under 2000-talet uppgått till cirka 3 500 personer årligen, en ökning med cirka 1 000 personer per år jämfört med genomsnittet för 1990-talet. Övergången till S/A för dessa personer har som regel inte föregåtts av sjukskrivning över huvud taget, utan deras huvudsakliga inkomstkälla före beviljandet av S/A har varit socialbidrag.

Tabell 3.1 Förändring mellan 1998 och 2004 vad gäller antal personer med S/A och medelålder

Decembervärden

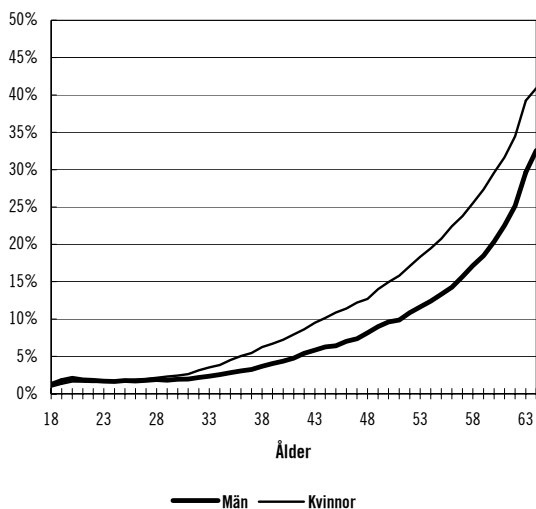
| | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | Förändring % 98-04 |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------------------|
| Antal personer med S/A | 422 000 | 438 000 | 489 000 | 540 000 | +28% |
| Män | 187 000 | 190 000 | 206 000 | 221 000 | +18% |
| Kvinnor | 235 000 | 248 000 | 282 000 | 319 000 | +36% |
| Medelålder S/A stocken | 52,8 | 52,6 | 52,4 | 52,4 | -0,7% |
| Män | 57,8 | 52,5 | 52,2 | 52,3 | -0,9% |
| Kvinnor | 52,8 | 52,7 | 52,5 | 52,5 | -0,8% |

Källa: Försäkringskassan och Socialdepartementets beräkningar

Fler med sjukersättning ju högre ålder

Andelen personer med S/A i varje årskull ökar med högre ålder. I diagram 3.3 visas andelen personer som fått S/A i procent av totala antalet personer i varje åldersklass december 2004. Från och med drygt 55 års ålder sker den kraftigaste ökningen av sjukersättningsrisken; andelen för 64-åringar är dubbelt så hög som för 56-åringar. Kvinnornas andel är genomgående något högre än männens. 40 procent av 64-åriga kvinnor har S/A, motsvarande för män är drygt 30 procent. Medelåldern bland personer med S/A är drygt 52 år och hälften är 56 år och äldre. I detta avseende föreligger ingen skillnad mellan kvinnor och män.

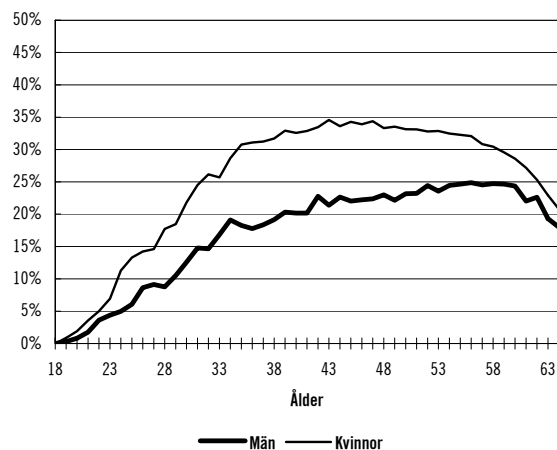
I december 2004 hade 540 000 personer eller 10 procent av befolkningen i åldrarna 18-64 år sjuk- eller aktivitetsersättning. Andelen för kvinnor var 12 procent och för män 8 procent.

Diagram 3.3 Andel med S/A i respektive ålder december 2004

Källa: Försäkringskassan och SCB

Partiell ersättning

Av diagram 3.4 framgår att partiell S/A är jämförelsevis ovanligt bland unga. Åtta procent av förmånerna bland personer under 30 år är partiella. Partiell S/A är klart vanligare bland kvinnor. Orsaken till detta är oklar. Det kan ha att göra med att deltidsarbete är vanligare bland kvinnor och därmed att graden av sjukersättning inte är kopplad till den faktiska arbetsförmågan utan relaterad till omfattningen på det tidigare arbetet. En annan tänkbar orsak till att partiell förmån är mer vanlig bland kvinnor är att hänsyn tas till hushållsarbete när rätten till S/A prövas. I genomsnitt är var tredje S/A partiell bland kvinnor, jämfört med var femte bland män. Andelen partiella S/A ökar successivt med ungefär en procentenhet per år.

Diagram 3.4 Andel partiella S/A i respektive ålder

Källa: Försäkringskassan

Om hänsyn tas till den högre andelen partiella S/A bland kvinnor minskar skillnaden mellan könen.⁴

Det synsätt som sedan juli 2003 innebär att deltidssjukskrivning skall vara normen tycks också ha haft effekt på utvecklingen även vad gäller sjuk- och aktivitetsersättning. Andelen av de nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningarna som får partiell förmån har ökat. Från en nivå om 36 procent 2003 ökade denna till 41 procent 2004 och till 42 procent under 2005 (t.o.m. juli). Partiell förmån är vid såväl nybeviljande som i det totala beståndet vanligare bland kvinnor än bland män. År 2004 var 45 procent av de nybeviljade S/A bland kvinnor partiella, att jämföra med 34 procent bland män.

Unga får oftast bara garantiersättning

I systemet för sjuk- och aktivitetsersättning har försäkrade som saknar eller har låg inkomstrelaterad ersättning rätt till garantiersättning upp till en viss garantinivå, som är åldersberoende i åldrarna 19–29 år. Upp till 21 års ålder är den 6 895 kr/mån för att sedan ökas stegvis till 7 880 kr/mån vid 30 års ålder. Eftersom den inkomstrelaterade ersättningen baseras på tidigare årsinkomster under en s.k. ramtid är andelen unga personer med enbart garantiersättning mycket hög. Aktivitetsersättning utges till personer i åldrarna 19–29 år. Drygt 80 procent av dessa personer saknar inkomstrelaterad aktivitetsersättning. Andelen män utan inkomstrelaterad ersättning är högre än bland kvinnorna. De relativa skillnaderna könen emellan i detta avseende är som störst i åldrarna 30–50 år. Det är således vanligare bland män att beviljas S/A utan att tidigare haft en anknytning till arbetsmarknaden. Orsaker till detta kan vara en jämförelsevis högre frekvens av olika missbruksproblem och ett mer riskfyllt beteende i unga åldrar. Sett till antalet utgör dock de yngre förmånstagarna en liten andel av hela S/A-beståndet.

3.3 S/A i olika grupper m.m.

Utbildningsbakgrund bland personer med S/A

S/A är liksom för sjukpenning mer frekvent bland lågutbildade. Bland kvinnor i högre åldrar som beviljats S/A under de tre senaste åren är dock S/A lika vanligt förekommande för högskoleutbildade som för låg- och medelutbildade.

Utrikes födda mindre sjukskrivna men har oftare S/A

Jämfört med gruppen sjukskrivna, är utrikes födda kraftigt överrepresenterade bland personer med S/A. Även med hänsyn tagen till kön och ålder är frekvensen S/A ungefär 50 procent högre bland utrikes födda än bland födda i Sverige. Det finns stora skillnader mellan olika ländergrupper. Högst andel S/A har personer födda i Norden utom Sverige.

Tabell 3.2 Personer med S/A 19-64 år 2002 som andel av hela befolkningen 19-64 år efter födelseland

| | Män | Kvinnor |
|--------------|------------|------------|
| Sverige | 6,3 | 9,3 |
| Övr. Norden | 14,9 | 19,7 |
| EU15 | 9,8 | 14,5 |
| Övr. Europa | 11,3 | 14,1 |
| Övr Världen | 6,4 | 7,3 |
| Summa | 6,8 | 9,8 |

Källa: SCB, databasen LISA

Kommunanställda överrepresenterade

I förhållande till antalet sysselsatta i sektorn är antalet med S/A vanligast bland personer med en arbetslivsbakgrund i primärkommunal sektor. Till skillnad från de sjukskrivna är även kvinnor som arbetat inom landstingssektorn överrepresenterade i gruppen med S/A.

⁴ Det helårsekvivalerade antalet S/A motsvarar 10 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldrarna 18–64.

Tabell 3.3 Personer med S/A 2003 som förvärvsarbetade 1999

| | Antal med S/A 2003 | Totalt sysselsatta 1999 | Andel med S/A |
|----------------|--------------------|-------------------------|---------------|
| Män | | | |
| Stat | 2 330 | 108 692 | 2,1 |
| Kommun | 5 436 | 149 895 | 3,6 |
| Landsting | 1 165 | 42 948 | 2,7 |
| Privat | 34 961 | 1 455 812 | 2,4 |
| Summa | 43 892 | 1 757 347 | 2,5 |
| Kvinnor | | | |
| Stat | 4 166 | 84 742 | 4,9 |
| Kommun | 38 432 | 594 226 | 6,5 |
| Landsting | 11 092 | 179 822 | 6,2 |
| Privat | 30 503 | 736 485 | 4,1 |
| Summa | 84 193 | 1 595 275 | 5,3 |

Källa: SCB, databasen LISA

Sett till tidigare verksamhet inom olika *branscher* är andelen med S/A för män hög inom jordbruk, intresseorganisationer, kultur, stålverk, metallindustri. Bland kvinnor är motsvarande andelar höga inom elektro- och metallindustri, intresseorganisationer och transport. Vård- och omsorgssektorn ligger ungefär på genomsnittet.

Bland enskilda *yrken* som har en hög andel S/A hör främst lågutbildade tekniker/byggnadsarbetare bland män. Bland kvinnor är motsvarande andelar höga bland personer som arbetat som lokalvårdare, lågutbildade industriarbetare, vårdpersonal med lägre utbildning.

Fler med psykiska diagnoser

Det finns för tillfället ingen aktuell statistik över diagnoserna för de nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningarna. De senaste uppgifterna för 2002 visade att den största diagnosgruppen var sjukdomar i muskler, skelett och bindväv med 40 procent. Andelen nybeviljade ersättningar med psykiska sjukdomar har ökat kraftigt. Av nybeviljade förtidspensioner 2002 utgjorde gruppen psykiska sjukdomar 28 procent, att jämföra med 17 procent 1992. Som bl.a. framgår av tabell 3.4 var i yngre åldrar psykiska sjukdomar den dominerande diagnosen när förtidspension nybeviljades.

Tabell 3.4 Diagnoser 2002 för nybeviljade förtidspensioner i olika åldersgrupper

| | Procent | | |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 19-29 år | 30-64 år | Alla |
| Tumörer | 1,5 | 2,7 | 2,6 |
| Endokrina (mest diabetes) | 1,4 | 2,3 | 2,3 |
| Psykiska sjukd | 63,3 | 25,3 | 27,8 |
| Nervsystemet | 7,5 | 3,8 | 4,1 |
| Synskador | 0,6 | 0,5 | 0,5 |
| Hörselskador | 2,2 | 1,6 | 1,6 |
| Cirkulationsbesvär | 0,7 | 7,7 | 7,3 |
| Andning | 0,3 | 2,0 | 1,9 |
| Rörelsehinder (mest rygg) | 6,5 | 41,1 | 38,9 |
| Skador/förgiftningar | 6,1 | 5,3 | 5,4 |
| Utbrändhet o likn | 0,1 | 1,4 | 1,3 |
| Övrigt inkl missbildn | 9,8 | 6,1 | 6,4 |
| Summa | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Källa: Försäkringskassan

3.4 Ekonomisk standard i S/A-gruppen

Lägre ekonomisk standard i gruppen med S/A

Gruppen som uppstår sjuk- och aktivitetsersättning uppvisar en lägre ekonomisk standard än övriga befolkningen i samma åldersgrupper.⁵ Inom S/A-gruppen gäller att kvinnor har en högre standard än män – motsatt förhållande gäller för hela befolkningen. Jämfört med ålderspensionärer har män med S/A ungefär samma standard, kvinnor med S/A en något högre. Inom S/A-gruppen har de som befinner sig i åldersgruppen 55-64 år en klart högre inkomststandard än de yngre. Andelen som är sammanboende är klart högre för kvinnor än för män 59 respektive 46 procent.

⁵ En individs inkomststandard har beräknats genom att ta fram den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet i hushållet.

Tabell 3.5 Disponibel inkomst per konsumtionsenhet 2003

Medianvärden

| | Män | Kvinnor |
|--------------------------|---------|---------|
| <i>Personer med S/A</i> | | |
| 20–54 år | 115 700 | 125 500 |
| 55–64 | 143 700 | 155 300 |
| Hela gruppen | 131 700 | 140 200 |
| <i>Hela befolkningen</i> | | |
| 20–54 år | 158 800 | 154 200 |
| 55–64 år | 197 100 | 190 900 |
| 65+ | 131 100 | 117 200 |

Källa: SCB, HEK 2003

Ekonomisk utsatthet – jämförelsevis låg bland kvinnor med S/A

Ekonomisk standard avgörs av hushållets sammanlagda disponibla inkomst och hushållets sammansättning. Här har definitionen av ekonomisk utsatthet bestämts till en inkomststandard understigande 60 procent av medianen för samtliga individer i samhället. Indikatoren är alltså ett *relativt* mått på ekonomisk utsatthet. Bland män med S/A är andelen ekonomiskt utsatta ungefär densamma som i hela befolkningen eller 11 procent. Andelen kvinnor i S/A-gruppen som är ekonomiskt utsatta är däremot klart lägre än bland den kvinnliga befolkningen i stort. Orsaken till detta har möjligen att göra med att kvinnor med sjukersättning har en genomsnittligt högre ålder, är sammanboende med män med relativt goda inkomster och inte har hemboende barn.

Tabell 3.6 Andel ekonomiskt utsatta år 2003 (under 60 % av medianen)

Procent

| | Män | Kvinnor |
|-------------------|-----|---------|
| Personer med S/A | 11 | 6 |
| Hela befolkningen | 12 | 11 |

Källa: SCB, HEK 2003

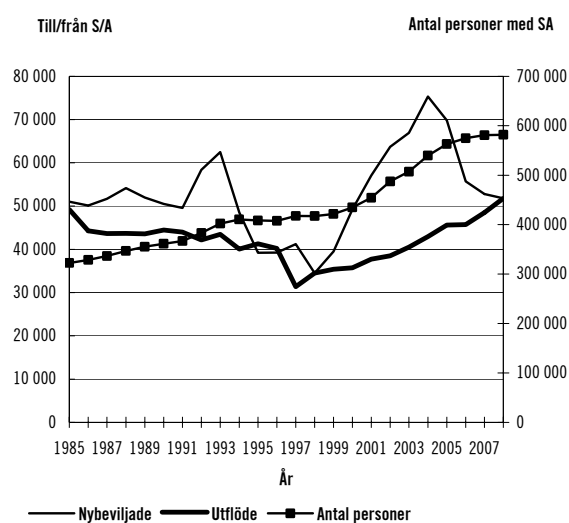
3.5 Ökningen av S/A-gruppen fortsätter med bromsas upp

Den framtida utvecklingen av antalet personer med S/A och därmed åtföljande statsfinansiella och samhällsekonomiska kostnader bestäms av antalet nybeviljade men också av antalet personer som lämnar gruppen – i första hand till ålderspension men också genom dödsfall. På

grund av att gruppen långtidssjukskrivna minskar och beräknas fortsätta minska blir rekryteringsbasen för S/A allt mindre. Samtidigt kommer utflödet från gruppen att öka på grund av demografiska skäl då det är relativt stora årskullar som nu är 61 – 64 år.

Vidare blir tillämpningen av regelverket för nybeviljandet i framtiden en viktig faktor. Försäkringskassan skall minst var tredje år göra en förnyad utredning av arbetsförmågan hos personer under 60 år vilka fr.o.m. 2005 blir beviljade sjukersättning som inte är tidsbegränsad. Vidare har regeringen pekat på det angelägna i att redan tidigare beslutade sjukersättningar skall följas upp en Försäkringskassan i betydligt högre grad än tidigare genom s.k. efterkontroll. Eftersom majoriteten av de S/A som nybeviljas är tidsbegränsade är det regeringens förhoppning att många av dessa personer skall återgå till arbetslivet. Dessutom har regeringen vidtagit åtgärder som avser personer som redan uppbär S/A.

En aktuell kalkyl upprättad av Försäkringskassan ger följande i framtida utveckling:

Diagram 3.5 Antal personer med S/A samt flöden till/från S/A

Källa: Försäkringskassan

Enligt denna kalkyl kommer således gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning att nå upp till cirka 580 000 personer kring 2007.

Om inflödet till sjukskrivning kan bibehållas på dagens låga nivåer kommer nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar att kunna minska på längre sikt. Eftersom huvudparten av personerna med S/A är över 55 år, kommer allt fler att övergå till ålderspension. Därmed är det också

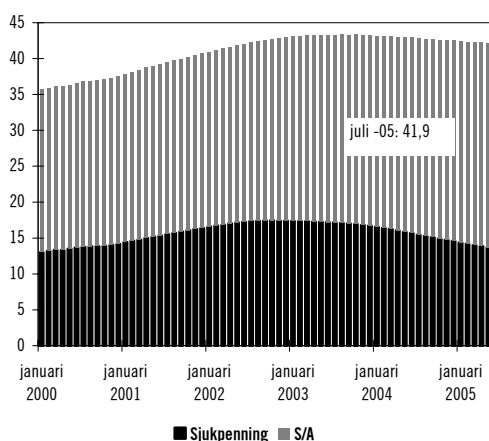
möjligt att gruppen som helhet kommer att minska i antal, men knappast före 2008.

4 Ohälsa och regionala skillnader

Ohälsotalet på riksnivå har minskat något de senaste två åren

Det s.k. ohälsotalet utgörs av antalet utbetalda dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning per person i åldrarna 16-64 år under den senaste 12-månadersperioden. För att ohälsotalet skall minska med en dag krävs t.ex. en minskning om 5,7 miljoner sjukpenningdagar på årsbasis.⁶

Diagram 4.1 Ohälsotalet, rullande 12-månaderstal riket. Januari 2000-juli 2005



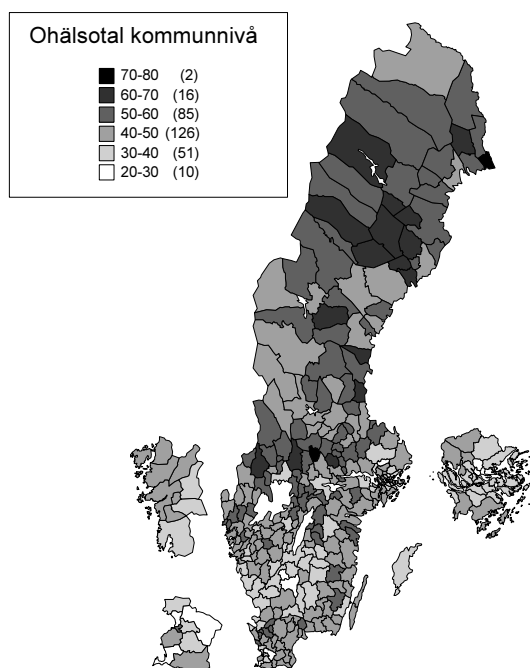
Källa: Försäkringskassan

⁶ Försäkringskassan har satt ett mål om att ohälsotalet skall minska från 42,5 år 2004 till 37 fram till utgången av 2008. För att detta skall lyckas måste det sammanlagda antalet ersatta nettodagar från sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning minska med 25 miljoner under målperioden. Detta mål inte är direkt jämförbart med regeringens två parallella målsättningar. Dels ser Försäkringskassans mål till hela beståndet med S/A medan regeringens målsättning endast berör antalet nybeviljade förmåner, dvs. inte beaktar utflödet från denna försäkring. En andra skillnad är att Försäkringskassans mål inte tar hänsyn till de dagar där kostnaden direkt bärs av individ och arbetsgivare, nämligen volymen karens- och sjuklönedagar, vilken ingår i regeringens halveringsmål. Vidare sträcker sig Försäkringskassans målperiod fram till och med december 2008 medan de av regeringen satta målsättningarna skall vara uppfyllda juni 2008. I ohälsotalet ingår även rehabiliteringspenning och arbetsskadeersättning till skillnad från regeringens målsättning.

Mellan 2000 och 2005 har ohälsotalet ökat med nästan 20 procent. Sett till sjuk- och aktivitetsersättningens bidrag till det totala ohälsotalet har uppgången varit kraftig med en ständig ökning. Sjukpenningens relativa andel av ohälsotalet har sett till hela perioden minskat, där en puckel kan observeras under rekordåret 2002. De senare årens marginella minskning av ohälsotalet har således berott på att den kraftigt avtagande sjukpenningvolymen i princip motsvarats av ett ökat antal dagar med aktivitets- och sjukersättning.

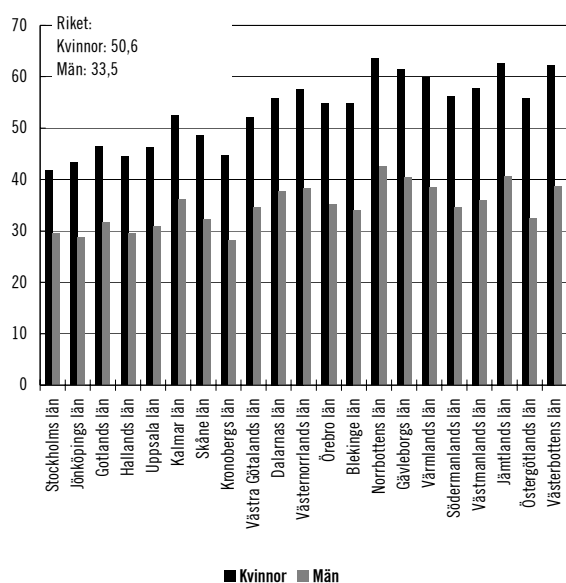
Skillnader på läns- och kommunnivå

Det vitt skilda läget vad gäller ohälsa i landets olika delar har redovisats i en rad rapporter. Däremot är det svårare att hitta en naturlig förklaring till varför dessa skillnader existerar. Exempelvis konstaterar Socialförsäkringsutredningen i *Sjukfrånvaro i tid och rum* (Samtal om Socialförsäkring nr 2, Socialförsäkringsutredningen 2005) att skillnaderna vad gäller faktorer som bransch- och yrkesstruktur inte skiljer sig nämnvärt åt mellan län med hög sjukfrånvaro (exempelvis Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län) och län med låg sjukfrånvaro (Hallands, Jönköpings och Kronobergs län). Inte heller tumregeln att en god arbetsmarknad leder till högre sjukfrånvaro tycks gälla i det regionala perspektivet, snarare tvärtom. Detta skulle i sådana fall stödja den hypotes som gör gällande att sjukförsäkringen ibland används i arbetsmarknadspolitiska syften och då snarare kan liknas vid en yrkesförsäkring.



Ohälsoskillnaderna finns regionalt både vad gäller absoluta nivåer på ohälsotalet, men också mellan fördelningen sjukpenning-sjukersättning och skillnaden mellan länets kvinnor och män. På länsnivå gäller sambandet att ju större skillnad mellan kvinnor och män, desto högre är ohälsotalet. Regeringen har stora förhoppningar att den nya organisationen ökar förutsättningarna att komma till rätta med de regionala skillnaderna.

Diagram 4.2 Ohälsotalet juli 2003 (12-månaderstal) för kvinnor och män på länsnivå



Källa: Försäkringskassan

Not: Sorterat efter differens mellan kvinnor och män

5 Regeringens åtgärder för minskad ohälsa

Nedan redovisas för de insatser som regeringen hittills gjort. För regeringens kommande insatser hänvisas till utgiftsområde 10 avsnittet politikens inriktning.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare

Från och med den 1 januari 2005 har arbetsgivarna fått ett medfinansieringsansvar på 15 procent av sjukpenningkostnaden för anställda. Arbetsgivarens medfinansiering gäller så länge hel sjukpenning betalas ut till arbetstagaren. Sjukförsäkringsavgiften har sänkts så att förslaget blivit kostnadsneutralt i förhållande till arbetsgivarkollektivet. Vidare innehåller systemet ett högkostnadsskydd och ett skydd för utsatta

grupper på arbetsmarknaden. Medfinansieringsansvaret upphör om en försäkrad beviljas rehabiliteringspenning eller kommer tillbaka till arbetet på deltid. Avsikten med regeländringen är att arbetsgivare ska stimuleras till aktiva insatser för att minska sjukfrånvaron.

Åtgärder för ökad deltidssjukskrivning

Under våren 2003 lade regeringen fram förslag till riksdagen (prop. 2002/03:89) bl.a. i syfte att öka användningen av deltidssjukskrivning när den enskilde har viss arbetsförmåga kvar. I propositionen föreslogs att deltagande i avstämningarna hos försäkringskassan för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan och behovet av rehabilitering skall vara obligatoriskt för den enskilde. Vidare föreslogs att reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar skall skärpas och att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för sjukpenning. Även i denna proposition poängterades behovet av att förstärka intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin och att flera försäkringsläkare anställs. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen (bet. 2002/03:SfU10, rskr. 2002/03:227). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Temporära förändringar av ersättningsnivå och sjuklöneperiod

I 2003 års ekonomiska vårproposition (prop. 2002/03:100) föreslog regeringen ytterligare ett antal åtgärder för att minska sjukskrivningarna och för att begränsa kostnaderna för ohälsan. Sjuklöneperioden för arbetsgivare förlängdes från 14 till 21 dagar och den sjukpenninggrundande inkomsten multiplicerades med faktor 0,97 vid beräkning av sjukpenning fr.o.m. 1 juli 2003. Dessa förändringar var endast temporära, och återställdes den 1 januari 2005.

Sammanhållen statlig Försäkringskassa

Fram till och med 2004 bestod socialförsäkringens administration av Riksförsäkringsverket som central myndighet och 21 försäkringskassor som var fristående från staten. Från och med 2005 bildar dessa en sammanhållen statlig myndighet, Försäkringskassan. Med den nya organisationen skapas bättre förutsättningar för att

genom ett gemensamt förhållningssätt bryta ohälsoutvecklingen.

Förnyelse av arbetslivsinriktad rehabilitering

Regeringen uppdrog i slutet av 2001 till dåvarande RFV och AMS att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Uppdraget bestod av tre deluppdrag: att ta fram metod för tidig, fördjupad bedömning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering, att utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt att förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Uppdraget har resulterat i nya metoder som under 2004 och 2005 implementerats i Försäkringskassans handläggning. Metoderna har också bidragit till ett mer enhetligt arbetssätt. AMS och RFV har även genomfört en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering (FAROS). Förnyelsearbetet har bedrivits under åren 2002–2004. Erfarenheterna från FAROS har legat till grund för de nationella handlingsplaner som Försäkringskassan tagit fram tillsammans med AMS och som syftar till att förbättra möjligheten till återgång i arbete för arbetslösa sjuk-skrivna.

Den 1 januari 2004 infördes en permanent finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (lag 2003:1210 och prop. 2002/03:132). Finansiell samordning kan ske frivilligt mellan en försäkringskassa, en länsarbetsnämnd, ett lands-ting samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. Den allmänna försäkringskassan får disponera högst 5 procent av de budgeterade kostnaderna för sjukpenning till finansiell samordning.

Regeringen har under våren 2005 tillsatt utredningen Översyn av vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (S 2005:05) som bland annat skall se över Försäkringskassans möjligheter att, inom ramen för sitt samordningsansvar, bidra till finansieringen av arbetslivsinriktad rehabilitering för försäkrade där målet med rehabiliteringen är återgång i arbete hos nuvarande arbetsgivare. Syftet med översynen är att förtydliga arbetsgivarens ansvar för den anställdes rehabilitering.

Vidare har det fr.o.m. 2005 införts regler som anger vid vilken tidpunkt Försäkringskassan senast skall kalla den försäkrade till avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Förnyad utredning av arbetsförmågan för personer med sjukersättning

På området aktivitets- och sjukersättning gäller fr.o.m. 2005 att Försäkringskassan minst vart tredje år skall göra en förnyad utredning av arbetsförmågan hos samtliga personer vilka fr.o.m. 2005 blir beviljade sjukersättning som inte är tidsbegränsad. Detta obligatorium gäller dock inte personer som fyllt 60 år. Vidare har regeringen pekat på det angelägna i att redan tidigare beslutade sjukersättningar ska följas upp av Försäkringskassan i betydligt högre grad än tidigare genom s.k. efterkontroll.

Utbildning och metodstöd för bättre sjukskrivningsprocess

Regeringen har i olika sammanhang framhållit att det är av yttersta vikt att de som får t.ex. sjukpenning eller aktivitets- eller sjukersättning uppfyller kriterierna för detta. För att införa ett gemensamt förhållningssätt har Försäkringskassan under 2004 bl.a. genomfört utbildningar av samtliga chefer och handläggare inom ohälsområdet och utarbetat nya metoder och verktyg som praktiskt stöd i yrkesrollen. Under 2004 infördes ett förbättrat metodstöd i handläggningen av när sjukpenning skall betalas ut och våren 2005 har ett metodstöd för utredningar om förutsättningar för sjuk- eller aktivitetsersättning samt prövning av rätten till sådana ersättningar införts inom Försäkringskassan.

6 Möjligheter att uppnå regeringens mål

Regeringens huvudsakliga målsättning, att halvera antalet sjukdagar t.o.m. juni 2008, ligger inom räckhåll förutsatt att den kraftiga minskning av sjukpenningdagarna som framförallt skett sedan början av 2004 fortsätter. I målsättningen ingår även karens- och sjuklönedagar. Eftersom det av naturliga skäl är svårare att halvera antalet karens- och sjuklönedagar under målperioden blir målet vad gäller reducering av sjukpenning-

dagarna än mer ambitiöst än halvering och sjukpenningdagar. Mätningar för 2003 och 2004 visar också att antalet karens- och sjuklönedagar hittills inte påvisat samma nedgång som sjukpenningdagarna utan varit i stort sett oförändrat (se avsnitt 2.2). För att målsättningen skall klaras givet att antalet karens- och sjuklönedagar är oförändrat eller endast minskar tämligen marginellt krävs att sjukpenningdagarna skall minska med 54 miljoner eller totalt 57 procent jämfört med 2002 års nivå. Om halveringen endast skulle gälla ersatta sjukpenningdagar krävs att dessa minskar med drygt 47 miljoner.

Tidsperioden under vilken regeringens målsättningar skall uppnås är 66 månader lång (jan 2003-jun 2008). I juli 2005 hade 31 av dessa passerat eller 47 procent av tiden.

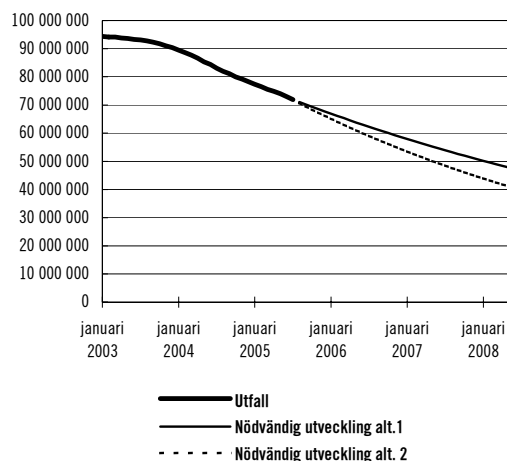
Tabell 6.1 Regeringens mål för halverad ohälsa

| | |
|---|-------------------|
| Antal nettodagar sjukpenning år 2002 | 94 500 000 |
| Antalet karens- och sjuklönedagar 2002 | 16 000 000 |
| Totalt antal dagar 2002 | 110 500 000 |
| Halvering | 55 300 000 |
| Demografieffekt | 1 200 000 |
| Mål: antal dagar juli 2007-juni 2008 | 56 500 000 |

Under perioden augusti 2004-juli 2005 utbetalades nära 72 miljoner sjukpenningdagar netto. Det är en minskning jämfört med 2002 med cirka 23 miljoner dagar eller 24 procent. Om enbart sjukpenningdagarna skulle halveras är den hittillsvarande utvecklingen väl i linje med måluppfyllelsen (den nödvändiga framtida utvecklingen framgår av alternativ 1 i diagram 6.1).

Om däremot karens- och sjuklönedagarna tas med i beräkningen av måluppfyllelsen samt om volymen sjuklönedagar antas ligga kvar vid 2002 års nivå krävs att sjukpenningdagarna minskas med 32 miljoner dagar på årsbasis fram till juni 2008 för att måluppfyllelse skall ske (alternativ 2 i diagram 6.1).

Diagram 6.1 Utfall t.o.m. juli 2005 och nödvändig utveckling av antal sjukpenningdagar på årsbasis för måluppfyllelse juni 2008



Antalet nya sjukfall förefaller nu stabiliserats på en historiskt låg nivå. Även om en – som regeringen bedömer trolig – förbättrad utveckling på arbetsmarknaden kan komma att medföra ett något förhöjt inflöde till sjukskrivning beräknas denna inte påverka sjuktalet på något avgörande sätt fram till 2008. Dessutom torde regeringens åtgärder i form av bland annat medfinansiering, förbättrad sjukskrivningsprocess samt ombildandet av Försäkringskassan till en sammanhållen statlig myndighet bidra till en fortsatt minskning. Regeringen anser således att målet om en halvering av sjukfrånvaron är möjligt att nå.

Vad gäller det parallella målet om minskat antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar är läget följande. Antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar uppgick till cirka 65 000 under 2003 och till cirka 73 000 under 2004. Till och med juli 2005 har drygt 37 000 nybeviljanden skett. Uppräknat på årsbasis blir det ca 67 000. Dessa siffror skall jämföras med referensnivån för målet om nybeviljandet, som är 64 200 och avser 2002. Målet är att det genomsnittliga antalet nybeviljade under perioden januari 2003-jun 2008 på årsbasis skall vara lägre. För att klara målet måste genomsnittliga antalet per månad vara högst 5 075 personer under de 35 återstående månaderna. Hittills har detta antal varit 5 667 per månad.

Tabell 6.2 Antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar på månadsbasis under målperioden

| | |
|---|-------|
| Målnivå | 5 353 |
| Genomsnitt hittills t.o.m. juli 2005 | 5 667 |
| Nödvändigt återstående genomsnitt fram till juni 2008 | 5 075 |

Regeringen gör bedömningen att även detta mål har förutsättningar att nås, trots att nybeviljandet hittills klart har överstigit referensnivån. Anledningen är att ett stort antal långtidssjukskrivna redan beviljats aktivitets- och sjukersättning och att antalet långtidssjukskrivna minskar. De långtidssjukskrivna utgör den största rekryteringsbasen för nybeviljandet av dessa ersättningar. Sammantaget innebär den minskning av såväl kort- som långtidssjuka som regeringen förutser också en minskning av nybeviljandet av sjukersättningar ned till en nivå som möjliggör att målet nås.