

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10



Förslag till statsbudget för 2004

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	7
2	Lagförslag.....	9
2.1	Förslag till lag om fortsatt lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa fall.....	9
3	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp	11
3.1	Omfattning.....	11
3.2	Utgiftsutveckling	12
	Socialförsäkringsförmåner.....	12
3.3	Mål	12
3.4	Politikens inriktning	12
3.5	Insatser	14
3.5.1	Insatser inom politikområdet.....	15
3.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	19
3.6	Resultatbedömning.....	20
3.6.1	Resultat.....	21
3.6.2	Analys och slutsatser	26
3.6.3	Den fortsatta strategin för att öka hälsan i arbetslivet	32
	Socialförsäkringens administration.....	34
3.7	Omfattning.....	34
3.8	Mål	35
3.9	Insatser	35
3.9.1	Insatser inom SFA	36
3.9.2	ANSA-utredningen	40
3.9.3	Försäkringsmedicinskt centrum	41
3.9.4	Övrigt	42
3.10	Resultatbedömning.....	42
3.10.1	Resultat.....	42
3.10.2	Resurser	44
3.10.3	Analys och slutsatser	45
3.11	Revisionens iakttagelser.....	46
3.12	Förslag till regeländringar.....	47
3.13	Budgetförslag	49
3.13.1	19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	49

3.13.2	19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	51
3.13.3	19:3 Handikappersättningar.....	53
3.13.4	19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	54
3.13.5	19:5 Ersättning för kroppsskador.....	55
3.13.6	19:6 Riksförsäkringsverket	56
3.13.7	19:7 Allmänna försäkringskassor.....	58

Bilaga Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	7
3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet/politikområdet	12
3.2 Utfallsiffror för år 2002	21
3.3 Procentuell ökning av antalet sjukfall för olika fallängder.....	21
3.4 Antal personer som under resp. år fått utbetalning av sjukpenning	22
3.5 Totalt antal sjukpenningdagar, netto	22
3.6 Genomsnittlig antal sjukpenningdagar per fall som fått ersättning.....	22
3.7 Utfallsiffror för 2002	22
3.8 Antal sjukskrivna mer än 60 dagar som varit aktuella för samordnad rehabilitering.....	22
3.9 Kostnadsutvecklingen beträffande administrationen av åtgärder mot ohälsan.....	24
3.10 Utfallsiffror för 2002	24
3.11 Antal nybeviljade och tillkomna samt utbetalade förtidspension/sjukbidrag.....	25
3.12 Återstående pensionsår och beräknad kostnad för dessa fram till 65 år.....	26
3.14 Socialförsäkringsadministrationens kostnader för handläggning och information samt övriga verksamhetsgrenar fördelat per verksamhetsområde, 2002.....	44
3.14 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	49
3.15 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	51
3.16 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	51
3.17 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättning	53
3.18 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar	53
3.19 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:3 Handikappersättningar	54
3.20 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättning m.m.	54
3.21 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	55
3.22 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador	55
3.23 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:5 Ersättning för kroppsskada	56
3.24 Anslagsutveckling 19:6 Riksförsäkringsverket.....	56
3.25 Uppdragsverksamhet	57
3.26 Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden	58
3.27 Härledning av anslagsnivån 2004–2006 för 19:6 Riksförsäkringsverket.....	58
3.28 Anslagsutveckling 19:7 Allmänna försäkringskassor.....	58
3.29 Uppdragsverksamhet	59
3.30 Härledning av anslagsnivån 2004–2006 för 19:7 Allmänna försäkringskassor.....	59

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om fortsatt försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa fall (avsnitt 2.1 och 3.12),
2. bemyndigar regeringen att under 2004, för ramanslaget 19:6 *Riksförsäkringsverket* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden medför utgifter på högst 12 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 3.13.6),
3. för budgetåret 2004 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	44 424 423
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	ramanslag	64 855 417
19:3 Handikappersättningar	ramanslag	1 224 000
19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	ramanslag	6 473 009
19:5 Ersättning för kroppsskador	ramanslag	58 559
19:6 Riksförsäkringsverket	ramanslag	921 595
19:7 Allmänna försäkringskassor	ramanslag	6 023 999
Summa		123 981 002

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om fortsatt lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Sådan försöksverksamhet som avses i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst får bedrivas till och med utgången av år 2006 om försöksverksamheten har inletts före den 1 juli 2003 och fortfarande pågår vid utgången av år 2003. Försöksverksamheten får inte bedrivas, om det inom det geografiska försöksområdet samtidigt bedrivs finansiell samordning enligt lagen (2003:000) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting.

2 § Bestämmelserna i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst skall tillämpas i de fall försöksverksamhet bedrivs med stöd av 1 § denna lag.

3 § Vad som i 24 § lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst föreskrivs om Riksrevisionsverket skall i stället gälla Riksrevisionen.

4 § Den som bedriver försöksverksamhet enligt 1 § skall göra en utvärdering av verksamheten. Utvärderingen skall avslutas inom försöksperioden.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2004.

3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga. Området omfattar sjukpenning, rehabilitering, närståendepenning, aktivitets- och sjukersättning (f.d. förtidspension), ersättning vid handikapp och arbets- och kroppsskador samt socialförsäkringens administration, dvs. Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna. Från och med 2004 ingår kostnaderna för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning i anslaget för aktivitets- och sjukersättning.

Politikområdet delas in i följande två verksamhetsområden.

Åtgärder mot ohälsa

I verksamhetsområdet ligger främst rehabiliteringsverksamheten hos försäkringskassorna men också förebyggande insatser av mer generellt slag riktade till arbetsgivare och läkare. Där ligger också förebyggande sjukpenning. De förmåner som omfattas är bl.a. förebyggande sjukpenning, särskilda medel, vilande aktivitets- och sjukersättning samt hela kostnaden för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning.

Ersättning vid arbetsförmåga

Verksamhetsområdet omfattar allt det arbete som sker i ett ärende angående utbetalning av ersättning vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl, t.ex. sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning samt arbetsskadelivränta och som skall leda fram till ett korrekt beslut om ersättning. De förmåner som omfattas är bl.a. sjukpenning utom förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, arbetsskadeersättning samt ersättning för kroppsskador.

Redovisningen i den följande texten görs inte per verksamhetsområde utan samlat för hela politikområdet. Socialförsäkringens administration redovisas samlat i slutet av utgiftsområdet.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet/politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	48 500	44 483	47 522	44 424	44 469	45 246
19:2 Aktivitets- och sjukersättning m.m.	49 917	59 625	59 549	64 855	71 015	74 688
19:3 Handikappersättningar	1 177	1 191	1 201	1 224	1 235	1 258
19:4 Arbetskkadeersättningar	7 133	6 407	6 237	6 473	6 513	6 750
19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning ²	10	15	15	–	–	–
19:6 Ersättning för kroppsskador	56	69	59	59	57	58
19:7 Riksförsäkringsverket ⁴	744	953	966	922	759 ³	770 ³
19:8 Allmänna försäkringskassor ⁵	5 353	5 817	5 835	6 024	5 665 ³	5 762 ³
Totalt för utgiftsområde 10/politikområde 19	122 889	118 560	121 383	123 981	129 712	134 532

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Ingår fr.o.m. 2004 i anslaget 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

³ Ang. anslagsnivån detta år se avsnitt 3.10.3

⁴ Fr.o.m. 2004: 19:6 Riksförsäkringsverket

⁵ Fr.o.m. 2004: 19:7 Allmänna försäkringskassor

I Socialförsäkringsförmåner

3.3 Mål

Det nationella målet för att minska ohälsan i arbetslivet som gäller sedan 2003 lyder: 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.

Målet skall följas upp årligen och regeringen har gett RFV i uppdrag att redovisa förslag hur demografin skall beaktas i uppföljningen av det nationella målet. Verket skall också ta fram förslag till en årlig redovisning av relevant statistik om hur antalet nettodagar och nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar utvecklas i förhållande till det nationella målet för regeringens ohälsoarbete. RFV fick också i uppdrag att utveckla/redovisa en eller flera indikatorer som belyser hur socialförsäkringsadministrationen bidrar till att det nationella målet för regeringens ohälsoarbete uppfylls. Särskilt viktigt är att indikatorer som fokuserar på kvinnors sjukskrivningar tas fram. Motsvarande uppdrag lämnades till Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsverket och Arbetsmiljöverket.

Det samlade resultatet av den första uppföljningen av det nationella målet redovisas i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad

ohälsa. Bilagan finns i anslutning till detta utgiftsområde.

För verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsoförmåga har regeringen sedan tidigare satt upp följande mål för RFV: En större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen. Regeringen avser vidare att för verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa sätta upp följande mål för RFV: Avstämningsmöten skall i ökad utsträckning användas som en aktiv åtgärd i arbetet mot ohälsan.

3.4 Politikens inriktning

Sjukfrånvaron är i första hand ett mänskligt problem, men den har också betydande ekonomiska konsekvenser för både den enskilde och samhället. Den har inneburit en mycket hård belastning på socialförsäkringssystemen för sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Om inte utvecklingen kan vändas snart kommer de ökade samhällskostnaderna för ohälsan att tränga undan viktiga välfärdssatsningar.

Att kunna delta i arbetslivet och därmed klara sin egen försörjning är avgörande för att kunna leva ett bra liv. Det förutsätter ett arbetsliv där

människor inte slås ut eller drabbas av skador och ohälsa.

Den höga sjukfrånvaron bland kvinnor inom såväl offentlig som privat sektor är särskilt oroande. Det måste finnas möjlighet att kombinera arbete med familj och fritid. Ledarskap och arbetsorganisation är av avgörande betydelse på de enskilda arbetsplatserna. De anställda måste känna delaktighet i arbetet och jämställdheten måste stärkas både på och utanför arbetsplatserna för att det skall bli möjligt att delta i arbetslivet på lika villkor.

Orsakerna till att sjukfrånvaron har ökat kraftigt under de senaste fem åren kan bl.a. sammanfattas på följande sätt. En åldrande arbetskraft, bristande incitament för arbetsgivare och andra aktörer att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron, hårdare krav i arbetslivet, sämre psykosocial arbetsmiljö, brister i arbetsgivarnas och försäkringskassornas rehabiliteringsarbete, långa väntetider inom hälso- och sjukvården samt ändrade attityder till sjukskrivning.

Det här leder fram till slutsatsen att det krävs en rad åtgärder för att klara det uppsatta målet om att halvera sjukfrånvaron fram till 2008 samtidigt som antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar skall minska.

Regeringen inledde detta samlade och breda arbete hösten 2001 då det s.k. 11-punktsprogrammet presenterades. Det omfattar åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, åtgärder för snabb återgång till arbete efter ohälsa, åtagande för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt insatser inom statistik, forskning m.m.

Det pågår arbete på många olika områden och regeringen har i både budgetpropositionen för 2003 och i 2003 års ekonomiska vårproposition presenterat ytterligare åtgärder i strategin mot ohälsa. Bl.a. har försäkringskassorna fr.o.m. 2003 fått en betydande förstärkning av sina administrativa resurser för att utveckla sitt ohälsöarbete.

I februari 2003 avslutades trepartssamtalen och rapporten Ett arbetsliv för alla lämnades med förslag till ett program för att öka hälsan i arbetslivet. Där framhålls bl.a. att avgörande för arbetet med att minska sjukskrivningarna är att aktiviteter äger rum på arbetsplatserna samt att dessa aktiviteter måste bestå av såväl diskussion om attityder till sjukskrivning som förebyggande åtgärder i form av förbättringar av arbetsmiljö och livsstil. Vidare konstateras att en viktig del

för att skapa ett arbetsliv för alla är att få till stånd ett konstruktivt offentligt samtal om de mekanismer som skapar höga ohälsotal. Det offentliga samtalet måste synliggöra de mekanismer som bidrar till ett hållbart arbetsliv som erbjuder flexibilitet för såväl individen som företag och verksamheter och som skapar tillväxt för företagen och gör så att det s.k. "livspusslet" går ihop för de anställda.

Den fortsatta inriktningen på politiken är att dels fullfölja arbetet med åtgärder inom ramen för 11-punktsprogrammet, dels arbeta vidare med de punkter inom det s.k. 121-punktsprogrammet som rör hälsan i arbetslivet. Det senare programmet utgör plattformen för regeringens samarbete med vänsterpartiet och miljöpartiet. Flera av programmets 11 punkter om krafttag mot ohälsa i arbetslivet har genomförts eller kommer att genomföras. Detta gäller ökad användning av deltidssjukskrivning och utbildning av fler läkare i försäkringsmedicin, finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, mer resurser och rätt struktur inom försäkringskassan samt egen kontaktperson hos försäkringskassan för långtidssjukskrivna samt skärpt krav på rehabiliteringsunderlag från arbetsgivare inom 60 dagar. Arbetet med att ta fram ett system med ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare i syfte att minska sjukfrånvaron skall fortsätta och systemet utformas så att det långsiktigt stärker både företagande och individer och därigenom hela samhällsekonomin. Det skall omfatta hela arbetsmarknaden och inriktningen är att arbetsgivarna skall betala en del av ersättningen vid sjukdom även utöver sjuklöneperioden. Särskild uppmärksamhet måste riktas mot de grupper som redan i dag har svårt att komma in på arbetsmarknaden så att en ökad selektion inte uppstår på denna. Ett viktigt komplement till ett system med ekonomiska drivkrafter skall vara ett obligatoriskt högkostnadsskydd för småföretag.

Politiken måste i högre grad än tidigare inriktas på att förstärka de förebyggande och rehabiliterande insatserna. En viktig grund för det är en utveckling av arbetet på arbetsplatserna i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Från regeringens sida behövs olika insatser göras för att utveckla företagshälsovården och förstärka tillsynen på arbetsmiljöområdet. Dessutom kommer pågående arbete med att förnya och utveckla den arbetslivsinriktade rehabiliteringen att intensifieras under det närmaste året.

Det är angeläget att fortsätta informationsinsatser görs som riktar sig till i första hand arbetsgivare och berörda vårdgivarkategorier om genomförda åtgärder, men informationsinsatser behöver även riktas till arbetstagarna och allmänheten för att öka medvetenheten och kunskaperna om sjukfrånvaro och sjukskrivning. Det är också regeringens avsikt att den pågående översynen av administrationen av socialförsäkringen snabbt skall kunna leda fram till en organisation som blir ett effektivt instrument inte minst för att bryta den negativa ohälsoutvecklingen så att det nationella målet för hälsan i arbetslivet kan nås till 2008.

Inom EU fortsätter samarbetet på socialförsäkringsområdet. Arbetet är omfattande och drivs på flera olika plan. Under året pågår slutförhandlingar för att modernisera förordning (EEG) nr 1408/71 som samordnar medlemsstaternas socialförsäkringssystem. Bakgrunden till förhandlingarna är ett beslut av Europeiska rådet i Edinburgh 1992 och ett förslag från Europeiska kommissionen 1998. Den nya förordningen skall vara klar och i kraft då de nya medlemsländerna kommer med i unionen till våren 2004. Den nya förordningen avser ytterligare att underlätta den fria rörligheten inom unionen. Reglerna förenklas samtidigt som den kommer att omfatta en större personkrets. I samarbetet i kommittén för social trygghet, som är rådgivande och arbetar med att stärka samarbetet mellan medlemsstaterna inom politiken för socialt skydd, kommer arbetet att fortsätta med att ta fram rapporter om utvecklingen på socialförsäkringsområdet. Avsikten är att följa arbetet som bedrivs i medlemsstaterna för att utveckla socialförsäkringssystemen inom unionen så de befrämjar arbetslinjen. De nationella rapporterna skall ligga till grund för en gemensam EU-rapport och fortsatt samarbete på socialförsäkringsområdet.

Under det svenska ordförandeskapet i nordiska ministerrådet har samarbetet mellan de nordiska länderna utvecklats. Vi har kommit ännu längre på vägen mot ett Norden utan gränshinder för dem som rör sig mellan Sverige och våra grannländer. Undertecknandet av den nya Nordiska konventionen för social trygghet den 18 augusti i Karlskrona i år var en del i detta arbete och en bekräftelse på det goda samarbetet de nordiska länderna emellan.

3.5 Insatser

Förutom insatserna inom ramen för regeringens 11-punktsprogram som gjorts under de senaste två åren, har i stort sett alla delar av politikområdet i övrigt under 2001 och 2002 varit föremål för insatser och åtgärder av olika slag. Till grund för detta förändringsarbete ligger ett flertal utredningar, bl.a. om förtidspensionssystemet och arbetsskadeförsäkringen, vilka områden under det gångna året reformerats. Inom sjukpenningområdet har en utredning om sjukpenninggrundande inkomst slutförts under våren och på rehabiliteringsområdet har RFV och AMS på regeringens uppdrag i början av sommaren kommit in med ett förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering. Inom rehabiliteringsområdet har även en departementspromemoria om finansiell samordning utarbetats, vilken legat till grund för en proposition som överlämnades till riksdagen före sommaren. Vidare har ett antal promemorior utarbetats, bl.a. om åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning och en proposition grundad på några av dessa promemorior lämnades till riksdagen tidigt i våras.

I övrigt fortsätter arbetet med att genomföra 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet både inom och utom politikområdet. Som ett led i det arbetet lämnade utredningen om Analys av Hälsa och Arbete i början av april sitt slutbetänkande AHA-utredningsinstitut och mötesplats till regeringen. Betänkandet har remissbehandlats och ärendet bereds inom Regeringskansliet. Vidare kan nämnas att riksdagen efter förslag från regeringen beslutat införa en obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron i årsredovisningarna fr.o.m. den 1 juli 2003.

Utänför politikområdet har olika insatser gjorts inom bl.a. områdena arbetsmiljö och företagshälsovård. Det kan t.ex. nämnas att i juni i år beslutade regeringen utse en särskild utredare för att göra en översyn av ett antal frågor som rör företagshälsovården.

3.5.1 Insatser inom politikområdet

Sjukpenning och rehabilitering

Det nationella målet för ohälsa som gäller fr.o.m. 2002 skall uppnås genom insatser inom flera olika politikområden. Därför aviserade regeringen – med naturlig utgångspunkt i 11-punktsprogrammet – den fortsatta strategin för att öka hälsan i arbetslivet. Regeringen konstaterade det nödvändiga i att förstärka, vidareutveckla och konkretisera åtgärderna under de närmaste åren med inriktning på följande områden: ekonomiska drivkrafter, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering, sjuk- och aktivitetsersättning och förstärkt förebyggande arbete m.m.

Inom området sjukpenning och rehabilitering har följande åtgärder aviserats eller genomförts.

Våren 2003 lade regeringen fram förslag till riksdagen om ökad precision vid sjukskrivning (prop.2002/03:89), varvid ökad användning av möjligheten att deltidssjukskriva och s.k. avstämningsmöten framhölls som viktiga åtgärder. Vidare föreslogs en skärpning av reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar, 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 samt att rätten till vilande sjukersättning för att pröva att förvärvsarbeta utsträcks från 12 till 24 kalendermånader. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen (bet.2002/03:SfU10, rskr. 2002/03:227). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Utredningen om skyddstider för sjukpenninggrundande inkomst lämnade i maj 2003 sitt slutbetänkande Sjukpenninggrundande inkomst – skydd och anpassning (SOU 2003:50). Utredningen har haft regeringens uppdrag att bl.a. se över reglerna om skyddsbestämmelserna för sjukpenninggrundande inkomst, dvs. när den enskilde får behålla sin sjukpenninggrundande inkomst trots att han eller hon inte arbetar. Betänkandet har remissbehandlats och bereds nu inom Regeringskansliet.

I 2003 års ekonomiska vårproposition (prop. 2002/03:100) föreslog regeringen ändrade beräkningsregler för den sjukpenninggrundande inkomsten och ändrade ersättningsregler för arbetslösa sjukskrivna. Vidare föreslogs att sjuklöneperioden utökas från 14 till 21 dagar. Riksdagen godkände förslagen i princip (bet.

2002/03:FiU21, rskr. 2002/03:235) och de nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har för åren 2003 och 2004 tillförts betydande resursförstärkning inom administrationen för arbete inom ohälsområdet.

Pilotverksamhet för förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Regeringen gav i december 2001 AMS och RFV i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det övergripande målet är att fler sjukskrivna skall uppnå förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete. I uppdraget ingår bl.a. att genomföra en pilotverksamhet med samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Pilotverksamheten skall bedrivas i fem län under åren 2002–2004. Den primära målgruppen för verksamheten utgörs av arbetslösa personer som är sjukskrivna. Det organiserade samarbetet finansieras med särskilt avsatta medel. Den samordnade organisationen avses bedrivas utan ändringar av myndigheternas respektive ansvarsområden. Försäkringskassan och arbetsförmedlingen skall inom pilotverksamheten bilda gemensamma beredningsorgan. Inom detta organ skall de tillsammans med den enskilde upprätta en individuell rehabiliteringsplan. I samband med att planen fastställs skall det beslutas vilka rehabiliteringsåtgärder den enskilde skall delta i samt vilken ersättning han eller hon är berättigad till. Därvid kan det vara aktuellt med samråd med andra offentliga aktörer inom rehabiliteringsområdet. Metoder och arbetssätt planeras att spridas successivt för att kunna tillämpas i hela landet vid utgången av 2004. Statskontoret skall följa och utvärdera pilotverksamheten.

Samverkan inom rehabiliteringsområdet

Sedan 1998 bedrivs samverkan inom rehabiliteringsområdet (Frisam) i enlighet med de riktlinjer som angavs i proposition 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m. Frisam ger försäkringskassorna möjlighet att inom ramen för särskilda medel inom anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* finansiera aktiviteter som bedrivs

i samverkan med andra myndigheter inom rehabiliteringsområdet. De särskilda medlen skall även täcka köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden, särskilda bidrag samt resor till och från arbetet. Under 2002 anvisades 939 miljoner kronor som särskilda medel inom anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* Av dessa medel användes cirka 131 miljoner kronor för samverkan.

Från och med den 1 januari 2003 kan andra medel användas för försäkringskassornas medverkan i samverkansaktiviteter. För att skapa ökade möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2003 (prop. 2002/03:1 utgiftsområde 10) och i propositionen 2002/03:2 Vissa socialförsäkringsfrågor m.m. att högst 5 procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning skulle få användas i syfte att förbättra samverkansformerna och effektivisera rehabiliteringen. För 2003 innebär det att cirka 1,9 miljarder kronor kan användas av sjukpenninganslaget. Regeringen föreslog att dessa medel skulle få utgöra statens samlade andel för finansiering av samverkan och stå i proportion till statens samlade ansvar för åtgärder för den grupp som samverkan riktar sig till. Det innebär att i de fallen både försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar i ett samverkansprojekt får försäkringskassan svara för statens andel av kostnaderna. Riksdagen beslutade enligt regeringens förslag (bet. 2002/03:SfU5, rskr. 2002/03:48) och de nya reglerna trädde i kraft den 1 januari 2003. Prognosen för 2003 är att drygt 642 miljoner kronor kommer att användas för samverkan.

Med anledning av detta resurstillskott för samverkan inom rehabiliteringsområdet och för att förbättra styrning och uppföljning av samverkansmedlen har regeringen i regleringsbrevet för 2003 givit berörda myndigheter i uppdrag att stödja och följa de insatser som bedrivs i samverkan. Socialförsäkringsadministrationen och AMV skall gemensamt verka för att antalet sjukskrivna arbetslösa som återfår arbetsförmågan och får ett arbete skall öka. Vidare skall RFV och AMS utforma gemensamma nationella verksamhets- och handlingsplaner för hur försäkringskassorna och länsarbetsnämnderna skall använda de medel som anvisats för samverkan. Uppdraget redovisades i februari 2003.

RFV har fått i uppdrag att följa hur de statliga medlen för samverkan inom rehabiliteringsområdet har använts. Redovisningen skall avse hur mycket medel som har förbrukats, för vilka ändamål och för vilka målgrupper. Dessutom skall redovisas hur sjukfallen har avslutats. Uppdraget skall redovisas i samband med kvartalsredovisningarna och i årsredovisningen för 2003. RFV har också fått i uppdrag att följa upp försäkringskassornas tillämpning av riktlinjerna för samverkan inom rehabiliteringsområdet. Uppföljningen skall även avse tillämpningen av de nationella verksamhets- och handlingsplaner som RFV och AMS skall upprätta. Uppdraget delredovisades den 30 juni 2003 (se avsnitt 3.6.2) och skall slutredovisas i samband med årsredovisningen för 2003.

Slutligen har RFV, i samverkan med AMS och SoS, fått i uppdrag att utveckla rutiner för ett sektorsövergripande system för löpande uppföljning av resultaten av samverkan inom rehabiliteringsområdet. Enligt uppdraget skall rutinerna utformas på ett sådant sätt att det även kan tillämpas för löpande uppföljning av resultaten av en permanent finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Uppdraget skall redovisas senast den 15 oktober 2003.

Finansiell samordning på rehabiliteringsområdet

I juni 1994 infördes lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna lag, som är tidsbegränsad, gäller efter förlängning till och med utgången av 2003. Med stöd av denna lag har försök med finansiell samordning (Socsam) bedrivits i åtta kommuner. Sådana försök pågår för närvarande i sex kommuner (se även avsnitt 3.12).

I slutet av 2001 hemställde Socialförsäkringsutskottet i betänkandet (2001/02:SfU1) Anslag inom socialförsäkringsområdet (utgiftsområdena 10, 11 och 12) att riksdagen som sin mening skulle ge regeringen till känna vad utskottet hade anfört om att regeringen under våren 2002 borde återkomma med förslag om finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets hemställan (rskr. 2001/02:84).

Med anledning av riksdagens tillkännagivande bildades inom Regeringskansliet en arbetsgrupp med företrädare för berörda departement. Med utgångspunkt i riksdagens beställning har arbetsgruppen utarbetat ett förslag om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Förslaget redovisades i departementspromemorian Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (Ds 2003:2).

Departementspromemorian har remissbehandlats. Efter att ha inhämtat Lagrådets yttrande över förslaget överlämnade regeringen till riksdagen i början av juni propositionen Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132).

I propositionen lämnas förslag till utformning av en permanent finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett landsting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Finansiell samordning kommer således att utgöra ett alternativ till samverkan inom ramen för Frisam.

I proposition 2002/03:132 har regeringen föreslagit att försäkringskassornas möjlighet att disponera högst 5 procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning för samverkan enligt Frisam bör omfatta även den finansiella samordningen. Mot bakgrund av att dessa medel får utgöra statens samlade andel för samverkan enligt Frisam är det regeringens uppfattning att samma princip måste gälla för samverkan inom ramen för finansiell samordning. Arbetsmarknadsmyndigheternas medverkan finansieras således med medel från sjukförsäkringen. Detta innebär att högst 5 procent av det budgeterade utgifterna för sjukpenning får disponeras för samverkan antingen enligt Frisam eller finansiell samordning. Försäkringskassan och länsarbetsnämnden avgör var för sig om det vill samverka enligt Frisam eller finansiell samordning.

Målgruppen för den föreslagna 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. De åtgärder som får finansieras genom den finansiella samordningen skall ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde och syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga. Nuvarande grundläggande principer om likabehandling av människor skall upprätthållas även inom ramen

för en finansiell samordning. Allt rehabiliteringsarbete, all planering och all uppföljning och utvärdering skall därför genomsyras av ett tydligt köns- och integrationsperspektiv.

I propositionen betonas vikten av att den finansiella samordningen följs upp och utvärderas på både lokal och nationell nivå. Samverkansparterna föreslås få ansvaret för lokal uppföljning och utvärdering. Den myndighet regeringen senare bestämmer bör få ansvaret för den nationella uppföljningen och utvärderingen av finansiell samordning.

Aktivitets- och sjukersättning

Under 2002 slutfördes arbetet med att förbereda genomförandet av det reformerade förtidspensionssystemet i enlighet med vad riksdagen beslutade om våren 2001 (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU15, rskr. 2000/01:257). Förutom att nya beräkningsregler infördes fr.o.m. 2003 för de nya förmånerna aktivitets- och sjukersättning, fick de personer som före utgången av 2002 uppbar förtidspension eller sjukbidrag sina förmåner automatiskt omvandlade till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Denna omvandling skulle enligt propositionen innebära att dessa personer i princip fick oförändrad nettoersättning efter justering med hänsyn till effekterna av att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) samtidigt slopades. RFV har fått i uppdrag att utvärdera effekterna av övergången till det nya systemet. Om det därvid framkommer att oförutsedda effekter har uppkommit vid omvandlingen kommer regeringen att pröva möjligheterna att åtgärda dessa.

I det gällande nationella målet anges att antalet nya aktivitets- och sjukersättningar skall minska fram till 2008.

Det nationella målet skall uppnås genom insatser inom flera olika politikområden. På området sjuk- och aktivitetsersättning aviserades i fjolårets budgetproposition följande tre åtgärder.

- Sjukersättning skall beviljas för längst tre år i taget
- Nuvarande möjlighet till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning för att pröva att förvärvsarbete utan att rätten till förmånen går förlorad förlängs till längst två år.
- Möjlighet till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier införs.

Frågan om att begränsa rätten till sjukersättning till längst tre år i taget bereds för närvarande inom Regeringskansliet. En inom Socialdepartementet utarbetad PM har remissbehandlats under vintern och med anledning av remissynpunkter på de arbetsrättsliga konsekvenserna av en sådan ordning, är frågan föremål för ytterligare överväganden.

För att öka intresset för att pröva möjligheten att förvärvsarbeta har RFV under 2002 genomfört särskilda informationsinsatser för att de försäkrade skall få god kännedom om reglerna om vilande förtidspension. Reglerna infördes fr.o.m. 2000 och syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv. Uppföljningar visar att under 2002 fördubblades antalet förtidspensionärer som utnyttjade möjligheten att pröva att förvärvsarbeta med sin förmån vilande till ca 2 600. Denna ökning är givetvis glädjande, men antalet ligger ännu långt från vad som ursprungligen förväntades. I mars 2003 lämnade regeringen förslag om en utvidgning av den nuvarande möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning från 12 till längst 24 kalendermånader och de nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Frågan om att införa en möjlighet till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier bereds inom Regeringskansliet.

Arbetsskador m.m.

Beviskraven vid prövning av arbetskada har ändrats den 1 juli 2002. Förändringen beräknas få särskild betydelse för de mer svårbedömda skadorna, bl.a. belastningsskador, som oftare drabbar kvinnor än män. Förändringarna syftar bland annat till att förenkla arbetsskadeprövningen. Detta torde bidra till ökad rättssäkerhet och att beslut kan fattas snabbare än för närvarande. Regeringen har givit RFV i uppdrag att följa förändringarna i arbetsskadeförsäkringens ersättningsmönster och mäta försäkringens effekter för kvinnor och män. En detaljerad analys skall lämnas i samband med årsredovisningen för 2004.

Den som fått en skada godkänd som arbetskada kan få rätt till kompensation i form av särskild arbetsskadeersättning för det inkomstbortfall som systemet med karensdag medför. Bestämmelsen har trätt i kraft den 1 januari 2003 och gäller karensdagar som uppstår i sjukperio-

der som hänför sig till arbetsskada som visat sig från och med denna tidpunkt.

Indexeringen av arbetsskadelivränta i form av egenlivränta för personer födda efter 1937 har ändrats 2003. Den räknas nu om med ett tal som motsvarar hälften av inkomstindexets reala förändring avseende genomsnittsinkomst och inkomstindexets hela prisförändring. En sådan omräkning skall göras fram till det att livräntan till sitt belopp motsvarar den andel av livränteunderlaget som uppgår till samma andel av 7,5 prisbasbelopp. Detta innebär att de ersättningsberättigade vid tillväxt får del av den allmänna standardutvecklingen motsvarande hälften av den genomsnittliga reala standardhöjningen för de yrkesaktiva. På motsvarande sätt blir standardsänkningen vid negativ tillväxt endast hälften så stor för de ersättningsberättigade. En viss följsamhet med den allmänna inkomstutvecklingen uppnås således. Samtidigt begränsas kostnadsutvecklingen genom att endast halva reala löneförändring slår igenom. Vidare kommer eventuella realinkomstsänkningar endast i begränsad omfattning påverka de utbetalda ersättningarna.

En särskild utredare har haft regeringens uppdrag att lämna förslag till utformning av en koncentrerad arbetsskadehandläggning samt till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras (dir. 2002:45). Utredaren har lämnat delbetänkandet Koncentrerad arbetsskadehandläggning för likformighet och rättvisa (SOU 2002:80) och slutbetänkandet Att samla och sprida kunskap om skadlig inverkan och framgångsrik rehabilitering (SOU 2003:1). Delbetänkandet har remissbehandlats varvid utredningens förslag om arbetsskadenämnd mötte kritik. Mot denna bakgrund beslutade regeringen i maj 2003 ge utredningen om Översyn av socialförsäkringsadministrationen i uppdrag att i samband med översynen av socialförsäkringsadministrationen lämna förslag till beslutsfunktion vid koncentrerad handläggning av socialförsäkringsärenden. Utredaren skall också lämna förslag till hur koncentrerad handläggning av t.ex. arbetsskadeärenden kan inordnas i den framtida organisationsstrukturen (dir. 2003:62). Uppdraget skall redovisas senast den 15 november 2003.

Handikappersättningar

Den 1 januari 2003 höjdes den nedre åldersgränsen för rätt till handikappersättning från 16 år till halvårsskiftet det år personen fyller 19 år. Regeländringen föranleddes av att samhällsutvecklingen inneburit att åldersgränsen 16 år inte längre är relevant. Höjningen av åldersgränsen anknyter bättre till det särskilda vårdansvar som föräldrar har. Från samma tidpunkt har motsvarande höjning genomförts av åldersgränsen för när vårdbidrag kan ges.

3.5.2 Insatser utanför politikområdet

Hösten 2001 redovisade regeringen ett brett åtgärdsprogram i 11 punkter för ökad hälsa i arbetslivet i budgetpropositionen för 2002. Nedan följer en kortfattad redovisning av de insatser som gjorts eller sker inom åtgärdsprogrammet utanför politikområde 19.

Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter

Trepartssamtalen, som inleddes hösten 2001, avslutades i februari 2003 genom slutrapporten Ett arbetsliv för alla. Syftet med samtalen med arbetsmarknadens parter var att skapa samsyn samt att samordna insatserna i strategin för att motverka ohälsa i arbetslivet med avseende på såväl förebyggande som rehabiliterande insatser. Frågor som rör arbetsorganisation, ledarskap på arbetsplatserna, äldre i arbetslivet, livsstilsfrågor samt rörlighet på arbetsmarknadens har också diskuterats. Rapporten utgör ett viktigt underlag för regeringens fortsatta arbete med att öka hälsan i arbetslivet.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa

I 11-punktsprogrammet angav regeringen att den hade för avsikt att införa någon form av ökade ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare för att komma till rätta med den ökade ohälsan i arbetslivet. En departementspromemoria utarbetades inom Finansdepartementet i slutet av 2002. I denna föreslogs ett genomförande i två steg varvid som ett första steg föreslogs att ar-

betsgivarna i den offentliga sektorn skall svara för en viss del av den sjukpenning som utbetalas till anställda som är sjukskrivna. Efter remissbehandling gjorde regeringen den bedömningen att förslaget inte kunde läggas till grund för en proposition. Vidare har inom ramen för trepartssamtalen föreslagits en modell som lägger ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivare även vid längre sjukskrivningar. De fackliga huvudorganisationerna har vid trepartssamtalen föreslagit en liknande modell, men enligt denna skall dessutom arbetsgivarnas kostnader öka vid uteblivet rehabiliteringsunderlag.

Beredningsarbetet har därför fortsatt inom Regeringskansliet och inriktningen är att ett sådant system skall omfatta hela arbetsmarknaden, att det skall kompletteras med ett skydd för små företag så att inte dessa drabbas av för höga kostnader vid sjukskrivning samt att särskild uppmärksamhet skall riktas mot de grupper som redan i dag har svårt att komma in på arbetsmarknaden så att en ökad selektion inte uppstår på arbetsmarknaden.

Utveckling av arbetsmiljöarbetet

Företagshälsovården

Arbetsmiljöverket (AV) får i samverkan med Arbetslivsinstitutet använda 10 miljoner kronor för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Detta sker framför allt genom utbildningsinsatser. Vidare har 15 miljoner kronor tillskjutits för 2003 för att förstärka Arbetslivsinstitutets utbildning av personal inom företagshälsovården.

I december 2001 avlämnade Statskontoret – med anledning av regeringens uppdrag i mars 2001 – rapporten *Utnyttja företagshälsovården bättre* (2001:29). Rapporten har remissbehandlats och en remissammanställning föreligger. Genom beslut av regeringen i juni i år skall en särskild utredare tillsättas för att göra en översyn av ett antal frågor som rör företagshälsovården. Det gäller bl.a. frågan om var huvudmannskapet för företagshälsovårdsutbildningen skall ligga och hur den skall organiseras och dimensioneras. Vidare skall utredas om det behövs en obligatorisk skyldighet för arbetsgivare att tillhandhålla företagshälsovård och om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring av den företagshälsovård som krävs med stöd av lag. Slutligen skall utredaren se över hur personalför-

sörjningen inom företagshälsovården skall kunna säkras utan negativa effekter för sjukvården samt hur den särskilda kompetens som finns inom företagshälsovården bättre kan utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Uppdraget skall redovisas dels i delbetänkande senast den 1 januari 2004, dels i ett slutbetänkande senast den 1 juli samma år.

Utbildning av regionala skyddsombud

En förstärkt utbildning för regionala skyddsombud har genomförts under 2001 och 2002. För detta ändamål avsattes sammanlagt 20 miljoner kronor. Ytterligare 30 miljoner kronor har avsatts för det ändamålet 2003.

Översyn av arbetsmiljölagen (AML)

En särskild utredare skall tillsättas för att se över behovet av en bättre samordning mellan inflytandereglererna i medbestämmandelagen (MBL) samt ett antal andra frågor som hänger i hop med utvecklingen i arbetslivet.

Certifiering av arbetsmiljön m.m.

Ett uppdrag har lämnats till Arbetsmiljöverket att utreda hur arbetsmiljöcertifiering – frivillig kvalitetssäkring/bedömning av ett företags arbetsmiljöarbete – kan stärka arbetsmiljöarbetet. Uppdraget slutredovisades till regeringen i mars 2003. Verket pekar i sin rapport bl.a. på de svårigheter som föreligger att förena certifiering med ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att vidta förebyggande arbetsmiljöåtgärder.

Regeringen har i juni i år uppdragit åt Statskontoret att utvärdera Arbetsmiljöverkets insatser vad gäller införande av systematiskt arbetsmiljöarbete. Uppdraget skall redovisas senast den 15 april 2004.

Hälsobokslut

En utvecklingsverksamhet skall bedrivas inom den offentliga sektorn för att systematiskt kunna identifiera dåliga arbetsmiljöer och följa hälsans utveckling. Försöksverksamhet avseende hälso-redovisning prövas inom ramen för försöksverksamhet att minska ohälsan i offentlig sektor. Beslut om medel till tre försöksverksamheter avseende hälsobokslut fattades av regeringen före sommaren 2002.

Regeringen föreslog i anslutning till budgetpropositionen för 2003 att skyldighet skulle införas för privata arbetsgivare samt kommuner och landsting att redovisa anställdas sjukfrånvaro

i årsredovisningen. Arbetsgivare med högst 10 anställda skall inte omfattas av denna skyldighet. Riksdagen godkände propositionen och bestämmelserna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Försök för att minska ohälsan inom den offentliga sektorn

För att bedriva särskilda försök hos några av de stora offentliga arbetsgivarna i syfte att förebygga och minska sjukfrånvaron avsattes 50 miljoner kronor för 2001 och 20 miljoner kronor för 2002. Projekten har karaktären av metodutveckling. Medlen har fördelats till sammanlagt 19 projekt. Vinnova skall följa och utvärdera projekten och lämna en redovisning till regeringen 2006.

Forum för ökad hälsa i staten

Regeringen har tillsatt en särskild arbetsgrupp med uppgift att stimulera till gemensamma insatser i statlig förvaltning för ökad hälsa. I gruppen ingår myndighetschefer, ledande företrädare för de centrala fackliga organisationerna och experter. Syftet med detta forum – Hälsa i Staten – är att sprida information och föra en öppen dialog i syfte att uppmuntra chefer och anställda i arbete att skapa en attraktiv och effektiv statlig förvaltning som utmärks av en god arbetsmiljö och en låg sjukfrånvaro. Insatserna kan bestå av seminarier, information, benchmarking och initiativ till samarbete mellan myndigheter. Målgruppen är myndighetschefer, fackliga företrädare och anställda i staten.

3.6 Resultatbedömning

Målet för politikområdet var 2002 att en större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället.

Regeringen anser att målet inte är uppfyllt, eftersom en växande andel av befolkningen under 2002 inte har haft förmåga att arbeta på grund av att sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna har fortsatt att öka. Allt fler personer uppbär sjukpenning allt längre tider. Vidare är det allt fler personer som uppbär sjukpenning som har inkomster över inkomsttaket om 7,5 prisbasbelopp.

Regeringen fastställde för 2002 även ett mål för verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsoförmåga med innebörden att skillnaderna mellan försäkringskassorna vid bedömning av långa sjukfall och förtidspensioner skulle minska.

Regeringen anser att inte heller det målet har uppnåtts. De stora regionala skillnaderna mellan försäkringskassorna består. Regeringen ser allvarligt på detta förhållande. RFV avser att ta fram en strategi med syfte att långsiktigt minska de regionala skillnaderna.

3.6.1 Resultat

Sjukpenning

Här redovisas 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.

Utgiftsutvecklingen för sjukpenningen styrs av dels antalet ersatta dagar, dels medelersättningen.

Tabell 3.2 Utfallsiffror för år 2002

Miljoner kronor

Ingående överföringsbelopp från år 2001	-1 664
Anslag	42 563
Tillgängliga medel	40 900
Utfall	40 959
Årets över-/underskridande	1 604
Utgående överföringsbelopp för 2002	- 59

År 2002 var anslagna medel för sjukpenning 42 563 miljoner kronor. Det faktiska utfallet uppgick till 40 959 miljoner kronor, vilket motsvarar ett överskott på 1 604 miljoner kronor. I förhållande till tillgängliga medel (med beaktande av kredit) uppstod dock ett underskott på 59 miljoner kronor. Utfallet 2002 innebär en kostnadsökning i jämförelse med 2001 på 4 265 miljoner kronor eller ca 12 procent. Mellan 2000 och 2001 var ökningen 19 procent eller 5 918 miljoner kronor.

Kostnadsökningen beror till största delen på en ökning i antalet ersatta dagar, men en viss ök-

ning av medelersättningen har också påverkat kostnadsutvecklingen.

Tabell 3.3 Procentuell ökning av antalet sjukfall för olika falllängder

Dagar	1-28	29-89	90-179	180-364	365-730	731 -
2001	5,9	22	17	21	22	12
2002	5,1	21	17	21	23	13

De långa sjukfallen som pågått minst ett år fortsatte att öka under 2002 och svarade för 36 procent av de totala utgifterna. Under senare delen av 2002 har dock ökningstakten av sjukfall mellan 1 och 2 år planat ut medan sjukfall över 2 år fortsätter att öka kraftigt.

Även antalet nettodagar fortsatte att öka under 2002. Ökningstakten dämpades dock påtagligt under året och uppgick till 7 procent. Under 2001 ökade antalet nettodagar med 16 procent. Den relativa ökningstakten är nu ungefär lika mellan könen. Andelen nettodagar under 2002 fördelar sig så att kvinnor har 62 procent av totala antalet dagar och män 38 procent.

Kvinnorna utgör drygt 60 procent av de sjukskrivna varav många är anställda i den offentliga sektorn. Kvinnornas andel av sjukfrånvaron översteg för första gången männens år 1980. Mellan 1980 och 1993 varierade kvinnornas andel mellan 51 och 56 procent av den ersatta sjukfrånvaron. Sedan 1994 har kvinnornas andel av sjukfrånvaron ökat med ungefär en procentenhet varje år.

Antalet dagar med partiell sjukskrivning av totala antalet dagar (bruttodagar där oavsett omfattning alla dagar räknas som en dag) var 25,5 procent för 2001. Denna andel har 2002 ökat till 27,1 procent. Liknande utveckling gällde både för kvinnor och män, dock har kvinnor något högre andel.

Medelsjukpenningen fortsatte att öka under 2002. Ökningen var 2002 4,3 procent. Konjunkturinstitutets senaste prognos för timlöneökning 2002 var 4,2 procent. Under 2001 ökade medelsjukpenningen 3,2 procent.

Nedan redovisas utvecklingen från 1998 vad avser antal personer som fått sjukpenning, antal nettodagar samt genomsnittligt antal ersättningsdagar per person och år.

Tabell 3.4 Antal personer som under resp. år fått utbetalning av sjukpenning

(1 000-tal)

	1998	1999	2000	2001	2002
Kvinnor	362	426	478	516	529
Män	236	275	303	324	333
Samtliga	598	701	781	840	862

Tabell 3.5 Totalt antal sjukpenningdagar, netto

(Miljoner dagar)

	1998	1999	2000	2001	2002
Kvinnor	31	40	49	57	61
Män	22	26	31	35	38
Samtliga	53	66	80	92	99

Tabell 3.6 Genomsnittlig antal sjukpenningdagar per fall som fått ersättning

	1998	1999	2000	2001	2002
Kvinnor	87	93	103	111	115
Män	92	95	102	108	113
Samtliga	89	94	103	110	114

Rehabilitering

Under denna rubrik redovisas utgifter för rehabilitering under år 2002. Anslagsposten har dock fr.o.m. år 2003 delats upp i två olika poster: Rehabiliteringspenning och Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Dessutom tillkommer en ny anslagspost från samma tidpunkt. Denna benämns Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Tabell 3.7 Utfallssiffror för 2002

Miljoner kronor

Ingående överföringsbelopp från 2001	77
Anslag	2 935
Tillgängliga medel	3 012
Utfall	2 836
Årets över-/underskridande	99
Utgående överföringsbelopp för 2002	176

För 2002 blev anslagsbelastningen 2 836 miljoner kronor vilket var 99 miljoner lägre än anslagsbeloppet och 176 miljoner kronor lägre än tillgängliga medel. Anledningen till detta är att rehabiliteringen inte ökat i den takt som prognos-

tiserades. Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick år 2002 till 4,2 miljoner dagar. Ökningstakten de två senaste åren har uppgått till ca 250 000 dagar.

Den genomsnittliga ersättningen ökade med 3,9 % per nettodag.

De långa sjukskrivningarna har som angivits under avsnittet Sjukpenning fortsatt att öka. I slutet av oktober 2002 hade 124 300 personer varit sjukskrivna mer än ett år. Detta är 12 400 fler än i oktober 2001 och innebär en ökning med 11 procent.

Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad som uppbär sjukpenning påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering skall försäkringskassan byta ut sjukpenningen mot rehabiliteringspenning. Kostnaderna för rehabiliteringspenning har ökat under senare år men inte alls i samma utsträckning som kostnaderna för sjukpenning.

År 2002 var kostnaderna för rehabiliteringspenning cirka 2 miljarder kronor vilket innebär en ökning från föregående år med cirka 20 procent.

Samordnad rehabilitering

Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna samhällets resurser för att återge en sjukskriven person möjlighet att förvärvsarbeta. Andelen personer som fått del av sådan samordnad rehabilitering har liksom tidigare år ökat under 2002. Det är dock fortfarande relativt få personer som får del av sådan samordnad rehabilitering, eller ca 9 procent av antalet personer som varit sjukskrivna mer än 60 dagar.

Tabell 3.8 Antal sjukskrivna mer än 60 dagar som varit aktuella för samordnad rehabilitering

	2000	2001	2002
Kvinnor	27 810	29 164	30 152
Män	15 595	15 037	14 763
Samtliga	43 405	44 201	44 915

Andelen personer som efter avslutad rehabilitering har fått en ökad arbetsförmåga har också ökat från 61 procent år 2001 till 65 procent år 2002. Mätningen är gjord sex månader efter avslutad rehabilitering.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Anslagsposten ingick före år 2003 i anslagsposten Rehabilitering och kallades Särskilda medel. Utfallet för anslagsposten år 2002 blev 836 miljoner kronor vilket är 103 miljoner kronor lägre än det anslagna beloppet som uppgick till 939 miljoner kronor. Till detta kommer det anslagssparande som fanns från tidigare år. Sammantaget innebär detta att av de särskilda medlen återstod ca 192 miljoner kronor vid 2002 års utgång. De bokförda utgifterna för anslagsposten fördelar sig procentuellt enligt följande:

Köp av rehabiliteringstjänster	36
Köp av arbetslivsinriktade utredningar	24
Köp av medicinska utredningar	20
Bidrag arbetshjälpmedel	8
Särskilt bidrag	6
Resor, arbetsplats	3
Läkarundersökningar och utlåtanden	3

Jämfört med år 2001 har det skett en tyngdpunktsförskjutning från köp av rehabiliteringstjänster till köp av medicinska och arbetslivsinriktade utredningar. Försäkringskassorna köpte under år 2002 cirka 18 000 arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster varav cirka 11 000 till kvinnor. Jämfört med år 2001 är detta en minskning med 2 200 köp. Av de arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster som kassorna köpt är de allra flesta, 59 procent, till personer med sjukdomar kopplade till rörelseorganen. 26 procent avser köp till personer med psykisk diagnos, inklusive utmattningsdepression/utbrändhet. Detta motsvarar i stort sett dessa sjukdomsgruppers andel av sjukskrivningarna.

Förklaringarna till att de medel som anslagits för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster inte förbrukats är flera. En av de viktigaste är att hänföra till den stora arbetsbelastningen på ohälsområdet hos försäkringskassorna. Detta har medfört att utbetalning av sjukpenning har prioriterats framför utredning och samordning. Till detta kommer avsaknad av en effektiv utredningsmetodik hos kassorna. En förbättring i det avseendet bör medföra att utredare i ett tidigare skede av en sjukperiod kan bedöma rehabiliteringsbehovet hos de sjukskrivna.

Samverkan inom rehabiliteringsområdet

Under 2002 använde försäkringskassorna drygt 131 miljoner kronor av de särskilda medlen för samverkan med andra myndigheter inom rehabiliteringsområdet. Det är en ökning med 41 procent jämfört med 2001. Cirka 74 procent av resurserna använde försäkringskassorna för projektadministration och cirka 11 procent användes för utbildningar och konferenser. Av resterande medel användes cirka 5 procent för åtgärder, knappt 4 procent för kartläggning och knappt 2 procent för utvärdering.

Från och med den 1 januari 2003 får försäkringskassorna använda högst 5 procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning för samverkan inom rehabiliteringsområdet. Dessa medel får utgöra statens samlade andel för finansiering av samverkan och skall stå i proportion till statens samlade ansvar för åtgärder för den grupp som samverkan riktar sig till. Det innebär att i de fallen både försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar i ett samverkansprojekt får försäkringskassan svara för statens andel av kostnaderna (se även avsnitt 3.5.1). Prognosen för 2003 är att drygt 642 miljoner kronor kommer att användas för samverkan. Av dessa medel beräknas cirka 350 miljoner kronor avse länsarbetsnämndens medverkan.

Förebyggande arbete

Försäkringskassans förebyggande arbete omfattar aktiva insatser som inte är individanknutna och som syftar till att minska risken för individer att drabbas av långvarig nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller skada. Kassorna redovisar omfattande insatser för att förhindra eller minska ohälsan inom sina respektive områden. Det är dock svårt att påvisa effekter i form av minskad sjukfrånvaro. De besök kassorna har gjort hos enskilda arbetsgivare har emellertid resulterat i förbättrade rutiner för rehabiliteringsarbetet, handlingsplaner för arbetsmiljöarbetet samt en ökad medvetenhet om sjukfallsutvecklingen.

Fortfarande anger några kassor att de nedprioriterar det förebyggande arbetet till förmån för rehabiliteringsinsatser, förtidspensionsprövningar och utbetalning av sjukpenning. Allt flera kassor har emellertid numera heltidsanställda tjänstemän som arbetar förebyggande.

Många försäkringskassor genomför kartläggningar av långa sjukfall i syfte att få underlag för riktade insatser gentemot arbetsgivare och vårdgivare. En viktig målgrupp för kassornas förebyggande arbete är läkarna, främst inom primärvården och företagshälsovården. Här gör framför allt försäkringsläkarna betydelsefulla insatser. Många kassor deltar vidare i utbildningen i socialförsäkringsmedicin för blivande läkare.

Flera försäkringsläkare gör återkommande studier av läkarintyg i syfte att beskriva det aktuella sjukskrivningsmönstret inom olika geografiska områden samt förändringar över tid. Materialet används sedan som underlag för informationer och diskussioner med olika vårdgivare. Regionala studier har påvisat betydande brister i läkarintygen. Detta är viktig information inte bara för kassorna utan också för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen m.fl.

Administrationskostnader

Kostnadsutvecklingen beträffande administrationen av åtgärder mot ohälsan framgår av nedanstående tabell

Tabell 3.9 Kostnadsutvecklingen beträffande administrationen av åtgärder mot ohälsan

	2000	2001	2002
Försäkringskostnader, mkr	912	839	790
Administrationskostnader, mkr	774	961	1012
däruv			
– samordnad rehabilitering	524	374	411
– förebyggande insatser	87	98	108
– utredning rehab.behov m.m.	163	488	493

Administrationskostnaden per person avseende den samordnade rehabiliteringen har ökat något från år 2001 till år 2002 nämligen från 8 655 kronor till 8 793 kronor.

Samråd i rehabiliteringen

I budgetpropositionen för föregående år redovisade regeringen resultatet av en uppföljning som RFV gjort inom ramen för sitt tillsynsarbete angående hur samrådet mellan försäkringskassan och den försäkrade fungerar i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett

väl fungerande samråd är av stor betydelse för resultatet av rehabiliteringsarbetet.

I syfte att förbättra situationen på det här området beslutade riksdagen efter förslag av regeringen om införande av s.k. avstämningsmöten (prop. 2002/03:89). Vid sådana möten deltar förutom den försäkrade och försäkringskassan även t.ex. den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården. Vid mötena klarläggs den enskildes medicinska tillstånd, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Eftersom försäkringskassan har samordningsansvaret för den enskildes rehabilitering är det naturligt att i första hand kassan tar initiativet till sådana avstämningsmöten men även andra aktörer inkl. den enskilde kan ta initiativet till sådana möten.

Aktivitets- och sjukersättning

Försäkringsutgifterna, inklusive ålderspensionsavgifter, för förtidspensioner och sjukbidrag, minskade med ca 250 miljoner kronor mellan 2001 och 2002 och utvecklingen för 2002 framgår av nedanstående.

Tabell 3.10 Utfallssiffror för 2002

Miljoner kronor

Ingående överföringsbelopp från 2001	-1 319
Anslag	49 838
Tillgängliga medel	48 519
Utfall	49 917
Årets över-/underskridande	- 79
Utgående överföringsbelopp för 2002	- 1 398

Orsaken till att utgifterna inte ökade under 2002 jämfört med 2001 trots ökat antal förmånstagare var den positiva regleringen av statlig ålderspensionsavgift på ca 3 600 miljoner kronor. De tillgängliga medlen för budgetåret 2002 överskreds dock med 79 miljoner kronor. Det utgående underskottet ökade härmed till nästan 1 400 miljoner kronor

Under 2002 fortsatte ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och i december 2002 betalades sådana förmåner ut till ca 488 000 personer vilket är ca 34 000 fler än i december 2001 och utgör en ökning med ca 7,5 procent. Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag uppgick under 2002 till ca 67 000,

en ökning med drygt 14 700 personer eller med ca 26 procent jämfört med 2001. Av de nybeviljade förmånerna avsåg ca 39 300 kvinnor och ca 27 600 män. Ökning har skett i samtliga åldrar, men den var procentuellt störst i åldrarna 35–49 år där den var 84 procent.

Utvecklingen av antalet nya och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag i slutet av åren 1994–2002 framgår av nedanstående tabell. Av tabellen framgår bl.a. att antalet personer med förtidspension och sjukbidrag ökade med ca 17 procent mellan 1997 och 2002. Till detta kan läggas att ökningen för kvinnorna var 21 procent mot 9 procent för männen. Denna uppgång beror på att många fler kvinnor än män än tidigare beviljats dessa förmåner.

Tabell 3.11 Antal nybeviljade och tillkomna samt utbetalade förtidspension/sjukbidrag

	Antal nybeviljade och tillkomna förtidspensioner och sjukbidrag	Antalet utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag med folkpension
1994	49 697	410 626
1995	40 365	408 576
1996	40 117	407 584
1997	47 262	417 424
1998	36 154	417 404
1999	40 223	421 518
2000	47 700	435 005
2001	55 200	454 349
2002	69 813	487 511

Källa: Riksförsäkringsverket

När det gäller utflödet minskade antalet upphörda förtidspensioner och sjukbidrag med en procent till knappt 36 700 jämfört med 2001. Knappt 29 000 av dessa blev ålderspensionärer.

Enligt RFV fanns vid utgången av 2002 drygt 2 600 förmånstagare med vilande förtidspension, vilket innebär att antalet personer med vilande förtidspension eller sjukbidrag fördubblades under 2002. Drygt 60 procent av dem var kvinnor. Antalet återtagna förmåner har stabiliserats kring 30 procent. Den övervägande delen av personerna i vilandesystemet hade halv förtidspension. När det gäller personer med sjukbidrag var det främst personer med helt sjukbidrag som har prövat att arbeta med ersättningen vilande. Ökningen beror sannolikt till stor del på de särskilda informationsinsatser som socialförsäkringsadministrationen genomfört under 2002 på regeringens uppdrag. En av RFV företagen undersökning visar att de informationsinsatser

om vilande förtidspension som genomförts under 2002 har varit lyckade. Av dem som inte prövat att arbeta med förmånen vilande kände 80 procent till reglerna.

De regionala skillnaderna i fråga om nybeviljandet var fortsatt stora under 2002. Det samma gäller för beståndet förtidspensioner/sjukbidrag per 1000 registrerade försäkrade även efter en standardisering efter ålder och kön med rikets fördelning som bas. Det innebär att det således är andra faktorer än ålder och kön som har störst betydelse för de stora skillnaderna. Den av RFV under 2002 genomförda kartläggningen av regionala skillnader i sjukskrivning och förtidspension uppvisar en komplex bild. Verket avser att utarbeta en strategi med syfte att långsiktigt minska de regionala skillnaderna. Under 2002 har RFV tagit fram Vägledningar för sjukförsäkringen och sjuk- och aktivitetsersättning, för att öka likformigheten i bedömningen över landet.

Utvecklingen kan också belysas med att under 2002 övergick drygt 56 000 personer från sjukskrivning till förtidspension eller sjukbidrag, en ökning med drygt 9 000 personer eller med nästan 17 procent jämfört med 2001. Av dessa var ca 34 000 kvinnor och ca 22 000 män. Detta kan ses mot bakgrunden av att den genomsnittliga tiden med sjukpenning innan rätten till förtidspension/sjukbidrag prövas, ökade med en månad under 2002 och är nu ungefär två år och en månad. Sjukskrivningstiden är längst för personer med anställning och kortast för arbetslösa. Vidare tog det i genomsnitt nästan två månader längre tid innan kvinnor beviljades förtidspension/sjukbidrag, vilket bl.a. beror på att de svårutredda diagnoserna har ökat och att det är fler kvinnor än män som har dessa diagnoser.

Ett annat sätt att beskriva förtidspensionernas utveckling kan göras med hjälp av återstående pensionsår samt beräknad kostnad för dessa fram till 65 års ålder. Som framgår av nedanstående tabell ökade detta s.k. pensionsåtagande påtagligt under 2002 både vad gäller pensionsår och kostnader. Det totala åtagandet uppgår till drygt 564 miljarder kronor. Ökningen var betydligt större för kvinnorna än för männen. Totala antalet återstående pensionsår ökade med drygt 8 procent och kostnaderna med närmare 9 procent under 2002.

Tabell 3.12 Återstående pensionsår och beräknad kostnad för dessa fram till 65 år

Miljoner kronor

År	2000		2001		2002	
	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad
Kvinnor	2 536 858	247 819	2 696 641	265 999	2 943 714	293 975
Män	2 072 096	241 982	2 160 553	252 672	2 309 389	271 019
Samtliga	4 608 953	488 782	4 857 194	517 563	5 253 103	563 853

Källa: Riksförsäkringsverket

Handikappersättning

Antalet personer med handikappersättning uppgick 2002 till drygt 60 000 personer, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Antalet handikappersättningar med den högsta ersättningsnivån har de senaste åren varit relativt konstant, medan antalet med den lägsta nivån har ökat. Denna utveckling förväntas fortsätta. Handikappersättning är ett stöd där kvinnor totalt sett är fler. Dock är männen något överrepresenterade i den högsta ersättningsnivån.

Antalet personer med handikappersättning förväntas minska till följd av att den nedre åldersgränsen för rätt till ersättning höjdes den 1 januari 2003 från 16 år till juli månad det år den försäkrade fyller 19 år. Från och med år 2007 förväntas antalet personer med handikappersättning däremot åter öka.

Arbetskadereparationer m.m.

I augusti 2003 hade 90 000 personer rätt till arbetskadelivränta och 59 000 personer rätt till yrkesskadelivränta m.m. enligt äldre lagstiftning.

Antalet beslut om arbetskadelivränta ökade under 2002 och uppgick till 28 400 stycken. Det kan antas att antalet nybeviljade livräntor kommer att fortsätta öka, bland annat på grund av de nya bevisreglerna som bedöms göra det lättare för främst kvinnor att få sina besvär godkända som arbetsskada. Vidare kommer den demografiska utvecklingen troligen ha betydelse för beviljandefrekvensen. Trots detta beräknas antalet utbetalade livräntor minska eftersom antalet som upphör beräknas vara fler än antalet som tillkommer. Detta beror till stor del på att från och med 2003 har personer som är födda 1938 eller senare inte längre rätt till arbetskadelivränta efter 65 års ålder. Medelbeloppet för egenlivränta beräknas öka de kommande åren bland annat på grund av de nya indexeringsreglerna. Utveck-

lingen av både antalet livräntor och medelbeloppet är dock osäker.

3.6.2 Analys och slutsatser

Regeringen kan konstatera att effektmålet för politikområdet inte är uppfyllt varken i fråga om andelen av befolkningen som skall ha förmågan att arbeta eller i fråga om utvecklingen av levnadsstandard kopplad till den ekonomiska utvecklingen. Under 2002 har en växande andel av befolkningen inte haft förmåga att arbeta på grund av sjukfrånvaro eller förtidspension/sjukbidrag. Mot slutet av året kan dock en minskning av den korta sjukfrånvaron skönjas och denna tendens har förstärkts hittills under 2003, men långtidssjukskrivningarna har ändå fortsatt att öka. Likaså har antalet förtidspensioner och sjukbidrag ökat kraftigt under 2002 som en följd av utvecklingen av de långa sjukskrivningarna och försäkringskassornas ökade insatser för att ge rätt ersättningsform i de enskilda fallen. Övergången vid årsskiftet till ett reformerat förtidspensionssystem synes också ha skyndat på beviljandet av förmåner i slutet av året. Regeringen förutsätter att ett sådant agerande från försäkringskassornas sida inte inneburit att kvaliteten på beslutsunderlagen blivit lidande eller att hänsyn tagits till att det var ekonomiskt fördelaktigt för den försäkrade att få ett beslut före årsskiftet. Om så har skett är detta givetvis oacceptabelt.

Beträffande den ekonomiska delen av målet kan konstateras att allt fler personer som uppbär sjukpenning inte fått kompensation som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet. Under 2002 beräknades ca 13 procent av de sjukskrivna ha inkomster över inkomsttaket på 7,5 prisbasbelopp. Mot den bakgrunden aviserade regeringen i fjolårets budgetproposition en höjning av taket inom bl.a. sjukpenningförsäkringen till 10 prisbasbelopp fr.o.m. den 1 juli 2003 om det

statsfinansiella läget så medgav. Så blev dock inte fallet utan regeringen har framhållit att inriktningen nu är att före mandatperiodens slut genomföra förslaget.

Vidare kan regeringen konstatera att inte heller verksamhetsmålet om att skillnaderna mellan försäkringskassorna vid bedömning av långa sjukfall och förtidspensioner skulle minska uppnåddes. Det innebär att de stora regionala skillnaderna mellan försäkringskassorna består. RFV har mot den bakgrunden framhållit sin avsikt att ta fram en strategi som syftar till att långsiktigt minska de regionala skillnaderna.

Arbetet med regeringens breda åtgärdsprogram i 11 punkter har fortsatt under 2002 och bl.a. har förslag till nationellt mål för att öka hälsan i arbetslivet och om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron förelagts och godkänts av riksdagen. Dessutom har en stor del av arbetet mot ohälsan i arbetslivet inom politikområdet inriktats på att öka precisionen i sjukskrivningarna och förstärka socialförsäkringsadministrationen såväl numerärt som kvalitativt. Vidare har arbetet för att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kommit i gång.

En viktig slutsats för de framtida arbetets inriktning – förutom en förstärkning av de förebyggande insatserna – är att det krävs både nya och bättre insatser på rehabiliteringsområdet för att sjukskrivna men även personer som uppstår sjuk- eller aktivitetsersättning skall kunna återgå till arbetslivet i högre grad än vad som har skett. Alltför många är sjukskrivna alltför länge, vilket ofta leder till passivisering och beviljande av sjuk- eller aktivitetsersättning. Det krävs därför en ökad satsning på arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt. En viktig grund för detta är det av riksdagen godkända förslaget fr.o.m. den 1 juli 2003 om obligatorisk skyldighet för arbetsgivare att göra rehabiliteringsutredningar som skall lämnas till försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor.

En annan åtgärd med denna inriktning är det förslag till finansiell samordning inom socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna som regeringen före sommaren överlämnat till riksdagen. Under förutsättning av riksdagens beslut avses förslaget träda i kraft den 1 januari 2004. Den finansiella samordningen skall inrikta sig på människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande

parterna för att uppnå eller förbättra deras förmåga att utföra förvärvsarbete.

Dessutom har regeringen i 2003 års ekonomiska vårproposition föreslagit ett särskilt anställningsstöd för långtidssjukskrivna för att de lättare skall komma ut på arbetsmarknaden. Det är fråga om en tidsbegränsad subvention av lönen för de långtidssjukskrivna som får en anställning hos annan arbetsgivare. Det gäller för långtidssjukskrivna vars arbetsgivares rehabiliteringsansvar har överförts till försäkringskassan.

Arbetsmarknadsstyrelsen och RFV lämnade före sommaren på regeringens uppdrag ett principförslag om inrättande av en ny permanent verksamhet inom Arbetsmarknadsverket för att effektivt stödja sjukskrivna så att de kan komma tillbaka i arbete. Det skall främst vara stöd i samband med anställning och praktik i arbetslivet, men också vägledning och andra insatser för dem som behöver byta arbete. T.ex. föreslås ett nytt anställningsstöd, rätt till tjänstledighet för den sjukskrivne anställda, stöd till utbildning och högriskskydd för arbetsgivare. Regeringen avser att inhämta synpunkter innan ställning kan tas till ett genomförande.

Det är också angeläget att arbetet med att stärka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter kan slutföras så att arbetsgivare som har låg sjukfrånvaro bland sina anställda gynnas ekonomiskt framför dem som har hög sjukfrånvaro. Utgångspunkterna för ett sådant förslag är att det skall omfatta hela arbetsmarknaden, att arbetsgivarna skall betala en del av ersättningen även utöver sjuklöneperioden, att ett småföretagarstöd skall införas samt att särskild uppmärksamhet så att förslaget inte leder till ökad selektion på arbetsmarknaden. Det är också önskvärt att förslagets utformning tar hänsyn till gällande kollektivavtalslösningar på arbetsmarknaden.

Sjukpenning

Regeringen anser att målet för politikområdet inte har uppnåtts och att resultatutvecklingen är otillfredsställande eftersom sjukfrånvaron fortsatte att öka 2002 att öka, dock i en något lägre takt än tidigare. RFV anser att det finns många orsaker till den ökande sjukfrånvaron de senaste åren och att det krävs samlade insatser från många olika håll för att komma till rätta med sjukfrånvaron.

Vad avser den del av målet som innebär att personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen kan konstateras att allt fler personer som uppstår sjukpenning inte får en kompensation som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet. År 2000 och 2001 hade 8,7 procent respektive 11 procent av de sjukskrivna inkomster över inkomsttaket (7,5 prisbasbelopp). År 2002 var motsvarande siffra 13,3 procent.

Målet för politikområdet skall bland annat uppnås genom att rehabiliteringsåtgärderna samordnas samt att samverkan sker mellan försäkringskassan med andra berörda aktörer.

För att operationalisera målet satte RFV upp det långsiktiga riksmålet att det högst skall finnas 3,0 långa sjukfall över två år per tusen registrerade försäkrade i åldern 16–64 år. Målet var att för år 2002 bryta den fortsatta ökningen av sådana sjukfall och att ökningen skulle ha upphört senast vid utgången av tredje kvartalet 2002. Målet har inte uppnåtts. År 2000 respektive 2001 var de långa sjukfallen 5,5 respektive 6,9 per tusen. År 2002 var motsvarande siffra 8,3 per tusen. De regionala skillnaderna i antalet långa sjukfall är fortfarande stora.

Utvecklingen under 2002 har visat på en viss avmattning av ökningstakten av sjukfrånvaron. Det är dock för tidigt att säga om det representerar en ny trend. Även om ökningstakten för de äldre åldersgruppernas sjukfrånvaro möjligtvis har stabiliserats något kan man se en fortsatt brant uppgång för åldersgruppen under 35 år. Sedan oktober 2000 har ersättningsfallen över 60 dagar i denna grupp ökat med 27 procent från 33 000 till 42 000. De psykiska diagnoserna har ökat under senare år för personer under 35 år och var 2001 den enskilt största diagnosgruppen för denna åldersgrupp. Detta är en förändring jämfört med tidigare då sjukdomar kopplade till rörelseorganen var den största diagnosgruppen. Jämfört med 1999 har de psykiska diagnoserna för dem under 35 år ökat från 23 procent till nästan 36 procent.

Antalet personer som är sjukskrivna har ökat under 2002, dock har ökningstakten avtagit jämfört med föregående år. Inflödet är emellertid fortfarande på en mycket hög nivå och för året som helhet har sjukfrånvaron ökat. Det är sjukskrivningarna som pågått ett år eller längre som ökat mest, till att gälla 124 300 personer. Mellan oktober 2001 och oktober 2002 ökade antalet

sjukskrivna personer som varit sjuka mer än 1 år med 11 procent, en ökning med 12 400 personer.

Genomströmningstiden för sjukpenning redovisas med en bruttotid, dvs. från det att den försäkrade kontaktar försäkringskassan tills det att ersättningen betalas ut. Denna tid har ökat från 53 dagar 2001 till 56 dagar 2002.

En närmare redovisning av utvecklingen av sjukfrånvaron samt en analys av denna lämnas i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa.

Rehabilitering

Målet för politikområde 19 Ersättning vid arbetsoförmåga har bl.a. formulerats så att en större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Detta gäller i hög grad på rehabiliteringsområdet.

För att mäta måluppfyllelsen satte RFV upp riksmålet för 2002 att minst 65 % av dem som varit föremål för SAR (samordnad rehabilitering) ett halvår efter avslutningstidpunkten skall ha en ökad arbetsförmåga jämfört med vid starttidpunkten.

Andelen personer som efter avslutad samordnad rehabilitering har fått en ökad arbetsförmåga har ökat. 65 procent har en ökad arbetsförmåga ett halvår efter avslutad rehabiliteringsinsats. Därmed har riksmålet uppfyllts.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Försäkringskassorna har möjlighet att med hjälp av särskilt avsatta medel köpa de utredningar som behövs för att kassan ska kunna ta ställning till bl.a. behovet av rehabilitering. Trots att antalet långtidssjukskrivna och därmed behovet av rehabilitering har ökat har dessa medel inte använts fullt ut. Under året 2002 disponerades drygt 1 025 miljoner kronor för köp av rehabiliteringstjänster. Vid årets slut återstod cirka 192 miljoner kronor. Detta är naturligtvis inte tillfredsställande. Förutom det faktum att alltför få personer blivit föremål för utredningar har situationen också inneburit att producenterna av sådana tjänster dragit ned på sina utredningsresurser till följd av bristande efterfrågan på tjänsterna.

Ett exempel på en sådan aktiv rehabiliteringsåtgärd som försäkringskassan kan bekosta är

fördjupad utbildning i punktskrift för personer som i vuxen ålder har en grav synskada eller helt förlorar synen. Försäkringskassans möjlighet att betala sådana utbildningar gäller bara den fördjupade utbildning som syftar till att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Det gäller inte den grundläggande utbildning som sjukvårdshuvudmännen har ansvar för.

Samverkan inom rehabiliteringsområdet

RFV fick i regleringsbrevet för år 2003 i uppdrag att följa upp försäkringskassornas tillämpning av de riktlinjer för samverkan på rehabiliteringsområdet som angivits i proposition 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. och proposition 2002/03:2 Vissa socialförsäkringsfrågor m.m. Uppföljningen skulle även avse tillämpningen av de nationella verksamhets- och handlingsplaner som RFV och AMS skulle upprätta. RFV har avgivit en delrapport angående uppdraget, vilket skall slutredovisas i samband med årsredovisningen för år 2003. Av delrapporten framgår att en nationell handlings- och verksamhetsplan föreligger. Handlingsplanen är resultatnriktad. I planen har försäkringskassorna och länsarbetsnämnderna givits i uppdrag att träffa regionala överenskommelser. Dessa ska innefatta:

- antal personer i målgrupperna för vilka insatser beräknas genomföras under år 2003,
- på vilka orter insatserna ska genomföras,
- utvärderingsbara mål för insatserna,
- hur insatserna i samverkan ska följas upp och dokumenteras,
- de belopp som behöver tas i anspråk av medel som anvisats för samverkan i rehabiliteringen.

I mars 2003 hade samtliga försäkringskassor och länsarbetsnämnder (på Gotland länsstyrelsen) träffat överenskommelser. Enligt dessa kommer sammantaget åtminstone 8 100 arbetslösa sjukskrivna att få insatser i samverkan mellan försäkringskassorna och länsarbetsnämnderna under 2003.

När det gäller samverkan med hälso- och sjukvården och kommunerna har RFV bedömt att verksamhets- och handlingsplaner måste ut-

formas på regional nivå. Avsikten är att sådana regionala inriktningsdokument ska redovisas under första kvartalet 2004.

Betydligt mer resurser beräknas användas för samverkan under 2003 jämfört med tidigare år. Det är naturligtvis en konsekvens av de utökade samverkansmedel som ställts till förfogande från och med innevarande år. Det är dock för tidigt att redan nu se några mer generella resultat av denna samverkan. Under senare år har cirka 70 procent av samverkansmedlen använts för projektadministration och endast mellan 5 och 10 procent för åtgärder. Regeringen avser att närmare följa utvecklingen av hur samverkansmedlen används.

För en ändamålsenlig uppföljning och resultatredovisning av insatser som bedrivs i samverkan är det angeläget att utveckla sektorsövergripande metoder för uppföljning och utvärdering. Regeringen anser att stora ansträngningar måste göras för att skapa de utvärderingsverktyg som behövs för att skapa en tillförlitlig uppföljning och resultatredovisning på lokal och nationell nivå. I regleringsbrevet för 2003 till AMS, RFV och SoS har dessa myndigheter fått i uppdrag att utveckla rutiner för ett sektorsövergripande system för löpande uppföljning av resultaten av samverkan inom rehabiliteringsområdet. Enligt uppdraget skall rutinerna utformas på ett sådant sätt att det även kan tillämpas för löpande uppföljning av resultaten av den finansiella samordning inom rehabiliteringsområdet som föreslås träda i kraft den 1 januari 2004. Myndigheternas uppdrag skall redovisas senast den 15 oktober 2003. Regeringen förutsätter att ett uppföljningssystem, som möjliggör en effektiv uppföljning, är på plats den 1 januari 2004.

Skillnader i bedömningarna av kvinnor och män

I rapporten Socialförsäkring, kön och agenda (Sennvall, 2002, Försäkringskassan Stockholms län) konstaterades att kvinnor och män behandlas olika i viktiga avseenden när det gäller rehabilitering. Exempelvis är de utbildningar som försäkringskassorna köper mindre kostsamma än de man köper till män.

I det uppdrag som RFV och AMS har fått angående förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen anges som en förutsättning att de osakliga skillnaderna i försäkringskassornas

hantering av män och kvinnor måste upphöra. Det är regeringens uppfattning att detta kan ske genom att RFV och AMS anlägger ett genderperspektiv i förnyelsearbetet. RFV ska aktivt utvärdera och rapportera till regeringen hur förnyelsearbetet påverkar försäkringskassornas bedömningar av kvinnors och mäns rehabiliteringsbehov.

Förtidspension

Den kraftiga ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag under 2002 är givetvis inte tillfredsställande, men heller inte oväntad med hänsyn till den fortgående ökningen av antalet långtidssjukskrivna. Under 2002 ökade antalet personer som uppbär förtidspension och sjukbidrag med ca 33 000 eller med ca 7,3 procent vilket kan jämföras med 4,4 procent under 2001. Denna utveckling bidrar givetvis inte till att nå det uppställda målet på politikområdet att en ökad andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta.

När det gäller den andra delen av detta mål om att personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället gäller att förmånerna förtidspension/sjukbidrag liksom de nya förmånerna aktivitets- och sjukersättning är värdesäkrade genom kopplingen till prisbasbeloppet. Det innebär att förmånstagarna får kompensation för den allmänna prisutvecklingen, dvs. inflationen i samhället. I anslutning till förslaget om reformerad förtidspension uttalade regeringen att den övervägde möjligheten att införa andra indexeringsmetoder för de nya förmånerna aktivitets- och sjukersättning. Med hänsyn till de accelererande kostnaderna för sjukförsäkringen saknas för närvarande ekonomiskt utrymme för en sådan kostnadskrävande reform. Ett första steg har emellertid tagits genom införande av en ändrad indexering av arbetsskadelivräntor fr.o.m. den 1 juli 2003.

Beträffande möjligheten att återgå till eller påbörja ett förvärvsarbete med s.k. vilande förtidspension kan en relativt sett stor ökning av antalet personer som utnyttjat denna noteras under 2002. Då fördubblades antalet förtidspensionärer som utnyttjade möjligheten att pröva att förvärvsarbete med förmånen vilande till ca 2 600. Antalet vilande förmåner ligger dock ännu långt

från vad som ursprungligen beräknats. Förutom behovet av fortsatta informationsinsatser, bedöms även det av riksdagen numera godkända förslaget från regeringen att utsträcka tiden som sjukersättningen kan vara vilande för att pröva att förvärvsarbete utan att förmånen får dras in eller minskas från 12 till 24 månader kunna bidra till att ytterligare öka intresset bland de försäkrade för denna möjlighet.

Inte heller försäkringskassornas uppföljning av beviljade förmåner, den s.k. efterkontrollen, har resulterat i återgång till arbetslivet för så många förmånstagare. Detta framgår tydligt av RFV:s redovisning av uppdraget från regeringen om hur försäkringskassorna bedriver sin verksamhet med att följa upp beviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Av denna framgår sammanfattningsvis att försäkringskassorna inte kan lämna uppgift om omfattningen och resultatet av den kontroll som syftar till att utreda möjligheterna till återgång i arbete. Några försäkringskassor har dock uppgifter om antalet kontroller för att upptäcka fusk och missbruk samt resultatet av dessa. Genomgående anses bristande resurser vara det främsta hindret för att kunna genomföra effektiva efterkontroller av förtidspension (aktivitets- och sjukersättning) och arbetet har på grund härav låg prioritet hos samtliga försäkringskassor. Regeringen finner i likhet med RFV att det är otillfredsställande att uppföljningen av beviljade förmåner har låg prioritet. Under 2003 kommer verket att genomföra ett projekt för utveckling av kvaliteten i ärenden om aktivitets- och sjukersättning. Häri ingår efterkontrollen som ett område vilket behöver åtgärdas. Det innebär att RFV kommer att arbeta med åtgärder för att förbättra arbetet med efterkontroll av dem som uppbär sjuk- och aktivitetsersättning.

När det gäller målet att skillnaderna mellan försäkringskassornas bedömning av långa sjukfall och förtidspensioner skall minska kan regeringen konstatera att de regionala skillnaderna består. RFV avser att utarbeta en strategi för att långsiktigt minska de regionala skillnaderna.

Inte heller det uppsatta målet för administrationen om god kvalitet och effektivitet i handläggningen kan anses ha uppfyllts helt tillfredsställande under 2002 på förtidspensionsområdet. Genomströmningstiderna för förtidspensionsärenden var i stort sett oförändrade och de regionala skillnaderna alltjämt betydande. Andelen korrekta ärenden ökade något liksom produkti-

viteten mätt i form av stycktider, vilka således sjunkit något även om de regionala skillnaderna är stora. Detta beror på att försäkringskassorna gör olika prioriteringar mellan ärendeslagen på grund av skillnader i arbetsbelastning.

Sammanfattningsvis finner regeringen vid sin analys av utvecklingen av 2002 att antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag var historiskt högt under 2002 och att detta i sig inte ligger i linje med politikområdets effektmål, men att det ändå är positivt att försäkringskassorna under året ökat effektiviteten för att säkerställa att rätt ersättningsform utges i de enskilda fallen.

För 2003 kan konstateras att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar hittills ligger på en betydligt lägre nivå än förra året vilket sannolikt kommer att innebära att antalet nybeviljade förmåner även blir lägre för hela året än vad som tidigare beräknats. Detta bedöms dock inte innebära att den prognosticerade antalsutvecklingen på längre sikt behöver revideras nedåt utan den alltjämt fortgående ökningen av antalet långtidssjukskrivningar kommer på sikt snarare att ge en motsatt effekt.

Handikappersättning

Handikappersättning är det stöd som når flest personer med funktionshinder. Handikappersättning kan för alla som har rätt till stödet innebära en ersättning som skapar jämlikhet i levnadsvillkor. Behovet av handikappersättning behöver inte ha samband med arbetsoförmåga. En man eller kvinna som har rätt till handikappersättning kan vara helt arbetsförmögen men ha behov av hjälp eller ha merkostnader på grund av funktionshindret.

Inför 2003 fick RFV:s socialförsäkringsbok 2002 temat personer med funktionshinder. Som ett av underlagen till boken genomförde RFV under 2002 en enkätundersökning. Syftet med undersökningen var att studera levnadsvillkor för personer med funktionshinder i åldrarna 22–64 år. Av undersökningen framgår att hälften av de tillfrågade ansåg att möjligheten för dem att välja yrke eller utbildning påverkades av att de var funktionshindrade. En majoritet av de tillfrågade trodde att det var mycket svårare för personer med funktionshinder än för andra att få arbete. En majoritet av de tillfrågade arbetar inte alls, vilket pekar på att det kan vara svårare att få arbete för många. Flera uppgav att de ansåg sig

ha förmåga att arbeta, men svårt att ta sig in på arbetsmarknaden. I gruppen som står utanför arbetsmarknaden är det fler kvinnor än män.

RFV har systematiskt genomfört tillsyn av handikappersättning 2002. Granskningen visar att kvaliteten till övervägande del bedöms som acceptabel. Tillsynen visar även att kvaliteten mellan de olika försäkringskassorna varierar.

Genomströmningstiderna för handläggning av handikappersättning har länge varit oacceptabelt långa. Insatser har vidtagits för att komma till rätta med problemen avseende genomströmningstider och skillnader mellan försäkringskassor. Åtgärder på försäkringskassorna innefattar bland annat koncentration av handläggningen inom länen, omdisponering av resurser och utbildning av personalen. Under 2002 har ett projekt benämnt "Kapa svansarna" pågått mellan RFV och försäkringskassorna i syfte att avsluta de längsta pågående ärendena avseende personer med funktionshinder. Mätningar visar att de äldsta ärendena förkortats. Utvecklingen är positiv och antalet pågående ärenden över 180 dagar har minskat.

Arbets skador

År 2001 anmäldes 37 461 arbetsolycksfall och 26 440 arbetssjukdomsfall. År 2002 anmäldes 34 800 arbetsolycksfall, varav kvinnornas andel var 39 procent, och 21 000 arbetssjukdomsfall, varav kvinnornas andel var 56 procent. Belastningssjukdomar var den vanligaste sjukdomstypen, 12 100 anmälningar. Anmälda arbetssjukdomar orsakade av sociala eller organisatoriska faktorer uppgick till 4 700 varav kvinnornas andel var 70 procent. Även om inte alla arbetsskador som anmäls uppfyller kraven för rätt till ersättning vid prövning hos försäkringskassan, medför fler skador långsiktigt en risk för ökade försäkringskostnader.

Från och med april 2002 har ett nytt registreringssystem införts för arbetsskadeanmälningar. Arbetssjukdomar förs fortsättningsvis till det år anmälan rapporteras in i systemet och inte som tidigare till det år när arbetsgivaren gjorde anmälan. De nya rutinerna, och vissa övergångslösningar när det nya systemet togs i bruk, har medfört att jämfört med tidigare år är 2001 års anmälda arbetssjukdomar en överskattning och 2001 års anmälda arbetsolyckor en underskattning. Även 2002 års anmälda arbetsskador har

påverkats. Det är först från och med skadorna för 2003 och framåt som man åter kan börja göra jämförelser mellan olika år fullt ut. Sammanfattningsvis är det således svårt att säga om det för 2002 verkligen var färre anmälningar eller om minskningen helt eller delvis förklaras av de nya rutinerna.

Kvaliteten i handläggningen av arbetsskadeärenden har förbättrats sedan 2001. Det uppsatta riksmålet 98 procent korrekt handlagda ärenden överträffades med en procentenhet. En viss osäkerhet råder dock om jämförbarheten mellan åren, då den nya mätmetod Qben II har införts i mellantiden.

För ärenden om arbetsskadelivränta är genomströmningstiden fortfarande oacceptabelt lång och har ökat med ytterligare 5 dagar sedan 2001. Den uppgick 2002 till hela 456 dagar. Det är den längsta genomströmningstiden bland alla ärendeslag som beslutas av socialförsäkringsnämnd. Spridningen mellan försäkringskassorna var likaledes fortsatt mycket stor och varierade mellan 261 och 947 dagar.

3.6.3 Den fortsatta strategin för att öka hälsan i arbetslivet

Under 2003 påbörjades och genomfördes på regeringens initiativ ett flertal olika åtgärder på sjukförsäkringsområdet för att minska ohälsan i arbetslivet. Dessa åtgärder har ingående beskrivits under avsnittet 3.5. Inriktningen på de flesta av dessa är sådan att effekterna inte omedelbart kan utläsas utan de syftar till att på sikt bidra till att det nationella målet för att minska ohälsan i arbetslivet uppnås. Den positiva utvecklingen med en minskning av antalet personer som får sjukpenning fortsätter dock och andelen deltidssjukskrivningar ökar. Det innebär sammantaget att antalet nettodagar med sjukpenning minskar. De långa sjukskrivningarna ökar emellertid alltjämt. Eftersom den genomsnittliga dagersättningen ökar mer än antalet nettodagar fortsätter de totala utgifterna för sjukpenning att öka. Även antalet personer som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning fortsätter att öka och förväntas i slutet av året komma att överstiga 500 000. Mot denna bakgrund är det nödvändigt att regeringen tar initiativ till ytterligare åtgärder för att motverka utvecklingen och för att det uppsatta nationella

målet för sjukfrånvaro och aktivitets- och sjukersättning skall kunna nås till 2008.

Förutom att fortsätta och fullfölja arbetet med åtgärder inom ramen för regeringens 11-punktsprogram samt arbeta vidare med de punkter i det s.k. 121-punktsprogrammet som rör hälsan i arbetslivet, avser regeringen att inom sjukförsäkringsområdet inrikta sina insatser under återstoden av 2003 och under 2004 på främst följande områden:

- Förstärka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter att minska ohälsan
- Genomföra en översyn av bestämmelserna om indragning och nedsättning av sjukförsäkringsförmåner i lagen om allmän försäkring
- Pröva möjligheterna att tidsbegränsa rätten till sjukersättning till längst tre år i taget
- Fortsätta den tekniska översynen av reglerna om karensdagen och undersöka möjligheterna att vidta åtgärder för att öka rättvisan i regelverket
- Följa upp och utvärdera effekterna av de åtgärder som vidtas med anledning av regeringens prop. 2002/03:132 om finansiell samordning på rehabiliteringsområdet. Samtidigt skall den befintliga försöksverksamheten med lokal finansiell samordning mellan försäkringskassa, landsting och kommun (Socsam) förlängas ytterligare tre år
- Tillföra medel till ytterligare informationsaktiviteter under 2003 riktade till främst arbetsgivare och vårdgivare om åtgärderna inom sjukförsäkringen för att minska ohälsan
- Socialförsäkringens administration

Arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter att minska ohälsan förstärks

Regeringen och partierna bakom budgetpropositionen för 2004 är överens om att det är viktigt att den negativa ohälsoutvecklingen bryts och att kostnaderna för ohälsa minskar. Ett system baserat på ekonomiska drivkrafter för att minska ohälsoproblematiken skall därför införas under 2004.

Översyn av bestämmelserna om indragning och nedsättning av sjukförsäkringsförmåner

Det är angeläget att även försäkrad som beviljats sjukpenning eller aktivitets- och sjukersättning, när så är påkallat, medverkar t.ex. i fråga om rehabiliteringsinsatser för att kunna återfå arbetsförmåga och därmed bryta en sjukskrivning. Regeringen har mot bl.a. den bakgrunden ansett att det är motiverat att göra en genomgång och översyn av gällande bestämmelser om indragning och nedsättning av sjukförsäkringsförmåner i lagen om allmän försäkring för att få underlag för en eventuell skärpning av dessa. Arbetet avses bedrivas i en arbetsgrupp inom Regeringskansliet.

Tidsbegränsning av sjukersättning till längst 3 år

I fjolårets budgetproposition aviserade regeringen, som en av åtgärderna inom den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet, att en sådan tidsbegränsning skulle införas. Frågan har därefter beretts inom Regeringskansliet och i januari 2003 sändes en promemoria med sådant förslag ut på remiss. En viktig remissynpunkt som framfördes, bl.a. från de fackliga organisationerna, var att de arbetsrättsliga aspekterna på förslaget inte var tillräckligt belysta. Frågan har därför beretts vidare och regeringen anser att det är nödvändigt att inhämta arbetsmarknadens parter syn på frågans lösning och därefter snarast möjligt återkomma till riksdagen med ett förslag.

Teknisk översyn av reglerna för karensdagen

I fjolårets budgetproposition aviserade regeringen, som en av åtgärderna inom den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet att en teknisk översyn av reglerna om karensdag skall genomföras. Frågan har också diskuterats i trepartssamtalen. En särskild promemoria i frågan har i början av året upprättats inom Socialdepartementet och remissbehandlats. Av de remissinstanser som haft synpunkter är nästan samtliga positiva till eller har inga erinringar mot förslaget om en teknisk översyn. Föreningen Svenskt Näringsliv och Företagareförbundet framhåller att en karensdag kan beräknas som 20 procent av den normala veckarbetstiden. Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet framhåller att beräkningen av lönebortfall i samband med karensdag är reglerad i kollektivavtal och förutsätter att rege-

ringens översyn inte innebär inskränkningar i den fria förhandlingsrätten.

LO anser att genom att avskaffa karensdagen skapas lika villkor och ökas rättvisan allra enklast.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det är en mycket komplex fråga, inte minst beroende på att det finns betydande kopplingar till löneavdragets storlek och beräkning som regleras i kollektivavtalen om löner och andra villkor. Det är därför nödvändigt att regeringen i sitt fortsatta översynsarbete samråder med arbetsmarknadens parter.

Förlängd försöksverksamhet med finansiell samordning

Som tidigare redovisats har regeringen före sommaren förelagt riksdagen en proposition om finansiell samordning på rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132). Under förutsättning av riksdagens godkännande skall de nya reglerna träda i kraft fr.o.m. 2004. Det är angeläget att resultaten av de olika åtgärderna kontinuerligt följs upp och utvärderas. I propositionen aviserade regeringen dessutom avsikten att den sedan 1994 bedrivna lokala försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam) som för närvarande bedrivs i sex kommuner och som skulle upphöra vid årsskiftet skall förlängas i ytterligare tre år. Regeringen skulle återkomma i budgetpropositionen med ett förslag.

Som skäl till denna förlängning anför regeringen att det finns ett stort engagemang hos myndigheter och befolkningen på orter där försöken förekommer och att de positiva erfarenheterna av detta måste tas till vara. Det krävs dock att dessa försök kommer att utvärderas under den nya försöksperioden och att utvärderingen genomförs på sådant sätt att man kan göra jämförelser med de erfarenheter som gjorts av den finansiella samordningen inom rehabiliteringsområdet som föreslås träda i kraft den 1 januari 2004 och måste vara slutförd före försöksperiodens utgång. Förslaget finns redovisat under avsnitt 3.12 Förslag till regeländringar.

Ytterligare informationsinsatser

För 2003 får 20 miljoner kronor, efter riksdagens godkännande, disponeras för en informationsinsats för ökad hälsa i arbetslivet. En förutsättning är att arbetsmarknadens parter med-

verkar både i genomförande och med finansiering. Informationssatsningen är en del av regeringens strategi för hälsa i arbetslivet och den skall medverka till att skapa ökad medvetenhet samt ett aktivt engagemang samt insatser för att förbättra hälsan i arbetslivet och därmed bidra till att regeringens mål att halvera frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008 i förhållande till 2002. Regeringen beslutade i juni om fördelningen av dessa medel. Denna fördelning innebär bl.a. att Riksförsäkringsverket (RFV) får disponera högst 6,5 miljoner kronor för insatser riktade i första hand till arbetsgivare och vårdgivare i anslutning till de förändringar som genomfördes den 1 juli 2003.

Det är dessutom enligt regeringens uppfattning angeläget att ytterligare informationsinsatser kan genomföras av RFV under återstoden av 2003 för att bl.a. öka kunskapen hos arbetsgivare, vårdgivare, fackliga företrädare samt sjukskrivna om de principer som skall gälla för sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsarbetet. Mot den bakgrunden föreslår regeringen i tilläggsbudget för 2003 att ytterligare 19,5 miljoner kronor tillförs RFV för informationsinsatserna under återstoden av året.

Socialförsäkringens administration

I fjolårets budgetproposition redovisade regeringen en satsning i form av ökade resurser med närmare 500 miljoner kronor per år till socialförsäkringsadministrationen för arbetet mot ohälsan under 2003 och 2004. Förslagen angående skärpning av arbetsgivarnas skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar samt att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för sjukpenning föranleder dock regeringen att tillföra ytterligare resurser. Regeringen föreslår därför att de allmänna försäkringskassorna tillförs ytterligare 14 miljoner kronor för 2003. Från och med 2004 skall det utrymme som frigörs på grund av införandet av koncentrerad handläggning av efterlevandepension, ca 28 miljoner kronor, användas för ohälsöarbete.

Regeringen anser att arbetet med att förändra socialförsäkringens administration är en mycket viktig åtgärd för att öka effektiviteten i arbetet med att minska ohälsan i arbetslivet så att det nationella målet om halverad sjukfrånvaro kan

uppnås till 2008. Regeringen avser att skyndsamt överväga frågan om att inordna försäkringskassorna och RFV i en ny sammanhållen statlig myndighet.

Med anledning av det pågående överynsarbetet av socialförsäkringsadministrationen har regeringen således inte tagit slutgiltig ställning till resursbehovet för 2005 och 2006 utan de i budgetpropositionen angivna anslagsbeloppen för dessa år är s.k. konsekvensberäkningar vilka baserats på beslut som riksdagen redan fattat.

II Socialförsäkringens administration

Socialförsäkringens administration (SFA) måste fungera väl för att tilltron till den allmänna försäkringen skall bibehållas och stärkas. Nödvändiga förutsättningar för detta är att försäkringen handläggs rättssäkert och kompetent i en effektiv organisation. SFA är ett av regeringens viktigaste verktyg i arbetet att uppnå det nationella målet att halvera sjukfrånvaron från arbetslivet till 2008. Den stora utmaningen för administrationen under kommande år ligger därför i framgång i arbetet inom ohälsområdet. Det kräver en utvecklad samverkan med andra myndigheter och organisationer samt en optimal användning av tillgängliga resurser.

3.7 Omfattning

Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna administrerar tillsammans socialförsäkringen och vissa andra förmåner. Varje år görs 60 miljoner utbetalningar från socialförsäkringen till enskilda. Årligen fattas 15 miljoner beslut, varav 1,3 procent i socialförsäkringsnämnd. Vid utgången av 2002 fanns 1 175 anställda vid RFV, varav 664 på RFV Data. Antalet anställda vid försäkringskassorna var 14 548.

Som central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande bidragssystem bedriver RFV systematisk och riktad *tillsyn* över enskilda försäkringskassor samt i enskilda ärenden som kommer till verkets kännedom. Tillsynen är en del av RFV:s uppdrag att verka för likformighet och rättssäkerhet i tillämpningen av försäkringen. Därtill kommer *normeringen* som

syftar till att ge kompletterande regler, rekommendationer och vägledningar. Som ansvarig för *ekonomistyrningen* av försäkringskassorna sätter RFV mål för handläggningen, fördelar medel till kassorna och bedriver fortlöpande uppföljning. RFV skall dessutom som ansvarig *systemägare* för de gemensamma IT-systemen svara för drift och utveckling av IT-stödet hos kassorna. Vidare skall RFV agera *stabsorgan* till regeringen, ansvara för officiell statistik inom socialförsäkringsområdet samt följa och utvärdera utvecklingen av socialförsäkringen. Tillsammans med kassorna har RFV ansvar för *handläggning* och *information*. Verkets delaktighet i handläggning-processen ökar bl.a. till följd av ny teknik och framväxten av ärendehanteringssystemet (ÄHS) och Internettjänster.

Landets 21 försäkringskassor har i uppdrag att handlägga enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemen samt svara för samhällets samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering. Under 2002 har handläggningen av vissa förmåner koncentrerats vid särskilda kassor i syfte att öka kvalitet och kostnadseffektivitet.

Kostnader

Socialförsäkringens totala kostnader (försäkring och administration) uppgick 2002 till knappt 380 miljarder kronor, vilket motsvarar en sjättedel av BNP. Det är en ökning med fem procent sedan föregående år, motsvarande ca 18 miljarder kronor. Av de totala kostnaderna för försäkringen utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent, varav cirka hälften avser administration av ekonomiskt stöd vid arbetsoförmåga och åtgärder mot ohälsa (se avsnitt 3.10.2 Resurser).

Inom ramen för regeringens satsning för att bryta utvecklingen inom ohälsområdet tillfördes SFA i budgetpropositionen för 2003 ca 450 miljoner kronor för 2003 respektive 2004. Medel tillfördes också för förändringar med anledning av de till det reformerade pensionsystemet angränsande regelsystemen, de s.k. följdreformerna. Sammantaget innebär detta att SFA har tillförts ca 675 miljoner kronor år 2003 och ca 650 miljoner kronor år 2004 för insatser inom prioriterade områden.

Från och med 2004 skall i princip all årlig revision avgiftsbeläggas (Avgifter vid Riksrevisionen, prop. 2002/03:63, bet. 2002/03:FiU27, rskr. 2002/03:189). Avgifter och ersättningar tillförs statskassan och redovisas mot inkomsttitel. För

anslagsfinansierade myndigheter som under 2003 inte erlägger någon avgift för årlig revision medför föreslagen nyordning en tillkommande kostnad. En kostnad som myndigheterna föreslås kompenseras för genom en nivåhöjning av anslagen från och med nästa år.

3.8 Mål

Socialförsäkringen skall administreras rättssäkert och effektivt så att tilltron till den bevaras och stärks. Detta mål är övergripande för samtliga verksamhetsgrenar inom SFA; handläggning, information, normering, tillsyn, ekonomistyrning, IT-utveckling och stabsfunktion. För samtliga verksamhetsgrenar har regeringen formulerat separata mål och återrapporteringskrav.

Utifrån regeringens övergripande mål för administrationen har RFV efter samråd med försäkringskassorna fastställt undermål, s.k. riksmål. Dessa är konkreta och nivå-satta. Syftet är att fokusera på förbättringsområden som är särskilt angelägna ur den försäkrades perspektiv och att ange ambitionsnivåer. Riksmålen rör ohälsarbetet, andel ärenden som skall handläggas korrekt och vissa genomströmningstider. RFV har också fastställt riksmål för andelen män som skall nyttja föräldraförsäkringen och för kundbemötande.

3.9 Insatser

För att komma tillrätta med konstaterade brister och stärka den nationella likformigheten har regeringen lyft fram kraven på styrningen av SFA genom ett flertal insatser. Insatserna bygger på uttalanden i budgetpropositionen för 2002. Med dessa uttalanden som grund utvecklades RFV:s regleringsbrev. I budgetpropositionen för 2002 framfördes ledning, kontroll och styrning som centrala förbättringsområden. I regleringsbrevet lyftes RFV:s ansvar för tillsyn och normering samt innebörden av systemägarskapet fram. Verkets roll i frågor om verksamhetsutveckling poängterades. Flera uppdrag om effektiviteten inom SFA lämnades.

För att tydliggöra regeringens roll och öka dess närvaro i styrningen av SFA, genomfördes ett seminarium på Arlanda 2002 med represen-

tanter på ledningsnivå från hela SFA. Vård var socialförsäkringsministern. Även 2003 genomfördes ett Arlandaseminarium. Fokus riktades denna gång på det gemensamma ansvaret, regeringens mål och beställning samt SFA:s åtagande. Vårdar vid detta tillfälle var barn- och familjeministern samt arbetslivsministern.

I budgetpropositionen för 2003 och RFV:s regleringsbrev för samma år, har regeringens krav utvecklats ytterligare och förtydligats. Ett helhetsperspektiv och gemensamma förhållningssätt har lyfts fram. Betydelsen av nationell samsyn, likformighet i fattade beslut och en gemensam verksamhetsutveckling poängteras.

Regeringen har vidare tillsatt en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till hur den framtida socialförsäkringsadministrationen skall utformas. Uppdraget skall slutredovisas i november 2003. Utredaren har i delbetänkande den 17 juni 2003 (SOU 2003:63) redovisat ett översiktligt förslag till organisationsstruktur och ansvarsfördelning.

3.9.1 Insatser inom SFA

Nedanstående redovisning omfattar insatser såväl inom som utanför politikområdet.

Verksamhetsgren Handläggning

Ärendekonzentration

Under året har handläggningen av ärendeslagen efterlevandepension och efterlevandestöd till barn, tandvårdsstöd för äldre och vissa pensionsfrågor koncentrerats till gemensamma enheter.

Kvaliteten i handläggningen

Många försäkringskassor har centraliserat sin kvalitetskontroll till en grupp för hela länet för att minska skillnader i bedömning av kvaliteten. Försäkringskassorna har under 2002 vidtagit åtgärder för att öka kvaliteten i handläggningen av vårdbidrag bl.a. genom direkthandläggning, utbildning och koncentration av ärendehandläggning. Koncentrerad handläggning används av försäkringskassorna även för andra förmåner för att förbättra kvaliteten.

Uppdrag om framgångsfaktorer

RFV har haft regeringens uppdrag att identifiera framgångsfaktorer och att verka för att försäkringskassorna implementerar enhetliga och gemensamma lösningar för ökad kvalitet. Några av de framgångsfaktorer som verket lyfter fram är system och kompetens för ledning och produktionsplanering. Ett tydligt ledarskap som kan skapa stabilitet och jämna arbetsrytmer och som satsar på information och delaktighet är också betydelsefullt.

Fusk och missbruk

Arbetet inom ramen för projektet Rätt ersättning har förts ut i ordinarie verksamhet. Samverkan med andra myndigheter är nu en viktig del i arbetet med att förebygga uppkomsten av fusk och för att effektivt ta hand om det som uppstår.

RFV har undersökt ärenden med tillfällig föräldrapenning för att få en bild av misstänkt fusk inom förmånsslaget. Verket konstaterade att i omkring vart tionde ärende av 3 000 granskade kan felaktiga uppgifter ha lämnats. Den beräknade kostnaden för de felaktiga utbetalningarna uppgår till 133–290 miljoner kronor. Antalet ärenden där kassorna har lämnat in polisanmälan ökade från 212 år 2001 till 398 år 2002. Den regionala spridningen är dock stor. I 28 av ärendena har åklagare väckt åtal, samtliga fall har lett till fällande dom.

Statistiska centralbyrån (SCB) har studerat allmänhetens inställning till fusk och olika metoder för kontroll (Medborgarna om socialförsäkringssystemet och försäkringskassornas arbete, våren 2003). Studien visar bl.a. att mellan 40 och 50 procent av medborgarna tror att fusk med olika bidrag och ersättningar är vanligt förekommande. Två av tre anser att felaktigt lämnade uppgifter bör leda till åtal för bedrägeri. En klar majoritet vill ha kontroller som syftar till att upptäcka eller bevisa fusk. Medborgarnas tilltro till socialförsäkringssystemet kan enligt undersökningen betecknas som ett godkännande, men inte mer än så.

Inom ramen för Kontrollrutinprojektet har RFV i samråd med Arbetslöshetskassornas samorganisation (SO), arbetat för att skapa förutsättningar för ett elektroniskt informationsutbyte. Bland annat har en fördjupad kravspeifikation för informationsutbyte mellan försäkringskassorna och arbetslöshetskassorna tagits fram.

Under hösten 2003 skall RFV presentera en kontrollstrategi för fusk och missbruk som baseras på en ny riskanalys om var fusk kan uppstå och hur det skall bekämpas. Denna kontrollstrategi skall implementeras 2004.

Regeringen ser allvarligt på fusk och missbruk inom socialförsäkringen och avser att noga följa utvecklingen inom detta område.

Verksamhetsgren Information

Information omfattar den verksamhet som är knuten till extern information och som inte hör till den direkta ärendehandläggningen. Det innebär information till enskilda och andra intressenter, t.ex. i form av förebyggande och attitydpåverkande åtgärder. I detta ligger ett ansvar att informera försäkrade inför förändringar som rör enskilda förmåner. Inför regelförändringarna i sjukförsäkringen den 1 juli 2003 skickade t.ex. RFV i samarbete med försäkringskassan riktade brev till arbetsgivare, läkare, sjukskrivna och arbetslösa sjukskrivna m.fl.

RFV har i samarbete med kassorna genomfört riktade informationsinsatser för att upplysa om de förändringar av pensionssystemet som trädde i kraft vid årsskiftet 2002/2003. Trots insatserna ansågs besluten svårbegripliga. Kritik riktades också mot brist på samordning med tjänstepensionsbolag och övriga försäkringsförmåner. Med anledning av kritiken ser verket över rutiner och informationsstrategi avseende beslut till allmänheten.

RFV har sedan 1998 mätt förändringen av försäkrades kännedom om den allmänna pensionen. Verket konstaterar bl.a. att kännedomen nu är hög om att ett nytt pensionssystem har införts, men att få känner till systemets närmare innebörd.

Verksamhetsgren Normering

RFV:s normering skall leda till förbättrad likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i kassornas ärendehandläggning.

Verket har i stort sett slutfört omarbetningen av den äldre serien Allmänna råd till de nya serierna RFV:s Allmänna råd (RAR) och Vägledningar. En särskild rättspraxisgrupp har inrättats med uppgift att kartlägga i vilka rättstillämpningsfrågor det finns osäkerhet hos kassorna och

i vilka frågor rättstillämpningen skiljer sig mellan kassorna och olika domstolar. Ett elektroniskt register för samtliga beslut där Justitieombudsmannen (JO) riktat kritik mot kassorna driftsattes under våren 2003.

Verksamhetsgren Tillsyn

RFV:s nuvarande tillsynsprogram utarbetades 1998, med sikte på att samtliga förmåner som handläggs av kassorna skulle granskas under en fyraårsperiod. Tillsynen har huvudsakligen rört granskning av enskilda ärenden och inte uppföljningar m.m. som ursprungligen även avsågs. Resultaten har sammanställts i en årlig riksrapport och, jämte iakttagelser från JO m.m., återkoppats till kassorna. Kritik har främst lämnats i fråga om kvalitet och rättssäkerhet i handläggningen samt bristfälliga beslutsunderlag och för långa genomströmningstider. I förslag till nytt tillsynsprogram fr.o.m. 2004 har verket identifierat områden som verksamheten bör inriktas på under de närmaste åren. Dessa är ohälsa, pension, IT-baserade arbetsredskap såsom ärendehanteringssystem och internet samt likformighet och rättvisa nationellt.

Kvalitetskontrollinstrumentet Qben II har introducerats. Systemet skall användas för löpande urval, redovisning och resultatsammanställning av kvaliteten i ärendehandläggningen.

Den statliga tillsynen som helhet ses över av en särskild utredare (Ju 2000:06). I delbetänkandet Statlig tillsyn (SOU 2002:14) kartläggs tillsynen och de problem som där förekommer. I slutrapport skall utredaren lämna förslag om hur den statliga tillsynen kan göras tydligare och mer effektiv. RFV:s tillsynsansvar ingår även i uppdraget för pågående översyn av SFA (dir. 2002:166).

Verksamhetsgren Ekonomistyrning

Ekonomistyrning omfattar resultatstyrning och finansiell styrning av försäkringskassorna.

RFV har under 2002 prioriterat åtgärder för att utveckla ekonomistyrningen. Syftet är bl.a. att öka kostnadseffektiviteten och underlätta resultatstyrningen. Verket arbetar också vidare mot att administrationen skall bli en väl fungerande helhet. Arbetet med ett gemensamt styrkort för hela SFA är ett led i detta arbete.

RFV har, enligt uppdrag i regleringsbrevet, under året arbetat med flera frågor inom ekonomistyrningsområdet: utveckling av produktivitets-, kvalitets- och effektivitetsindex, förutsättningar för att koppla försäkringskassornas effektivitet till systemet för medelstilldelning samt framtagande av gemensamma resultatindikatorer.

Verksamhetsgren IT-utveckling

Pension

En stor del av administrationen har under 2002 inriktats på förberedelser och implementering av det reformerade pensionssystemet och dess följdreformer. Konstruktionen av försäkringskassornas nya handläggarstöd har varit en väsentlig del i arbetet. I slutet av året fick samtliga kassor tillgång till det nya IT-stödet och övergången från gammal till ny IT-miljö fungerade väl. Arbetet avslutades i början av 2003, varefter såväl förvaltning som vidareutveckling sker inom ordinarie linjeorganisation.

Samarbetet mellan RFV, Premiepensionsmyndigheten (PPM), Statens pensionsverk (SPV) m.fl. i fråga om en gemensam pensionsportal på Internet har återupptagits. Portalen, som skall ge enskilda en fullständig bild över den egna pensionssituationen, skall byggas ut i takt med ökad efterfrågan och antalet pensionsinstitut som ansluter sig.

Handläggarstödet

Handläggarstödet (ÄHS) omfattar nu fem ärendeslag; föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning, sjukpenning, samordnad rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Till detta kommer möjligheten att hantera SGI-ärenden. En för SFA gemensam omställningsgrupp har arbetat för att göra övergången till ny teknik så smidig som möjligt. Kassorna har tagit emot det nya stödet utan nedgång i effektiviteten, vilket tyder på en väl förberedd organisation. Det är av största vikt att omställningsarbetet fortsättningsvis drivs så att avsedda rationaliserings-effekter uppstår. Beredskapen för att ta hem dessa effekter är i dag mycket olika hos de olika kassorna.

24-timmarsmyndigheten

Riksdagen har beslutat om försöksverksamhet med 24-timmarsmyndighet inom SFA. Verk-

samheten regleras i lag (2001:1113) med begränsad giltighetstid. Regeringen har föreslagit (prop. 2002/03:6) att giltighetstiden förlängs till utgången av mars 2004. Förslag till ny lagstiftning från april 2004 för att möjliggöra en bredare utveckling av 24-timmarsmyndigheten inom SFA har remitterats.

RFV har, gemensamt med Riksskatteverket (RSV), träffat avtal med ett antal banker om säkerhetslösningar och rutiner för elektroniska signaturer. Detta har varit ett avgörande steg för att göra en utveckling mot ökad tillgänglighet och självhandläggning möjlig över Internet.

En Internet-tjänst har lanserats, där bl.a. ansökningsförfarandet för föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning kan ske över nätet. Cirka 15 000 försäkrade använder i dag denna tjänst. Vidare har arbetsgivare getts möjlighet att sjukanmäla anställda direkt via nätet.

Självbetjäning via servicetelefoner får goda betyg och används av allt fler. Antalet sådana kundkontakter var drygt 4 miljoner under 2002, en ökning med 35 procent.

Övrig verksamhetsutveckling

Avdelning för verksamhetsstöd

Den nya avdelningen för verksamhetsstöd inom RFV är exempel på ett tvärfunktionellt arbets-sätt. Avdelningen tar utgångspunkt i kraven på ökad likformighet och kostnadseffektivitet och skall arbeta inom områdena självbetjäningstjänster och telefoni, handläggning, dokumenthantering och processutveckling. Avdelningen skall inom dessa områden vara en enhetlig samarbetspartner för kassorna, som nu arbetar mot flera avdelningar på verket.

Effektiva möten med försäkrade

En gemensam kundmötesstrategi tas nu fram för hela SFA och en övergripande strategi utarbetas som omfattar personliga möten, självbetjäning m.m. SFA deltar vidare som försöksmyndighet i projektet Servicedialog. Avsikten är att serviceåtaganden gentemot försäkrade skall göras lika inom hela organisationen.

Verksamhetsgren Stabsfunktion

RFV fungerar som stabsfunktion åt regeringen och dess kansli. I detta ligger bl.a. att följa och

utvärdera socialförsäkringen och dess effekter samt att utföra uppdrag som läggs på myndigheten. Verket ansvarar också för den officiella statistiken på socialförsäkringsområdet.

Uppbyggnaden av statistiksystemet STORE för uppföljning m.m. fortlöper, nya förmåner har integrerats och historiska data, främst inom ohälsområdet, har lagts in. I arbetet med att förbättra kvaliteten i prognoser och rapporter har verket förstärkt sin kompetens inom forskning och utvärdering.

Internationella insatser

RFV har bl.a. deltagit i verksamheten inom den internationella socialförsäkringsorganisationen (ISSA), ansvarat för arbetet inom de svenska delegationerna i två EU-kommittéer (Revisionskommittén och Tekniska kommittén) och slutfört EU-finansierade twinningprojekt avseende Slovenien och Polen. Arbetet med ett nytt twinningprojekt avseende Litauen har inletts.

Forskning

RFV disponerar medel för att medverka till att forskning bedrivs inom området socialförsäkring (se tabell 3.26). Under 2002 bedrevs 17 forskningsprojekt, varav 11 nystartade. I förhållande till sin vikt i samhället är socialförsäkringen fortfarande ett eftersatt forskningsområde. Detta gäller särskilt socialförsäkringsadministrationen. Med anledning härav lyftes forskning kring administrationen fram vid Socialförsäkringsforskningens dag 2002.

SFA och ohälsområdet

Det nationella målet att öka hälsan i arbetslivet berör SFA på flera sätt. Framförallt gäller det rehabiliteringsarbetet, men åtgärder är också nödvändiga på försäkringskassorna inom ärendehanläggningen för att höja kvaliteten, stärka rättssäkerheten, öka effektiviteten och förbättra servicen. RFV har enligt uppdrag redovisat exempel på resultatindikatorer för hur SFA kan bidra till att uppnå målet att halvera sjukfrånvaron från arbetslivet till 2008. Det är angeläget att verket omgående konkretiserar ett antal variabler enligt vilka effekterna av SFA:s insatser inom ohälsområdet kan utläsas.

Socialförsäkringsadministrationen har sammanlagt tillförts extra resurser för arbete mot ohälsan om 441 respektive 458 miljoner kronor

för åren 2003 och 2004. Inriktningen på insatserna har under 2003 – förutom att ytterligare personal har anställts – varit utbildnings- och informationsinsatser.

RFV har bl.a. inlett en informationsinsatsning som riktar sig till de försäkrade, arbetsgivarna och läkarna. Utbildningen i försäkringsmedicin pågår av läkare och försäkringsläkare. Vidare har utbildning av försäkringskassornas personal, såväl handläggare som chefer, startat hösten 2003. Utbildningen inriktas mot bättre styrning och förändrade arbetsmetoder. Sjukfallen skall bedömas tidigare och avstämningsmöten mellan den försäkrade och försäkringskassan, där även t.ex. den intygsskrivande läkaren och arbetsgivaren deltar, har successivt införts i handläggningen av sådana ärenden. De medel som avser anställning av försäkringsläkare har för 2003 nyttjats helt. Därutöver har bl.a. ca 300 fler rehabiliteringshandläggare anställts.

För framgång i arbetet inom ohälsområdet krävs att administrationen samverkar med flera aktörer. Verket har för ändamålet etablerat en plattform för samverkan på nationell nivå under 2002, för att komma in i ett operativt skede under 2003. I ett för SFA gemensamt åtgärdsprogram för att halvera sjukfrånvaron prioriteras tre insatsområden. Dessa områden är Attityder och värderingar, Rätt ersättning – rätt förmån samt Samordning och samarbete. I bilagan till detta utgiftsområde, avsnitt 5 Arbete för att minska ohälsan på myndighetsnivå, lämnas en närmare redogörelse för SFA:s samlade åtgärdsprogram.

RFV har regeringens uppdrag att undersöka utbildningsbehovet bland läkare i försäkringsmedicin och ansvara för att utbildningsinsatser genomförs inom området. Uppdraget genomförs i samråd med Socialstyrelsen och Försäkringskassaförbundet (FKF).

RFV har utvecklat sitt samarbete med hälso- och sjukvårdens aktörer. Detta har bl.a. lett till ett gemensamt formulerat samarbetsprogram inom områdena Attitydpåverkan, Sjukskrivningsprocessen samt Forskning, utveckling och utbildning.

RFV och kassorna driver ett gemensamt utvecklingsarbete för att förbättra utredningsmetodiken i rehabiliteringsarbetet och för att öka samsynen inom SFA i viktiga frågor inom ohälsområdet. En enhetlig utredningsmetodik skall införas vid samtliga kassor för tidig bedöm-

ning av arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

Medarbetarna inom SFA

SFA är inne i ett omfattande förändringsskede. Under året har samtliga försäkringskassor erhållit det nya ärendehandläggningssystemet (ÄHS). Ur medarbetarperspektiv ger tekniken utrymme för nya arbetsprocesser, annan arbetsfördelning, arbetsmiljöförändring och nya kompetensområden. Försäkringskassornas organisation och arbetsflöden förändras. För att stödja kassornas omställningsarbete har RFV och försäkringskassorna inrättat en gemensam omställningsgrupp med uppgift att koordinera omställningsarbetet.

Kompetensutvecklingen har över lag varit omfattande. Större utbildningssatsningar har genomförts bl.a. inför mottagandet av ÄHS, ny teknik och ny lagstiftning inom pensionsområdet, samt för att öka kompetensen på de enheter som har direkta kundkontakter. Försäkringskassorna är kvinnodominerade, men fortfarande är kvinnorna underrepresenterade bland kassornas chefer. Ett särskilt ledarskapsprogram för kvinnor har genomförts under 2002.

RFV är en kunskapsorganisation med förhållandevis hög utbildningsnivå och en i stort sett jämn könsfördelning. Målet med RFV:s kompetensutveckling är att medarbetarna skall få stöd och ökade möjligheter att möta nuvarande och kommande krav i sitt arbete. De största kompetensutvecklingsinsatserna under 2002 har varit utveckling av IT-kompetens, introduktionsutbildning för nya medarbetare, utvecklingsinsatser för chefer och hantering av statistik och data.

Arbetsmiljön har varit ett prioriterat område. Arbetsmiljöfrågorna har särskild vikt vid införandet av nya arbetsprocesser och ny teknik. Såväl den fysiska som psykosociala miljön har uppmärksamats. Fler kassor har tydliga mål för arbetsmiljöarbetet och beskrivning av hur en god arbetsmiljö ser ut.

RFV och försäkringskassorna har gemensamt beslutat att insatser för att minska den interna sjukfrånvaron skall vara ett prioriterat område under 2003.

Förändringar i den framtida verksamheten ställer särskilda krav på organisationens chefer och medarbetare. Därför planeras gemensamma

insatser inom SFA i fråga om ledarskap, kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Under 2003 skall bl.a. ledare inom SFA samlas med syfte att stärka den operativa ledningen bl.a. genom att skapa en gemensam syn på ledarskap. Vidare skall ett arbete kring kompetensförsörjning påbörjas.

3.9.2 ANSA-utredningen

I budgetpropositionen för 2003 aviserade regeringen sin avsikt att göra en översyn av socialförsäkringens administration. Översynen skall medföra sådana förändringar av administrationen som fordras för att nå regeringens mål. Samtidigt pekar regeringen på vissa grundläggande förutsättningar för den framtida organisationen. Bland annat framhålls att det skall skapas tydligt ledningsansvar, nationell samsyn och likformighet samt fokus på gemensam verksamhetsutveckling.

Regeringen beslutade i december 2002 om en översyn av socialförsäkringsadministrationen (dir. 2002:166). En särskild utredare genomför översynen med stöd av en kommitté. Enligt direktiven skall uppdraget slutredovisas senast den 15 november 2003, men redan under juni 2003 skall utredaren redovisa ett översiktligt förslag till organisationsstruktur och ansvarsfördelning mellan berörda aktörer.

Enligt direktiven skall den framtida socialförsäkringsadministrationen utformas så att förutsättningarna för att komma tillrätta med de administrativa brister som uppmärksamats i olika sammanhang blir bättre. Dessa brister har bl.a. redovisats i regeringens budgetpropositioner för de senaste åren. Dessutom skall förutsättningarna öka att genom gemensamma förhållningssätt bryta utvecklingen av ohälsan och att kunna utnyttja samhällets samlade resurser på bästa sätt för den försäkrade.

Utredaren har i enlighet med direktiven lämnat ett delbetänkande den 17 juni 2003 (SOU 2003:63). I betänkandet konstaterar utredaren att dagens struktur för styrning och organisation av socialförsäkringsadministrationen medför brister i fördelningen av ansvar och befogenheter på flera nivåer. Bland annat framhålls att kassornas självständiga ställning resulterar i att statsmakternas styrning är otydlig, eftersom regeringens utrymme i styrningen begränsas av att riksdagen skall besluta i frågor som rör kassornas

uppgifter, organisation och ledning samtidigt som detta även medför att riksdagen härigenom inte till fullo kan ställa regeringen till svars för kassornas verksamhet och resultat. I dag styrs således kassorna i vissa fall direkt av riksdagen och i andra fall av regeringen eller av regeringen via RFV eller av RFV på uppdrag av regeringen.

Även förhållandet mellan RFV och kassorna innehåller enligt utredaren områden där det är oklart vilken organisation som ansvarar för vad. Ett exempel på detta är förhållandet mellan RFV:s ansvar för IT-system och ekonomistyrning och kassornas ansvar för intern styrning och kontroll. I dessa frågor kan t.ex. hävdas att RFV skall ansvara för ledningsstöd för kassornas interna styrning och likaså ansvara för direktiv om ekonomiska och säkerhetsmässiga kontroller. På samma sätt kan hävdas att kassornas styrelser som ansvariga för intern styrning och kontroll skall ansvara för sådana frågor. Sådana oklarheter medför att ansvaret för helheten blir otydligt.

Socialförsäkringsadministrationen kommer fortlöpande att utsättas för stora krav på utveckling och anpassning till nya krav och förutsättningar. Hinder i styrning och utveckling av verksamheten som försvårar sådan anpassning måste undvikas. Utredaren redovisar vissa sådana hinder som sammanhänger med den nuvarande fördelningen av uppgifter och ansvar och bedömer att dagens fördelning av ansvar inte håller inför den utveckling som socialförsäkringsadministrationen kan beräknas stå inför.

Utredaren framhåller också att det inte råder bra överensstämmelse mellan de behov som regeringen ser och möjligheterna att inom den nuvarande ramen för ansvarsfördelning effektivt åstadkomma den önskade utvecklingen.

Utredaren har koncentrerat sig på bristerna i de strukturella förutsättningarna för styrning och organisation av socialförsäkringsadministrationen och lämnar förslag om hur dessa frågor bör utformas för att organisationen skall leva upp till de krav som ställs på den framtida administrationen.

I betänkandet föreslås att den framtida socialförsäkringsadministrationen blir statlig och sammanhållen i en myndighet. Den nya myndigheten föreslås likt andra myndigheter själv få besluta om sin detaljorganisation och hur uppgifter fördelas inom organisationen. Med en sammanhållen myndighet kommer det inte att finnas några formella begränsningar när det

gäller en sådan fördelning. Vissa uppgifter kommer liksom nu att kräva närhet till de försäkrade medan andra kan koncentreras till ett fåtal platser i landet. Utredaren bedömer att en så stor och geografiskt spridd organisation som socialförsäkringsmyndigheten kommer att behöva delegera och decentralisera beslut inom organisationen. Utredaren bedömer också att behoven av samverkan med bl.a. landsting, länsarbetsnämnd och arbetsförmedling kräver att socialförsäkringsmyndigheten finns representerad i länen. Dessutom förutsätter utredaren att personalen anställs i myndigheten, men att det finns en koppling till länen.

Utredaren föreslår vidare att den nya myndigheten skall ledas av en styrelse med fullt ansvar. Dessutom framhåller utredaren behovet av stark medborgarlig insyn i verksamheten och föreslår därför att en särskild förtroendemannaorganisation inrättas. För att på länsnivå följa verksamheten föreslås att det bildas regionala försäkringsdelegationer med 5–7 ledamöter. Fördelningen av ledamöter skall motsvara partifördelningen i riksdagen. Regeringen föreslås utse ordföranden och vice ordföranden. Ledamöterna skall nomineras av partierna i respektive län och mandatperioden skall vara 4 år.

Delegationernas uppgift skall bl.a. vara att utifrån ett medborgarperspektiv bevaka att myndighetens verksamhet på länsnivå bedrivs effektivt och att medborgarna får en god service. Dessutom skall frågor om samverkan med andra aktörer inom länet bevakas.

Utöver de regionala delegationerna föreslås att ett centralt råd som skall säkerställa kommunikationen mellan delegationerna, styrelsen och myndighetschefen inrättas. Rådet skall bestå av de regionala delegationernas ordföranden och rådet skall biträda styrelsen och myndighetschefen i frågor av mer övergripande karaktär, exempelvis viktiga policybeslut.

Enligt direktiven skall utredaren även bl.a. se över frågor som rör tillsyn samt organisationen av pensions- och rehabiliteringsverksamheten. Dessa frågor avser utredaren att närmare behandla i slutbetänkandet.

3.9.3 Försäkringsmedicinskt centrum

Försäkringsmedicinskt Centrum (FMC) utgör en egen resultatenhet inom Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Kärnverksamheten

består i att utföra kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar. FMC har enheter i Nynäshamn, Tranås och Göteborg. Under 2002 har två nya enheter förberetts, varav en i Norrköping och en i Västerås. Med inriktning att verksamheten skall övergå till att vara helt intäktsfinansierad, har FMC under ett uppbyggnadsskede erhållit särskilt ekonomiskt stöd t.o.m. 2002 från folkpensioneringsfonden. Totalt har drygt 55 miljoner kronor utbetalats till FMC under perioden 2000–2002.

RFV har granskat (S2002/6237/SF) de åtgärder som vidtagits för att verksamheten inom FMC skall vara helt avgiftsfinansierad fr.o.m. 2003. Verket föreslår bl.a. att möjligheterna till annan associationsform för FMC utreds.

För det första halvåret 2003 redovisar FMC positiva ekonomiska resultat och stigande beställningsnivåer. Beslut har också fattats om en utvidgning av verksamheten i Västerås. Regeringen finner med hänsyn till att SFA:s framtida utformning för närvarande ses över, inte skäl att i dagsläget utreda förutsättningarna för verksamheten inom FMC.

3.9.4 Övrigt

Insatser för förbättrad myndighetsstyrning

Statskontoret har granskat styrningen av RFV och försäkringskassorna (Rapport 2002:26). Ett fyrtiotal förslag till förbättrad styrning lämnas. Flera syftar till en mer koncernledande roll för RFV. Statskontoret anser att förbättringar kan göras inom nuvarande organisation, men att mer skulle vinnas inom en annorlunda myndighetsstruktur. Ett grundläggande problem anses vara att kassorna inte är myndigheter utan en särskild sorts självständiga rättssubjekt. Statskontorets förslag bereds vidare inom ANSA-utredningen (dir. 2002:166).

Behandling av personuppgifter inom SFA

Regeringen har i prop. 2002/03:135 lagt förslag om skydd för integriteten vid behandling av personuppgifter inom SFA. Propositionen behandlar bl.a. för vilka ändamål personuppgifter får användas, hur sökning får ske och hur de registre-

rade skall informeras. De nya bestämmelserna avses träda i kraft den 1 december 2003.

3.10 Resultatbedömning

3.10.1 Resultat

År 2002 har präglats av ett förbättrat och effektiviserat samarbete mellan RFV och försäkringskassorna. För att komma tillrätta med brister och utveckla organisationens effektivitet pågår ett förändringsarbete med positiva resultat.

Överenskommelser har träffats om gemensamma insatser inom prioriterade områden. Insikten hos försäkringskassorna har ökat när det gäller krav på styrelser och ledning i fråga om ansvarstagande för organisation, ekonomi och resultat. RFV:s insatser fokuseras mot att utveckla och förvalta socialförsäkringen effektivt, kostnadsmedvetet och med god kvalitet.

Inom pensionsområdet har 2002 varit ett framgångsrikt slutår för en flerårig utveckling av nya administrativa system. Viktiga steg har tagits mot att administrationen skall bli en modern 24-timmarsmyndighet. De första versionerna av det nya ärendehanteringssystemet (ÄHS) har driftsatts.

Fortfarande finns dock stora skillnader mellan hur regler tillämpas och hur de försäkrade blir bemötta i olika delar av landet. Utvärderingar visar att medborgarna inte får tillgång till socialförsäkringen på lika villkor. För vissa ärenden är handläggningstiderna alltför långa. Samordningen av rehabiliteringen av långtidssjuka har totalt sett inte varit framgångsrik.

Inriktningen på insatserna har under 2003 varit attitydpåverkan, utbildning och tidigare bedömning av sjukfallen. Det är dock för tidigt att utläsa någon effekt av satsningen. Det är en stor organisation med en komplex verksamhet som ska förändras för att kunna vara ett bättre verktyg inom ohälsoområdet.

Handläggning

Koncentrationen av handläggningen av efterlevandeförmåner och vissa pensionsfrågor har i huvudsak fungerat väl. En viss belastning i verksamheten kan noteras övergångsvis. Bland annat måste utbildning av personal prioriteras under

uppbyggnadsskedet vilket påverkar handläggningstider. Även verksamheten i övrigt vid mottagande försäkringskassa kan påverkas när personal flyttar internt till den nya verksamheten. När det gäller koncentrationen av efterlevandeförmåner tyder det mesta på att koncentrationen kommer att medföra påtagliga rationaliseringseffekter. Efterlevandeförmånerna sysselsatte tidigare 97 årsarbetare i riket, vilket efter koncentrationen har minskat till 45. Koncentrationen av tandvårdsstöd för äldre har ännu inte givit någon rationaliseringseffekt. Verksamheten har drabbats av långa handläggningstider. Inflödet av ärenden har varit betydligt högre än vad som antogs vid förberedandet av koncentrationen. Berörd försäkringskassa bedömer dock att lokaliseringen på sikt kommer att ge positiva effekter.

Produktiviteten hos försäkringskassorna har ökat samtidigt som kvaliteten i handläggningen är i stort oförändrad. Antalet ärenden hos försäkringskassorna har ökat och då särskilt inom ohälsoområdet. Antalet årsarbetare hos försäkringskassorna har legat på en stabil nivå under året samtidigt som volymerna ökat med 4 procent. Resursflexibiliteten har ökat successivt och omfördelning av personalstyrkan har gjorts mot ärendeslag med volymökningar, främst sjukpenningärenden. Trots denna omfördelning kvarstår problem med handläggningen av långa sjukskrivningar och bristande insatser inom rehabiliteringsområdet.

En hög andel ärenden är korrekta avseende beslut och utbetalning när det gäller ärenden med tillräckligt beslutsunderlag. Spridningen mellan kassorna är mycket liten i dessa avseenden. De brister som finns gäller i huvudsak beslutsunderlagen. Andelen ärenden med tillräckliga beslutsunderlag skiljer mest mellan förmåner. Lågst korrekthet i beslutsunderlag återfinns bland underhållsstöd, familjebidrag och bostadsbidrag. Högst korrekthet i beslutsunderlag konstateras för tillfällig föräldrapening, bilstöd och sjukbidrag. De förmånslag som övervägande haft bristfälliga resultat är små förmåner som inte förekommer så ofta. Kvaliteten mellan de olika försäkringskassorna varierar.

Genomströmningstiderna för SFN-ärenden har inte förändrats nämnvärt jämfört med 2001. Genomströmningstiden för handläggningen av assistansersättning, handikappersättning och vårdbidrag är och har länge varit oacceptabelt långa. Variationen mellan försäkringskassorna är

stor. Under året har ett samverkansprojekt mellan RFV och försäkringskassorna pågått som syftat till att avsluta de längst pågående ärendena avseende personer med funktionshinder. Genomströmningstiden för ärende om arbetsskadelivränta är fortsatt oacceptabelt lång men varierar mycket mellan de olika försäkringskassorna.

Ekonomistyrning

Medvetenheten inom hela SFA har ökat beträffande vikten av en väl fungerande ekonomistyrning. Ett gemensamt styrkort för hela SFA är under utarbetande. Effektivare arbetsformer och processorientering har bidragit till en ökad resursflexibilitet. Samtliga omstruktureringar inom försäkringskassorna har bidragit till ett mer effektivt resursutnyttjande. Styrningsprocesserna, inklusive lednings- och kommunikationssystem, samt utnyttjandet av befintliga data varierar dock mellan kassorna. Detta kan ge olika prioriteringar i styrningen av resurser, så att resursanpassningar slår igenom i olika utsträckning eller olika fort. Förutsättningar för resursfördelning kan också vara olika stora, eftersom kassorna har skilda metoder för medelsfördelning.

Medarbetarna inom SFA

De enkäter kring arbetsmiljön som varje försäkringskassa genomför, och där den psykosociala arbetsmiljön får mycket utrymme, pekar på i stort sett oförändrade resultat jämfört med föregående år. Det finns ett fortsatt behov av insatser för att förbättra arbetsmiljön.

Medarbetarna vid försäkringskassorna har haft fortsatt hög sjukfrånvaro. Denna låg redan 2001 på en mycket hög nivå (7,8 procent) och har nu ökat ytterligare. Rikssnittet för försäkringskassorna låg 2002 på åtta procent av den kontrakterade arbetstiden.

Sjukfrånvaron är fortsatt förhållandevis låg inom RFV, även om omfattningen ökat något i jämförelse med föregående år. RFV Data uppvisar lägre frånvaro (3,3 procent) i jämförelse med RFV Försäkring (4,7 procent). En majoritet av medarbetarna, 58 procent, hade ingen sjukfrånvaro alls 2002.

3.10.2 Resurser

SFA finansieras till största delen genom statliga anslag men även med avgiftsintäkter avseende egna resultatområden. Administration av ålderspension i form av tilläggspension och inkomstpension finansieras genom ersättning från AP-fonden. Investeringar i anläggningstillgångar finansieras genom lån i Riksgäldskontoret. Kostnad för räntor och amorteringar belastar därefter i huvudsak RFV:s anslag. Kostnader för räntor och amorteringar kopplat till ålderspensionssystemet finansieras genom medel från AP-fonden.

Den totala kostnaden för administrationen av socialförsäkringen uppgick 2002 till drygt åtta miljarder kronor. I *tabell 3.14* redovisas SFA:s samlade kostnader under året för handläggning och information samt för övriga verksamhetsgrenar fördelade per verksamhetsområde.

Av de totala kostnader för socialförsäkringen (380 mdkr år 2002), utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent, varav cirka hälften avser administration av ekonomiskt stöd vid arbetsförmåga och åtgärder mot ohälsa. Regeringen konstaterar att SFA:s totala produktivitet har ökat. Trots en fortsatt ökning av ärendevolymer under 2002, har inte motsvarande ökning skett av kostnaderna för administrationen. Den största procentuella volymförändringen 2002 står bostadstillägg till pensionärer (BTP) för, som under året ökade med 17 procent. Detta beror främst på att pensionsreformen medför att samtliga BTP-beslut måste räknas om för att undvika indragning av förmånen.

Under de närmaste åren finns för RFV:s del, förutom prioriterade insatser inom ohälsan m.m., flera tunga frågor med finansiell innebörd främst inom IT-området. Det gäller bl.a. utveckling av Internet- och telefonitjänster inom ramen för 24-timmarsmyndigheten och förnyelsen av den äldre stordatorbaserade IT-miljön till ny miljö.

Tabell 3.14 Socialförsäkringsadministrationens kostnader för handläggning och information samt övriga verksamhetsgrenar fördelat per verksamhetsområde, 2002

Miljoner kronor

Verksamhetsområde	Handläggning		Verksamhetsgren Information		Övrigt ¹	Totalt
	FK	RFV	FK	RFV		
Tandvård	126	32	1	2	9	170
Hälso- och sjukvård	13	9	0	1	3	26
Insatser för delaktighet/jämlikhet	136	15	1	1	4	157
Åtgärder mot ohälsa	957	23	27	2	7	1 016
Ersättning vid arbetsförmåga	2 736	222	38	17	63	3 076
Ersättning vid ålderdom	279	102	10	8	29	428
Ersättning vid dödsfall	37	17	1	1	5	61
Ålderspensionssystemet	293	383	49	28	109	862
Försäkring (Familjebidrag)	769	105	26	8	30	938
Behovsprövade bidrag	811	128	18	9	37	1 003
Generella bidrag	86	26	2	2	7	123
Andra utbetalningar	238	100	4	7	29	378
Totalt	6 481	1 162	177	86	332	8 238

¹ Ca 2 % (32 mnkr) av RFV:s administrativa resurser avsattes 2002 för normering, 0,5 % (6 mnkr) för tillsyn, 3 % (43 mnkr) för ekonomistyrning, 6 % (93 mnkr) för IT-utveckling och 10 % (158 mnkr) för stabsfunktion.

Källa: RFV

3.10.3 Analys och slutsatser

Regeringen skall skyndsamt överväga frågan om att inordna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket i en ny sammanhållen statlig myndighet.

Det är av stor vikt att en stabil grund skapas för en positiv vidareutveckling av verksamheten inom socialförsäkringsadministrationen.

Behovet av förändringar av socialförsäkringens administration har påtalats i olika sammanhang under senare år. Så framhåller exempelvis Statskontoret i rapporten "Bättre styrning av socialförsäkringens administration" (Statskontorets rapport 2002:26) att den nuvarande organisationsmodellen gynnar uppkomsten av misstänksamhet och brist på förtroende mellan olika nivåer i systemet eftersom ansvaret och befogenheterna inte är tydliga. Statskontoret anser att försäkringskassornas associationsform ter sig allt mer otidsenlig och att den naturliga och självklara formen är statlig myndighet.

Även Riksrevisionsverket (RRV) berör i sin rapport "Välfärdssystemen behöver förenklas" (RRV 2002:20) behovet av förändringar i socialförsäkringsadministrationen och understryker behovet av att tydligheten i ledningen av socialförsäkringsadministrationen ökar. RRV poängterar att man redan i olika sammanhang uttalat sitt stöd för att försäkringskassorna inordnas i den statliga förvaltningsstrukturen och att socialförsäkringsadministrationen ges en tydlig och sammanhållen organisationsform.

Som ett led i arbetet med att komma tillrätta med den ökande ohälsan föreslås i betänkandet (SOU 2002:5) Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet att försäkringskassorna organiseras inom ramen för den normala statliga myndighetsstrukturen. Dessutom föreslås att en fast organisatorisk samverkan mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan övervägs.

De förändringar som genomfördes den 1 juli 1998 och den 1 januari 1999 i socialförsäkringens administration syftade till att utveckla organisationens effektivitet samt tydliggöra ansvar och befogenheter. Det har dock enligt regeringens uppfattning visat sig att trots förändringarna kvarstår många problem. I budgetpropositionen för 2003 konstaterar regeringen att förklaringen

till de stora skillnader i resultat som fortfarande kan påvisas mellan försäkringskassorna i huvudsak finns i interna faktorer hos socialförsäkringsadministrationen, nämligen ledning, kontroll och styrning. Till detta kommer också behovet av kraftfulla åtgärder för att bryta ohälsoutvecklingen och för att använda samhällets samlade resurser på bästa sätt för den försäkrade.

Enligt ANSA-utredningen (SOU 2003:63) behöver förändringar vidtas i organisationsstruktur och ansvarsfrågor. Utredaren föreslår därför att en ny sammanhållen statlig myndighet inrättas för administrationen av socialförsäringen och att försäkringskassorna och RFV inordnas i den. Utredaren har bl.a. undersökt de juridiska aspekterna på en sådan förändring och betonar att det ut juridisk synpunkt inte är mycket som talar för bibehållande av en fristående ställning för försäkringskassorna. Samtliga föreningsrättsliga bestämmelser är ersatta av reglering och verksamheten är helt styrd i lag. Kopplingen till privaträttsliga subjekt är obefintlig. Det är å andra sidan helt klart att lagstiftaren inte ser försäkringskassorna som statliga myndigheter, vilket har lett till att de har en speciell, juridisk status som bedöms genom lagstiftning eller praxis från område till område och som faller mellan stolarna i regeringsformens regelverk. De statliga myndigheterna lyder under regeringen om inget annat framgår av regeringsformen eller annan lag. Utredaren menar att det inte finns någon rimlig anledning till att just socialförsäkringsadministrationen, som har nationell politisk betydelse och är helt statligt reglerad och finansierad, skulle undandras regeringens styrning.

Utredaren har också närmare studerat vilken statlig myndighetsmodell som bör gälla för den framtida socialförsäkringsadministrationen och funnit att en sammanhållen myndighet ger bästa förutsättningar för att uppnå målen. Framför allt ansvarsutkrävandet bedöms bli tydligare i en sådan modell. Detsamma gäller även den gemensamma personalpolitiken inklusive kompetensutvecklingen där det t.ex. blir lättare att arbeta målgruppsindelad. I en myndighet ges också bättre förutsättningar för gemensamma värderingar och förhållningssätt, vilket bedöms viktigt när nuvarande skilda kulturer skall omformas till en ny gemensam.

Som ett led i beredningen av förslagen i ANSA:s delbetänkande har en hearing

genomförts med företrädare för försäkringskassorna, Riksförsäkringsverket, personalorganisationerna och övriga berörda myndigheter och organisationer. I samband med hearingen lämnades yttranden från Försäkringskassaförbundet, Statstjänstemannaförbundet, SACO, Riksförsäkringsverket, Statskontoret, Arbetsgivarverket, Ekonomistyrningsverket, Premiepensionsmyndigheten, Arbetsmiljöverket, Kommun- och Landstingsförbundet, Landsorganisationen, Tjänstemännens centralorganisation, Svenskt Näringsliv och Handikappförbundens samarbetsorgan. De synpunkter som framkommit i samband med denna hearing kommer att beaktas i den fortsatta beredningen av frågan.

Utredaren finner att ändringar som förtydligar ansvar och som ger bättre förutsättningar för ett kraftfullt gemensamt utvecklingsarbete bör vidtas för socialförsäkringsadministrationen.

Utredaren föreslår att den nya myndigheten skall ledas av en styrelse med fullt ansvar.

Beträffande styrelser med fullt ansvar framhåller Statskontoret i sin rapport att i sådana fall leder styrelsen verksamheten och ansvarar inför regeringen för de mål som sätts upp. Myndighetschefen svarar för den löpande verksamheten enligt styrelsens direktiv. Myndigheter som har en verksamhet som innebär ett stort finansiellt och självständigt ansvar har ofta styrelse med fullt ansvar. Myndighetschefen ingår i styrelsen men ordföranden hämtas utifrån. Styrelser med fullt ansvar bör präglas av att styrelsen skall vara en förstärkning av ledningen och mindre präglas av att svara för medborgerlig insyn. Styrelser med fullt ansvar har normalt mandatperioder om ett år.

Medborgerlig insyn i den framtida socialförsäkringsadministrationen föreslås i betänkan- det ske genom en särskild förtroendemannaorganisation. På regional nivå föreslås uppgiften bl.a. vara att utifrån ett medborgarperspektiv bevaka att myndighetens verksamhet på länsnivå bedrivs effektivt och med god service. På central nivå föreslås uppgiften vara att biträda styrelse och myndighetschef i frågor av övergripande karaktär.

Statskontoret har i sin rapport även berört frågor som rör förtroendemäns/lekmäns medverkan i myndigheternas beslutsprocesser.

I enlighet med utredningens direktiv behandlar delbetänkandet i första hand frågor av mer principiell karaktär som rör fördelning av

uppgifter och ansvar mellan berörda aktörer. Den grundläggande frågan därvid, som är särskilt styrande för detaljutformningen av organisationen är om försäkringskassorna och RFV skall inordnas i en ny sammanhållen statlig myndighet. Med hänsyn till de synpunkter som framförts om att det är viktigt att organisationen inte skall behöva leva länge i ovisshet om vad som skall gälla i framtiden kommer regeringen att skyndsamt överväga frågan.

De anslagsbelopp som anges för åren 2005 och 2006 i budgetpropositionen för 2004 är en s.k. konsekvensberäkning vilken baseras på beslut som riksdagen redan fattat. Vad gäller socialförsäkringsadministrationen har regeringen således inte slutligt tagit ställning till resursbehovet för 2005 och 2006. Regeringen menar också att en av förutsättningarna för att kunna uppnå målet om halverad sjukfrånvaro 2008 är en väl fungerande socialförsäkringsadministration. Detta är viktigt för att samhällets resurser skall kunna användas så effektivt som möjligt i kampen mot ohälsan. En fortsatt satsning inom ohälsområdet kommer sannolikt att vara nödvändig. Därvid kommer en genomgång av socialförsäkringsadministrationens framtida resurser att behöva göras. För regeringen är det mycket viktigt att organisationen ges goda förutsättningar att arbeta effektivt med bland annat ohälsofrågor.

3.11 Revisionens iakttagelser

Socialförsäkringsförmåner

Revisionen har inte framfört några iakttagelser av större vikt.

Socialförsäkringsadministrationen

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat RFV:s årsredovisning och underliggande redovisning avseende 2002 och bedömer att den i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder inom socialförsäkringsområdet med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och RFV. RRV har även följt upp SFA:s instrument för kvalitetsbedömning i ärendehandläggningen, Qben II (23-2002-0855) och konstaterat att instrumentet inte fungerar

optimalt. Regeringen har i sammanhanget noterat RRV:s påpekande om brister och vikten av försiktighet i tolkningen av resultaten som presenteras i RFV:s årsredovisning 2002 (se Årsredovisning för staten 2002, skr. 2002/03:101). Vidare har RRV granskat hur regeltillämpning och kontroll har utvecklats inom socialförsäkringsområdet (2002:18). Verket föreslår en översyn för att förenkla lagstiftningen och göra den bättre anpassad till den moderna informationsteknologins förutsättningar och rådande arbets-situation inom administrationen. RRV:s rapport bereds inom ramen för ANSA-utredningen (dir. 2002:166).

Riksdagens revisorer har på eget initiativ beslutat genomföra en förstudie om hur sjukförsäkringens administration hanterat kostnadsutvecklingen inom ohälsområdet. Revisorerna anger (2002/03:16) att en fördjupad granskning med anledning av studiens resultat inte skall genomföras, bl.a. på grund av aviserade förändringar av SFA.

3.12 Förslag till regeländringar

Pågående försök enligt den tidsbegränsade lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst

Regeringens förslag: Pågående försöksverksamheter inom Socsam skall få fortsätta under ytterligare tre år. Detta skall gälla de Socsam-försök som har inletts före den 1 juli 2003 och som fortfarande pågår vid utgången av år 2003.

Förutsättningarna för att fortsätta ett Socsam-försök skall regleras genom en särskild lag om fortsatt lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa fall. Denna lag skall träda i kraft i anslutning till att lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst upphör att gälla vid utgången av 2003.

Bestämmelserna i sistnämnda lag skall fortfarande tillämpas på de Socsam-försök som omfattas av lagen om fortsatt lokal försöksverksamhet.

En förutsättning för att få fortsätta med ett Socsam-försök skall vara att det inom det geo-

grafiska försöksområdet inte samtidigt bedrivs finansiell samordning enligt lagen (2003:000) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting.

Riksrevisionen skall utse den revisor som för den allmänna försäkringskassans räkning skall granska försöksverksamhetens räkenskaper, årsredovisning och förvaltning.

De förlängda Socsam-försöken skall utvärderas under försöksperioden.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har i samband med att förslaget om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet lämnades (prop. 2002/03:132) uttalat att den skall återkomma med förslag till en treårig förlängning av de pågående försöksverksamheterna inom Socsam.

För närvarande bedrivs Socsam-försök i följande sex försöksområden:

- Grästorps kommun (Beställarförbundet 5 S i Grästorp)
- Haninge kommun (Beställarförbundet Socsam i Haninge)
- Hisingen i Göteborgs kommun (Beställarförbundet DELTA på Hisingen)
- Finspångs kommun (Finspångs Beställarförbund)
- Laholms kommun (Beställarförbundet Fyrverkeriet i Laholm)
- Stenungsunds kommun (Beställarförbundet 4S i Stenungsund)

På de orter där Socsam-försök bedrivs finns ett stort engagemang hos såväl berörda aktörer som befolkningen. Genom försöksverksamheten har det upparbetats ett särskilt samarbetsklimat samt etablerats nätverk för samarbete över huvudmannaskapsgränserna. Regeringen anser att de positiva erfarenheter som är förenade med försöken bör tas tillvara. Det finns också anledning att underlätta planering och förberedelser för en eventuell övergång till finansiell samordning av det slag som föreslås i prop. 2002/03:132. Regeringen anser därför att de nu pågående Socsam-försöken bör få möjlighet att fortsätta under ytterligare tre år, dvs. till utgången av år 2006.

De samverkansparter som vill inleda samordning inom rehabiliteringsområdet, skall göra det enligt den lagstiftning som föreslås i prop. 2002/03:132, och som avses träda i kraft den 1 januari 2004. Det finns också möjlighet att bedriva samverkan inom Frisam (prop. 1996/97:63). Dessutom kan ett landsting och en eller flera kommuner samverka enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Möjligheten till framtida Socsam-försök bör mot denna bakgrund begränsas till de försök som har påbörjats före den 1 juli 2003 och som fortfarande pågår, när Socsam-lagen upphör att gälla.

Ett syfte med förlängningen av pågående försök är bl.a. att utvärdera effekterna av samordnade insatser av förebyggande natur. Regeringen avser att återkomma angående formerna för och inriktningen av utvärderingen. Genom förlängningen får samverkansparterna inom Socsam dessutom mer tid för att överväga formerna för framtida samverkan.

Lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam-lagen) upphör att gälla vid utgången av 2003. Den lagstiftning om finansiell samordning som föreslås i ovannämnda prop. 2002/03:132 avses träda i kraft den 1 januari 2004. Med hänsyn till att endast redan pågående Socsam-försök skall få bedrivas efter år 2003, kan det inte bli aktuellt att förlänga giltighetstiden för Socsam-lagen i dess helhet. Förutsättningarna för att ett Socsam-försök skall få fortsätta bör i stället regleras genom en särskild lag om fortsatt lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa fall (förlängningslagen). En förutsättning för att starta ett Socsam-försök är enligt 1 § Socsam-lagen att regeringen har medgett det. Något krav på ytterligare medgivande för att fortsätta verksamheten med stöd av förevarande lag uppställs däremot inte.

Genom den förlängningslag, som föreslås träda i kraft den 1 januari 2004, kommer pågående Socsam-försök att få fortsätta till och med utgången av år 2006. Enligt en föreskrift i den nya lagen skall bestämmelserna i Socsam-lagen fortfarande tillämpas i de fall ett Socsam-försök får fortsätta enligt förlängningslagen.

Vid Socsam-försök tillämpas enligt föreskrifter i 10, 12, 17 och 24 §§ Socsam-lagen vissa bestämmelser i kommunalförbundslagen (1985:894).

Den sistnämnda lagen upphörde emellertid att gälla den 1 januari 1998 samtidigt som det i kommunallagen (1991:900, KL) infördes bestämmelser om kommunalförbund. I 3 punkten övergångsbestämmelserna (1997:550) till KL:s bestämmelser om kommunalförbund föreskrivs att äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om sådant beställarförbund och kommunalförbund som bildats enligt Socsam-lagen.

Samtliga de Socsam-försök som kan komma i fråga för en förlängd försöksperiod bedrivs genom beställarförbund som har bildats enligt Socsam-lagen. Med hänsyn härtill och till att dessa försök skall bedrivas med tillämpning av den upphävda Socsam-lagen kommer de i denna lag angivna bestämmelserna i kommunalförbundslagen att vara tillämpliga på de fortsatta Socsam-försöken. Det finns därför inte behov av någon ytterligare föreskrift om att vissa bestämmelser i kommunalförbundslagen är tillämpliga.

Även om Socsam och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet är uppbyggt på likartat sätt, finns det vissa skillnader mellan dessa två samordningsformer. Det föreligger bl.a. den skillnaden att länsarbetsnämnden kan delta som part endast i finansiell samordning. Vidare bedrivs Socsam genom ett beställarförbund, medan finansiell samordning bedrivs genom ett samordningsförbund. Parternas resursandelar i samordning bestäms på olika sätt inom dessa två system, medan målgruppen delvis är gemensam. Inom Socsam skall det dessutom ske en resultatfördelning mellan parterna. Det framstår enligt regeringens mening därför som olämpligt att inom ett och samma geografiska område bedriva såväl Socsam som finansiell samordning. Även det förhållandet att såväl Socsam-försöken som finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet skall utvärderas talar för att dessa system för samordning i den praktiska tillämpningen måste hållas åtskilda. En förutsättning för att få fortsätta ett Socsam-försök bör därför vara att det inom det geografiska försöksområdet för Socsam inte samtidigt bedrivs finansiell samordning.

Sedan den 1 juli 2003 gäller nya bestämmelser för revision av statlig verksamhet, vilka återfinns i lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. I samband med det har det inrättats en ny myndighet – Riksrevisionen – som övertar de uppgifter som tidigare har legat på Riksrevisionsverket och Riksdagens revisorer. Genom

den lagens ikraftträdande upphävdes lagen om skyldighet att tillhandahålla Riksdagens revisorer vissa handlingar m.m., lagen om Riksrevisionsverkets granskning av statliga aktieföretag och stiftelser samt lagen om revision av Regeringskansliet. Någon övergångsbestämmelse har inte ansetts behövlig. Enligt författningskommentaren till den nya lagen om revision (prop. 2001/02:190, s. 161) följer det av allmänna förvaltningsrättsliga principer att de oavslutade ärenden som finns hos Riksdagens revisorer och Riksrevisionsverket när myndigheterna läggs ned skall lämnas över till Riksrevisionen.

I 24 § Socsam-lagen föreskrivs bl.a. att revision för den allmänna försäkringskassan skall utses av Riksrevisionsverket. Denna föreskrift syftar på den revisor som för försäkringskassans räkning skall granska styrelsen för ett beställarförbund inom Socsam. Vad som i Socsam-lagen föreskrivs om Riksrevisionsverket, bör med anledning av reformeringen av revisionen av statlig verksamhet i stället tillämpas på Riksrevisionen. I den föreslagna lagen om fortsatt lokal försöksverksamhet med finansiell samordning bör det införas en uttrycklig bestämmelse om detta (3 §).

Styrelsen för ett beställarförbund skall enligt 23 § Socsam-lagen fortlöpande föra räkenskaper över beställarförbundets medel. Därvid gäller i tillämpliga delar lagen (1997:614) om kommunal redovisning. I 1 kap. 4 § sistnämnda lag föreskrivs att ett räkenskapsår enligt den lagen omfattar ett kalenderår. Enligt 23 § Socsam-lagen skall styrelsen i ett beställarförbund årligen och inom tre månader från räkenskapsårets utgång upprätta årsbokslut och årsredovisning. För räkenskapsåret 2003 skall årsbokslut och årsredovisning således upprättas under första kvartalet 2004. Vad som föreskrivs i 3 § den föreslagna lagen kommer således att tillämpas även vid granskning av räkenskapsåret 2003.

3.13 Budgetförslag

3.13.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tabell 3.14 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

2002	Utfall	48 500 453	Anslags-sparande	125 352
2003	Anslag	44 483 496 ¹	Utgifts-prognos	47 521 721
2004	Förslag	44 424 423 ²		
2005	Beräknat	44 468 665		
2006	Beräknat	45 245 774		

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget.

² 4 715 524 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2004 varav 405 591 tkr avser regleringsbelopp för år 2001.

Redovisningen av anslaget är uppdelat på de tre anslagsposterna

- sjukpenning
- rehabilitering
- närståendepenning.

Sjukpenning

Här redovisas 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. Av anslaget får högst 5 procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas för samverkan inom rehabiliteringsområdet samt för den finansiella samordning inom rehabiliteringsområdet som regeringen föreslår i proposition 2002/03:132.

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.

Försäkringsutgifterna för sjukpenningen uppgick till 40 958 miljoner kronor 2002, vilket är en ökning med 4 265 miljoner kronor eller ca 12 procent jämfört med 2001. Kostnadsökningen beror till största del på ökning i antalet ersatta dagar, men ökning av medelersättningen har också påverkat i viss mån. Utgifterna för sjukpenning har fortsatt att stiga även under 2002, dock med något minskad takt. Vid jämförelse mellan utfallet för perioden januari – juli 2002 med motsvarande period 2003 erhålls en ökning av utgifterna med ca 2,3 procent. För 2003 beräknas kostnaden för sjukpenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till ca 44 miljarder kronor, för 2004 till ca 40,7 miljarder kronor, för 2005 till ca 40,6 miljarder kronor och för 2006 till ca 41,2 miljarder kronor.

Rehabilitering

Anslagsposten Rehabilitering har fr.o.m. år 2003 delats upp i två poster. Rehabiliteringspenning och Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. Från och med 2003 finns ytterligare en anslagspost – förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Rehabiliteringspenning

En person som deltar i yrkesinriktad rehabilitering kan få rehabiliteringspenning. Utgiftsutvecklingen styrs av antalet ersatta dagar, timlöneutvecklingen och regelverket.

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick år 2002 till 4,2 miljoner. Ökningstakten för anslagsposten har varit lägre än prognostiserat. Den har under de senaste två åren varit kring 250 000 dagar. Mot bakgrund av det pågående arbetet med att på olika sätt minska antalet sjukskrivningar kan antalet personer som genomgår någon form av rehabilitering förväntas öka. För 2003 beräknas kostnaderna för rehabiliteringspenning (inkl. statlig ålderspensionsavgift) till ca 2,4 miljarder kronor, för 2004 till ca 2,6 miljarder kronor, för 2005 till ca 2,8 miljarder kronor och för 2006 till ca 3,1 miljarder kronor.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

För försäkringskassorna finns vissa medel tillgängliga för att köpa kvalificerade utredningar och även för köp av vissa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Utgiftens storlek är beroende av försäkringskassornas behov av kvalifi-

cerade utredningsunderlag m.m. Kostnaderna för denna anslagspost uppgick år 2002 till 833 miljoner kronor vilket var 192 miljoner kronor mindre än de medel som var disponibla för ändamålet. För 2003 beräknas kostnaderna för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster uppgå till 949 miljoner kronor, för 2004 till 972 miljoner kronor, för 2005 till 927 miljoner kronor och för 2006 till 927 miljoner kronor.

Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Anslagsposten är ny fr.o.m. i år. Medel har beviljats för åren 2003 och 2004. Medlen som för 2004 uppgår till 70 miljoner kronor får användas först efter beslut av regeringen.

Närståendepenning

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

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar (nettodagar) uppgick 2002 till 90 700. Under de senaste åren har såväl antalet ersatta dagar som ersättning per dag ökat något mer än beräknat. Närståendepenning utbetalades 2002 till 9 400 personer för vård av 7 800 sjuka. Genomsnittligt ersattes knappt tio dagar per vårdare. Det genomsnittliga antalet ersatta dagar per person som vårdas var 12 dagar. Antalet dagar per person såväl vad gäller vårdare som personer som vårdas ligger därmed kvar på samma nivå som under 2001. Det övervägande antalet uttagna dagar är hela dagar. Män som tar ut närståendepenning har ökat sin andel något genom åren men fortfarande är sju av tio vårdare kvinnor. Den genomsnittliga ersättningsnivån per nettodag var 680 kronor. För män ligger den genomsnittliga ersättningsnivån ca 100 kronor högre än för kvinnor.

Prognosen för 2003–2006 är beräknad på att antalet ersatta dagar fortsätter att öka med ca 3 500 dagar per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2003 beräknas kostnaderna för närståendepenningen uppgå till 73 miljoner kronor, för 2004 till 79 miljoner kronor, för 2005 till 85

miljoner kronor och för 2006 till 91 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2003 och därefter är osäkra. Arbetet med att minska kostnaderna för ohälsan fortsätter och kommer att intensifieras ytterligare. Regeringen aviserar under avsnittet 3.6.3 åtgärder för att minska sjukskrivningsnivån.

Tabell 3.15 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	46 943 496	46 943 496	46 943 496
Förändring till följd av:			
Beslut	-2 519 073	-2 474 831	-1 697 722
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-	-	-
Volym	-	-	-
Överföring till/från andra anslag	-	-	-
Övrigt	-	-	-
Förslag/beräknat anslag	44 424 423	44 468 665	45 245 774

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 44 424 423 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering, m.m.* under 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 44 468 665 000 kronor respektive 45 245 774 000 kronor.

3.13.2 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tabell 3.16 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.¹

Tusental kronor

2002	Utfall	49 917 141	Anslags-sparande	- 1 398 327
2003	Anslag	59 624 970 ²	Utgifts-prognos	59 549 476
2004	Förslag	64 855 417³		
2005	Beräknat	71 014 861		
2006	Beräknat	74 687 874		

¹ T.o.m. år 2002 Förtidspensioner

² Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget.

³ 10 050 000 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2004, varav - 1 909 000 tkr avser regleringsbelopp för år 2001

Fr.o.m. 2004 ingår i detta anslag även kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning vilka tidigare redovisades som ett särskilt anslag.

Aktivitets- och sjukersättning

Under anslagsposten redovisas utgifter för aktivitets- och sjukersättning samt barn tillägg till förtidspension. Barn tilläggen har i princip avskaffats, men de som var berättigade till barn tillägg 1990 har fortfarande rätt att uppbära förmånen enligt äldre regler och de sista barn tilläggen kommer att betalas ut 2005. Under denna anslagspost redovisas även de statliga ålderspensionsavgifterna som framgår av ovanstående tabell.

Genom riksdagsbeslut ersattes förtidspension och sjukbidrag fr.o.m. 2003 av förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning. Ändringen innebär bl.a. att vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan utges aktivitetsersättning till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 30–64 år. De personer som vid årsskiftet 2002/2003 uppbar förtidspension eller sjukbidrag fick sin förmån automatiskt omvandlad till sjukersättning respektive tidsbegränsad sjukersättning genom en engångsinsats.

Utgiftsutvecklingen för de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning är, på samma sätt som förtidspensionerna var, beroende av ett flertal olika faktorer. De viktigaste är utvecklingen av de långa sjukskrivningarna, de demografiska förhållandena, regeltillämpningen, praxisutvecklingen samt inkomst- och utvecklingen av prisbasbeloppet.

Det har skett en successiv och tilltagande ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag sedan slutet av 1999. Försäkringsutgifterna minskade ändå med ca 250 miljoner kronor mellan 2001 och 2002 på grund av den positiva slutregleringen av statlig ålderspensionsavgift för 2002. Anslagsbeloppet för 2002 överskreds med ca 80 miljoner kronor. Det utgående underskottet till 2003 ökade härmed till ca 1 400 miljoner kronor.

Under 2002 skedde en markant ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och i slutet av året uppgick antalet personer som uppbar förtidspensioner och sjukbidrag till ca 488 600. Ökningen är i huvudsak en följd av den kraftiga uppgången av antalet långa sjukfall under de senaste åren och kvinnorna svarar för en stor del av ökningen. Den utvecklingen är jämte den demografiska situationen, med relativt sett många personer i arbetskraften som är födda på 1940-talet, de främsta orsakerna till att ett stort antal nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kan förväntas även under de kommande åren.

Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Sedan 1999 finns ett särskilt försäkringsstöd för att finansiera ersättning som – enligt lagen (1998:175) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag – utges till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med avseende på återstående arbetsförmåga på 25 procent. 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. Detta försäkringsstöd har redovisats under anslaget 19:5 *Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning*. Med hänsyn till storleken på an-

slaget och svårigheterna att beräkna utgifterna avser regeringen att fr.o.m. 2004 redovisa dessa kostnader under anslaget 19:2 *Aktivitets- och sjukersättning m.m.*

Utvecklingen av kostnaderna för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, av faktureringsrutiner på Samhall och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivaren i varje enskilt fall. Trots att anslaget höjdes genom tilläggsbudget och att anslagskrediten höjdes, uppstod ett överskridande av tillgängliga medel 2002 med närmare 800 000 kronor som medgavs genom beslut av regeringen. Utgifterna ökade från ca 5 miljoner kronor 2001 till närmare 9,6 miljoner kronor 2002. För innevarande år beräknas utgifterna till ca 15 miljoner kronor och för 2004 –2006 till drygt 15 miljoner kronor per år.

Regeringens överväganden

Av ovanstående framgår att en fortsatt successiv ökning av antalet 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 uppbar sjuk- eller aktivitetsersättning kommer att öka successivt från nuvarande drygt 488 000 till över 500 000 i slutet av 2003.

Det nationella målet som regeringen satt upp för ökad hälsa i arbetslivet – och som riksdagen ställt sig bakom – innebär bl.a. att antalet nya aktivitetsersättningar och sjukersättningar skall minska fram till 2008 i förhållande till 2002. Även om den prognosticerade utvecklingen för närvarande pekar på att målet går att uppnå, krävs fortsatta kraftfulla åtgärder inte minst för att motverka de successivt stigande försäkringsutgifterna för dessa förmåner.

Det är därför angeläget att olika åtgärder vidtas som påverkar utvecklingen även på kort sikt och som riktar sig till dem som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning för att de skall kunna helt eller delvis återgå till arbetslivet. Regeringen har tidigare framhållit det angelägna i att alla förtidspensionärer skall kunna utnyttja sin återstående arbetsförmåga fullt ut och att en aktivare uppföljning och efterkontroll av beviljade förtidspensioner behöver göras. För att få

underlag för detta gav regeringen i regleringsbrevet för 2002 RFV i uppdrag att redovisa hur försäkringskassorna bedriver sin verksamhet med att följa upp tidigare beviljade förtidspensioner och sjukbidrag, dvs. numera aktivitets- och sjukersättningar. En sammanfattning av den nu lämnade redovisningen finns under avsnitt 3.6.2. Analys och slutsatser. Regeringen delar RFV:s uppfattning att det är otillfredsställande att uppföljningen av beviljade förmåner har låg prioritet. Under 2003 kommer verket att genomföra ett projekt för utveckling av kvaliteten i ärenden om sjuk- och aktivitetsersättning. Häri ingår efterkontroller som ett område som behöver åtgärdas. Det innebär att RFV kommer att arbeta med åtgärder för att förbättra arbetet med efterkontrollen av dem som uppbär sjuk- och aktivitetsersättning. Regeringen utgår från att verket årligen i samband med årsredovisningen kommer att informera regeringen om arbetet med att stärka efterkontrollen på detta område.

Den fortsatta uppföljningen av de fr.o.m. 2000 införda reglerna om vilande förtidspension, vilka syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv, visar – enligt en delredovisning nyligen från RFV – att under 2002 fördubblades antalet förtidspensionärer som utnyttjade möjligheten att pröva att förvärvsarbeta med sin förmån vilande utan att förlora rätten till sin pension. Denna positiva utveckling skall ses mot bakgrund av de informationsinsatser som RFV på uppdrag av regeringen inledde den 1 januari 2002.

Oavsett påbörjande, vidtagna och aviserade åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet finns det mycket som talar för att utvecklingen av de långa sjukfallen i kombination med de demografiska förhållandena leder till att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kommer att ligga på en fortsatt mycket hög nivå under hela budgetperioden, dvs. t.o.m. 2006. Det innebär att antalet personer som uppbär dessa förmåner successivt kommer att öka ytterligare under ett antal år. Utvecklingen därefter beror i hög grad på vad det pågående arbetet mot ohälsan i arbetslivet leder till för resultat. Med de demografiska förhållandena avses dels de stora åldersgrupperna som är födda på 1940-talet och som under de närmaste åren uppnår de åldrar då risken att helt eller delvis förlora arbetsförmågan av medicinska skäl är som störst, dels att för-

hållandevis få personer med sjukersättning övergå till ålderspension under de närmaste åren.

Tabell 3.17 Härlledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättning

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	58 024 970	58 024 970	58 024 970
Förändring till följd av:			
Beslut	–	–	–
Övriga makroekonomiska förutsättningar	642 895	1 654 992	2 688 621
Volymer	5 923 535	11 207 966	13 755 752
Överföring till/från andra anslag	15 600	16 200	16 800
Övrigt	248 417	110 733	201 731
Förslag/beräknat anslag	64 855 417	71 014 861	74 687 874

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 64 855 417 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* under 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 71 014 861 000 kronor respektive 74 687 874 000 kronor.

3.13.3 19:3 Handikappersättningar

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	1 176 556		Anslags-sparande	– 18 551
2003	Anslag	1 190 915		Utgifts-prognos	1 201 000
2004	Förslag	1 224 000			
2005	Beräknat	1 235 000			
2006	Beräknat	1 258 000			

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. Handikappersättning betalas med belopp som på årsbasis motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Utgiftsutvecklingen styrs främst av prisbasbeloppsutvecklingen, andel retroaktiva utbetalningar och utvecklingen av antalet personer med handikappersättning. En förändring av prisbas-

beloppet med 100 kronor påverkar utgifterna för handikappersättning med drygt 3 miljoner kronor. Om antalet personer med handikappersättningar med högsta ersättningsnivån avviker med 100 stycken från prognostiserat antal påverkas utgiften för anslaget med 3 miljoner kronor. Om antalet personer med handikappersättningar med lägsta ersättningsnivån avviker med 100 stycken från prognostiserat antal påverkas utgiften för anslaget med 1,6 miljoner kronor.

Antalet personer med handikappersättning uppgick 2002 till drygt 60 000 personer, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Antalet handikappersättningar med den högsta ersättningsnivån har de senaste åren varit relativt konstant, medan antalet med den lägsta nivån har ökat. Denna utveckling förväntas fortsätta. Handikappersättning är ett stöd där kvinnor totalt sett är fler. Dock är männen något överrepresenterade i den högsta ersättningsnivån.

Antalet personer med handikappersättning förväntas minska till följd av att den nedre åldersgränsen för rätt till ersättning höjdes den 1 januari 2003 från 16 år till juli månad det år den försäkrade fyller 19 år. Från och med år 2007 förväntas antalet personer med handikappersättning däremot åter öka.

Under budgetåret 2002 uppgick utgifterna för handikappersättning till 1 177 miljoner kronor. Det innebär att utgifterna detta år översteg anslaget med 20 miljoner kronor. För innevarande budgetår beräknas utgifterna till ca 1 201 miljoner kronor, jämfört med anslaget på 1 190 miljoner kronor. Med hänsyn till att det från 2002 finns ett ingående underskott på 18 miljoner kronor beräknas underskottet för budgetåret till ca 29 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Den nedre åldersgränsen för rätt till handikappersättning höjdes den 1 januari 2003 från 16 år till halvårsskiftet det år en person fyller 19 år.

Den demografiska utvecklingen medför en viss ökning av antalet handikappersättningar på den lägre nivån.

Anslagsbehovet för budgetåret 2004 utgår från det fastställda prisbasbeloppet 39 300 kronor. Till detta skall läggas en uppräkningsgrund av retroaktiva utbetalningar.

Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	1 190 915	1 190 915	1 190 915
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	28 036	47 763	76 317
Volym	5 049	-3 678	-9 232
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	1 224 000	1 235 000	1 258 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 224 000 000 kronor anvisas anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 1 235 000 000 kronor respektive 1 258 000 000 kronor.

3.13.4 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

Tabell 3.20 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättning m.m.

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2002	Utfall	7 132 820	359 066	
2003	Anslag	6 406 977		6 237 200
2004	Förslag	6 473 009¹		
2005	Beräknat	6 512 704		
2006	Beräknat	6 749 694		

¹ 433 000 000 kr avser statlig ålderspensionsavgift för 2004, varav -59 500 000 kr avser regleringsbelopp för år 2001

Arbetskadeersättningar omfattar förmåner enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring 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 fr.o.m. 2003 särskild arbetsskadeersättning. Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter.

Utgiftsutvecklingen för arbetsskadeersättningarna är främst beroende av arbetsmiljöfaktorer, demografiska förhållanden, praxis samt utvecklingen av prisbasbeloppet, inkomstindex och timlöneutvecklingen.

År 2002 uppgick anslaget för arbetsskadeersättning till 7 607 476 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 7 132 820 000 kronor. För innevarande år beräknas utgifterna understiga fastställt anslag med närmare 170 miljoner kronor.

Antalet egenlivräntor uppgick 2002 till 90 000. Antalet har fortsatt minska i jämn takt. Antalet beslut om arbetsskadelivränta har ökat och var 28 411 för 2002 jämfört med 26 658 för 2001. Det antas att antalet nybeviljade livräntor kommer att fortsätter att öka under de närmaste åren bland annat av demografiska skäl. Även de nya bevisreglerna, som infördes den 1 juli 2002, väntas på längre sikt medföra att antalet nybeviljade egenlivräntor kommer att öka mycket kraftigt. De beräknas vara 87 500 stycken 2004 och 88 300 stycken 2006.

Trots att antalet nybeviljade arbetsskadelivräntor antas komma att öka, beräknas antalet utbetalade livräntor att minska. Det beror på att antalet livräntor som upphör kommer att öka från och med 2003 eftersom personer som är födda 1938 eller senare då inte har rätt till livränta efter 65 års ålder.

Antalet efterlevandelivräntor tenderar att minska i långsam takt. År 2004 beräknas antalet vara knappt 2 000. Även antalet yrkesskadelivräntor minskar eftersom förmånen är under avveckling. År 2004 beräknas antalet vara 56 200 och 2006 ungefär 51 900.

Medelbeloppet för livränta beräknas öka ganska kraftigt framöver, huvudsakligen beroende på de nya indexeringsreglerna som trädde i kraft den 1 januari 2003 för personer födda efter 1937. Livräntan skall årligen räknas om med hälften av inkomstindexets reala förändring avseende genomsnittsinkomst och inkomstindexets hela prisförändring. En sådan omräkning skall göras fram till det att livräntan till sitt belopp motsvarar den andel av livränteunderlaget som uppgår till samma andel av 7,5 prisbasbelopp.

Det antas att de retroaktiva livränteutbetalningarna kommer att ligga kvar på en hög nivå men inte öka ytterligare. De retroaktiva utbetalningar är dock en osäker faktor.

Regeringens överväganden

De nya bevisreglerna väntas medföra att antalet nybeviljade egenlivräntor kommer att öka i accelererande takt. Trots detta beräknas antalet

utbetalda livräntor att minska. De nya indexeringsreglerna börjar få effekt från och med 2004 vilket sannolikt medför att medelbeloppet för livräntorna höjs.

Tabell 3.21 Härlledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	6 406 977	6 406 977	6 406 977
Förändring till följd av:			
Beslut	157 000	198 000	279 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	113 110	195 426	362 182
Volymer	-290 285	-336 006	-320 072
Överföring till/från andra anslag	-	-	-
Övrigt	86 207	48 307	21 607
Förslag/beräknat anslag	6 473 009	6 512 704	6 749 694

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 473 009 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetsskadeersättningar m.m.* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 6 512 704 000 kronor respektive 6 749 694 000 kronor.

3.13.5 19:5 Ersättning för kroppsskador

Tabell 3.22 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2002	Utfall	55 646	Anslags-sparande	9 814
2003	Anslag	69 056	Utgifts-prognos	59 406
2004	Förslag	58 559¹		
2005	Beräknat	57 132		
2006	Beräknat	58 289		

¹. I 200 000 kr avser statlig ålderspensionsavgift för 2004, varav -200 000 kr avser regleringsbelopp för år 2001

Från anslaget bekostas ersättningar enligt lagen (1977:265) om statligt 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 yrkesskadeersättningar som avser ersättning för vissa

skador som beror på annat än arbete. Anslaget finansierar även ålderspensionsavgifter.

Den som beviljats ersättning enligt lagen om statligt personskadeskydd kan – liksom den som beviljats ersättning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring – ha rätt till kompensation i form av särskild arbetsskadeersättning för det inkomstbortfall som systemet med karensdag medför. Bestämmelsen har trätt i kraft den 1 januari 2003 och gäller karensdagar som uppstår i sjukperioder som hänför sig till arbetsskada som visat sig från och med denna tidpunkt.

Även indexeringen av ersättning för kroppsskada har ändrats den 1 januari 2003 för personer födda efter 1937, på samma sätt som gäller för arbetsskadelivränta.

Utgiftsutvecklingen är främst beroende av arbetsmiljöfaktorer samt utvecklingen av prisbasbeloppet och inkomstindexet.

År 2002 uppgick anslaget inklusive tilläggsbudgetanslag för ersättning för kroppsskador till 62 650 000 kr. Det faktiska utfallet blev 55 646 000 kr. För innevarande år beräknas utgifterna understiga fastställt anslag med knappt 10 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

De förbättringar av de totalförsvarspliktigas personskadeskydd som genomfördes 2002 och ändrade indexeringsregler av livräntorna beräknas medföra att utgifterna ökar på sikt. Utgifterna kommer dock troligen att fortsätta att variera kraftigt mellan åren och påverkas av hur många som blir inkallade till pliktjänstgöring. För de närmaste åren beräknas dock utgifterna för statligt personskadeskydd inte förändras nämnvärt.

Tabell 3.23 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 19:5 Ersättning för kroppsskada

Tusental kronor			
	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	69 056	69 056	69 056
Förändring till följd av:			
Beslut	–	–	–
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 193	2 047	3 326
Volym	–11 275	–12 352	–13 336
Överföring till/från andra anslag	–	–	–
Övrigt	–415	–1 619	–757
Förslag/beräknat anslag	58 559	57 132	58 289

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 559 000 kronor anvisas under anslaget 19:6 *Ersättning för kroppsskada* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 57 132 000 kronor respektive 58 289 000 kronor.

3.13.6 19:6 Riksförsäkringsverket

Tabell 3.24 Anslagsutveckling 19:6 Riksförsäkringsverket

Tusental kronor				
2002	Utfall	743 947	Anslags-sparande	40 028
2003	Anslag	953 023 ¹	Utgifts-prognos	966 200
2004	Förslag	921 595		
2005	Beräknat	758 545 ^{2,4}		
2006	Beräknat	770 029 ^{3,4}		

¹ Inklusive förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Motsvarar 742 644 tkr i 2004 års prisnivå.

³ Motsvarar 742 644 tkr i 2004 års prisnivå.

⁴ Ang. anslagsnivån detta år se avsnitt 3.10.3

Verksamheten inom RFV finansieras i huvudsak genom anslag på statsbudgeten, men även genom avgiftsintäkter avseende egna resultatområden. Verket hade vid utgången av 2002 ett anslagssparande på drygt 40 miljoner kronor, vilket motsvarar 5,3 procent av anslaget. Regeringen har beslutat att anslagssparandet över 3 procent får användas först efter beslut av regeringen. Det beräknade anslagsutfallet för 2003 är ca 30 procent högre än utfallet för 2002. Orsaken till ökningen är främst kostnader för insatser inom prioriterade områden (följdreformer och ohälsa).

Nätkostnader för IT-stöd

RFV och försäkringskassorna har föreslagit att nuvarande modell för fördelning av nätkostnaderna (WAN) för IT-stödet ändras med syfte att uppnå en bättre ekonomistyrning. Den nya modellen innebär en kostnadsökning för försäkringskassorna med 37 miljoner kronor per år fr.o.m. 2004. Motsvarande medel finns idag inom RFV:s anslag och bör föras över till anslaget 19:7 *Allmänna försäkringskassor*.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av RFV:s administrationskostnader täcks av medel från Allmänna Pensionsfonden (AP-fonden) och de affärsdrivande verken. Ersättning från AP-fonden avser verkets kostnader för administration av ålderspension i form av tilläggs-pension och inkomstpension. Enligt regeringsbeslut (S2002/1873/SF) uppgår denna ersättning till drygt 505 miljoner kronor för 2003. Kostnaderna för 2004 beräknas av RFV öka till ca 560 miljoner kronor, exkl. pris- och löneomräkning. Det ökade kostnaderna föranleds främst av ett i bokslutet för 2002 redovisat underskott på 67 miljoner kronor som föreslås regleras i samband med att ersättningen fastställs för 2004. Underskottet från 2002 beror i huvudsak på en nedskrivning av lånet för utveckling av IT-system samt högre kostnader för förvaltning och produktion inom RFV Data.

RRV har granskat (2003:21) de samlade administrationskostnaderna avseende den inkomstrelaterade allmänna pensionen. Under Ålderspensionssystemet vid sidan av statsbudgeten lämnas en närmare redogörelse för resultaten av RRV:s granskning.

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

När det gäller tjänsteexport har EU-finansierade twinningprojekt avseende Slovenien och Polen slutförts. Under 2002 har arbete med ett motsvarande projekt inletts avseende Litauen.

Tabell 3.25 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt-kostnad)
Utfall 2002	492 714	561 233	- 68 519
(varav ersättning från AP-fonden)	453 016	520 056	-67 040 ¹
(varav tjänsteexport)	11 214	12 693	- 1 479
Prognos 2003	539 768	539 768	0
(varav ersättning från AP-fonden)	505 768	505 768	0
(varav tjänsteexport)	5 100	5 100	0
Budget 2004	601 300	601 300	0
(varav ersättning från AP-fonden)	562 500	562 500	0
(varav tjänsteexport)	10 000	10 000	0

¹ Underskott främst på grund av nedskrivning av lån för utveckling av IT-system.

Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

RFV har sedan 1999 medgivande att disponera högst 8 miljoner kronor per år av sitt anslag för att stödja forskning inom socialförsäkringsområdet. Ett ökande forskarintresse kan nu konstateras. Till följd av detta har verket endast kunnat fördela medel till en begränsad del av de ansökningar som godkänts. För att stödja forskningsbehov som är särskilt angelägna ur SFA:s perspektiv föreslås att ramen för forskning inom anslaget 19:6 *Riksförsäkringsverket* höjs med 3 miljoner kronor till 11 miljoner kronor per år fr.o.m. 2004 samt att RFV under 2004 skall kunna ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor (+3 mnkr) efter 2004.

Tabell 3.26 Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006–
Utestående åtaganden vid årets början	4 125	7 754	8 000	–	–
Nya åtaganden	8 000	8 000	12 000	–	–
Infriade åtaganden	–4 371	–7 754	–11 000	–11 000	–
Utestående åtaganden vid årets slut	7 754	8 000	9 000	–	–
Erhållet/föreslaget bemyndigande	9 000	9 000	12 000	–	–

Regeringens överväganden

Tabell 3.27 Härledning av anslagsnivån 2004–2006 för 19:6 Riksförsäkringsverket

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	933 523	933 523	933 523
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning ²	22 248	42 714	57 492
Beslut	2 848 ³	–179 874	–182 597
Överföring till/från andra anslag	–37 024	–37 817	–38 389
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	921 595	758 545⁴	770 029⁴

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FIU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.7.⁴ Ang. anslagsnivån detta år är avsnitt 3.10.3.

Regeringen beräknar anslaget utifrån en pris- och löneomräkning samt att RFV fr.o.m. 2004 kompenseras med 2 914 000 kronor per år för kostnader avseende årlig revision, se avsnitt 3.7. Därutöver överförs från anslaget 37 miljoner kronor till 19:7 *Allmänna försäkringskassor* avseende nätkostnader för IT-stöd (WAN) samt 24 000 kronor till 28:21 *Riksarkivet och landsarkiven* (utgiftsområde 17). Det senare i enlighet med överenskommelse som tecknats mellan RFV och Riksarkivet vid överlämnande av arkivhandlingar.

I tilläggsbudget i anslutning till denna proposition föreslås att RFV:s anslag ökas med 19 500 000 kronor för kostnader avseende informationsinsatser inom ohälsområdet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 921 595 000 kronor anvisas för anslaget 19:6 *Riksförsäkringsverket* under 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till

758 545 000 kronor respektive 770 029 000 kronor.

3.13.7 19:7 Allmänna försäkringskassor

Tabell 3.28 Anslagsutveckling 19:7 Allmänna försäkringskassor

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2002	5 352 931	76 833	
2003	Anslag	5 816 527 ¹	5 834 900
2004	Förslag	6 023 999	
2005	Beräknat	5 665 113 ^{2,4}	
2006	Beräknat	5 762 092 ^{3,4}	

¹ Inklusive förslag på tilläggsbudget i samband med BP 2004.² Motsvarar 5 534 024 tkr i 2004 års prisnivå.³ Motsvarar 5 534 024 tkr i 2004 års prisnivå.⁴ Ang. anslagsnivån detta år se avsnitt 3.10.3.

År 2002 uppgick anslaget till 5 289 175 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 5 352 931 000 kronor. För innevarande år beräknas utgifterna till 5 834 900 kronor. Orsaken till ökningen är främst de ökade insatserna inom ohälsområdet.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av försäkringskassans kostnader täcks av ersättningar bl.a. från AP-fonden. Ersättningen från AP-fonden skall täcka kostnader för administrationen av tilläggs-pension för ålderspensionärer och inkomstpension. För 2003 uppgår denna ersättning till 279 miljoner. Kostnaderna beräknas bli 315 miljoner. För år 2002 finns ett överskott om 36 miljoner kronor. Skillnaden mellan ersättningsnivån och den faktiska kostnaden år 2003 justeras i samband med tilldelningen för år 2005. Kostnaden för 2004 beräknas av RFV till 328 miljoner kronor. Övriga avgiftsintäkter kommer från administration av små-

företagarförsäkring mm, administration av familjebidrag (också benämnt ersättning från försvaret) samt intäkter enligt avgiftsförordningen 4§ och övriga ersättningar. Dessa övriga avgiftsintäkter beräknas uppgå till ca 67 miljoner per år under perioden.

Tabell 3.29 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat
Utfall 2002	288 922	350 267	-61 345
varav ersättn fr AP-fonden	276 972	341 078	-64 106
Prognos 2003	290 000	324 000	-34 000
varav ersättn fr AP-fonden	279 360	315 000	-35 640
Budget 2004	337 200	337 000	200
varav ersättn fr AP-fondn	328 000	328 000	0

Regeringens överväganden

För 2003 förs från anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* (fr.o.m. 2004 anslag 19:7) 19 500 000 kronor till anslaget 19:7 *Riksförsäkringsverket* (fr.o.m. 2004 anslag 19:6) för kostnader avseende informationsinsatser inom ohälsområdet. Vidare ökas anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* med 14 000 000 kronor för inhämtande av obligatoriska rehabiliteringsunderlag samt för att senast ett år efter sjukansmälningdagen utreda vilken förmån som ska utges enligt prop. 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet. Sammantaget innebär det en nettominusning av anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* med 5 500 000 kronor på tilläggsbudget i anslutning till denna proposition.

Försäkringskassorna kompenseras fr.o.m. 2004 med 5 475 399 kronor per år för kostnader avseende årlig revision, se avsnitt 3.7. Vidare överförs 37 miljoner kronor från anslaget

19:6 *Riksförsäkringsverket* avseende nätkostnader för IT-stöd (WAN) till anslaget 19:7 *Allmänna försäkringskassor*. Dessutom bibehålls på anslaget de belopp, 28 000 000 respektive 10 000 000 kronor, som frigörs med anledning av koncentration av handläggningen av efterlevandeförmåner samt förlängning av sjuklöneperioden. Dessa medel avses finansiera arbetsuppgifterna inhämtande av obligatoriska rehabiliteringsunderlag samt att senast ett år efter sjukansmälningdagen utreda vilken förmån som ska utges (prop. 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet) och hantering av sjukpenningnivå för arbetslösa sjukskrivna.

Tabell 3.30 Härledning av anslagsnivån 2004–2006 för 19:7 Allmänna försäkringskassor

Tusental kronor			
	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	5 822 027	5 822 027	5 822 027
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning ²	196 890	339 466	444 942
Beslut	-31 467 ³	-533 358	-542 487
Överföring till/från andra anslag	36 549	36 978	37 611
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	6 023 999	5 665 113⁴	5 762 092⁴

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.7.

⁴ Ang. anslagsnivån detta är se avsnitt 3.10.3.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 023 999 000 kronor anvisas för anslaget 19:7 *Allmänna försäkringskassor* under 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till 5 665 113 000 kronor respektive 5 762 092 000 kronor.

Bilaga

Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

Bilaga

Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	7
1 Regeringens ohälsomål.....	7
1.1 Definitioner.....	7
2 Historisk utveckling och aktuella tendenser.....	9
2.1 Stora variationer i sjukskrivningar under 90-talet.....	9
2.2 Utvecklingen hittills under 2003.....	11
3 Aspekter på sjukskrivning och dess förändringar.....	16
3.1 Konjunkturer som förklaring till förändringar i sjukskrivning.....	16
3.2 Arbetsmiljö och sjukskrivningar i olika delar på arbetsmarknaden...	17
3.3 Administrationen.....	20
3.4 Ekonomiska drivkrafter.....	20
3.5 Attityder till sjukskrivning.....	21
3.6 Jämställdhetsperspektiv.....	21
3.7 Regionala skillnader i sjukskrivning.....	25
4 Regeringens åtgärder för att motverka ohälsan 2002 – 2003.....	26
4.1 Regeringens åtgärder.....	26
4.2 Arbetsmarknadens parter.....	28
5 Arbete för att minska ohälsan på myndighetsnivå.....	29
Referenser.....	32
Underbilaga Den demografiska utvecklingen.....	33

Tabellförteckning

2.1	Sjukpenning som andel av förvärvsinkomst år 2001 i olika familjetyper	11
2.2	Antalet sjukfall i februari 2003 och därav inskrivna arbetssökande.....	11
2.3	Andelen hela sjukpenningdagar av totala antalet från sjukförsäkringen ersatta dagar med fördelning efter sjukperiodens längd.....	14
2.4	Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter län, antal samt andel av arbetskraften 2002 samt förändring mellan januari – juni 2003 och januari – juni 2002	15
3.1	Yrkes/utbildningsgrupper med högst sjukskrivning år 2001	18

Diagramförteckning

2.1	Antal dagar med sjukskrivning ¹ 1955–2002.....	9
2.2	Antal sjukdagar i relation till arbetskraftens storlek, 1965–2002.....	10
2.3	Antal sjukfall längre än 6 månader.....	10
2.4	Antalet från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning månadsvis 2000–2003.....	12
2.5	Från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallets längd, kvinnor 2001–2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år.....	13
2.6	Från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallets längd, män 2001–2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år.....	13
2.7	Sjukfallens varaktighet som andel fall som fortvarande pågår efter 2, 6, 12 resp. 24 månader.....	13
2.8	Antal personer i arbetslivsinriktad rehabilitering efter kön, månadsvis 2001–2003.....	16
3.1	Arbetslöshet och sjukfrånvaro.....	16
3.2	Andelen sjukpenning av förvärvsinkomsten för kvinnor i olika sektorer år 2001.....	18
3.3	Andel sjukpenning av förvärvsinkomsten efter arbetsplatsens storlek, 2001.....	19
3.4	Andelen arbetsorsakade besvär av all sjukfrånvaro.....	19
3.5	Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, män 2001.....	22
3.6	Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, kvinnor 2001.....	22
3.7	Ohälsotal och arbetslöshet för länen.....	25

Sammanfattning

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Denna bilaga är den första avstämningen av målet. Avstämningen avser i första hand utvecklingen av från sjukförsäkringen ersatta nettodagar¹ under 2003.

Bakgrunden till ohälsomålet är den snabba ökningen av framför allt de långa sjukskrivningarna under de senaste åren.

De senaste årens utveckling mot allt flera sjukskrivningar har vänt under det senaste halvåret. Såväl antalet ersatta nettodagar som antalet sjukfall har minskat under 2003. Regeringen räknar med en viss fortsatt nedgång under hösten och även under nästa år. Nedgången gäller i första hand sjukfall kortare än ett år.

Andelen deltidssjukskrivningar har ökat. Detta kan tyda på att aktörerna – den sjukskrivne, försäkringens administration, arbetsgivare och läkare – nu verkar på ett mer aktivt sätt än tidigare för att den sjukskrivne skall kunna ta tillvarata arbetsförmågan och återgå till arbete på deltid. Det minskade antalet nya sjukfall är sannolikt till stor del en effekt av en försvagad konjunktur.

Sjukfall som överstiger ett år fortsätter att öka, särskilt de sjukfall som pågått längre än två år.

Kvinnor är överrepresenterade bland de sjukskrivna och svarar för ca två tredjedelar av alla sjukskrivningsdagar. Dagens sjukskrivningsnivå för män är inte särskilt hög i ett långt tidsperspektiv, medan skillnaderna mellan kvinnor och män tenderar att öka. Kvinnor är mer sjukskrivna än män oavsett om man tar hänsyn till ålder, utbildning, familjetyp eller bransch. Den största skillnaden mellan kvinnor och män gäller högskoleutbildade. Sjukskrivningarna har under lång tid varit och är i växande grad en jämställdhetsfråga.

Det finns skillnader mellan sektorer, branscher och yrken när det gäller sjukskrivningar. Yrken och sektorer inom framför allt den primärkommunala sektorn har en förhållandevis hög sjukskrivning – även om man tar hänsyn till ålders- och könssammansättningen.

Det finns även regionala skillnader. Regioner med hög arbetslöshet har ofta även en hög andel sjukskrivna och personer med aktivitets- och sjukersättning.

De kraftiga fluktrationerna i sjukskrivning under de senaste 15 åren måste bedömas utifrån många aspekter. Utöver konjunkturen har förändringar i ekonomiska incitament, försäkringsadministration, arbetsmiljö och möjligen förändrade attityder till framför allt psykiska diagnoser.

1 Regeringens ohälsomål

1.1 Definitioner

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Målet innebär att frånvaro 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 21 i perioden ersätts av arbetsgivaren i form av sjuklön. Sjuklöneperioden har förlängts med 7 dagar från och med 1 juli 2003. Fram till denna tidpunkt utbetalades sjuklön t.o.m. dag 14. Sjukpenning som betalas ut från sjukförsäkringen utges från och med dag 22. En sjukskriven som inte omfattas av sjuklönelagen är oftast berättigad till sjukpenning. Detta gäller bl.a. arbetslösa och egenföretagare. I dessa fall utgår 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 därefter.

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 inte personer som uppbär rehabiliteringspenning. Sådan ersättning betalas

¹ Med nettodagar avses ersatta sjukpenningdagar omräknade till hela dagar.

som regel ut om den sjukskrivne deltar i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Indikatorer

Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall mätas med Riksförsäkringsverkets (RFV) 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. Exempelvis utgör två halva ersättningsdagar en nettodag. En fördel med detta mått är att det fångar upp även förändringar som beror på att andelen med hel sjukpenning ändras. En annan fördel med måttet är att det finns en direkt koppling till kostnadsutvecklingen, liksom till arbetsutbudet. När det gäller sjuklöne- och karensdagar baseras regeringens halveringsmål på uppgifter utan omräkning till nettodagar. Det statistiska underlaget tillåter inte en sådan omräkning. Detta bedöms dock endast ha en marginell betydelse. Den statistik som finns om sjukpenningperiodernas längd visar att andelen partiella ersättningar är betydligt lägre för de kortare sjukfallen, ca 7 procent för falllängder upp till 28 dagar jämfört med längre sjukfall där motsvarande andel är 26 procent. De allra flesta sjukfallen avslutas innan de har hunnit bli ersättningsärenden.

Frånvaro på grund av sjukskrivning bör inte sammanblandas med begreppet sjukfrånvaro i arbetskraftsundersökningarna (AKU). Sjukfrånvarande enligt AKU är de som under en mätvecka har varit frånvarande från sitt arbete på grund av sjukdom. För att bli registrerad som sjukfrånvarande enligt AKU krävs således att det finns en anställning. Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning enligt regeringens definition är således ett bredare begrepp än sjukfrånvaro enligt arbetskraftsundersökningarna.

Regeringens mål inbegriper även sjuk- och aktivitetsersättningar (tidigare förtidspensioner och sjukbidrag). Dessa skall mätas med RFV:s officiella statistik över antalet beviljade aktivitets- och sjukersättningar.

Kvantifierat mål

Utgångspunkten för regeringens mål är helårsutfallet 2002, dvs. det totala antalet ersatta nettodagar, uttagna sjuk- och karensdagar och nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar

under år 2002. Tidpunkten för målet är år 2008. Detta skulle kunna innebära att målet avläses från december utfallet 2007. Emellertid påverkas en enskild månadssiffra i hög grad av säsongsmässiga variationer, varför detta inte anses lämpligt. För att undvika att säsong och andra liknande faktorer påverkar utfallet skall målet för frånvaro på grund av sjukskrivning vara uppfyllt om summan av ersatta nettodagar, sjuklönedagar- och karensdagar för perioden juli 2007 – juni 2008 är högst hälften så många som antalet motsvarande dagar 2002. Tillägg skall dock göras med hänsyn till den demografiska utvecklingen (utvecklas vidare i underbilaga). För aktivitets- och sjukersättningar innebär målet att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under 2003 – juni 2008 skall vara lägre än det totala antalet nybeviljade ersättningar 2002 efter tillägg för den demografiska utvecklingen.

Demografin beräknas ha en relativt liten effekt på sjukskrivningar och antalet nybeviljade sjukersättningar framöver. Visserligen beräknas andelen och antalet personer i åldrarna 60 – 64 år att öka i förhållande till övriga personer i arbetsför ålder mellan åren 2002 – 2008. Effekten av detta motverkas delvis av att andelen och antalet personer i åldrarna 50 – 59 år beräknas minska något under samma period.

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. Enligt vad som framgår av underbilagan beräknas demografieffekten till 1,2 miljoner dagar. 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 uppgå till detta tal har regeringens mål för frånvaro på grund av sjukskrivning uppnåtts.

Demografieffekten baseras på SCB:s prognoser. Den faktiska befolkningsutvecklingen kan naturligtvis skilja sig från prognosen. Eftersom denna skillnad brukar vara liten kommer demografieffekten inte att omräknas på grund av utfallet.

Från och med 1 juli 2003 förlängdes sjuklöneperioden från 14 dagar till 21 dagar. Detta innebär att antalet nettosjukpenningdagar minskar. Nedgången beräknas till 1,8 miljoner dagar år 2003 och ytterligare 1,7 miljoner dagar år 2004. Samtidigt kommer antalet sjuklönedagar att öka i motsvarande omfattning. Eftersom regeringens halveringsmål innefattar både sjukpenningdagar och sjuklönedagar leder förändringar i sjuklöneperioden endast till omfördelning mellan de olika sjukskrivningsperioderna inom ramen för målformuleringen.

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

Under 2002 beviljades 63 738 förtidspensioner och sjukbidrag. Den demografiska utvecklingen har även betydelse för antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar. 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 års-genomsnitt blir lägre än 64 238 har regeringens mål för nya aktivitets- och sjukersättningar uppnåtts. Det är dock möjligt att ett enskilt år under denna period visar ett högre tal.

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

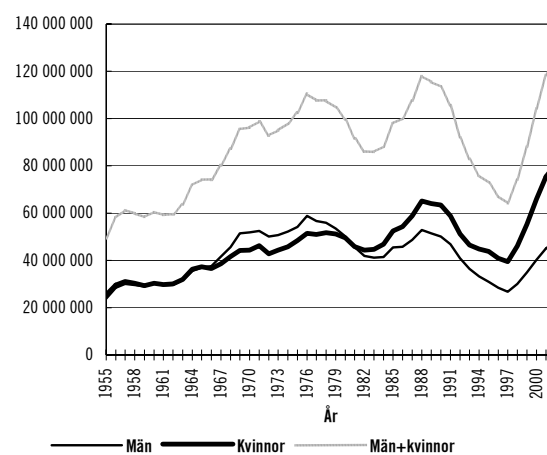
2 Historisk utveckling och aktuella tendenser

I detta avsnitt beskrivs sjukskrivningarna i ett långsiktigt perspektiv. Dessutom görs uppföljning av utvecklingen under 2003. Utgångspunkten är därvid regeringens ohälsomål och de åtgärder som regeringen har presenterat (se avsnitt 4).

2.1 Stora variationer i sjukskrivningar under 90-talet

Såväl sjukfrånvaro enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU), antalet sjukskrivna personer som statens utgifter för sjukskrivningar nådde en mycket hög nivå under år 2002. Man får gå tillbaka till högkonjunkturåren i slutet av 1980-talet för att hitta liknande nivåer. Samtidigt blev antalet personer med aktivitets- och sjukersättning rekordhøgt och uppgick vid halvårsskiftet 2003 till nästan en halv miljon personer. Statens utgifter för sjukskrivning och förtidspension uppgick under 2002 till cirka 100 miljarder kronor, vilket i fasta priser är de högsta någonsin om skillnader i ersättningsnivå beaktas.

Diagram 2.1 Antal dagar med sjukskrivning¹ 1955–2002



Källa: RFV och egna beräkningar.

¹ Inkluderar ersatta sjukpenningdagar, sjuklönedagar och karensdagar.

År 1992 infördes regeln om att arbetsgivarna betalar sjuklön under de första två sjukskrivningsveckorna, ett år senare infördes en karensdag. Dessa förändringar i kombination med den djupa konjunkturedgången bidrog gemensamt till den rekordlåga nivån på utbetalda sjukskrivningsdagar i mitten på 1990-talet.

Antalet sjuklönedagar uppgick 2002 till cirka 16 miljoner och utgör därmed cirka 15 procent av det totala antalet sjukdagar.

Utvecklingen av antalet utbetalade sjukpenningdagar via det allmänna sjukförsäkrings-systemet ökade kontinuerligt från dess införande år 1955 fram till början av 1970-talet. Därefter har sjukskrivningarna följt konjunkturerna tämligen väl. Sjukskrivningarna har genomgående ökat under högkonjunkturperioder.

De långsiktiga variationerna skall också ses i ljuset av förändringarna i arbetskraften. Under

1950-talet var kvinnors arbetskraftsdeltagande ungefär 25 procent, att jämföra med nästan 80 procent i dag.

Om man relaterar sjukskrivningen till arbetskraften, får man en något annorlunda bild över utvecklingen. Sjukskrivningsnivån mellan 1993 – 1997 var mycket låg sett i ett längre perspektiv. Dagens sjukskrivningsnivå för män är inte särskilt hög i ett långt tidsperspektiv, medan skillnader mellan kvinnor och män tenderar att öka.

Diagram 2.2 Antal sjukdagar i relation till arbetskraftens storlek, 1965–2002

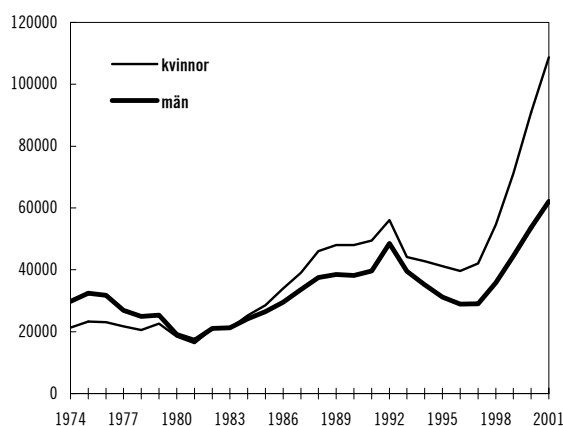


Källa: SCB, RFV och Socialdepartementets egna beräkningar.

De långa sjukskrivningarna ökar kraftigt

Ökningen i sjukskrivningarna från år 1997 är koncentrerad till de långa fallen, framför allt till de sjukskrivningar som är längre än 6 månader.

Diagram 2.3 Antal sjukfall längre än 6 månader



Källa: RFV/Arbetslivsinstitutet

Medan de kortvariga sjukskrivningarna således varierat under 1990-talet har de längre sjukskrivningarna ökat kraftigt allt sedan 1998. Antalet ersatta dagar för sjukskrivningar med en varaktighet längre än sex månader har tredubblats sedan år 1993 och statens utgifter för de långa sjukskrivningarna utgjorde 62 procent av de totala utgifterna för sjukpenning år 2002.

De långa sjukskrivningarna har under de senaste fem åren haft en tendens att övergå i allt längre fall. Samtidigt har antalet avslutade fall minskat i alla s.k. längdklasser – i varje fall i relation till antalet fall. Många av de längre sjukfallen övergår vanligen i sjukersättning (förtidspension). Antalet nybeviljade förtidspensioner har varierat under de senare åren. I slutet av 1990-talet nybeviljades relativt få förtidspensioner – en utveckling som under de senaste två åren förbytts till ett relativt högt nybeviljande. År 2002 beviljades 63 738 personer förtidspension, vilken är den högsta nivån på många år.

Trots de senaste två årens höga nybeviljande av förtidspensioner har således de längsta sjukskrivningsfallen fortsatt att öka i antal framför allt genom att färre sjukskrivningsfall avslutats. Det förändrade diagnospanoramata kan vara en anledning till svårigheterna att avsluta de långa sjukfallen. Antalet sjukskrivna på grund av psykiska besvär har ökat kraftigt under de senaste åren, och utgör ungefär cirka 20 procent av sjukfallen. Fortfarande dominerar emellertid rörelseorganens sjukdomar som den vanligaste diagnosen och omfattar nästan hälften av sjukfallen.

Flera utredningar har konstaterat att ökningen av sjukskrivningarna sedan 1997 varit ungefär lika stor i alla grupper. Sjukskrivningen bland kvinnor har emellertid ökat något starkare än bland män.

Mer intressant är möjligen att relatera dagens sjukskrivningar för olika grupper till ett mer jämförbart år vad gäller den allmänna sjukskrivningsnivån. I tabell 2.1 redovisas sjukpenningens andel av förvärvsinkomsten för olika hushållstyper och år. Detta mått är en god approximation på sjukskrivningens omfattning. Den kanske mest slående skillnaden vid en jämförelse med 1993 års sjukskrivningar – då ungefär samma regelverk som idag gällde – gäller kvinnor i barnfamiljer. Sjukskrivningen i denna grupp har sjunkit dramatiskt sedan början av 1990-talet. Förändringen hör med stor sannolikhet samman

med minskningen av barnafödandet, som var mycket högt under början av 1990-talet.

Tabell 2.1 Sjukpenning som andel av förvärvsinkomst år 2001 i olika familjetyper¹

	Män			Kvinnor		
	1993	1997	2001	1993	1997	2001
Ensamstående med barn, 20-39 år	3,78	1,90	2,93	6,30	3,48	5,66
Gifta/samboende med barn, 20 - 39 år	1,92	1,10	1,93	6,55	2,50	3,62
Ensamstående utan barn, 20-39 år	3,08	1,82	2,08	3,08	2,18	3,58
Gifta samboende utan barn, 20-39 år	2,07	1,17	1,72	3,15	2,31	3,07
Ensamstående, 40-59 år	5,38	3,69	5,05	5,12	4,00	6,83
Gifta samboende, 40 - 59 år	4,00	2,68	3,85	4,50	3,53	6,24
Alla familjetyper, 20 - 59 år	3,16	2,03	2,81	4,34	2,76	4,79

¹ Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttaket i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

Källa: SCB, LOUISE-data.

Samtidigt har sjukskrivningstalen ökat något för ensamstående med barn. Ensamstående – såväl kvinnor som män – är mer sjukskrivna än sammanboende i de flesta åldersgrupper.

Bland de *förvärvsarbetande* var cirka 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen någon gång sjukskrivna mer än två sammanhängande veckor per år (d.v.s. fick sjukpenning) någon gång under 2001. Jämfört med situationen åtta år tidigare (1993) var detta ungefär oförändrat för kvinnor, medan andelen sjukskrivna män var två procent lägre 2001 än åtta år tidigare.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att förebygga sjukskrivning bland *arbetslösa*. Av samtliga sjukfall i början av 2003 utgjorde inskrivna arbetssökande drygt 12 procent, med en stor överrepresentation på de korta sjukfallen som kan förklaras av att de arbetslösa inte har någon sjuklöneperiod.

Tabell 2.2 Antalet sjukfall i februari 2003 och därav inskrivna arbetssökande

	Sjukfall Totalt antal	Därav inskrivna arbetssökande	Andel inskrivna arbetssökande
Kön			
Kvinnor	195 895	22 141	11,3%
Män	113 229	15 718	13,9%
Samtliga	309 124	37 859	12,2%
Falllängd			
1-14	5 633	2 863	50,8%
15-28	19 464	3 178	16,3%
29-59	32 817	4 834	14,7%
60-179	60 287	8 103	13,4%
180-364	55 554	6 150	11,1%
1-2 år	78 335	7 359	9,4%
2 år-	56 983	5 366	9,4%
Samtliga	309 124	37 859	12,2%

Källa: RFV.

Antalet personer med aktivitets- eller sjukersättning uppgick vid halvårsskiftet 2003 till 491 000. Det innebär att en nettoökning med cirka 70 000 personer har ägt rum under 90-talet. Åldersstrukturen hos personer med sjukersättning gör att avgången från denna grupp kommer att ligga på cirka 40 000 om året under de närmaste åren. Kvinnorna utgör cirka 55 procent av gruppen och utbildningsnivån är låg i förhållande till hela befolkningen.

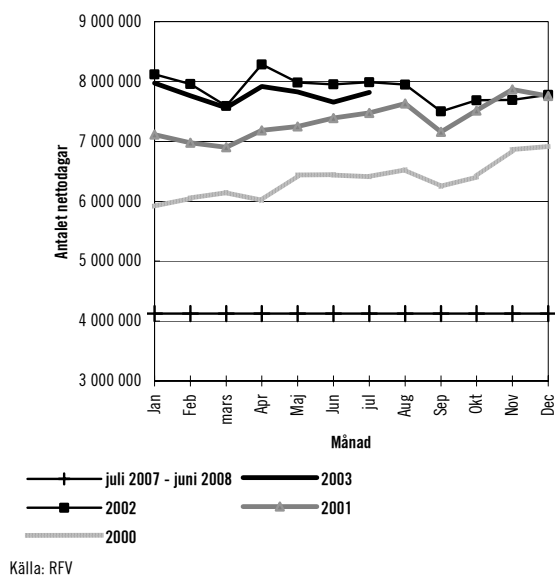
2.2 Utvecklingen hittills under 2003

Korta sjukskrivningar minskar

Efter flera års uppgång vände utvecklingen för sjukskrivningar under hösten 2002. Hittills i år (jan – jul 2003) har antalet ersatta nettodagar minskat med 2,5 procent jämfört med motsvarande period 2002. Kvinnors sjukfrånvaro har minskat med 2,7 procent och mäns med 2,1 procent. Nedgången beräknas fortsätta under hösten 2003.

Den förlängda sjuklöneperioden innebär i sig att antalet nettodagar blir 1,7 miljoner dagar färre 2003. Samtidigt beräknas antalet sjuklönedagar öka i motsvarande omfattning. Förlängningen av sjuklöneperioden påverkar således inte förutsättningarna att uppnå regeringens halveringsmål utan är enbart en omfördelning mellan de dagar som ersätts med sjuklön och dagar med sjukpenning.

Diagram 2.4 Antalet från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning månadsvis 2000–2003



Av diagrammen 2.5 och 2.6 framgår att årets nedgång i antalet ersatta nettodagar kan hänföras till de kortare och medellånga sjukfallen. Antalet nettodagar för sjukfall som varat ett halvt år eller mindre har under perioden januari – juli 2003 minskat med 13 procent för kvinnor och 12 procent för män jämfört med motsvarande period 2002. För samma period har antalet nettodagar för sjukfall som har varat mellan ett halvt år och ett år minskat med 9 procent för kvinnor och 8 procent för män.

Nedgången kan delvis förklaras av att ett ökat antal personer sjukskrivits på deltid (tabell 2.3). Delvis beror utvecklingen på att färre personer blivit sjukskrivna. Däremot finns det inga tecken på att pågående sjukfall avslutats tidigare nu än vad som var fallet under 2002.

Vid konjunkturuppgång ökar sjukfrånvaron. Vid konjunkturedgång gäller det motsatta. Tillväxten i den svenska ekonomin har varit svag sedan tredje kvartalet 2002. Till följd av den svaga konjunkturen har antalet varsel och arbetslösheten ökat under 2003. Samtidigt har sysselsättningsgraden minskat. Denna osäkerhet om den fortsatta ekonomiska utvecklingen har sannolikt bidragit till att antalet nya sjukfall har minskat.

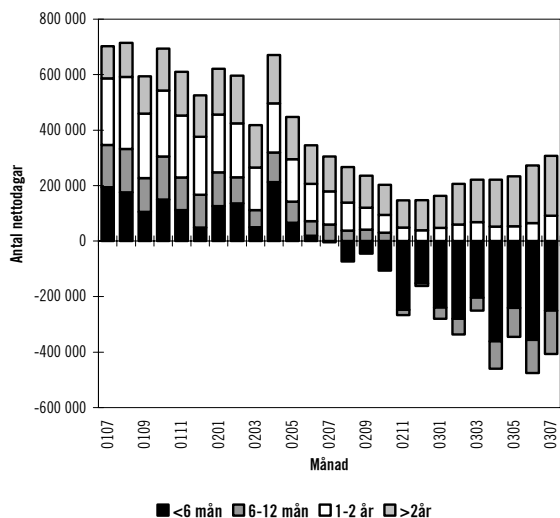
Den ökade andelen deltidssjukskrivningar tyder på att en eller flera av de olika aktörerna inom området – den sjukskrivne, försäkringens administration, arbetsgivare och läkare – agerar på ett mer aktivt sätt än tidigare för att den sjukskrivne skall kunna ta tillvara eventuell restarbetsförmåga och återgå till arbete på deltid.

Långa sjukskrivningar ökar

Antalet nettodagar för sjukfall som överstiger ett år har fortsatt att öka under 2003. Framförallt har antalet sjukfall som har pågått två år eller längre ökat. Antalet ersatta nettodagar för sjukfall längre än två år steg med 26 procent för kvinnor och 23 procent för män mellan perioderna januari – juli 2002 och samma period 2003.

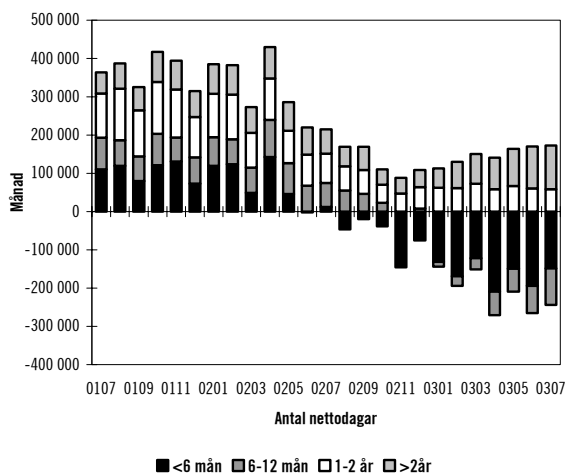
Utvecklingen av de långa sjukfallen hänger delvis samman med nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättningar (tidigare förtidspensioner). Särskilt gäller detta sjukfall överstigande två år. Under 2002 var nybeviljandenivån hög, vilket sannolikt var den huvudsakliga förklaringen till att antalet nettodagar ökade i långsammare takt. På grund av statistikomläggningar hos Riksförsäkringsverket finns ännu inte uppgifter om nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar tillgängliga för i år. Beräkningar som baseras på antalet personer som under året fyller 65 år och således övergår till ålderspension, totala antalet förtidspensionerade samt uppgifter från regionala försäkringskassor tyder på att det hittills i år har beviljats betydligt färre aktivitets- och sjukersättningar än i fjol.

Diagram 2.5 Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallens längd, kvinnor 2001-2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år



Källa: RFV

Diagram 2.6 Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallens längd, män 2001-2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år



Källa: RFV

Färre nya sjukfall

Det totala antalet pågående sjukfall uppgick till ca 291 000 i maj 2003. Det var 900 sjukfall färre än i maj 2002. Antalet sjukfall har minskat i de kortare längdklasserna. Cirka 102 000 kvinnor och 60 000 män hade haft sjukpenning en kortare tid än ett år i maj 2003, vilket var en minskning med 10 000 kvinnor och 7 000 män jämfört med maj 2002. Procentuellt sett var minskningen ungefär densamma både för kvinnor och för män. Antalet sjukfall överstigande ett år har fort-

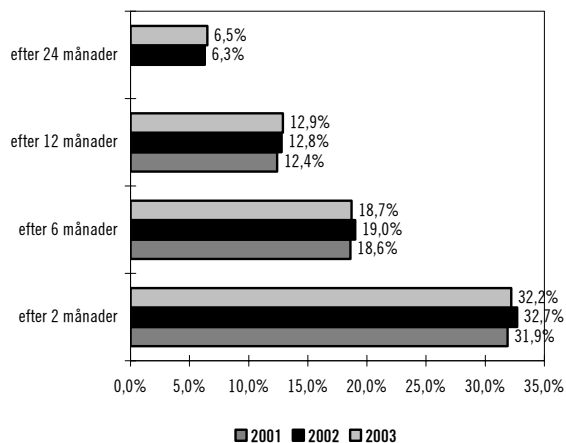
satt att öka. Framförallt gäller detta de längsta fallen, överstigande två år. Ökningen är dessutom större för kvinnor än för män (28,7 resp. 24,0 procent).

Antalet pågående sjukfall bestäms dels av antalet nya sjukfall, dels av längden på sjukfallen, dvs. hur snabbt sjukfallen avslutas. Sjukfall kan avslutas antingen genom att den sjukskrivne återgår till arbete eller beviljas aktivitetsersättning/sjukersättning.

Antalet nya sjukfall har tenderat att minska under våren. Under perioden januari – mars 2003 inträffade 17 000 färre sjukfall jämfört med motsvarande period i fjol. Detta är en nedgång med 8 procent. En av förklaringarna till nedgången är sannolikt, som tidigare nämnts, det försämrade konjunkturläget och ökad osäkerhet om utvecklingen framöver.

De ökade resurser som administrationen tillförts (se avsnitt 4) kan förväntas bidra till att sjukpenningsärenden avslutas tidigare än vad som har varit fallet. Någon förkortning i varaktigheten har dock ännu inte skett, vilket även framgår av diagrammet nedan. I diagrammet redovisas andelen ärenden som fortfarande pågår efter 2 månader, 6 månader, 12 månader och 24 månader åren 2001, 2002 samt januari – april 2003.

Diagram 2.7 Sjukfallens varaktighet som andel fall som fortfarande pågår efter 2, 6, 12 resp. 24 månader



Källa: RFV

Deltidsjukskrivningar skall vara förstahandsalternativ

När arbetsförmågan inte är helt nedsatt är det möjligt att vara sjukskriven till 25, 50 eller 75 procent. Deltidsjukskrivningar är mer förekommande bland kvinnor än män. Dock gäller

för båda könen att det är heltidssjukskrivningar som dominerar. År 2002 uppgick andelen ersatta heltidsdagar till 70 procent vad gäller kvinnor och 76 procent vad gäller män. Regeringen har aktivt vidtagit åtgärder för att öka deltidssjukskrivningarna. Således har regeringen bestämt att sjukskrivning på deltid alltid skall vara ett förstahandsalternativ fr.o.m. juli 2003. Dessutom har nya läkarintyg tagits fram för att underlätta bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Andelen heltidssjukskrivningar är en indikator som används för att mäta effekterna av dessa åtgärder.

I linje med regeringens intentioner har det skett en viss förskjutning från heltidssjukskrivning till deltidssjukskrivningar. Det framgår av tabellen nedan att andelen dagar som utbetalas för sjukskrivna på heltid var ca 4 procentenheter lägre under första halvåret i år jämfört med motsvarande andelar år 2002 för både kvinnor och män. Heltidssjukskrivningarna har minskat som andel i samtliga längdklasser. Dock har nedgången varit något mer markant för sjukfallen understigande ett år än för de längre sjukfallen. Som redan nämnts kan förskjutningen från heltid till deltidssjukskrivning förklara en stor del av nedgången i antalet från sjukförsäkringen ersatta nettodagar hittills i år. Uppskattningsvis har antalet nettodagar minskat med ca en miljon till följd av detta.

Tabell 2.3 Andelen hela sjukpenningdagar av totala antalet från sjukförsäkringen ersatta dagar med fördelning efter sjukperiodens längd

Procent				
	<6 månader	6 månader – ett år	Ett år <	Samtliga
Kvinnor				
2001	75,5	67,6	70,2	71,9
2002	73,9	65,9	68,1	70,0
2003 (jan – jul)	70,4	61,6	65,2	66,2
Män				
2001	82,5	73,2	73,5	77,4
2002	81,6	72,4	72,8	76,4
2003 (jan – jul)	78,7	68,5	70,8	73,4

Källa: RFV

Regionala skillnader

En indikator på administrationens hantering av sjukfall är att de finns stora skillnader i sjukskrivningar mellan olika regioner. Det är därför av intresse att följa utvecklingen regionalt. Eftersom de olika försäkringskassorna är självständiga och därför delvis agerar olika kan en regional jämförelse dessutom synliggöra goda exempel.

De regionala skillnaderna är tämligen stora även när man ser till den hastighet med vilken sjukskrivningarna tenderat att minska under de senaste månaderna. I fem av länen –Gotlands, Östergötlands, Västmanlands, Jönköpings och Värmlands län– har antalet nettodagar minskat med 6–8 procent under perioden januari – juni 2003 jämfört med motsvarande period året innan. Samtidigt har antalet ersatta nettodagar ökat i fyra av länen. Detta gäller Skåne, Jämtlands, Västernorrlands och Kalmar län.

Det träder inte fram något tydligt regionalt mönster som kan förklara varför vissa län har lyckats sänka antalet sjukpenningdagar relativt mycket och andra inte alls. Såväl län med låga som län med höga sjuktal, arbetslöshetssiffror och andra potentiella förklaringsvariabler finns med i båda grupperna. Exempelvis gäller att två av de fem län där ersatta sjukdagar fortfarande ökar (Kalmar och Skåne län) har genomsnittliga eller relativt låga sjuktal. Av Riksförsäkringsverkets interna uppföljning har framgått att vissa kassor har kunnat korta ned sjukfallen betydligt medan andra inte har lyckats med detta.

Det finns relativt stora skillnader mellan kvinnor och män på länsnivå. Övriga exempelvis att ersatta nettodagar för kvinnor minskar kraftigt på Gotland, samtidigt som antalet sjukpenningdagar i stort sett är oförändrat för män, –12 respektive –0,5 procent.

Tabell 2.4 Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter län, antal samt andel av arbetskraften 2002 samt förändring mellan januari – juni 2003 och januari – juni 2002

Procent

	Procentuell förändring mellan jan – jun 2003 och jan – jun 2002			Antalet nettodagar 2002	
	Samtliga	Kvinnor	Män	Totalt	Genomsnitt per person i arbetskraften
Gotlands län	-7,8	-12,0	-0,5	547 000	19,5
Östergötlands län	-7,5	-8,7	-5,5	4 713 000	23,7
Västmanlands län	-7,0	-7,7	-5,9	2 555 000	20,7
Jönköpings län	-6,8	-7,2	-6,2	2 919 000	17,7
Värmlands län	-5,7	-5,6	-6,0	3 323 000	26,4
Dalarnas län	-4,8	-5,2	-4,2	3 171 000	24,0
Västra Götalands län	-4,4	-4,7	-3,9	15 369 000	20,5
Gävleborgs län	-4,1	-4,4	-3,7	3 340 000	25,6
Hallands län	-2,8	-4,2	-0,5	2 475 000	17,7
Sörmlands län	-2,6	-3,0	-1,9	2 574 000	20,8
Stockholms län	-2,2	-2,7	-1,3	18 204 000	18,4
Uppsala län	-2,0	-3,4	0,3	3 482 000	22,9
Norrbottnens län	-1,5	-0,7	-2,7	3 379 000	28,8
Västerbottens län	-0,7	-0,5	-1,2	3 626 000	29,5
Örebro län	-0,5	-0,5	-0,5	3 016 000	22,8
Kronobergs län	-0,1	0,0	-0,4	1 589 000	17,9
Skåne län	0,7	1,3	-0,2	11 283 000	20,6
Jämtlands län	1,0	0,8	1,2	1 847 000	30,9
Västernorrlands län	1,0	0,9	1,1	2 965 000	25,6
Kalmar län	1,1	1,6	0,3	2 506 000	23,0
Blekinge län	m ¹	m ¹	m ¹	1 613 000	22,6
Hela riket	-2,5	-2,7	-2,1	94 494 000	21,4

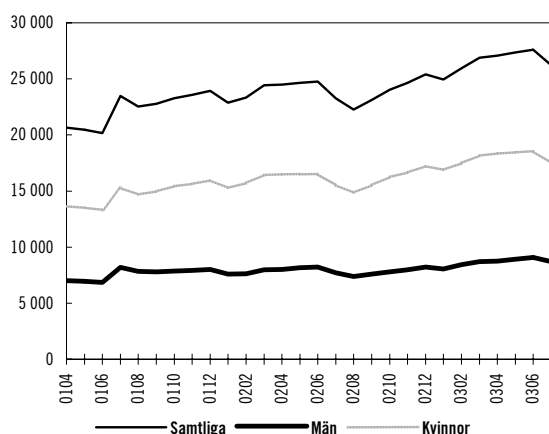
¹ Tillförlitlig uppgift saknas.

Källa: RFV

Rehabiliteringsinsatserna har intensifierats

Personer som uppbär rehabiliteringspenning omfattas inte av regeringens mål. Ungefär 45 000 personer är årligen föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering och borde därmed uppbära rehabiliteringspenning. Detta är ett förhållandevis lågt tal med tanke på det höga antalet sjukskrivna. Regeringens ambition är att flera personer skall komma från en passiv sjukskrivning till en aktiv. Avsikten med införandet av en egen kontaktperson för den sjukskrivne hos försäkringskassan som samordnar rehabiliteringsinsatserna har bl.a. varit att åstadkomma detta, liksom införandet av för de sjukskrivna obligatoriska avstämningsmöten och rehabiliteringsunderlag från arbetsgivaren. Dessutom har försäkringskassorna tillförts medel för att anställa flera rehabiliteringssamordnare.

Av diagrammen nedan framgår att antalet kvinnor och män i arbetslivsinriktad rehabilitering har ökat något under loppet av 2003. I juli 2003 deltog 13 procent fler kvinnor och procentuellt lika många fler män i arbetslivsinriktad rehabilitering jämfört med motsvarande månad föregående år. De insatser som har gjorts tycks ha fått en effekt. Uppgifterna bör dock tolkas med försiktighet till följd av att statistiken om antalet personer i arbetslivsinriktad rehabilitering är osäker. Både under- och överskattning kan förekomma på grund av bristfällig registrering hos försäkringskassorna.

Diagram 2.8 Antal personer i arbetslivsinriktad rehabilitering efter kön, månadsvis 2001–2003

Källa: RFV, SAR

Drygt 60 procent av de personer som har varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering återfår arbetsförmågan helt eller delvis. Riksförsäkringsverket utreder möjligheterna att ta fram ytterligare indikatorer för att följa upp försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet. I kommande uppföljningar kommer dessa indikatorer att redovisas särskilt.

3 Aspekter på sjukskrivning och dess förändringar

I den allmänna debatten om orsakerna till den kraftiga ökningen av framför allt de långa sjukskrivningarna nämns främst konjunkturen, arbetsmiljön, bristande ekonomiska incitament, arbetskraftens högre ålder samt en otillräcklig sjukförsäkringsadministration som tänkbara orsaker. Den s.k. AHA-utredningen (SOU 2002:62) konstaterar att alla faktorer spelat in i någon utsträckning, men att ingen enskild faktor haft någon avgörande betydelse. Utredningen pekar också på att människors syn på sjukförsäkring antagligen har förändrats i samspel mellan individ, läkare och arbetsplats. Enligt utredningen kan en sådan förändring vara en förklaring till den ökade sjukfrånvaron. Andra utredningar (Lidwall, Henreksson, Marklund m fl.) konstaterar oftast att en enskild faktor haft en viss betydelse men lägger tyngdpunkt på olika faktorer.

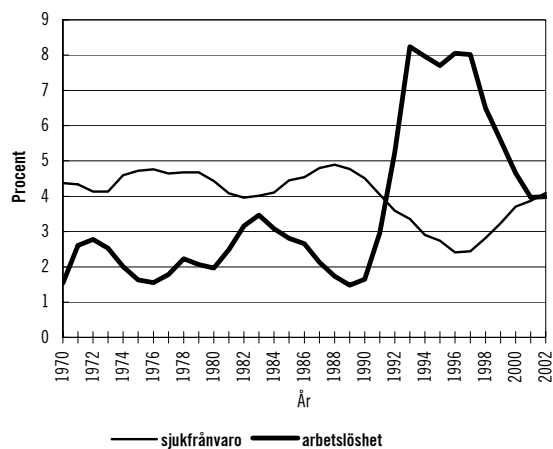
De utredningar och forskningsrapporter om den ökade sjukskrivningen som hittills publicerats ger inte underlag för några entydiga slutsat-

ser om orsakssambanden. Man kan konstatera att arbetskraftens högre ålder knappast har bidragit annat än marginellt till ökningen (cirka 5 procent enligt beräkningar av RFV).

I detta avsnitt diskuteras närmare betydelsen av förändringar i konjunkturen och arbetsmiljö, administrationens betydelse, ekonomiska incitament samt förändrade attityder som möjliga orsaker till variationerna i sjukskrivningar. En särskild genomgång av jämställdhetsaspekten redovisas. Dessutom behandlas kortfattat regionala skillnader i sjukskrivning.

3.1 Konjunkturer som förklaring till förändringar i sjukskrivning

I Sverige finns, till skillnad från i flertalet andra europeiska länder, ett tydligt samband mellan konjunkturer och sjukfrånvaro som innebär att när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. Detta samband har varit stabilt över flera konjunkturcykler.

Diagram 3.1 Arbetslöshet och sjukfrånvaro

Källa: SCB, arbetskraftsundersökningarna.

I en rapport från ESO (Ds 2002:49) studeras utvecklingen av sjukfrånvaron i några europeiska länder. Där visar det sig att i Sverige, Norge och Nederländerna finns ett tydligt samband mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet över tiden.

I RFV:s rapport "Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron?" (RFV Redovisar 2001:10) ges två teoretiska förklaringar till detta samband. Den ena bygger på att nivån på arbetslösheten påverkar sjukfrånvarobeteendet.

Om en person upplever att risken för att bli uppsagd ökar vid sjukskrivning kommer denne att bli mindre benägen att vara borta från arbetet när risken för att bli avskedad upplevs som större, dvs. när arbetslösheten stiger. Under perioder med hög arbetslöshet skulle alltså sjuka personer i högre utsträckning vara sjuknärvarande i stället för sjukfrånvarande.

Den andra förklaringen är att personer med hög risk för att bli arbetslösa också har en högre sannolikhet att vara sjukfrånvarande. När arbetslösheten är låg, och sysselsättningen därmed hög, är dessa personer i högre utsträckning anställda jämfört med när arbetslösheten är högre. De bidrar därmed till en högre nivå på sjukfrånvaron under högkonjunktur.

Rapportens slutsats är att av dessa två förklaringar är det den förstnämnda förklaringen som dominerar, dvs. att det i större utsträckning är så att arbetslösheten har en dämpande effekt på sjukskrivningsbeteendet än att personer med sämre hälsa påverkar sjukskrivningsnivån genom att vara arbetslösa i lågkonjunktur och sysselsatta i högkonjunktur.

AHA-utredningens delbetänkande (SOU 2002:62) delar upp de möjliga förklaringarna till konjunkturmönstret i fyra delar:

- ökad arbetskraft gör att fler kan bli sjukskrivna
- personer som tidigare var arbetslösa blir nu istället sjukskrivna
- sysselsättningsuppgången gör att personer med sämre hälsa inträder i arbetskraften
- rädslan för att bli arbetslös påverkar individernas benägenhet att vara sjukskrivna

Den första förklaringen är enligt betänkandet otillräcklig för att förklara de senaste årens utveckling. Förklaring två innebär att det finns personer som det egentligen inte finns plats för på arbetsmarknaden. Beroende på systemens utformning och kapaciteten för kontroll befinner sig dessa individer i olika system vid olika tidpunkter och den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna skulle därmed delvis kunna förklaras av att arbetsförmedlingarna har blivit striktare i sin bedömning av vem som är berättigad till ersättning, medan försäkringskassorna blivit mindre strikta bl.a. beroende på en ökad arbetsbelastning. Även om sjukskrivningarna tycks ha ökat bland arbetslösa har dock den största delen sjukskrivna personer faktiskt en anställning,

vilket leder till slutsatsen att även denna förklaring bara står för en del av helheten.

Den tredje förklaringen innebär att när sysselsättningen ökar, anställs även personer med sämre hälsa och därmed högre sannolikhet för sjukskrivning. I betänkandet konstateras att personer som tidigare varit arbetslösa visserligen har en något högre risk för sjukskrivning, men att skillnaden är så pass liten att inte heller den kan förklara ökningen av sjukskrivningstalen.

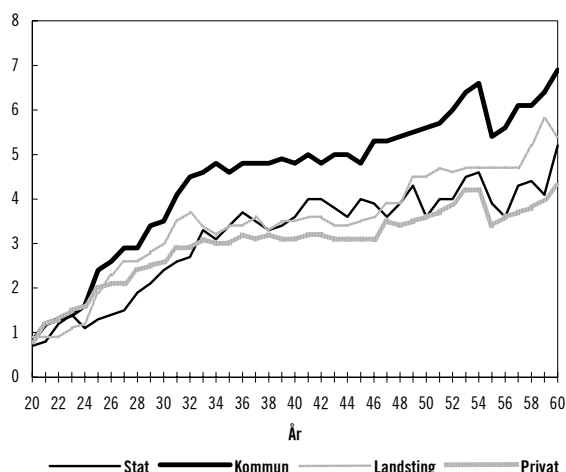
Den fjärde och sista förklaringen har i andra studier påvisats ha viss betydelse. Hur stor effekten av ett förbättrat konjunkturläge och därmed minskad risk för arbetslöshet har varit är dock svårt att mäta. Slutsatsen blir att de förklarande faktorer som presenterats här sannolikt har var sin del i förklaringen, men att det är svårt att uppskatta hur stor denna del är och vid vilken tidpunkt en enskild faktor spelar in. Konjunkturen förefaller inte ha haft denna betydelse för de långa sjukskrivningarna. Visserligen ser man även här en variation med hänsyn till konjunkturer på samma sätt som sjukskrivningen i övrigt, men ökningen av de långa sjukfallen under de senaste åren söker annan förklaring.

3.2 Arbetsmiljö och sjukskrivningar i olika delar på arbetsmarknaden

Det faktum att sjukskrivningen varierar på olika delar av arbetsmarknaden har ofta tagits till intäkt för att arbetsmiljön och dess förändringar har stor betydelse för såväl hälsa som sjukskrivningar. Det har i flera sammanhang bl.a. framkommit att sjukskrivning och sjukfrånvaro är högre i den offentliga sektorn jämfört med den privata. Särskilt hög är sjukskrivningen i den primärkommunala sektorn.

I primärkommunerna är 80 procent av de anställda kvinnor, vilket självfallet påverkar sektorns sjuktalet eftersom sjukskrivning bland kvinnor är betydligt högre än bland män. Personalen i kommunerna har vidare en högre medelålder än arbetskraften i sin helhet – det skiljer cirka 1,5 år. Även detta påverkar sjuktalet, som ökar med ålder.

Men även om man tar hänsyn till dessa skillnader i personalens sammansättning, är sjuktalet högre i primärkommunerna än i andra sektorer.

Diagram 3.2 Andelen sjukpenning av förvärvsinkomsten för kvinnor i olika sektorer år 2001¹

Källa: SCB, LOUISE-databas

¹ Detta mått underskattar sjukpenningen för alla med inkomst över inkomsttaket i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

Sjukskrivning i primärkommunerna är med detta sätt att mäta påtagligt högre för åldrarna 52 – 60 år, men den gäller i alla åldrar. Notabel är den relativt stora skillnaden mellan sjukskrivningen i primärkommuner och landsting.

Det finns ännu inga studier som visar om den höga sjukskrivningen i kommunerna är ett resultat av brister i arbetsmiljön, om otillräckliga ekonomiska resurser ger en hög arbetsbelastning, eller om det är arbetets art i sig som ger höga sjukskrivningar. Eftersom de kommunala huvudverksamheterna skola, barnomsorg och äldreomsorg till 90 procent bedrivs i kommunal regi är en sådan jämförelse svår att göra.

Bland de kommunala verksamheterna är sjukskrivningarna högst inom äldre- och barnomsorgen, men betydligt lägre inom skolan. Sjukskrivningarna bland kvinnor inom skolan är emellertid lika höga som inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

Manlig kommunal personal är varken mer eller mindre sjukskrivna i kommuner än i andra sektorer.

De högsta sjukskrivningstalen för olika yrkesgrupper i kommunerna gäller speciallärare, lärare i praktiskt-estetiska ämnen samt baspersonal med gymnasieutbildning inom äldreomsorgen.

Tabell 3.1 Yrkes/utbildningsgrupper med högst sjukskrivning år 2001

Mest sjukskrivna kvinnor	Index ¹	Mest sjukskrivna män	Index ¹
Verkstadsmekaniker	241	Speciallärare	101
Omvårdnadsarbete (gymnasieutbildade)	229	Transportarbetare	94
Transportarbetare	218	Omvårdnadsarbete (gymnasieutbildade)	93
Social serviceutbildning	214	Yrkeslärare	89
Speciallärare	201	Träarbetare	81
Förskollärare	196	Livsmedelsarbete	76
Barnskötare o dyl.	191	Verkstadsmekaniker	74
Fritidspedagoger	188	Byggnadsarbetare	73
Lärare i praktiskt-estetiska ämnen	183	Lärare i praktiskt-estetiska ämnen	71
Hotell- och restaurangarbete	181	Sjukgymnaster	69

¹ Index mot alla yrkesgrupper, summa kvinnor och män.

Källa: RFV och SCB, specialbearbetning

De lärargrupper som ovan redovisats med höga sjukskrivningar är relativt små – de stora lärargrupperna inom grund- och gymnasieskolan har lägre sjukskrivningstal än genomsnittet både för män och kvinnor.

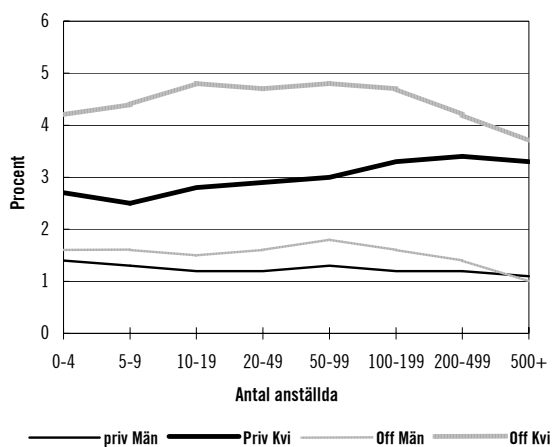
Bland de branscher som domineras av verksamhet i privat regi finns de högsta sjuktalen inom vissa industribranscher. Lägst sjukskrivning återfinns inom tjänstemannabranscher med hög inkomst/utbildning, t.ex. finansiella tjänster.

Färre sjukskrivningar på små arbetsställen?

Regeringen har föreslagit inrättandet av ett särskilt högkostnadsskydd i sjukförsäkringen för småföretag. Huvudbakgrunden till detta är att småföretag är betydligt mer känsliga för produktionsstörningar på grund av sjukfrånvaro, men delvis också på grund av en lägre sjukfrånvaro i småföretagen. Man har noterat en lägre sjukfrånvaro i småföretag i tidigare undersökningar. Dessa undersökningar baseras på den s.k. kortperiodiska sysselsättningsstatiken. Denna statistik omfattar såväl sjuklönen som sjukpenning. Statistik som enbart omfattar sjukpenning visar emellertid att skillnaderna mellan företag av olika storlek är mycket små. För män finns nästan inga skillnader. Det är således troligt att de kortaste sjukfallen (sjuklöneperioden) är betydligt mindre vanliga på små arbetsställen än större. För kvinnor är sjukfrånvaron (som ersätts i form av sjukpenning) något mindre på små arbets-

ställen, men i offentlig sektor också på de allra största.

Diagram 3.3 Andel sjukpenning av förvärvsinkomsten efter arbetsplatsens storlek, 2001



Källa: SCB, LOUISE-databas

En ökning av arbetsrelaterad ohälsa

Sedan 1995/96 mäter SCB den arbetsrelaterade sjukfrånvaron. Måttet bildas genom att intervju-personer i enkäter sagt sig vara sjukfrånvarande till följd av arbetet under det senaste året. Det är alltså individens egen uppfattning som mäts. Av undersökningen framgår att den arbetsrelaterade sjukfrånvaron ökat kraftigt från 1998 både för kvinnor och män.

Det finns flera undersökningar som ger liknande bilder av storleksordningen på den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, exempelvis RFV analyserar (2003:10), SCB (Ds 2001:28), HpH-utredningen (SOU 2002:5).

Diagram 3.4 Andelen arbetsorsakade besvär av all sjukfrånvaro



Källa: AV/Undersökningen om arbetsorsakade besvär, SCB/AKU

Faktorer i arbetsmiljön som påverkar sjukskrivning

Vid analyser av den psykosociala arbetsmiljöns inverkan på hälsan har de senaste åren ofta använts en modell som kallas krav-kontroll-modellen. Modellen arbetar med två variabler, egen kontroll (beslutsutrymme) och psykologiska krav. Om både kontroll och krav är höga anses arbetet vara "aktivt", om de båda är låga är arbetet "passivt". Hög kontroll och låga krav ger ett "avspänt" arbete, medan låg kontroll och höga krav ger ett "spänt" (eller "anspönt") arbete. Resultatet av RFV:s enkät från maj 2002 (RFV analyserar 2003:10) är att en betydligt högre andel av de kvinnor och män som hade ett anspönt arbete, dvs. ett arbete med höga psykiska krav och låg egenkontroll, upplevde att förhållandena på arbetet är orsaken till sjukskrivningen jämfört med dem som hade en annan sorts arbete. Av dem som hade ett anspönt arbete ansåg cirka 7 av 10 att sjukskrivningen var arbetsrelaterad, medan det endast var cirka 3 av 10 av dem med avspänt arbete som ansåg det samma.

I HpH-betänkandets bilaga 2:7 redovisas resultatet från en studie med 9 000 personer i åldern 25–59 som följs mellan åren 1995 och 1999. Studien belyser

- ergonomisk arbetsmiljö
- upprepade arbetsmoment
- krav och kontroll.

Resultaten visar att det finns tydliga samband mellan ergonomiska påfrestningar i arbetet och andelen som haft sjukpenning och liknande bidrag. Detta gäller både män och kvinnor.

Vidare visar det sig att arbeten där samma arbetsmoment upprepas och där arbetet inte kan påverkas har tydliga effekter på sjukpenninguttaget, med större risk för männen än för kvinnorna.

Både män och kvinnor som arbetar under hög anspänning (låg egenkontroll och höga arbetskrav) har ökad frånvaro på grund av ohälsa. Kvinnor med såväl aktiva som passiva jobb och jobb med låg anspänning uppvisar lägre sjukskrivning än de som har jobb med hög anspänning, dvs. låg kontroll och höga krav. Män uppvisar ett annat mönster. Män med aktiva jobb har i mindre grad än andra män ett stort uttag av sjukpenning och liknande bidrag, medan däremot män med jobb med såväl hög som låg an-

spänning samt med passiva jobb har högre sjukskrivning. Det finns alltså en viktig skillnad mellan hur kvinnor och män reagerar på aktiva jobb – stort sjukpenninguttag är dubbelt så vanligt bland kvinnor än bland män.

Det mönster som uppvisas för utvecklingen av den långa sjukskrivningen tyder på att förändringar i arbetslivet och då främst försämringar av den psykosociala arbetsmiljön har stor påverkan på utvecklingen. Arbetslivsinstitutet har i augusti 2003 till regeringen överlämnat en rapport angående trender i arbetslivet "Låsningar och lösningar i arbetslivet". Rapporten pekar på en nära koppling mellan den ökade långtidssjukskrivningen och förändringar i arbetslivet. Bland annat menar forskarna att det finns en ökad tendens till utsortering av individer med "svagheter av olika slag". I rapporten sägs; "Undersökningar visar att upp till en tredjedel av den arbetande befolkningen bär på olika besvär och sjukdomar; en förhöjd nivå på sjukskrivningarna kan bero på att de berörda inte får vara kvar i arbetet eller själva vill avbryta sitt arbete. Den stora skillnaden i dag är inte en ökning av besvärsfrekvensen utan att fler av de som har hälsoproblem i högre grad är långtidssjukskrivna, och att det finns en tendens till en långsiktig ökning av andelen personer med hälsoproblem som försvinner in i de sociala- och arbetsmarknadspolitiska systemen". Rapporten lyfter också fram att samtidigt som arbetsmiljön i många hänseenden blivit bättre så har en utveckling skett av nya problem i arbetsmiljön. Forskarna menar att det är entydigt att den psykosociala arbetsmiljön för många försämrats vilket har en stor betydelse för att allt fler känner stress och oro.

3.3 Administrationen

Socialförsäkringens administration har en betydelsefull roll i sjukskrivningsprocessen. Administrationen bedömer arbetsförmågan, har ett samordningsansvar för den enskildes rehabilitering och ett ansvar att rätt ersättning utbetalas. Det finns tecken på brister i försäkringskassans administration, bl.a. att sjukfrånvaron skiljer sig mycket åt mellan olika regioner. Brister i administrationens funktionssätt kan vara en av orsakerna till att sjukskrivningarna har ökat.

I ESO-rapporten "Den svenska sjuka" diskuteras läkarnas och administrationens agerande som en anledning till att konjunkturen verkar på-

verka sjukfrånvaron i vissa länder men inte i andra. En tänkbar hypotes är att brister förekommer i läkarnas precision vid sjukskrivning samt socialförsäkringsadministrationens kontroll i länder där sjukfrånvaron varierar kraftigt med konjunkturläget. I en ännu opublicerad uppföljning av RFV:s och ESO:s studie har en närmare undersökning av denna hypotes ställts. De preliminära resultaten har dock inte givit något tydligt stöd för hypotesen att det skulle kunna föreligga ett sådant samband.

AHA-utredningen lyfter fram administrationen som en viktig aspekt i delbetänkandet "Kunskapsläge sjukförsäkringen". Enligt utredningen har sjukskrivningstalen ökat både genom att personer som borde vara förtidspensionerade eller få sjukbidrag fortsätter att finnas kvar i sjukförsäkringssystemet och genom att de som har hyggliga chanser att komma tillbaka i arbete genom rehabilitering, inte erbjuds sådana möjligheter.

En del av de åtgärder som regeringen har vidtagit gäller administrationen. Bland annat har medel tillförts för att flera rehabiliteringssamordnare skall kunna anställas och att avstämningarna med den sjukskrivne skall kunna hållas. Regeringens åtgärdspaket redovisas i avsnitt 4. Åtgärderna kan endast delvis följas upp med befintlig statistik över exempelvis andelen partiella sjukskrivningar och antalet personer i rehabilitering. Eventuella kompletterande indikatorer diskuteras på Riksförsäkringsverket (se avsnitt 5).

3.4 Ekonomiska drivkrafter

Arbetsgivarnas kostnader i synnerhet för den korta sjukfrånvaron är betydande (se bl.a. Ds. 2002:63 Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron). Så länge som arbetsgivaren betalar sjuklön till den sjukskrivne kvarstår lönekostnaden i stort sett samt de andra ordinarie kostnader som arbetsgivaren har. Därtill kommer kostnader i form av produktionsbortfall, kvalitetsförsämringar och övriga kringkostnader.

Vid en längre tids sammanhängande frånvaro är möjligheterna för en enskild arbetsgivare större. Om en vikarie sätts in har arbetsgivaren kostnader för att rekrytera och skola in en ersättare, men när väl denne är på plats och har tagit över arbetsuppgifterna är arbetsgivarens

merkostnader till följd av sjukfrånvaron förhållandevis blygsamma. Det kan t.o.m. vara så att verksamheten fungerar bättre än tidigare. I sådana situationer är arbetsgivarnas incitament att verka för en aktiv rehabilitering av den långtids-sjukskrivne små, liksom också incitamenten att förebygga långtidsjukskrivning.

Det kan vidare vara så att incitamenten att vidta åtgärder av detta slag är större hos privata än hos offentliga arbetsgivare. Förklaringen är att det eventuella produktionsbortfallet inte leder till samma kostnadskonsekvenser i offentlig verksamhet som i privat. Sjukfrånvaron i offentlig sektor kan i vissa fall i praktiken bli en besparing för verksamheten.

Att ekonomiska incitament – i första hand förändringar av ersättningsnivån – har betydelse för individens benägenhet att sjukskriva sig torde vara ställt bortom alla tvivel. Så t.ex. har införandet av karensdagen sannolikt haft stor betydelse för nedgången av den korta sjukfrånvaron. Henreksson/Persson (2003) har visat att förändringar i ersättningsnivån har en generell påverkan på sjukskrivningen. I denna analys framkommer också att denna effekt är starkare för kvinnor än för män.

3.5 Attityder till sjukskrivning

Orsaken till uppgången av de långa sjukskrivningarna under de senaste fem åren har inte kunnat förklaras entydigt. AHA-utredningen (SOU 2002:62) lyfter fram förändringar i ålderssammansättning, administrativa tillkortakommanden och förändringar i förtidspensions-systemet som förklaringsfaktorer.

Vidare pekar utredningen på en mer komplex faktor, som har att göra med ett mer pressat arbetsliv och ett minskat psykiskt välbefinnande. Utredningen konstaterar att ”något har hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv”.

I den allmänna debatten talas ibland om en attitydförändring till sjukskrivning. Attitydförändringen kan gälla såväl individer, läkare som arbetsgivare.

Redan på 1950-talet diskuterade sociologen Parsons (se Alexandersson, SOU 2000:121) olika aspekter av sjukrollen och hävdade att den innehåller fyra institutionaliserade förväntningar,

av vilka två är skyldigheter och två är rättigheter. Skyldigheter är att vilja bli frisk, uppfatta situationen som ”icke önskvärd” och att samarbeta för att bli frisk. Rättigheter gäller att slippa arbeta samt att ej hållas ansvarig för sitt tillstånd. En tyngdpunktsförskjutning från skyldighet till rättighet skulle ge en ökad sjukskrivningsbenägenhet, allt annat lika.

I internationella sammanhang brukar man skilja på olika aspekter av begreppet sjukdom (se bl.a. Wikman, Marklund, 2003):

- självupplevd sjukdom
- medicinsk sjukdom, dvs. den sjuklighet en läkare kan diagnostisera
- socialt accepterad sjukdom, dvs. den roll en ”sjuk” person tar eller ges i ett samhälle.

En eventuell normförskjutning under senare år skulle till stor del gälla den socialt accepterade sjukligheten. I takt med att sjukskrivningarna ökat – inte minst i form av långa sjukskrivningar med psykiska diagnoser – kan den sociala acceptansen för särskilt psykiskt betingade sjukskrivningar ha ökat. Det finns emellertid inga studier som bekräftar en förskjutning. Däremot finns studier som visar att en betydande del av de sjukskrivna inte är det på grund av medicinska orsaker och att många anser att sjukskrivning kan vara rätt även om man inte är sjuk.

Paradoxalt nog tycks även den s.k. sjuknärvaron ha ökat under de senaste åren (se Aronsson 2002), samtidigt som sjukskrivningarna ökat. Huruvida detta gäller korta eller långa sjukperioder är inte klarlagt.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det för närvarande saknas tillräcklig kunskap om förändringar i attityder till sjukskrivning som delförklaring till de stora variationer i sjukskrivningar som ägt rum under de senaste 15 åren.

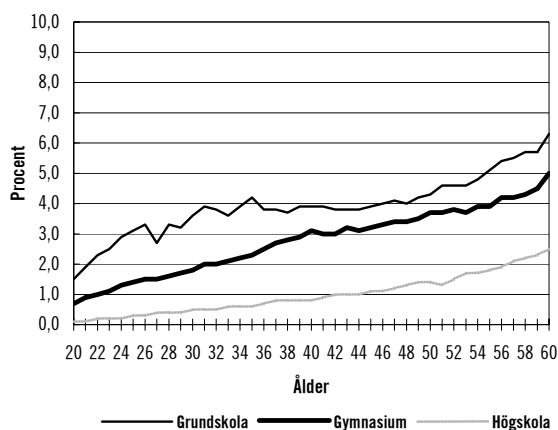
3.6 Jämställdhetsperspektiv

Kvinnor har under lång tid varit överrepresenterade bland de sjukskrivna. Innan kvinnor på allvar kom in på arbetsmarknaden var naturligt nog kvinnors andel av sjukskrivningarna oftast – men inte alltid – mindre än hälften. Från början på 1980-talet, när kvinnors sysselsättningsgrad nådde ungefär samma nivåer som mäns, har kvinnors andel av sjukskrivningarna ökat – särskilt i högkonjunkturer – och omfattade cirka

två tredjedelar av alla sjukskrivningsdagar under första halvåret 2003.

Kvinnor är mer sjukskrivna än män i alla grupper oavsett ålder, utbildning, familjetyp, bransch osv. Storleken på skillnaderna kan variera beroende på efter vilken indelningsgrund jämförelserna görs. Nivån på sjukskrivningarna sammanfaller med ålder och utbildningsnivå, vilket framgår av diagrammen nedan. Som framgått tidigare är det mått som använts i diagrammen en god approximation på sjukskrivningens omfattning.

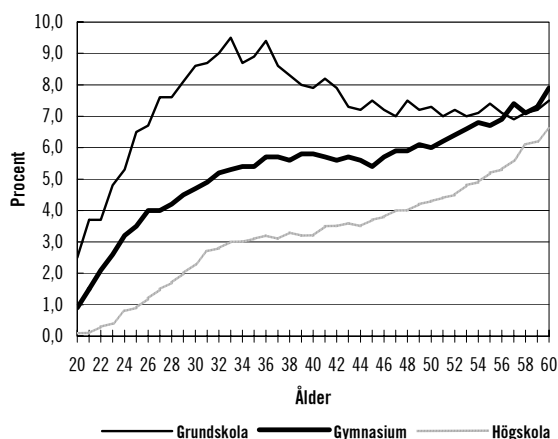
Diagram 3.5 Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, män 2001¹



Källa: SCB, LOUISE-data

¹ Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttakiet i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

Diagram 3.6 Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, kvinnor 2001¹



Källa: SCB, LOUISE-databasen

¹ Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttakiet i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s rapport "Sjukdom och ohälsa", bilaga 1.

Den största skillnaden mellan kvinnor och män gäller högskoleutbildade. Medan kvinnor med lägre utbildningar har en sjukskrivning som är ungefär dubbelt så hög som mäns, har högskoleutbildade kvinnor en sjukskrivning som ligger 3 – 6 gånger högre än mäns. Allvarligt är också att kvinnor med låg utbildning har en mycket hög sjukskrivningsnivå redan i unga åldrar.

Bland olika familjetyper har ensamstående kvinnor med barn den högsta sjukskrivningen i åldrar mellan 28 och 50 år. I åldrarna upp till 26 år har gifta/samboende kvinnor med barn de högsta sjuktalen. Bland män finns inte lika stora skillnader mellan olika familjetyper, men ensamstående män har en högre sjukskrivningsfrekvens än samboende.

Det faktum att kvinnor är mer sjukskrivna än män har ett antal dimensioner. En översikt av dessa redovisas i det följande.

Handläggningen vid försäkringskassan

En studie av Pär-Olov Sännvall (Socialförsäkring, kön och agenda, Försäkringskassan i Stockholm län, 2002) visar att kvinnor och män behandlas olika vid handläggningen hos försäkringskassan av sjukskrivning och rehabilitering. I samtliga de tre diagnosgrupper som studerades visade sig kvinnor bli mer partiellt sjukskrivna än män. Vidare beviljades kvinnor kortare perioder av såväl arbetsträning som studier än män; kostnader för utbildningar till kvinnor uppgick i genomsnitt till mindre än en tredjedel av mäns; kvinnor beviljades såväl arbetsträning som studier senare i sjukfallen, jämfört med män.

Deltagande i arbetslivet

År 2001 var kvinnors sysselsättningsgrad 73,5 procent, mäns 77,0 (Arbetskraftsundersökningen, SCB). För 25 år sedan var skillnaderna betydligt större – de senaste decennierna har enkelt uttryckt inneburit att kvinnors arbetskraftsdeltagande visat en stigande trend medan mäns varit sjunkande. I synnerhet kännetecknas Sverige av ett internationellt sett mycket högt arbetskraftsdeltagande bland kvinnor i åldern 50–59 år.

Mäns och kvinnors arbetsliv är olika genom att kvinnor i högre utsträckning än män arbetar deltid, i högre utsträckning än män har tidsbegränsade anställningar, framförallt vikariat och i lägre utsträckning än män är egna företagare (se RFVredovisar 2001:5).

Yrkes- och sektorfördelningen

AHA-utredningen har, baserat på bl.a. SCB:s statistik om självrapporterade besvär med data fram till och med 2001/2, funnit endast små skillnader mellan näringslivets sektorer vad gäller samband mellan fysiska förhållanden på arbetet och olika besvärsutfall. Däremot finns det en kraftig ökning av sambandet mellan sömnsvårigheter på grund av arbetet och sjukfrånvaro över 5 veckor bland kvinnor inom offentlig sektor. Bland kvinnor är sjukfrånvaro till följd av besvär, oavsett typ av besvär, störst inom offentlig sektor. Sjukfrånvaro totalt på grund av fysiska besvär är vanligare bland män inom privat sektor än inom offentlig sektor.

Arbetsmarknaden är könssegregerad i alla länder, men i större utsträckning i Sverige än i de flesta andra länder (enligt Alexandersson i SOU 2000:121, Bilaga 5). Detta gäller både i den meningen att flertalet yrken är antingen mans- eller kvinnodominerade och över- och underordning på arbetsplatsen. Könssegregeringen leder, enligt Alexandersson, till att kvinnor och män i stor utsträckning dels exponeras för olika arbetsmiljöer, både i betalt och obetalt arbete, dels för att de arbetsmiljöförhållanden kvinnor utsätts för oftast är sämre. Den vertikala uppdelningen innebär att kvinnor finns på lägre befattningsnivåer och i mindre prestigefyllda jobb än män. På 43 procent av alla arbetsplatser finns inga kvinnliga chefer överhuvudtaget medan manliga chefer endast saknas på 5 procent av alla arbetsplatser (se SOU 1998:6, betänkande från Kvinnomaktutredningen).

Denna uppdelning av arbetsmarknaden kombineras med att kvinnors löner fortfarande är betydligt lägre än mäns, bl.a. är kvinnoarbete inom offentlig sektor, vård och omsorg särskilt lågavlönat.

Arbetsförhållanden

I RFV:s studie (RFV Analyserar 2003:3 Psykosocial arbetsmiljö- och långvarig sjukskrivning) pekas förändringar i den psykosociala arbetsmiljön ut som den troliga utlösande faktorn bakom ökningen av de långvariga sjukskrivningarna sedan 1997. Den psykosociala arbetsmiljön har under 1990-talet ändrats särskilt för kvinnorna. Vidare framgår att den kraftigaste ökningen av sjukfrånvaron och de arbetsrelaterade besvären har skett inom de delar av arbetslivet som haft den mest negativa utvecklingen när det gäller psykosocial arbetsmiljö, nämligen

de kvinnodominerade kommunala verksamheterna vård, skola och omsorg.

I AHA-utredningens två betänkanden analyseras hur arbetsmiljön utvecklats under det senaste decenniet för män och kvinnor vad avser höga arbetskrav, egenkontroll över arbetet, graden av anspänning i arbetet samt stöd från chefer och arbetskamrater. Vidare studeras sambandet mellan exponering av olika fysiska och psykiska påfrestningar på arbetsplatsen och sjukfrånvaro. Väsentliga skillnader mellan mäns och kvinnors förhållanden visas, t.ex. i att andelen kvinnor som har ett bristande inflytande över sitt arbete har ökat sedan 1995/96 medan andelen män med bristande inflytande över det egna jobbet minskat sedan 1997/98. Samtidigt ser man ett klart samband mellan inflytande i arbetet och sjukskrivning. Andelen kvinnor som både hade lång sjukskrivning och litet inflytande över sitt arbete ökade kraftigt mellan 1995/96 och 2001/02. Även andelen män med både lång sjukskrivning och litet inflytande ökade kraftigt under samma period, men inte lika mycket som kvinnorna.

Psykiska besvär

Av studier som gjorts av folkhälsoutvecklingen (se SOU 2002:62, bilaga 4: Folkhälsans utveckling) mellan 1980 och 2000 framgår att befolkningens psykiska hälsa har försämrats under 1990-talet i några avseenden, mer bland kvinnor än bland män och mer i yngre åldrar (under 45 år) än i äldre. Ängslan, oro och ångest, trötthet och sömnbesvär har blivit vanligare. Trötthet och sömnbesvär tycks ha ökat framförallt efter 1996/97, både bland kvinnor och män men mest omfattande och systematiskt och på högre nivåer bland kvinnorna. Dessa är de enda allmänna hälsoindikatorer som i den citerade rapporten direkt kan kopplas till utvecklingen av sjukfrånvaron.

De psykiska problemen återkommer i statistiken över diagnoser vid långvariga sjukskrivningar. De vanligaste diagnoserna både hos män och kvinnor vid långvariga sjukskrivningar gäller rörelseorganens sjukdomar (se SOU 2002:62, Bilaga 2: Sjukfrånvarons utveckling under senare år). Andelarna både för män och kvinnor har mellan 1991 och 2001 ganska stabilt legat mellan 36 och 41 procent utan någon tydlig trend. Den näst vanligaste diagnosen är psykiska sjukdomar, inklusive utbrändhet, som uppvisar ett helt annat

mönster över tiden. Andelen psykiska diagnoser har under perioden 1991–2001 ökat från 16 procent till 30 procent (av de långtidssjukskrivna kvinnorna) och från 16 procent till 22 procent (av de långtidssjukskrivna männen).

Tidsanvändning i vardagslivet

Den hastiga ökningen av psykiska diagnoser bör ses mot bakgrunden av att män och kvinnor i stor utsträckning har olika slag av arbetsuppgifter med olika inslag av fysisk och psykisk belastning, kontroll och krav. Det kan också finnas ett samband med skillnader i mäns och kvinnors levnadsförhållanden och livssituation. Att dessa skillnader kan vara betydande framgår av SCB-statistik om tidsanvändning

Kvinnor arbetar oavlönat cirka 4 timmar per dag i hemmet medan mäns insats är omkring 3 timmar. SCB konstaterar i rapporten att detta innebär stora skillnader i mäns och kvinnors tidsanvändning. Så är t.ex. mäns arbete i högre grad koncentrerat till vardagar och dagtid, medan kvinnors är mer utspritt över dag och kväll, vardag och veckoslut. En annan skillnad är att förvärvsarbetet kan utföras under längre sammanhängande tidsperioder, vilket ger längre sammanhängande ledighet, medan hemarbetet sker utspritt över tiden med ständiga växlingar mellan ledig tid och arbetstid. Kvaliteten på kvinnors lediga tid sänks därför, dvs. ger mindre utrymme för personlig frihet och återhämtning.

Slutsatsen av tidsanvändningsstudien är att om man tar hänsyn även till oavlönat arbete så framgår skillnader mellan mäns och kvinnors livssituation. Detta kan vara en bidragande orsak till att förhållandena på arbetsplatsen påverkar män och kvinnor på olika sätt, t.ex. att kvinnor därmed kan vara mer utsatta för stressrisker i sitt förvärvsarbete. Kombinationen av obetalt hemarbete och förvärvsarbete är ett omdiskuterat ämne i forskningen (se Nationella Folkhälsokommitténs betänkande SOU 2000: 91). En forskningslinje går ut på att människor som har flera livsuppgifter (såväl förvärvsarbete som hemarbete) mår bättre än de som endast har en (expansionhypotesen), medan en annan linje (belastningshypotesen) fokuserar människans begränsningar och menar att flera livsuppgifter innebär en ökad belastning och därmed ökad risk för ohälsa. Flertalet studier avseende kvinnor tyder på att expansionhypotesen är mer giltig än belastningshypotesen men båda får stöd i svenska studier. Flera studier påvisar t.ex.

dubbelarbetets negativa inverkan på kvinnors hälsa. Mycket talar för att en kombination av de båda hypoteserna behövs för att förstå sambanden mellan arbete och hälsa, dvs. att flera livsuppgifter gynnar hälsan under förutsättning att den totala belastningen inte är för stor.

Samhällsförhållanden, arbetsförhållanden, könsroller

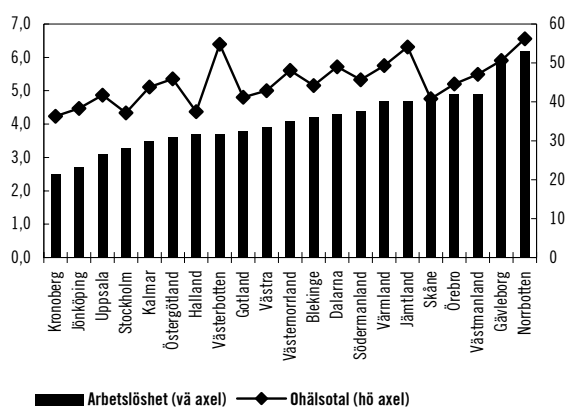
En analys ur ett jämställdhetsperspektiv av det konstaterade mönstret av ökade sjukskrivningar, särskilt bland kvinnor, måste ske genom en bedömning av flera samverkande faktorer. Enligt Valfärdsbokslut för 1990-talet (SOU 2001:79) uppvisar kvinnor fortfarande sämre välfärd än män på flera centrala områden, främst vad gäller ekonomi, arbete och hälsa, samtidigt som kvinnor har längre livslängd, bättre social förankring och något bättre utbildning än män. En viktig förändring under 1990-talet har konstaterats av Valfärdsbokslutet, nämligen att den psykosociala arbetssituationen har förvärrats mer för kvinnor än för män. Den ökade förekomsten av tidsbegränsade anställningar är också en förändring som framförallt berört kvinnor. Vidare är ensamstående kvinnor med barn en av de grupper för vilka utvecklingen över tid i förhållande till befolkningen i övrigt varit sämst, enligt Valfärdsbokslutet. En oroande trend har under 1990-talet varit den kraftiga ökningen av de ungas – och i synnerhet unga kvinnors – psykiska ohälsa.

Det verkar vara en rimlig hypotes att ovanstående samhällsförhållanden och särskilt kombinationen av ett alltmer pressande arbetsliv med hög förvärvsfrekvens bland både kvinnor och män, och ett i stort sett statistiskt, traditionellt könsrollsmönster, kan skapa förutsättningar för ohälsa i arbetslivet. I denna situation inträffade i mitten av 1990-talet en försämring av arbetsmiljön, särskilt av den psykosociala arbetsmiljön. Samtidigt upplevde Sverige en förbättrad konjunktur med de konsekvenser en sådan brukar ha innebarande högre sjukskrivningstal. Med denna förklaringsmodell kan sjukskrivningsutvecklingen förstås utifrån de traditionella könsrollerna som en långsamt föränderlig bakgrundsfaktor i kombination med mer föränderliga faktorer som arbetsmiljö och konjunktur.

3.7 Regionala skillnader i sjukskrivning

På riksnivå finns över tiden ett samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro som innebär att när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. På regional nivå finns ett annat mönster när man jämför nivåerna på arbetslöshet och sjukfrånvaro. I flera fall är det så att de län som har högre arbetslöshet också har högre ohälsotal, och tvärtom. Några konkreta exempel på detta är Norrbottens och Gävleborgs län, som ligger högst bland länen både när det gäller arbetslöshet och ohälsotal, samt Jönköping, Kronoberg och Stockholm som uppvisar de lägsta arbetslöshetstalen och samtidigt mindre låga ohälsotal. För övriga län är sambandet inte lika starkt, men en tendens till positivt samband mellan arbetslöshet och ohälsa återfinns i flertalet län.

Diagram 3.7 Ohälsotal och arbetslöshet för länen



Något som uppmärksammas från olika håll är att nivån på sjukfrånvaron skiljer sig mycket åt mellan olika regioner. Förutom att det finns ett positivt samband mellan arbetslöshet och sjukskrivning så skiljer sig sjukskrivningstalens storlek markant åt. I HpH-utredningen (SOU 2002:5) konstaterades att skillnaderna är så stora mellan olika kommuner att den verkliga sjukfrånvaron varierar med relationen 1 till 7 i förhållande till den förväntade sjukfrånvaron. HpH finner dessa skillnader anmärkningsvärda då de inte enbart kan förklaras genom skillnader vare sig i kön, åldersstruktur eller näringslivsstruktur.

Även i AHA-utredningens delbetänkande (SOU 2002:62) gjordes en genomgång av de regionala skillnaderna. Slutsatsen blev att befolkningssammansättningen i olika län endast kan förklara en mindre del av skillnaderna i ohälsotal. Man konstaterar också att samvaria-

tionen mellan arbetslöshet och sjukskrivning vid en given tidpunkt går i en annan riktning än det konjunkturmönster över tiden som gäller för landet som helhet.

I RFV:s studie av regionala skillnader i sjukskrivningsmönster konstateras att det länge har funnits regionala skillnader när det gäller sjukskrivning, men att de har förändrats över tiden så att ohälsan de senaste 20–30 åren har flyttat från storstäderna till glesbygden. Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa som är tydligt i flertalet län förklarar RFV med att sjukskrivning sannolikt fortfarande används som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd i de län som lider av hög strukturell arbetslöshet. RFV finner det anmärkningsvärt att den ökning av ohälsan som har skett de senaste åren har varit stor framför allt i de län som redan hade höga ohälsotal.

Skillnaderna mellan länen, och även det faktum att de senaste årens ökning tenderar att i större utsträckning ha skett i län med redan höga ohälsonivåer, skulle kunna förklaras med att åldersstrukturen eller branschammansättningen skiljer sig åt mellan länen på ett sådant sätt att det är de som förklarar skillnaderna i sjukskrivning. RFV konstaterar dock, liksom andra gjort tidigare, att de regionala skillnaderna finns i alla åldersgrupper och alla branscher, dvs. de beror inte entydigt på åldersstruktur eller branschammansättning. I stället lyfts skillnader i sjukskrivningspraxis fram som en delorsak till de regionala skillnaderna.

Regeringen beslutade i december 2002 om ett uppdrag till sex myndigheter att kartlägga och analysera regionala skillnader i sjukfrånvaro inom respektive myndighet. Resultaten redovisas i denna budgetproposition (Utgiftsområde 2, Bilaga 1).

Det är inte bara nivån på sjukskrivningarna som varierar mellan länen utan också sjukskrivningarnas längd. Regionala skillnader i demografi, arbetsmarknad och näringsstruktur avspeglar sig till viss del i de långtidssjukskrivnas egenskaper i olika län. Vissa skillnader är dock så framträdande att de troligtvis inte kan förklaras av olika strukturella skillnader mellan länen. Skillnader när det gäller exempelvis diagnosmönster indikerar även att sjukskrivningspraxis kan variera över landet. (Se rapporten "Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete", RFV Redovisar 2002:8)

4 Regeringens åtgärder för att motverka ohälsan 2002 – 2003

4.1 Regeringens åtgärder

11-punktsprogrammet

Mot bakgrund av den stora ökningen av sjukfrånvaron och särskilt de långa sjukskrivningarna påbörjade regeringen hösten 2001 ett arbete med en strategi för hälsa i arbetslivet i form av ett 11-punktsprogram (prop. 2001/02:1). Programmet innehöll såväl åtgärder i syfte att förebygga ohälsa som insatser för snabbare återgång till arbete för de som redan är sjukskrivna.

Behovet av ett mål för arbetet att minska ohälsan framfördes och arbetet att införa ekonomiska incitament för arbetsgivare att förebygga ohälsa inleddes inom ramen för 11-punktsprogrammet. Ytterligare punkter i programmet var behovet av ekonomiska hälsobokslut och försöksverksamhet inom offentliga sektorn, förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, översyn av sjukskrivningsprocessen samt översyn av forskning och statistik. Dessutom framfördes behovet av förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården. Vikten av en engagemang från arbetsmarknadens parter poängterades och trepartssamtalen mellan regeringen och parterna initierades. Exempel på några viktiga insatser som har initierats av arbetsmarknadens parter redogörs för i avsnitt 4.2.

Fortsatt strategi

Regeringens arbete att minska sjukskrivningarna har därefter baserats på 11-punktsprogrammet. Programmet har utvecklats och fördjupats i flera punkter och i budgetpropositionen för 2003 presenterades den fortsatta strategin för arbetet. Även den fortsatta strategin är inriktad på de två huvudområdena, förebyggande arbetsmiljöarbete och åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa. Det konstaterades bl.a. det nödvändiga i att förstärka, vidareutveckla och konkretisera åtgärderna under de närmaste åren med inriktning på följande områden: ekonomiska drivkrafter, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering, sjuk- och aktivitetsersättning och förstärkt förebyggande arbete.

Åtgärder inom området sjukskrivningsprocessen, rehabilitering och sjukförsäkringens administration
I budgetpropositionen för 2003 tillfördes socialförsäkringens administration närmare 500

kronor per år för arbetet mot ohälsan 2003 och 2004. Resurserna skall bl.a. användas till att anställa flera rehabiliteringssamordnare. Vidare skall den försäkrade ges rätt till en egen kontaktperson på försäkringskassan som stödjer den enskilde och samordnar insatser av arbetsgivare, läkare och andra samt regelbundet håller kontakt med den försäkrade. Även behovet av flera försäkringsläkare från 2003 samt förstärkt utbildning av läkare i försäkringsmedicin påtalades. I samma proposition aviserades en översyn av socialförsäkringens administration. För att bl.a. öka effektiviteten i arbetet med att minska ohälsan.

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 avstämningsmöten 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 att betala ut 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.

Från den 1 juli 2003 gäller en ny blankett för läkarintyg. Intyget har utformats på ett sådant sätt att det underlättar för läkaren att avgöra om patienten skall vara sjukskriven på hel- eller deltid. Syftet med det nya intyget är att patientens faktiska arbetsförmåga skall framgå tydligare för försäkringskassan som skall besluta om rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

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. Det föreslogs att sjuklöneperioden för arbetsgivare skall förlängas från 14 till 21 dagar och att den sjukpenninggrundande inkomsten skall multipliceras med faktor 0,97 vid beräkning av sjukpenning. Dessutom skall sjukpenningen för

arbetslösa anpassas så att sjukpenning för denna grupp inte utges med högre belopp än det högsta ersättningsbeloppet inom arbetslöshetsförsäkringen. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Sjukskrivna arbetslösa och personer som inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare

Regeringen har vidtagit särskilda åtgärder för att arbetslösa och personer som inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare skall kunna få hjälp och rehabilitering tillbaka till ett arbete.

Riksförsäkringsverket (RFV), Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket (AV) fick redan i sina regleringsbrev för budgetåret 2001 i uppdrag att inkomma till regeringen med en gemensam handlingsplan för hur samverkan skall utformas för en effektiv användning av befintliga rehabiliteringsresurser. Förutom en konkretisering av det formella samarbetet mellan myndigheterna innehöll handlingsplanen en rad åtaganden om olika insatser för att förbättra och effektivisera samverkan.

Vidare har det under 2002, 2003 och 2004 avsatts 70 miljoner kronor per år för tre projekt för att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. AMS och RFV har i uppdrag att genomföra projekten. Samtliga projekt skall slutredovisas i februari 2005.

I början av 2003 har AMS och RFV fått i uppdrag av regeringen att lämna förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering. Avsikten är att stärka arbetslinjen i sjukförsäkringen så att fler sjukskrivna fortare skall kunna återfå sin arbetsförmåga och få ett arbete. Förslagen skall avse arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med en anställning de inte bedöms kunna återgå till. Utgångspunkten bör vara att arbetsförmedlingen efter överenskommelse med försäkringskassan får ansvaret för insatser för dem som behöver nytt arbete medan försäkringskassan behåller samordningsansvaret för rehabiliteringen och ansvaret för dem som skall återgå till sin anställning. Uppdraget har redovisats till regeringen i juni i år och ärendet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Slutligen har det i 2003 års ekonomiska vårproposition föreslagits att en temporär form av anställningsstöd skall införas för att underlätta långtidssjukskrivna att återgå i arbete. Regeringen har avsatt 200 miljoner kronor 2003 och 600 miljoner kronor 2004 för stödet.

Människor i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser

I budgetpropositionen för 2003 och i proposition 2002/03:2 föreslog regeringen att högst 5 procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning skulle få användas för samverkan mellan myndigheter inom rehabiliteringsområdet.

I juni lämnades i propositionen Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132). förslag till utformningen av samverkan. Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett lands- ting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den föreslagna 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.

Åtgärder inom området aktivitets- och sjukersättning

För att öka intresset för att pröva möjligheten att förvärvsarbeta har RFV under 2002 genomfört särskilda informationsinsatser för att de försäkrade skall få god kännedom om reglerna om vilande förtidspension. Reglerna infördes fr.o.m. 2000 och syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv. I mars 2003 lämnade regeringen förslag om en utvidgning av den nuvarande möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning från ett till två år för att pröva att förvärvsarbeta utan att rätten till förmånen går förlorad. De utvidgade reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Ett förstärkt förebyggande arbete

Regeringen har i budgetpropositionen för 2003 framhållit behovet av att förbättra det förebyggande och rehabiliterande arbetet. Grunden för det fortsatta arbetet för ökad hälsa i arbetslivet är en utveckling av arbetet på arbetsplatserna i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Åtgärder när det gäller utvecklingen och förstärkningen av det förebyggande arbetet har aviserats. Det gäller företagshälsovården samt tillsynen på arbetsmiljöområdet. Följande kan redovisas för de punkter i strategin som närmast faller inom det förebyggande området.

Trepartsamtalen, som inleddes hösten 2001, avslutades i februari 2003 i och med att slutrapporten Ett arbetsliv för alla lämnades. Samtalen har haft till uppgift att skapa samsyn och

samordna insatserna i strategin. Rapporten och dess förslag kommer att utgöra ett viktigt underlag i det fortsatta arbetet med att öka hälsan i arbetslivet.

Regeringen har beslutat att tillsätta en arbetsgrupp "Hälsa i staten" med uppgift att stimulera till gemensamma insatser i statlig förvaltning för ökad hälsa och lägre sjukfrånvaro.

Regeringen har beslutat att genomföra en informationssatsning om hälsa i arbetslivet. Riksdagen har beslutat om 20 miljoner kronor för 2003 under förutsättning att parterna medverkar både i genomförande och finansiering.

För år 2003 har en resursförstärkning om totalt 30 miljoner kronor tillförts Arbetsmiljöverket för att stärka tillsynsverksamheten.

Arbetslivsinstitutet har haft regeringens uppdrag att komma in med en rapport som innefattar en beskrivning och analys av nya trender i arbetslivet och som bedöms vara av betydelse för eller inverka på utvecklingen av ett hållbart arbetsliv i Sverige. Uppdraget redovisades i augusti 2003.

Regeringen har uppdragit åt VINNOVA (Verket för innovationssystem) att föreslå former och inriktning för stödinsatser som avser samverkan mellan flera arbetsgivare i fråga om förebyggande och rehabiliterande arbete. VINNOVA redovisade uppdraget i juni 2003. Beslutet om ett uppdrag för genomförande av insatser bereds för närvarande i Regeringskansliet. För ändamålet har 14 miljoner kronor avsatts.

Lagstiftning om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i årsredovisningarna i företag och kommuner har beslutats av riksdagen. Regeringen har vidare föreskrivit motsvarande krav för de statliga myndigheterna. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Vidare beslutade regeringen i maj 2002, inom ramen för försöksverksamheten inom offentlig sektor, om medel till försöksverksamhet avseende hälsobokslut. Det handlar om att prova olika modeller för redovisning och styrning av verksamheten från arbetsmiljösynpunkt. Även denna försöksverksamhet skall följas och utvärderas av VINNOVA.

Totalt 30 miljoner kronor avsätts under 2003 för att förstärka den regionala skyddsombudsverksamheten. Medlen, utöver detta tillskott, uppgår till cirka 70 miljoner kronor. För 2001 och 2002 avsattes för respektive år 10 miljoner

kronor för utbildning av regionala skyddsombud.

Totalt 15 miljoner kronor har tillskjutits för 2003 för att förstärka utbildningen av personal inom företagshälsovården. För 2002 avsattes 10 miljoner kronor för metodutveckling av företagshälsovårdsutbildningen. Regeringen beslutade i juni 2003 att tillsätta en särskild utredare för att utreda vissa frågor om företagshälsovården. Utredaren skall redovisa uppdraget såvitt avser företagshälsovårdsutbildningen senast den 1 januari 2004 samt såvitt avser frågorna i övrigt den 1 juli 2004.

Ett uppdrag gavs i mars 2002 åt Arbetsmiljöverket att utreda hur arbetsmiljöcertifiering (frivillig kvalitetssäkring/bedömning av ett företags arbetsmiljöarbete) kan stärka arbetsmiljöarbetet. Uppdraget slutredovisades i mars 2003. Verket pekar i sin rapport bl.a. på de svårigheter som finns att förena certifiering med ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att vidta förebyggande arbetsmiljöåtgärder.

Regeringen har i juni 2003 uppdragit åt Statskontoret att utvärdera Arbetsmiljöverkets insatser vad gäller införande av systematiskt arbetsmiljöarbete. En sådan utvärdering har aviserats budgetpropositionen för 2003. Uppdraget skall redovisas senast den 15 april 2004.

4.2 Arbetsmarknadens parter

Arbetsmarknadens parter har en viktig roll i arbetet att minska ohälsan. Särskilt gäller detta förändringar som syftar till att förbättra arbetsmiljön. Parterna har engagerat sig i detta arbete på olika sätt. Som exempel kan nämnas två större projekt som AFA bedriver i samarbete med Karolinska Institutet.

Programmet "Bättre arbetsmiljö och hälsa" genomförs av AFA på uppdrag av Svenskt Näringsliv, LO och PTK och riktar sig till arbetsplatser inom den privata sektorn. Programmet bygger på ett samarbete mellan företag och branscher och där företagsledningar, medarbetare och fackförbund blir delaktiga. En utvärdering som har gjort hösten 2001 på ett av de företag som har deltagit i programmet, Värö Bruk, visar lyckade resultat i form av sjunkande sjukfrånvaro. Dessutom hade andelen som inte har varit sjukskrivna under de senaste året ökat från 44 till 50 procent.

Programmet "Sunt liv.nu" genomförs av AFA på uppdrag av Svenska Kommunförbundet, landstingsförbundet och de fackliga organisationerna Kommunal, OFR (offentliganställdas Förhandlingsråd), och SACO. Sunt liv.nu riktar sig till de som arbetar i kommuner och landsting. Målsättningen är att alla landets kommuner och landsting skall beröras av programmet.

Ett annat exempel är Alecta, som på uppdrag av Svenskt Näringsliv och PTK, Privattjänstemannakartellen, sköter tjänstepensionen ITP och som aktivt arbetar för att lösa problemen med de höga sjukskrivningarna bland anslutna företag. Detta innebär att Alecta identifierar företag som har störst behov att komma till rätta med sjukskrivningarna, tydliggör de kostnader som kan undvikas och tillsammans med företagen driver projekt för att minska antalet sjukskrivna och förkorta tiden för sjukskrivningar. Alecta identifierar verktyg och angreppssätt som ger bevisade effekter inom områdena ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och rehabilitering. Dessutom utvärderar och prövar Alecta tillsammans med företag och aktörer nya modeller. Alecta stöder dessutom relevant forskning inom området. Alecta arbetar också aktivt för att visa på goda exempel, insatser på arbetsplatsen som ger resultat i form av färre sjukskrivningar och därmed ökad lönsamhet. Utmärkelsen Sveriges Bästa Arbetsplats är ett sätt att lyfta fram de goda exemplen.

5 Arbete för att minska ohälsan på myndighetsnivå

En central del av arbetet att minska ohälsan sker på myndighetsnivå. Indikatorer som visar hur myndigheten lyckas med detta är därför ett viktigt instrument i uppföljning och utvärdering av regeringens ohälsorabete. Därför har Riksförsäkringsverket (RFV), Arbetsmiljöverket (AV), och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) i regleringsbrev för 2003 fått regeringens uppdrag att redovisa förslag till indikatorer för hur de olika myndigheterna bidrar till att uppnå regeringens mål. Avsikten är att indikatorer som myndigheterna redovisar för det egna arbetet årligen följs upp. Det finns också ett antal myndigheter som exempelvis genom forskning, utredning eller utvärderingsinsatser kan bidra till arbetet. Några av dessa, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut

(FHI) och Institutet för psykosocial medicin (IPM), har fått i uppdrag att redovisa vilka insatser man vidtagit för att bidra till att målet att sänka ohälsan nås. Utöver dessa bedrivs betydelsefullt arbete inom området vid Arbetslivsinstitutet. Vid institutet bedrivs forskning och utveckling inom sex kunskapsområden; arbetshälsa, arbetsmarknad, arbetsorganisering, ergonomi och belastning, fysiska och kemiska hälsorisker samt integrations- och utvecklingsprocesser. Arbetslivsinstitutet är också ett nationellt kunskapscentrum inom arbetslivsområdet. Rapportering av uppdraget har inkommit från Riksförsäkringsverket, Arbetsmiljöverket, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut och Institutet för psykosocial medicin, vilka redovisas i korthet nedan.

Riksförsäkringsverket, socialförsäkringens administration

I Riksförsäkringsverkets rapportering beskrivs bl.a. den strategi som socialförsäkringsadministrationen tagit fram för arbetet med att minska sjukfrånvaron. Där har tre insatsområden prioriterats. Dessa är attityder, rätt ersättning och förmån samt samordningsuppdraget. Strategin utgår från tre begrepp, förhindra nya sjukfall, förkorta sjukfall och föra åter personer till arbetslivet, dvs. att samordna samhällsinsatser kring den sjukskrivne i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Genom information till arbetsgivare och allmänhet och utbildning av läkare vill socialförsäkringsadministrationen påverka attityderna till sjukförsäkringen. Framför allt ska alla inblandade parter förväntningar förändras till en mer aktiv inställning där den enskildes arbetsförmåga i ökad utsträckning tas tillvara och passiv sjukskrivning undviks. Deltidssjukskrivning ska vara huvudalternativet. Vidare planeras en satsning på kvalitén i prövningen av ersättningsrätten i nya sjukskrivningsfall. Detta innebär bl.a. omfattande utbildningsinsatser och flyttning av resurser. Dessutom avser socialförsäkringsadministrationen att satsa på att göra avstämningssmötet till ett effektivt instrument. På detta möte ska den sjukskrivne, dennes läkare och arbetsgivare tillsammans med försäkringskassan göra en plan för återgång i arbete.

De resultatindikatorer som RFV redovisar utgår från begreppen förhindra, förkorta och föra åter och de tre nämnda insatsområdena. Några

av indikatorerna kan tas fram direkt från RFV:s statistiksystem. Detta gäller bl.a.:

- nyttillkommande sjukfall,
- frekvens av partiella ersättningar i sjukfall upp till 180 dagar,
- andel sjukfall som passerar olika intervall t.ex. 90, 180 och 365 dagar,
- antal sjukfall över viss längd t.ex. ett och två år per tusen invånare och
- antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar.

Vissa av indikatorerna som presenteras innebär en ny administrativ hantering och är fortfarande under diskussion och har ännu inte tagits fram.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har valt att redovisa tre olika indikatorer på effekterna av Arbetsmiljöverkets insatser:

- andel krav efter inriktning,
- antal efterfrågade föreskrivningar och
- arbetsgivarnas tillämpning av systematisk arbetsmiljöarbete.

Andel krav efter inriktning har valts som indikator för att visa inom vilka av arbetsmiljöns problemområden som AV inriktar sina krav via inspektion.

Indikatorn antal efterfrågade föreskrifter indikerar hur AV når ut med sina informationsinsatser. Indikatorn är exempel på de insatser AV gör för att påverka olika aktörer, för att de ska göra vad arbetsmiljölagen föreskriver. När insatser har genomförts och de första effekterna i form av ökad kunskapsnivå och ändrade attityder märks, är nästa effekt faktiska förändringar i hur arbetet med arbetsmiljön bedrivs i företag och förvaltningar.

AV bedömer att införande av systematiskt arbetsmiljöarbete i den form som anges i föreskriften med samma namn är ett viktigt steg i arbetet med att åstadkomma en förbättrad arbetsmiljö. AV föreslår därför indikatorn arbetsgivares tillämpning av Systematiskt arbetsmiljöarbete som anger i vilken utsträckning som föreskriftens krav har genomförts ute på arbetsplatserna

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har med anledning av uppdraget lämnat följande förslag på åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet.

- Socialstyrelsen avser att göra en generell översyn av de allmänna råd och föreskrifter som berör intyg.
- Socialstyrelsen avser att samverka med övriga myndigheter i genomförandet av förslaget Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (Ds 2003:2).
- Socialstyrelsen kommer att lämna förslag till indikatorer för att följa utvecklingen av ohälsa.
- Socialstyrelsen vill framhålla att hälsodataregistren är en viktig kunskapskälla i arbetet med att sänka ohälsotalet.
- Socialstyrelsen föreslår studier avseende analys av regionala skillnader i sjukskrivning, sjukfrånvaro och arbetslöshetsersättning samt skillnader mellan dagens och gårdagens sjukskrivning.
- Socialstyrelsen avser att i samarbete med Kommunförbundet och Riksförsäkringsverket göra en kartläggning av sjuka mottagare av annan ersättning än från sjukförsäkringen.
- Socialstyrelsen avser att utöka tillsynsarbetet, bl.a. med fokus på hur rehabiliteringsbehovet tillgodoses vid sjukskrivning.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut (FHI) är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. FHI skall även följa upp samhällets folkhälsopolitik och folkhälsoutvecklingen i relation till folkhälsans bestämningsfaktorer. FHI presenterar följande insatser i vilka FHI har en viktig uppgift, ofta i samarbete med andra myndigheter och kunskapsorganisationer:

- kunskapssammanställning om sjukskrivningens effekter och motåtgärder,
- analyser om orsaker till arbetsrelaterad ohälsa ur ett folkhälsoperspektiv med ett brett hälsobegrepp,
- metodutveckling och kunskapsöversikter om hälsofrämjande arbetsplatser,
- kunskapssammanställningar om framgångsrikt regionalt/lokalt arbete (dialog med

- företrädare för landsting, kommuner, länsstyrelser),
- metodutveckling för alkohol-, drog- och tobaksförebyggande insatser i arbetslivet,
- metodutveckling för att främja fysisk aktivitet i arbetslivet samt
- utvecklingsarbete kring målinriktad rehabilitering.

FHI planerar att tillsammans med Arbetslivsinstitutet och Institutet för psykosocial medicin uppdatera den kunskapssammanställning som gjordes i samband med AHA-utredningen 2002. Kunskapssammanställningar planeras dessutom om framgångsrikt regionalt/lokalt folkhälsoarbete inom arbetslivsområdet. FHI planerar även att tillsammans med ALI, AV och RFV utveckla och stärka ett svenskt nätverk kring hälsofrämjande arbetsplatser.

Institutet för psykosocial medicin

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har som huvuduppgift att bedriva och främja forskning inom sitt kunskapsområde, psykosocial medicin. Arbetslivet är ett av de områden som IPM bedriver forskning inom. IPM definierar sina insatser för ökad hälsa i arbetslivet enligt följande:

- produktion och sammanställning av kunskap, främst genom IPM:s forskningsprojekt samt publikationer i form av stressforskningsrapporter, originalartiklar och kunskapssammanställningar,
- spridning av kunskap genom seminarier, debatter, kurser av olika slag, konferenser och utbildningsverksamhet, genom rådgivning till andra myndigheter, olika professionella grupper, frivilligorganisationer och företag, IPM:s medverkan i populärvetenskapliga böcker, läromedel och tidskrifter samt genom hemsida på Internet,
- samordning av kunskap. IPM bedriver ett mångsidigt kunskaps- och erfarenhetsutbyte med andra myndigheter, universitet, högskolor och vetenskapliga institutioner. IPM samordnar Det svenska nätverket för stressforskning, som bildades 2002 av 34 olika kunskapsproducenter.

Referenser

Alexandersson, K: ”Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?” Bilaga 5 i SOU 2000:121, ”Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag”

Aronsson, G;, Gustafsson, K (2002): ”Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser”, Arbetslivsinstitutet

Ds 2002:63: ”Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron”, Finansdepartementet

Henrekson, M; Persson, M (2004): ”The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System”. Journal of Labor Economics, Vol 22, No 1

Karasek R och Theorell T, (1990): ”Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life”, Basic Books, New York

Nyman, Bergendorff, Palmer (2002): ”Den svenska sjukan”, Ds 2002:49, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO)

Riksförsäkringsverket (2001): ”Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron?”, RFV redovisar 2001:10

Riksförsäkringsverket (2002): ”Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång till arbete”

Riksförsäkringsverket (2003): ”Psykosociala faktorer som förklaring till sjukskrivningar”

Riksförsäkringsverket (2003): ”Regional skillnader i sjukskrivningsmönster”

Riksförsäkringsverket (2003): ”Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?”

SOU 2000:91: ”Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan”, Slutbetänkande från Nationella Folkhälsokommittén

SOU 2001:79: ”Välfärdsbokslut för 1990-talet”, Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslutet

SOU 2002:5: ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”, Slutbetänkande från HpH-utredningen

SOU 2002:62: ”Kunskapsläge sjukförsäkringen.” Delbetänkande av utredningen om analys av hälsa och arbete (AHA)

SOU 2003:13: ”AHA: utredningsinstitut och mötesplats” Slutbetänkande från AHA-utredning

Wikman, A; Marklund, S (2003): ”Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige”. I Trendantologin ”Ute och inne i arbetslivet”, Arbetslivsinstitutet

Den demografiska utvecklingen

Sannolikheten för sjukskrivning och utträde från arbetsmarknaden på grund av sjukdom ökar med stigande ålder. Det framgår av tabellen nedan att ohälsotalet varierar kraftigt med åldern. Sjuktalet är högre för kvinnor än för män i samtliga åldersgrupper. Det är således rimligt att förutsätta att såväl antalet sjukskrivningar som aktivitets- och sjukersättningar ökar när befolkningen i arbetsför ålder blir äldre, vilket har varit fallet under den senaste 10-årsperioden.

Tabell 1 Ohälsotal¹ efter ålder

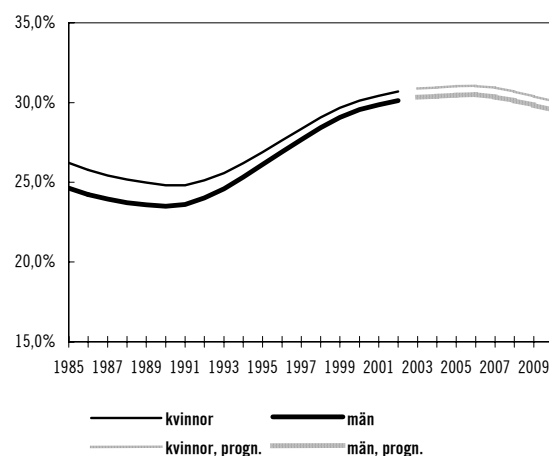
	1998	2000	2001	2002
Kvinnor				
16–29 år	7,3	9,4	10,8	
30–49 år	27,9	35,0	39,3	
50–59 år	68,1	76,4	81,3	
60–64 år	122,5	132,4	137,2	
Män				
16–29 år	6,0	7,1	7,9	
30–49 år	19,7	22,9	24,7	
50–59 år	50,6	53,4	56,1	
60–64 år	114,6	116,1	116,0	

¹ Antalet dagar med sjukpenning och aktivitets- och sjukersättning per person och år.

Källa: RFV

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre i arbetsför ålder har bidragit till att öka sjukskrivningarna under den senaste 10-års perioden. Enligt de beräkningar som har gjorts av Socialdepartementet svarar demografien för ca 4 procentenheter av den totala ökningen av nettosjukpenningdagar på 87 procent mellan 1998 och 2002.

Diagram 1 Kvinnor och män i åldrarna 50–64 år som andel av befolkningen i arbetsför ålder (16–64 år)



Källa: SCB

Andelen personer i de äldre åldersgrupperna (50 – 64 år) har ökat från 24,2 procent år 1991 till 30,4 procent 2002. Mellan åren 2002 och 2008 beräknas den äldsta femårsgruppen 60 – 64 år öka sin andel medan andelen 50 – 59 år minskar.

Effekten av den demografiska utvecklingen på antalet nettodagar beräknas till en miljon dagar för perioden 2002 till juni 2008. Beräkningen utgår från 1998 års åldersfördelning av antalet ersatta nettodagar. Beräkningarna har gjorts genom att antalet nettodagar 1998 uppdelats i femårsklasser, kvinnor för sig och män för sig. Antalet nettodagar för respektive åldersklass har sedan skrivits fram med den demografiska utvecklingen för respektive åldersgrupp. Om antalet personer i en åldersgrupp har ökat/minskat har antalet nettodagar för denna grupp skrivits upp/ned med samma procentuella förändring. T.o.m. år 2002 har framskrivningarna gjorts med den faktiska befolkningsförändringen för respektive åldersgrupp. För åren därefter har framskrivningarna gjorts med SCB:s senaste befolkningsprognos. Totalt beräknas antalet dagar ha ökat med 3,2 miljoner mellan åren 1998 och 2007 och 2,2 miljoner mellan 1998 och 2008 på grund av den demografiska utvecklingen. Därav kan 2,1 miljoner sjukpenningdagar hänföras till perioden 1998–2002. Således beräknas antalet nettodagar öka med 1,1 miljoner mellan åren 2002 och 2007. Effekten är något mindre om perioden förlängs till juni 2008, ca 0,8 miljoner dagar. Demografieffekten för perioden 2002 – juni 2008 beräknas till en miljon dagar, som redan nämnts.

Det är inte möjligt att mer exakt avgöra demografieffekterna på sjuklöne- och karensdagar. Dock har en effekt om 0,2 miljoner dagar räknats fram. Talet baseras på antagandet att den demografiska utvecklingen påverkar frånvaron under sjuklöneperioden procentuellt lika mycket som gäller för den sjukfrånvaro som ersätts av försäkringskassan.

Totalt beräknas antalet nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar öka med 1,2 miljoner till följd av den demografiska utvecklingen.

Demografieffekten kommer inte att ändras i målformuleringen även om utfallet skulle bli något annorlunda än den befolkningsprognos som har använts i beräkningarna. Målet skall beräknas så att det totala antalet dagar 2002 halveras och därefter görs ett tillägg om 1,2 miljoner dagar

Utgångsåret vid beräkning av effekten av den demografiska utveckling för aktivitets- och sjukersättningar är 2002. Även dessa beräkningar har gjorts på 5-års kohorter som har skrivits fram med SCB:s befolkningsprognos. Enligt beräkningarna är den genomsnittliga nivån för nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar under perioden 2003 – juni 2008 ca 500 högre jämfört med nivån för 2002 på grund av den demografiska utveckling.