

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10





## Förslag till statsbudget för 2002

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

## Innehållsförteckning

---

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.....	7
2.1	Omfattning.....	7
2.2	Utgiftsutveckling.....	7
2.3	Mål.....	8
	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.....	8
2.4	Politikens inriktning .....	8
2.5	Insatser.....	9
2.5.1	Insatser inom politikområdet .....	9
2.5.2	Insatser utanför politikområdet .....	11
2.6	Resultatbedömning .....	12
2.6.1	Resultat .....	12
2.6.2	Analys och slutsatser.....	18
	Socialförsäkringens administration.....	28
2.7	Politikens inriktning .....	28
2.8	Insatser.....	28
2.8.1	Insatser inom politikområdet .....	28
2.9	Resultatbedömning .....	29
2.9.1	Analys och slutsatser.....	33
2.10	Revisionens iakttagelser .....	35
2.11	Budgetförslag.....	35
2.11.1	19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. ....	35
2.11.2	19:2 Förtidspensioner .....	38
2.11.3	19:3 Handikappersättningar .....	39
2.11.4	19:4 Arbetsskadeersättningar .....	40
2.11.5	19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer .....	41
2.11.6	19:6 Ersättning för kroppsskador.....	42
2.11.7	19:7 Riksförsäkringsverket .....	42
2.11.8	19:8 Allmänna försäkringskassor .....	44

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp .....	5
2.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet och politikområdet.....	7
2.2 Härledning av nivån 2002–2004 .....	8
2.3 Antal pågående sjukfall (december 2000) .....	12
2.4 Antal pågående sjukfall (oktober 2000).....	13
2.5 Andel av de försäkrade som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering 1998–2000 (%) .....	13
2.6 Andel sjukskrivna (längre än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1998–2000 <sup>1</sup> .....	13
2.7 Särskilda medel som avsatts för samverkan 1999 och 2000 .....	14
2.8 Antal nybeviljade och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag 1994–2000 .....	16
2.9 Antalet personer som övergår från sjukpenning till förtidspension eller sjukbidrag 1997–2000.....	16
2.10 Antalet återstående pensionsår samt beräknad kostnad* fram till 65 år för 1998–2000 .....	17
2.11 Antal beslut i arbetsskadeärenden andra halvåret 1999 och 2000 .....	17
2.12 Andelen sjukskrivna med inkomster över 7,5 prisbasbelopp .....	27
2.13 Heltidsarbetande personer med inkomster överstigande inkomsttaket i sjukförsäkringssystemet år 2001 .....	27
2.14 Andel personer med inkomster som överstiger 7,5 resp. 10 prisbasbelopp år 2001 .....	28
2.15 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. ....	35
2.16 Härledning av nivån 2002–2004 .....	37
2.17 Anslagsutveckling 19:2 Förtidspensioner.....	38
2.18 Härledning av nivån 2002–2004 .....	39
2.19 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar.....	39
2.20 Härledning av nivån 2002–2004 .....	40
2.21 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar.....	40
2.22 Härledning av nivån 2002–2004 .....	41
2.23 Anslagsutveckling 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer .....	41
2.24 Anslagsutveckling 19:6 Ersättning för kroppsskador.....	42
2.25 Härledning av nivån 2002–2004 .....	42
2.26 Anslagsutveckling 19:7 Riksförsäkringsverket.....	42
2.27 Beräkning av avgiftsintäkter .....	43
2.28 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser.....	43
2.29 Härledning av nivån 2002–2004 .....	44
2.30 Anslagsutveckling 19:8 Allmänna försäkringskassor.....	44
2.31 Beräkning av avgiftsintäkter .....	45
2.32 Härledning av nivån 2002–2004 .....	45

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2002, i fråga om ramanslaget 19:7 *Riksförsäkringsverket*, ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 9 000 000 kronor efter 2002 (avsnitt 2.11.7)
2. för budgetåret 2002 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	45 805 022
19:2 Förtidspensioner	ramanslag	47 838 490
19:3 Handikappersättningar	ramanslag	1 098 465
19:4 Arbetsskadeersättningar	ramanslag	7 607 476
19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer	ramanslag	5 000
19:6 Ersättning för kroppskador	ramanslag	58 900
19:7 Riksförsäkringsverket	ramanslag	754 490
19:8 Allmänna försäkringskassor	ramanslag	5 189 175
<b>Summa</b>		<b>108 357 018</b>



## 2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

### 2.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga. Politikområdet omfattar sjukpenning, rehabilitering, närstående-penning, förtidspension, ersättning vid handi-

kapp samt arbets- och kroppsskador, kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer och socialförsäkringens administration, dvs. Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna.

### 2.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 2.1** Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet och politikområdet

*Miljoner kronor*

	Utfall 2000	Anslag 2001 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 2001	Förslag anslag 2002	Beräknat anslag 2003	Beräknat anslag 2004
19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.	36 478	43 875	43 200	<b>45 805</b>	48 416	50 978
19:2 Förtidspensioner	47 744	49 696	50 177	<b>47 838</b>	54 024	56 516
19:3 Handikappersättningar	1 036	1 054	1 059	<b>1 098</b>	1 116	1 130
19:4 Arbetsskadeersättningar	7 186	6 909	7 084	<b>7 607</b>	7 212	7 325
19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer	2	5	5	<b>5</b>	5	5
19:6 Ersättning för kroppsskador	61	61	59	<b>59</b>	55	57
19:7 Riksförsäkringsverket	628	740	810	<b>754</b>	764	778
19:8 Allmänna försäkringskassor	4 802	5 149	5 415	<b>5 189</b>	5 336	5 425
<b>Totalt för utgiftsområde 10 och Politikområde Ersättning vid arbetsförmåga</b>	<b>97 937</b>	<b>107 490</b>	<b>107 810</b>	<b>108 357</b>	<b>116 929</b>	<b>122 215</b>

<sup>1</sup> Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002.

**Tabell 2.2 Härledning av nivån 2002–2004**

Miljoner kronor

	2002	2003	2004
Ramnivå 2001 <sup>1</sup>	107 489	107 489	107 489
Förändring till följd av:			
Beslut	426	4 521	5 183
Pris- och löneomräkning	128	274	392
Övr. makroekonomiska förutsättn	3 339	7 258	10 824
Volym	515	631	711
Överföring till anslag 19:2 m.m. <sup>2</sup>	0	-835	-775
Överföring andra utg.omr. m.m. <sup>3</sup>	0	-9	-9
Slutreglering ÅP-avgift	-3 600	-2 400	-1 600
Summa förändring	868	9 440	14 726
<b>Ny ramnivå</b>	<b>108 357</b>	<b>116 929</b>	<b>122 215</b>

<sup>1</sup> Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

<sup>2</sup> Fr.o.m. 2003 kommer den statliga ålderspensionsavgift som är hänförlig till livränta som bortsamordnas med sjukersättning att betalas från sjukförsäkringen.

<sup>3</sup> Inklusive slutjustering med anledning av de statliga avtalsförsäkringarna. En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

## 2.3 Mål

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

Målen som angavs i budgetpropositionen för 2000 var att:

- ge ekonomisk trygghet för sjuka och funktionshindrade och att aktivt arbeta för att återföra människor i arbete,
- socialförsäkringens administration skall garantera effektivitet, rättssäkerhet och kompetens vid ärendehandläggningen.

Arbetet för att uppnå den första delen av målet redovisas i avsnitt Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Målet för socialförsäkringens administration följs upp i avsnitt 2.7.

Resultatbedömningen i avsnitten 2.6 och 2.9 utgår från dessa mål. De resultatindikatorer som används är: Antal pågående sjukfall, andel sjukskrivna som varit föremål för samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga sex månader

efter avslutad rehabilitering, andel sjukskrivna längre än 60 dagar som varit föremål för samordnad rehabilitering, antal nybeviljade och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag, antal återstående pensionsår, genomströmningstidernas längd samt andelen korrekta ärenden.

## Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

### 2.4 Politikens inriktning

Socialförsäkringarna är en viktig del av den generella välfärdspolitiken som syftar till att minska klyftor och gränser mellan olika samhällsgrupper och fungera som en sammanhållande kraft i samhället.

Det första delen av målet för politikområdet innebär att systemet skall vara utformat så att det stimulerar till förvärvsarbete. Av detta följer att systemet så långt det är möjligt skall främja och underlätta anställningsbarhet och rörlighet på arbetsmarknaden. Försäkringssystemet är därför föremål för en omfattande översyn i syfte att stärka arbetslinjen, men också för att åstadkomma ökad försäkringsmässighet och göra reglerna enklare och mer överskådliga.

Det är en grundläggande politisk uppgift att skapa goda allmänna förutsättningar för att människor skall få vara friska och kunna arbeta. Den fortgående ökningen av antalet långtids-sjukskrivna, av vilka kvinnorna utgör en allt högre andel, har nu även resulterat i en successiv och markant ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Regeringen ser därför mycket allvarligt på utvecklingen inom ohälsområdet, framförallt ur ett mänskligt men också från ett mer långsiktigt ekonomiskt perspektiv.

Den demografiska utvecklingen understryker ytterligare, i ett samhällsekonomiskt perspektiv, behovet av att skapa goda förutsättningar för dem som är i förvärvsaktiv ålder att stanna kvar i arbetslivet så länge som möjligt. Inom de närmaste decennierna kommer befolkningsutvecklingen att präglas av att antalet äldre ökar mycket kraftigt, då de stora kullarna födda på 1940-talet om några år börjar uppnå pensionsåldern. Det innebär att antalet människor i förvärvsaktiv ålder



der sjunker. Färre personer i arbetslivet måste därmed försörja allt fler.

För att det skall vara ekonomiskt möjligt att behålla den välfärd som uppnåtts måste därför varje persons förmåga till arbete tas tillvara. Detta gäller också dem som beviljats förtidspension såtillvida att de skall kunna utnyttja sin eventuellt resterande arbetsförmåga fullt ut. Regeringen överväger därför att fr.o.m. 2003 – när det reformerade och mer tidsenliga förtidspensionssystemet träder i kraft – införa regler om aktivare uppföljning, t.ex. vart tredje år, av arbetsförmågan hos dem som beviljats förtidspension eller sjukersättning.

Regeringen har under 2000 och 2001 intensifierat arbetet för att bryta den negativa utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan. Arbetet leds av de berörda statsråden i Social-, Närings- och Finansdepartementen.

En viktig utgångspunkt för detta arbete är att alla skall kunna delta i arbetslivet efter sin förmåga. Detta kräver en bred satsning på förebyggande insatser så att arbetsförhållanden och arbetsmiljö inte ger upphov till sjukdom eller arbetsskada samt en väl fungerande medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering och effektiva försäkringssystem.

Olika utredare och interna arbetsgrupper inom Regeringskansliet har under det senaste året lämnat förslag som knyter an till det ovan nämnda arbetet. På basis härav har regeringen utformat en sammanhållen strategisk satsning för förbättrade arbetsvillkor och för hälsa i arbetslivet. Ett åtgärdsprogram i 11 punkter redovisas i sin helhet i avsnitt 2.6.2 under rubriken Slutsatser. Programmet innefattar åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa, åtaganden för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården och insatser inom forskningen.

Arbetsmiljö och arbetsförhållanden skall främja god hälsa och ge delaktighet på arbetsmarknaden. Det är ett gemensamt samhällsansvar att människor som blir sjuka eller skadade i arbetet får ett effektivt stöd för att bli friska och kunna återgå till arbetet. En mer tidsenlig, rättvis och jämställd arbetsskadeförsäkring skapar bättre förutsättningar för att lyfta fram det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Ett arbete med att reformera arbetsskadeförsäkringen pågår inom Socialdepartementet och avsikten är att en proposition skall kunna föreläggas riksdagen i

december 2001 med ett ikraftträdande av reformerade regler den 1 juli 2002.

Den andra delen av målet för politikområdet innebär att de försäkrade skall känna sig ekonomiskt trygga vid arbetsoförmåga. Utgångspunkten måste vara att den solidariskt finansierade försäkringen skall utgå från inkomstbortfallsprincipen och att det skyddsnet som försäkringssystemet utgör ger en rimlig levnadsstandard. Frågan om vilken eller vilka indexeringsmetoder som kan komma ifråga för beräkningen av arbetsskadelivräntor och förtidspensioner (fr.o.m. 2003 aktivitets- och sjukersättningar) bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Ett första förslag är att vänta i slutet av 2001. I anslutning här till bereds även frågan om höjning av inkomsttaket i sjukförsäkringssystemet och nya regler avses trädas i kraft den 1 juli 2003.

## 2.5 Insatser

### 2.5.1 Insatser inom politikområdet

#### Sjukpenning och rehabilitering

Med anledning av kostnadsutvecklingen inom sjukförsäkringen beslutade regeringen den 23 juni 1999 att utse en särskild utredare (dir. 1999:54). Utredaren skulle bl.a. dels analysera varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras i ett långsiktigt perspektiv, dels peka ut och kvantifiera faktorer som främst förklarar de senaste årens ökning av sjukfrånvaron och sjukförsäkringsutgifterna. Utredaren överlämnade den 15 augusti 2000 delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72). Utredaren slutförde sitt uppdrag den 19 december 2000 och överlämnade slutbetänkandet Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121).

I december 2000 utsåg regeringen en särskild utredare för uppgiften att utarbeta en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (dir. 2000:92). Handlingsplanen skall innefatta åtgärder både på kort och lång sikt. Förutom de olika försäkringarna inom politikområdet skall handlingsplanen innefatta arbetsmiljöområdet. Utredaren har redovisat förslag på kort sikt i två rapporter i

februari och i juni 2001. Handlingsplanen i dess helhet skall slutredovisas i december 2001.

Under avsnittet 2.6.2 under rubriken Slutsatser redovisar regeringen ett åtgärdsprogram för förbättrade arbetsvillkor och för hälsa i arbetslivet.

I propositionen Vissa socialförsäkringsfrågor (prop. 2001/02:9) som överlämnats till riksdagen denna dag föreslår regeringen att ett särskilt högriskskydd införs i lagen (1991:1047) om sjuklön för levande donatorer i samband med donationsingrepp.

### **Förtidspension**

Under 2000 och 2001 har två viktiga steg tagits i arbetet med att reformera systemet med förtidspensioner och sjukbidrag. Den 1 januari 2000 infördes regler om vilande förtidspension. Dessa regler syftar till att stimulera till återgång till arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv.

I korthet innebär dessa att en förtidspensionär skall kunna få behålla sin pension under längst tre månader av en 12-månadersperiod samtidigt som han eller hon prövar att förvärvsarbeta. Om den försäkrade efter de tre månaderna fortsätter att arbeta skall pensionen vara vilande till den del denne arbetar och utnyttjar arbetsförmåga som inte förutsattes finnas när pensionen beviljades. Under en tid om totalt 12 månader skall den försäkrade kunna pröva att arbeta utan att rätten att få tillbaka pensionen går förlorad. Efter de första 12 månaderna med förvärvsarbete skall den försäkrade kunna ha förtidspensionen vilande under ytterligare 24 månader. Under den tiden upphör inte det ursprungliga beslutet om rätt till pension, men om den försäkrade under den perioden anmäler att han eller hon önskar få tillbaka pension är det möjligt för försäkringskassan att minska eller dra in pensionen om utredning visar att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt.

Under 2000 var det endast ca 800 personer med förtidspension eller sjukbidrag som prövade att arbeta med förtidspensionen/sjukbidraget vilande. Detta var betydligt färre än beräknat. Mycket talar för att informationen om denna reforms innebörd och konsekvenser hitills inte varit tillräcklig. Regeringen har därför under våren gett Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att fr.o.m. 2002 genomföra särskilda insatser för att de försäkrade skall kunna få god kännedom om reformen innebörd och i större utsträckning

motiveras att pröva sina möjligheter att arbeta på en reguljär arbetsmarknad. I uppdraget ingår också att stärka förutsättningarna för en förmedling av passande arbetstillfällen. RFV skall i mars 2002 lämna en första redovisning av vidtagna och planerade insatser.

Under 2000 avslutades arbetet inom Socialdepartementet med att detaljutforma förslag om det reformerade systemet för ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. I början av juli 2000 redovisades resultatet av detta arbete i två departementspromemorior. I promemorian Sjukersättning i stället för förtidspension (Ds 2000:39) lämnades förslag om nya beräkningsregler för ersättning och ålderspensionsrätt vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan för personer över 29 år. I promemorian Aktivitetsersättning (Ds 2000:40) redovisades förslag om ett nytt försäkringsstöd för unga, 16–29 år, med långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan, jämte beräkningsregler för detta stöd. Efter remissbehandling av promemoriorna lämnade regeringen i januari 2001 remissen Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension till Lagrådet. Efter behandlingen i Lagrådet lämnade regeringen den 22 mars 2001 propositionen Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension till riksdagen. Riksdagen har godkänt propositionen (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU 15, rskr. 2000/01:257). Det reformerade förtidspensionssystemet skall träda i kraft den 1 januari 2003.

### **Medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser**

Under hösten 2000 kom regeringen överens med Landstingsförbundet om en förändrad inriktning på användningen av de 235 miljoner kronor i den s.k. Dagmaröverenskommelsen som avsätts från sjukförsäkringen för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården. Medlen skall till övervägande delen användas till:

- kvalificerade medicinska utredningar i syfte att förbättra bedömningen av bl.a. möjligheten till rehabilitering
- försäkringsmedicinsk utbildning och fortbildning inom läkarkåren, t.ex. när det gäller stressjukdomar och ryggont

- utveckling av medicinska utrednings- och rehabiliteringsmetoder.

Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att det är viktigt att personer med komplicerade diagnoser, t.ex. stressjukdomar och ryggont, på detta sätt får mer uppmärksamhet.

### Utveckling av rehabiliteringsarbetet

Regeringen hade under 2000 medel till sitt förfogande för särskilda insatser inom rehabiliteringsområdet. Under året beviljade regeringen nästan 3 miljoner kronor till olika projekt. Det rörde sig huvudsakligen om forskningsprojekt inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.

### Arbetskador

Arbetskadeförsäkringen har de senaste åren varit föremål för kritik. Försäkringen anses inte ersätta inkomstförlust vid arbetskada i tillräcklig omfattning. Kritiken har särskilt inriktat sig på bedömningen av belastningsskador och psykiska besvär samt kvinnornas situation när det gäller dessa svårbedömda skador. Vidare har försäkringsläkarnas roll i arbetsskadeärenden ifrågasatts. Regeringen har med anledning av detta arbetat med en översyn av arbetskadeförsäkringen, där även en översyn av hur livräntan skall värdesäkras och systemet med karensdagar skall ingå.

Som grund för ett förändringsarbete gav regeringen hösten 2000 RFV i uppdrag att analysera arbetskadeförsäkringen och förbereda vissa stödfunktioner. Verket lämnade den 2 april 2001 en delrapport om behov av ändringar i regelsystemet och förändrad organisation av arbetsskadehandläggningen. RFV har den 28 juni 2001 lämnat ytterligare en rapport om stödfunktioner för arbetskadeförsäkringen. Inom Socialdepartementet har en arbetsgrupp granskat tillämpningen av bevisreglerna i arbetskadeförsäkringen och lämnat förslag till förändring av reglerna. RFV:s rapport med förslag till vissa ändringar av regler och organisation samt förslaget om ny bevisregel remissbehandlades sommaren 2001. En proposition om ändring av arbetskadeförsäkringen planeras att lämnas till riksdagen i december 2001.

### 2.5.2 Insatser utanför politikområdet

Regeringen beslutade den 27 januari 2000 att utse en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppgift att analysera den stora ökningen av arbetsbetingad ohälsa, som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer. Arbetsgruppen skall ta fram en handlingsplan som anger en strategi för att komma till rätta med utvecklingen av den arbetsbetingade ohälsan och för att åstadkomma en förnyelse av arbetsmiljöarbetet. En delrapport, Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont, lämnades i september 2000. Slutrapporten, Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet, lämnades den 31 maj 2001 (Ds 2001:28).

När det gäller forskningsinsatser inom arbetslivsområdet hade Institutet för psykosocial medicin (IPM) inskrivet i regleringsbrevet för år 2000 att de skulle arbeta för att öka kunskapen om hur arbetslivet påverkar människors hälsa och funktionella förmåga. Regeringen planerar fortsatta forskningssatsningar även på detta område. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har därför under 2001 haft i uppdrag att arbeta fram ett forskningsprogram om fysiskt och psykiskt orsakade belastningsskador och rehabilitering. Arbetet har skett i samverkan med andra viktiga finansiärer på området, bl. a. Arbetslivsinstitutet och Riksförsäkringsverket. Programmet skall ligga till grund för forskningsinsatser fr.o.m. 2002.

En viktig del i arbetet mot ohälsan är en väl fungerande hälso- och sjukvård. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) innebär att 9 miljarder kronor tillförs hälso- och sjukvården under perioden 2001–2004. Inriktningen är bl.a. att stärka primärvården och öka patienternas möjlighet att etablera en fast läkarkontakt i primärvården.

Dessutom kommer landstingen under perioden 2002–2004 att tillföras sammanlagt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i hälso- och sjukvården. Avsikten är att korta köer och minska väntetider till t.ex. operationer.

För att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i ohälsa har regeringen påbörjat arbetet med att utforma en nationellt samordnad folkhälsopolitik inklusive formulering av nationella folkhälsomål och framtagandet av indikatorer.

Resultatet av detta arbete kommer att redovisas i en proposition till riksdagen under vintern 2001/02. Målen avses bli vägledande för aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå inom folkhälsoområdet.

## 2.6 Resultatbedömning

I budgetpropositionen för 2000 angav regeringen att målet för området Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp var att:

- ge ekonomisk trygghet för sjuka och funktionshindrade och att aktivt arbeta för att återföra människor i arbete,
- socialförsäkringens administration skall garantera effektivitet, rättssäkerhet och kompetens vid ärendehandläggning.

Beträffande den första delen i målet, dvs. att ge ekonomisk trygghet för sjuka och funktionshindrade, kan konstateras att andelen försäkrade som har en inkomst över socialförsäkringssystemets inkomsttak har ökat. Enligt Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121) kommer 1,1 miljoner personer att ha inkomster över inkomsttaket under 2001, vilket motsvarar 36 procent av de heltidsarbetande. Personer med en årsinkomst överstigande 7,5 prisbasbelopp får inte 80 procent i kompensation från det offentliga ersättningsystemet vid en sjukskrivning.

Förmånerna förtidspensioner och arbets-skadelivräntor är värdesäkrade genom knytningen till basbeloppets utveckling. För att målet om att personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället diskuteras för närvarande vilken eller vilka indexeringsmetoder som kan komma ifråga för beräkningen av dessa förmåner. Frågan bereds för närvarande inom regeringskansliet. Ett förslag är att vänta i slutet av 2001.

## 2.6.1 Resultat

### Sjukpenning

Antalet långtidssjukskrivna har fortsatt att öka under 2000 och 2001. Att antalet sjukskrivna ökat har flera förklaringar och orsakssambanden är komplexa. Det finns ingen enskild faktor som kan förklara ökningen av sjukfrånvaron utan flera förklaringar måste kombineras.

Antalet sjukpenningdagar har varierat kraftigt sedan 1955. Det finns dock en trendmässig ökning av sjukpenningdagarna fram till och med 1990. Efter 1990 minskade antalet sjukpenningdagar mycket kraftigt. Den kraftiga ökningen som därefter har skett från och med 1997 påbörjades således från en relativt sett låg nivå. Det är dock viktigt att denna utveckling tolkas med försiktighet eftersom regelsystemen har justerats och antalet personer som har kunnat erhålla sjukpenning har förändrats mycket under perioden, bl.a. genom införandet av sjuklön 1992.

Sjukförsäkringsutredningen anger i sitt slutbetänkande (SOU 2000:121) att sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika branscher, arbetsgivare och arbetsplatser. Utredningen drar av detta slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro, vilket dock enligt utredningen inte innebär att all frånvaro orsakas av förhållanden på arbetsplatsen.

Utredningen har vidare funnit stora regionala skillnader i utvecklingen av sjukfrånvaron, vilka är anmärkningsvärda och svårförklariga. En förklaring kan enligt utredningen vara att tradition och inställning till sjukskrivningar som ett försörjningsmedel bland både medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet, vilket i så fall skulle innebära att tillämpningen av sjukförsäkringen inte är lika över landet.

**Tabell 2.3 Antal pågående sjukfall (december 2000)**

Intervall	1998			1999			2000		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Samtliga fall	71 600	110 300	<b>181 900</b>	86 400	139 800	<b>226 200</b>	96 900	165 000	<b>261 900</b>
30–59	9 300	13 800	<b>23 100</b>	10 500	17 300	<b>27 800</b>	10 500	17 300	<b>27 800</b>
60–364	32 800	51 900	<b>84 700</b>	38 700	64 200	<b>102 900</b>	43 900	75 700	<b>119 600</b>
365–	21 500	33 700	<b>55 200</b>	27 700	44 900	<b>72 600</b>	33 700	58 600	<b>92 300</b>

Källa: RFV. Beräkningarna är gjorda från ett urval av personer födda dag 5, 15 och 25.

Av tabell 2.3 framgår att det är de längre sjukfallen som har fortsatt att öka under 2000, särskilt de sjukfall som pågått ett år eller längre. Ökningen av de längre sjukfallen är större för kvinnor än för män.

**Tabell 2.4 Antal pågående sjukfall (oktober 2000)**

	2000	Procentuell ökning i förhållande till 1999 resp. 1998
Sjukfall ett år eller längre	90 105	27% (1999) och 67% (1998)
Sjukfall två år eller längre	33 000	27% (1999) och 58% (1998)

Tabellen 2.4 visar att de långa sjukfallen ökar, och i oktober 2000 fanns drygt 33 000 sjukfall som pågått två år eller längre. Det är en ökning med 27 procent jämfört med samma tidpunkt 1999 och 58 procent jämfört med 1998. Fall som pågått ett år eller längre har ökat med 27 respektive 67 procent jämfört med 1999 och 1998. Den stora ökningen av de pågående fallen har skett trots att försäkringskassan i oktober 2000 avslutade 52 procent fler fall, som var ett år eller längre, än vad den gjorde vid samma tidpunkt 1998.

Kvinnorna står för 63 procent av sjukfrånvaron och andelen har ökat något jämfört med både 1998 och 1999. Kvinnornas andel av sjukfrånvaron översteg för första gången männens 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 och utvecklingen fortsätter.

Andelen partiella sjukskrivningar är i princip oförändrad och knappt en fjärdedel av alla sjukdagar är av partiell omfattning. Kvinnorna har en något högre andel partiella dagar än männen. Sjukskrivningar på halvtid dominerar.

Det finns dock en klar skillnad mellan könen vad gäller de olika ersättningsgraderna. Kvinnorna sjukskrivs på kvartstid i högre grad än männen, 27 procent för kvinnorna jämfört med 17 procent för männen. Männen beviljas i högre grad tre fjärdedels eller halv ersättning, 83 procent för männen och 73 procent för kvinnorna.

## Rehabilitering

Försäkringskassan ansvarar för att samordna samhällets resurser för rehabilitering så att de tillsammans bildar en väl fungerande enhet.

Endast 58 procent av de försäkrade som genomgick samordnad rehabilitering<sup>1</sup> fick en ökad arbetsförmåga. Det är en försämring i jämförelse med både 1999 och 1998.

**Tabell 2.5 Andel av de försäkrade som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering 1998–2000 (%)**

	1998	1999	2000
Kvinnor	62	58	56
Män	67	61	60
<b>Samtliga</b>	<b>64</b>	<b>59</b>	<b>58</b>

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2000.

Fler personer var föremål för samordnad rehabilitering under 2000 än året innan. Av de som under 2000 var sjukskrivna mer än 60 dagar bedömde försäkringskassan att i genomsnitt 15 procent hade behov av samordnad rehabilitering. Det är en andelsmässig minskning jämfört med 1999 och 1998. Trots detta var alltså det faktiska antalet personer som var föremål för samordnade rehabiliteringsinsatser större. Förklaringen till detta är att antalet personer som varit sjukskrivna längre än 60 dagar ökat i antal.

**Tabell 2.6 Andel sjukskrivna (längre än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1998–2000<sup>1</sup>**

	1998	1999	2000
Kvinnor	17	17	16
Män	15	15	14
<b>Samtliga</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

<sup>1</sup> Uppgifterna avser genomsnittlig andel pågående fall med samordnad rehabilitering.

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2000.

Betydligt fler kvinnor än män var föremål för samordnad rehabilitering. Relativt sett är dock

<sup>1</sup> Samordnad rehabilitering omfattar enligt RFV:s definition försäkringskassans arbete med samordning – i det enskilda ersättningsärendet – som syftar till att ge den försäkrade möjlighet att återfå sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom arbete. Samordnad rehabilitering påbörjas den dag då försäkringskassan bedömer att en försäkrad inte kan återgå i arbete utan att rehabiliteringsåtgärder vidtas och att denna bedömning dokumenterats i akten.

skillnaden mellan könen mindre. Av de kvinnor som var sjuka längre än 60 dagar var 16 procent föremål för samordnad rehabilitering och bland männen 14 procent.

### Särskilda medel

Under anslagsposten rehabilitering anslås s.k. särskilda medel. De särskilda medlen omfattar medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster; arbetstekniska hjälpmedel; läkarutlåtanden och läkarundersökningar; särskilt bidrag; resor till och från arbetet samt samverkan.

Av RFV:s halvårsrapport framgår att prognosen är att de särskilda medel som anslagits för 2001 kommer att förbrukas. Under första halvåret har försäkringskassorna förbrukat 45 procent av årets medel. Ytterligare 17 procent av medlen var vid halvårsskiftet intecknade men ännu inte utbetalade.

### Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Under 2000 köpte försäkringskassorna drygt 19 200 arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Detta är jämfört med 1999 en minskning med ca 2 500 köp.

Av de köpta tjänsterna var 59 procent köp av olika utredningsinsatser och 41 procent köp av aktiva åtgärder. Detta är i princip samma fördelning av köpen mellan utredningsinsatser och aktiva åtgärder som under 1999.

Drygt 60 procent av köpen var till kvinnor och knappt 40 procent till män. Skillnaden mellan kvinnor och män stämmer relativt väl med relationen mellan könen när det gäller antalet sjukskrivna.

### Samverkan

Under 2000 har försäkringskassorna använt ca 90 miljoner kronor av de särskilda medlen för samverkan med andra myndigheter kring utsatta grupper som är aktuella hos flera myndigheter. Det är en ökning jämfört med 1999. Cirka 60 procent av resurserna har använts till projektadministration. Cirka 20 procent har använts till åtgärder av olika slag. Resterande 20 procent har använts till utbildning, utvärdering m.m.

Antalet projekt och verksamheter som finansieras med de särskilda samverkansmedlen är stort och av varierande slag.

**Tabell 2.7 Särskilda medel som avsatts för samverkan 1999 och 2000**

Tusental kronor

	1999	2000
Projektadministration	46 301	56 741
Kartläggning	3 146	3 326
Utbildning/konferenser	9 218	6 820
Utvärdering/kvalitetssäkring	1 384	933
Åtgärder	15 325	19 766
Övrigt	4 719	2 705
<b>Summa</b>	<b>80 094</b>	<b>90 290</b>

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2000.

### 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, men det är svårt att påvisa effekter i form av minskad sjukfrånvaro.

Informationsinsatser riktade till arbetsgivarna är exempel på försäkringskassornas förebyggande arbete. Informationen vänder sig ofta till landstingen och kommunerna där försäkringskassorna konstaterat att det finns hög sjukfrånvaro bland vissa personalgrupper. I några fall har försäkringskassan träffat avtal med ett landsting eller en kommun om samarbete för att minska sjukfrånvaron.

### Rehabiliteringsbehovet i två år långa sjukfall

RFV har under 2000 inom ramen för sin tillsyn granskat försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning i två år långa sjukfall. Vid denna granskning har verket även tittat på kassans ställningstagande till behovet av rehabilitering.

I 17 procent av de granskade ärendena framgår inte av dokumentationen i ärendet om något ställningstagande till behovet av rehabilitering har skett. I 39 procent av ärendena har försäkringskassan bedömt att rehabiliteringsbehov föreligger och i 44 procent att det inte föreligger något behov av rehabiliteringsinsatser. I större

delen av de ärenden där kassan har konstaterat att rehabiliteringsbehov föreligger har åtgärder också pågått någon gång under sjukfallet.

När det gäller försäkringskassans ställningstagande till behovet av rehabilitering kan man se en tendens till att kassan i större utsträckning bedömt att det föreligger ett rehabiliteringsbehov hos män än hos kvinnor. Även när det gäller att initiera rehabiliteringsåtgärder har RFV uppmärksammat en tendens till att detta sker i större utsträckning beträffande män än kvinnor.

### Arbetshjälpmedel

RFV har under 2000 inom ramen för sin tillsyn granskat beslut som försäkringskassan fattat om bidrag till arbetshjälpmedel.

RFV har funnit att kvaliteten i hanteringen av beslut om bidrag till arbetshjälpmedel är bristfällig. RFV:s ställningstagande grundas bl.a. på att besluten bedömdes vara felaktiga i 9 procent av de granskade ärendena. Dessutom gick det inte att bedöma om beslutet var riktigt eller inte i 27 procent av de ärenden som granskats. Detta på grund av att beslutsunderlagen var bristfälliga.

### Närståendepenning

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

RFV har presenterat en rapport om utvecklingen av närståendepenning under 1990-talet (RFV REDOVISAR 2001:2). Där framgår bl.a. att kostnaden har flerdubblats under 1990-talet och att detta främst beror på att ersättningsnivån per dag och antalet personer som vårdas har ökat. Antalet ersatta närståendepenningdagar per person har däremot inte ökat nämnvärt. Av dagarna lämnas hel respektive halv ersättning i ca 85 respektive 10 procent av det sammanlagda antalet dagar. Närståendepenning kan även utges som fjärdedels och tre fjärdedels förmån.

År 1999 vårdades 40 procent av personerna i högst 5 dagar av en anhörig som tog ut närståendepenning, mot närmare hälften 1993. Var tredje person vårdas mellan 6–15 dagar.

Förändringarna i antalet dagar är mindre om man i stället ser på dem som vårdar. Nära hälften

har genom åren tagit ut högst 5 dagar närståendepenning och 30 procent har tagit ut mellan 6–15 dagar. Kvinnor tar ut flera dagar per person men skillnaden mellan könen är liten.

Av de som vårdas är 53 procent kvinnor och 47 procent män. Drygt hälften är i åldern 50–75 år och 38 procent är äldre än 75 år. Den procentuella åldersfördelningen varierar endast lite genom åren.

Vidare framgår av rapporten att genomsnittsåldern för dem som vårdar ökar. År 1999 var nära hälften av dem mellan 36–50 år och 36 procent var över 50 år. Män som tar ut närståendepenning har ökat sin andel något genom åren men fortfarande är mer än sju av tio vårdare kvinnor. Kvinnor och män tar i genomsnitt ut ungefär lika många dagar per person. Kvinnor tar ut närståendepenning lika ofta för att vårda män som för att vårda kvinnor. Män vårdar dubbelt så ofta kvinnor som de vårdar män.

Under de senaste åren har såväl antalet ersatta dagar som ersättning per dag ökat mer än beräknat. Närståendepenning utbetalades 2000 till 8 400 personer för vård av nästan lika många personer. Genomsnittligt ersattes tio nettodagar per vårdare. Antalet dagar per person ökar, men mycket långsamt. Den genomsnittliga ersättningen för män ligger 100 kronor högre än för kvinnor.

### Förtidspensioner

Ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag fortsatte under 2000. I december 2000 betalades förmånerna ut till ca 435 000 personer vilket är drygt 13 000 fler än i december 1999. I anslutning här till kan nämnas att RFV i sin rapport om tillsynen över försäkringskassorna under 2000 konstaterat att rätten till förtidspension eller sjukbidrag borde ha prövats i mer än hälften av de av verket granskade sjukfallen som varat längre än två år. Om det hade skett skulle med stor sannolikhet antalet utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag i december 2000 ha varit ännu större.

Utvecklingen av antalet förtidspensioner och sjukbidrag mellan december 1994 och december 2000 framgår av tabell 2.8. Där framgår också att antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag uppgick till ca 49 200 under förra året, vilket är en ökning med ca 25 procent jämfört med 1999. Fler kvinnor än män beviljades dessa för-

förmåner. Av de nybeviljade förtidspensionerna var kvinnornas andel drygt 54 procent och motsvarande för sjukbidragen var drygt 64 procent. Orsakerna till att kvinnor i högre utsträckning än män blir beviljade förtidspension eller sjukbidrag är många och komplexa. Familjesituation och levnadsförhållanden, arbetsrelaterade faktorer som utbildning, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt arbetslöshet är de viktigaste, men orsaksbilden förväntas bli bättre klarlagd av den särskilde utredare som regeringen tillsatt för att utarbeta en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (dir. 2000:92).

**Tabell 2.8 Antal nybeviljade och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag 1994–2000**

År	Nybeviljade pensioner/sjukbidrag	Utbetalade pensioner/ sjukbidrag i december
1994	48 531	410 626
1995	39 204	408 576
1996	39 245	407 584
1997	41 198	417 424
1998	34 487	417 404
1999	39 506	421 518
2000	49 237	435 005

Ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag under 2000 beror till stor del på de senaste årens utveckling med allt fler långa sjukskrivningar.

**Tabell 2.9 Antalet personer som övergår från sjukpenning till förtidspension eller sjukbidrag 1997–2000**

	1997		1998		1999		2000*	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Ande %	Antal	Andel %
Kvinnor	18 682	56,1	15 961	57,6	19 149	58,9	22 986	58,9
Män	14 588	43,9	11 754	42,4	13 361	41,1	16 008	41,1
<b>Samtliga</b>	<b>33 270</b>	<b>100</b>	<b>27 715</b>	<b>100</b>	<b>32 510</b>	<b>100</b>	<b>38 994</b>	<b>100</b>

\* Uppgiften för år 2000 avser perioden november 1999–oktober 2000.  
Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2000.

Ett annat sätt att beskriva utvecklingen inom området är att beräkna det återstående pensionsåtagandet. Detta visar den återstående pensions-tiden för samtliga personer med förtidspension eller sjukbidrag vid ett antagande om att dagens förtidspensionärer behåller sin förmån fram till ålderspensionen. Tabell 2.10 visar att det återstående pensionsåtagandet har ökat för både män och kvinnor, mest för kvinnorna. Ökningen beror dels på att de personer som beviljas sjukbidrag eller förtidspension är fler än de som övergår till ålderspension, dels på att nybeviljan-

Drygt 70 procent av förmånstagarna är över 50 år. Störst andel förtidspensioner eller sjukbidrag beviljades i åldersgruppen 60–64 år. Knappt 36 000 förmåner upphörde att ges ut under 2000 vilket var något färre än under 1999.

De regionala skillnaderna i fråga om nybeviljade förmåner är stora. Dessa varierade mellan 7,0 nybeviljade per 1000 inskrivna försäkrade i Jönköpings län till 13,7 per 1 000 i Västerbottens län. Med undantag för Jämtlands län har antalet nybeviljande förmåner ökat i hela landet under 2000.

Andelen nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag med hel omfattning ökade med två procentenheter och utgör nu 67 procent av det totala antalet förmåner. Relativt sett ökade dock de partiella förmånerna mest under 2000.

Ökningen av antalet förtidspensionärer beror som tidigare nämnts i mycket hög grad på den dramatiska utvecklingen av antalet långa sjukfall under de senaste åren. Som framgår av tabell 2.9 övergick under förra året knappt 39 000 personer från sjukskrivning till förtidspension eller sjukbidrag, en ökning med ca 20 procent jämfört med 1999. Av dessa var ca 23 000 kvinnor och ca 16 000 män. För 1999 var motsvarande antal ca 19 000 respektive ca 13 300. Tabellen visar också att kvinnornas andel av de som övergår från sjukskrivning till förtidspension eller sjukbidrag har ökat successivt under de fyra åren.

det av förtidspension och sjukbidrag ökar mest bland de unga som har längst tid kvar till 65 år. Av det totala återstående pensionsåtagandet, räknat i såväl år som i kostnader, fördelade sig under 2000 ca 55 procent av åren på kvinnorna vilket motsvarar drygt 50 procent av de beräknade totalkostnaderna fram till 65 år. Detta visar tydligt att män generellt sett haft högre inkomster än kvinnor och därmed får högre tilläggspension.



**Tabell 2.10 Antalet återstående pensionsår samt beräknad kostnad\* fram till 65 år för 1998–2000**

Miljoner kronor

	1998		1999		2000	
	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad
Kvinnor	2 350 907	218 235	2 408 545	225 438	2 516 234	237 193
Män	1 973 325	223 961	2 001 427	226 195	2 061 966	232 580
<b>Samtliga</b>	<b>4 324 232</b>	<b>442 196</b>	<b>4 409 972</b>	<b>450 756</b>	<b>4 578 200</b>	<b>469 779</b>

\* Den återstående kostnaden är schablonmässigt beräknad utifrån 2000 års prisbasbelopp.

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2000.

## Arbets-skador

Antalet arbetsskadelivräntor har totalt sett minskat de senaste åren på grund av att antalet nybeviljade livräntor är färre än antalet som har upphört. Antalet egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen uppgick 2000 till drygt 90 000. Antalet anmälda arbetsskador har ökat totalt med 9 procent mellan åren 1999 och 2000. Ökningen avser arbetssjukdomar och arbetsolyckor sammantaget. Arbetssjukdomarna har ökat med cirka 20 procent. Ökningen är procentuellt högre för männen än för kvinnorna (cirka 23 respektive 18 procent).

Bland de anmälda arbetsskadorna är belastningsskador den vanligaste sjukdomstypen.

Dessa ökade totalt med 17 procent mellan åren 1999 och 2000. Ökningen var något högre för männen än för kvinnorna (cirka 22 respektive 13 procent).

Arbetssjukdomar orsakade av sociala och organisatoriska faktorer, där stress och psykiska påfrestningar är bakomliggande orsaker, ökade allra mest. Sådana sjukdomar har ökat med cirka 40 procent bland kvinnor och 36 procent bland män mellan åren 1999 och 2000.

Statistik avseende beslut av socialförsäkringsnämnd under andra halvåret 1999 och 2000 visar att bland de avgjorda ärendena fick fler kvinnor än män beslut om avslag. Andelen avslagsbeslut har dock ökat för både män och kvinnor.

**Tabell 2.11 Antal beslut i arbetsskadeärenden andra halvåret 1999 och 2000**

År	Beslut			Därav avslag		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
1999	3 981	3 421	<b>7 402</b>	1 408	1 550	<b>2 958</b>
2000	4 084	3 806	<b>7 890</b>	1 599	1 962	<b>3 561</b>

De arbetsskadeärenden som avgjorts av försäkringskassan ett visst år, utgör inte en delmängd av de arbetsskador som anmälts det året, eftersom försäkringskassans prövning i många fall avser skador som anmälts tidigare.

## 2.6.2 Analys och slutsatser

### Analys

Det första övergripande delmålet är att ge ekonomisk trygghet för sjuka och funktionshindrade. Förmånerna förtidspension och arbetskadeliivränta är värdesäkrade genom knytning till prisbasbeloppet. Frågan om vilken eller vilka indexeringsmetoder som skall gälla framöver bereds inom Regeringskansliet. Proposition planeras till december. Vad gäller taket i sjukförsäkringssystemet så är regeringens bedömning i denna proposition att det skall höjas till 10 prisbasbelopp i juli 2003 under förutsättning att det statsfinansiella läget tillåter detta.

Regeringen kan vidare konstatera att det *andra* övergripande delmålet att *aktivt arbeta för att återföra människor i arbete* inte har uppnåtts.

Regeringens verksamhetsmål med anledning av nämnda mål var att socialförsäkringsadministrationen skall förebygga och minska ohälsa. Den enskildes arbetsförmåga skall i ökad grad tillvaratas och förlorad arbetsförmåga skall i ökad omfattning återfås.

För att operationalisera regeringens verksamhetsmål satte RFV i sin tur upp två riksmål. Dels skulle det finnas högst tre sjukfall över två år per tusen inskrivna försäkrade 16–64 år, dels skulle minst 65 procent av de som varit föremål för samordnad rehabilitering ett halvår efter avslutningstidpunkten ha en ökad arbetsförmåga jämfört med starttidpunkten (det s.k. SAR-måttet).

Inte något av riksmålen har uppnåtts. Istället gick utvecklingen i motsatt riktning. Antalet långa sjukfall per 1000 inskrivna försäkrade ökade och en lägre andel av de som varit föremål för samordnad rehabilitering hade ökat arbetsförmågan.

Enligt RFV:s analys är en orsak till att målet inte nåtts ökningen av antalet sjukfall, vilket negativt påverkat kassornas möjligheter att förbättra sina resultat. Vidare kan försäkringskassornas ansträngda arbetssituation ha gjort att sannolikheten för återgång i arbete efter åtgärd inte utretts tillräckligt eller att alltför begränsade insatser gjorts. Men även avsaknaden av en enhetlig metodik i handläggningen och att yrkesrollen för rehabiliteringssamordnarna är otydlig påverkade måluppfyllelsen negativt. Regeringen delar RFV:s analys av varför målet inte nåtts.

### Sjukpenning

En av de markanta förändringarna i sjukpenningförsäkringen under senare år är att den genomsnittliga ersättningen vid sjukskrivning har ökat mer än löneökningarna i samhället. Av RFV:s budgetunderlag för 2002–2004 framgår att det är kvinnorna som står för den största ökningen, 5 procent för kvinnorna och 3,5 procent för männen. Enligt RFV tyder förändringen på att det är kvinnor med något högre inkomster som tillkommit. Enligt RFV kan andra delförklaringar vara att fler män än kvinnor i högre utsträckning frångår deltidsarbete, t.ex. arbetar heltid, och därmed erhåller högre ersättning.

Av Sjukförsäkringsutredningens delbetänkande (SOU 2000:72) framgår att sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika sektorer och mellan olika arbetsplatser och att utvecklingen under senare år har förstärkt dessa skillnader. Utredningen har därför dragit den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro.

Vad avser de regionala skillnader som förekommer konstaterar utredningen i sitt slutbetänkande (SOU 2000:121) följande: "Utredningen finner de stora regionala skillnaderna i utvecklingen av sjukfrånvaron både anmärkningsvärda och svårförklariga. En förklaring kan vara att tradition och inställning till sjukskrivningar som ett försörjningsmedel bland både medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet. Sjukskrivningarna är höga i framför allt skogs- och Norrlandslänen, där arbetslösheten är, och har varit, hög under lång tid. Sjukskrivningen kan ha blivit ett icke avsett komplement till arbetsmarknads-, socialpolitiska och regionalpolitiska stöd. Detta skulle i så fall innebära att tillämpningen av sjukförsäkringen inte sker lika över landet."

Av slutbetänkandet (SOU 2000:121) framgår vidare, bl.a. vad gäller sambandet mellan arbetsmiljö och sjukskrivning, att risken för sjukskrivning ökar för den som är utsatt för stora krav och samtidigt har litet inflytande över arbetet. Vidare framgår i en studie som utredningen genomfört att ökande ålder ger en ökad risk för långtidssjukskrivning både för män och kvinnor och oberoende av om man arbetar inom den privata eller statliga sektorn eller inom kommun eller landsting.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och sjukfrånvaron ökar snabbare för kvinnor. Av utredningens slutbetänkande framgår att det finns ytterst få vetenskapliga studier om orsakerna till detta, och ännu färre om möjligheterna att påverka dessa förhållanden. Vidare framgår som möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro att kunskapen inom medicin är mindre vad gäller diagnostisering, behandling, rehabilitering respektive prevention av kvinnors besvär och att kvinnor oftare har arbeten som är ergonomiskt eller psykosocialt krävande. En ytterligare orsak kan finnas i ökade krav i kvinnodominerade arbeten de senaste 10–15 åren. Antalet kvinnor som har arbete med hög anspänning men liten egen kontroll ökar. Under de senaste åren har ökningen varit särskild tydlig bland personal anställd inom vård, skola och omsorg. Ytterligare orsaker kan vara de neddragningar i välfärdssamhället som skett vilket påverkar framför allt kvinnors obetalda arbete och försämringar för ensamstående föräldrar varav merparten är kvinnor.

Att arbetsmarknaden har förbättrats under senare år kan också ha bidragit till att öka sjukfrånvaron. Dels har fler människor direkt tillträdde till sjukförsäkringen när antalet sysselsatta ökar, dels är människor ofta mer benägna att sjukskriva sig när arbetsmarknadsläget blir bättre. Sjukförsäkringsutredningen anger i sitt delbetänkande att flera internationella studier på makronivå redovisar samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Utredningen konstaterar att det inte finns anledning att ifrågasätta dessa samband, men anser att sambanden inte har tillräckligt förklaringsvärde för de senaste årens utveckling av sjukfrånvaron.

I vilken utsträckning väntetiderna eller andra problem i sjukförsäkringen beror på brister i samordningen mellan sjukvård och sjukförsäkring har inte kunnat fastställas. I en till utredningen redovisad studie konstaterar Statskontoret bl.a. att ett av de stora och grundläggande problemen inom detta område är bristen på kunskap. Ett sätt att avhjälpa bristen på kunskap är utbildning i försäkringsmedicin för kliniskt verksamma läkare.

Försäkringskassans möjligheter att bromsa utvecklingen av sjukskrivningarna är begränsade eftersom inflödet i sjukförsäkringen till stor del bestäms av externa faktorer. Försäkringskassan har större möjligheter att påverka utflödet från sjukförsäkringen genom att samordna rehabili-

teringsinsatser eller genom att bevilja sjukbidrag eller förtidspension för de människor som saknar rehabiliteringsmöjligheter.

Vad avser handläggningens kvalitet har resultatet för sjukpenningen försämrats. Nivån för riksmålet, 98 procent korrekta ärenden, har inte nåtts. En tänkbar förklaring skulle – enligt RFV – kunna vara att den ökande ärendemängden gjort att tidsåtgången per ärende sjunkit och detta i sin tur medfört ökad andel fel. Detta tycks emellertid inte vara fallet eftersom försäkringskassor med hög styckkostnad inte redovisar en högre andel korrekta ärenden.

### Förtidspension

Det är svårt att bedöma måluppfyllelsen med avseende på utvecklingen inom förtidspensionsområdet. Den kraftiga ökningen av antalet långtidssjukskrivna under de senaste åren leder ofrånkomligen till en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag.

Vidare kan konstateras att de långa sjukfallen negativt påverkat möjligheterna för försäkringskassorna att förbättra sina resultat på andra områden, t.ex. i fråga om förtidspensionerna. Enligt RFV:s tillsynsrapport för 2000 och Justitieombudsmannens granskning av socialförsäkringsadministrationen har kassorna underlåtit att pensionspröva ett stort antal färdigutredda ärenden i de fall förutsättningar finns att byta ut sjukpenning mot förtidspension. Dessutom har bristen på resurser medfört att pensionsprövningen blivit fördröjd. Regeringen anser att det är mycket otillfredsställande att många försäkrade därmed riskerar att ha fel ersättningsform.

Härutöver finns brister i rättstillämpning och stora regionala skillnader över landet vilket medför ökade kostnader för samhället.

Det råder dessutom stora regionala skillnader i fråga om handläggningstider och genomströmningstider för ärenden om förtidspension och sjukbidrag, samtidigt som styckkostnaderna för beslut och utbetalning av förtidspension har ökat 2000 jämfört med föregående år. I fråga om kvaliteten på ärendehandläggningen bedöms – trots de ovan angivna bristerna – andelen korrekta ärenden om förtidspension och sjukbidrag ligga nära det av RFV uppsatta riksmålet att minst 98 procent av alla ärenden skall vara korrekta i fråga om beslutsunderlag, beslut och utbetalning.

De åtgärder som vidtagits under de senaste åren för att göra det möjligt för förtidspensionärer att ha förtidspensionen vilande för att pröva att arbeta, samt särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension, har hittills haft mycket begränsad effekt. Regeringen har därför gett RFV i uppdrag att snarast genomföra olika insatser för att förbättra informationen om möjligheten till vilande förtidspension till bl.a. de försäkrade som bedöms ha en restarbetsförmåga.

### Handikappersättning

Antalet personer med handikappersättning med den högsta ersättningsnivån har minskat. Samtidigt har antalet med den lägsta nivån ökat mer än förväntat. En könsuppdelad utveckling av handikappersättningen visar att antalet på den mellersta ersättningsnivån (53 procent av prisbasbeloppet) ökar för de män som uppbär handikappersättning som huvudförmån. För kvinnor sker en marginell ökning inom den högsta ersättningsnivån (69 procent av prisbasbeloppet). Fler kvinnor än män uppbär handikappersättning vilket förklaras med att kvinnor lever längre än män. Fördelningen på kön har inte förändrats mellan åren.

Genomströmningstiden för handikappersättning har ökat 2000 jämfört med 1999. Riksmålet för genomströmningstiden har inte uppnåtts. Andelen fel i beslut är alltså hög och har ökat jämfört med 1999. Inte heller i denna del uppnås riksmålet.

### Arbets-skador

Antalet anmälda arbets-skador fortsätter att öka. En tydlig förändring av anmälningsfrekvensen kunde noteras 1997 och ökningen fortsätter. Högre förvärvsfrekvens, arbetsmiljön och demografiförändringar har i olika grad betydelse för arbets-skadeområdet. Även om alla arbets-skador som anmäls inte uppfyller kraven för prövning hos försäkringskassan, medför fler skador långsiktigt en risk för ökade försäkringskostnader. För närvarande minskar dock beståndet livräntor, eftersom antalet som tillkommer fortfarande beräknas vara lägre än antalet som upphör.

Det är något fler kvinnor än män som får avslag på sitt yrkande om livränta. Skillnaden kan

till stor del förklaras med att män i större omfattning än kvinnor råkar ut för svårare olycksfall i arbetet. Kvinnor anmäler i första hand sjukdomar i rygg, leder och muskler. Vid tillämpningen av nuvarande bevisregel i arbetsskadeförsäkringen är dessa sjukdomar svårare att hänföra till skadliga faktorer i arbetet.

RFV konstaterar i rapporten *Analys av arbetsskadeförsäkringen* att relationen mellan kön och godkänd arbetsskada är en komplicerad fråga om vilken det i dag saknas en säker kunskap. Det finns behov av ytterligare kunskap om könsbundna skillnader avseende belastning och exponering i arbetslivet. För detta ändamål behövs bland annat ett bättre statistiksystem som ger tillgång till kunskap om eventuella könsbundna bedömningsmönster. Först då kan man få kunskap om huruvida kvinnor och män behandlas olika vid tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen.

Utöver behovet att göra analyser av könsskillnader vid tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen, finns ett generellt behov av att följa utvecklingen av försäkringen. Exempel på en sådan uppföljning är att möjlighet skapas att följa utvecklingen med anledning av regeländringar och att se utfall för olika skadetyper. Detta är för närvarande inte möjligt på grund av ofullkomligheter i statistiksystemet.

Målet att socialförsäkringsadministrationen skall garantera effektivitet, rättssäkerhet och kompetens vid ärendehandläggningen uppnås inte i fråga om arbetsskadeärenden. RFV:s tillsyn av försäkringskassorna visar att det råder stora regionala skillnader i fråga om genomströmningstider för arbetsskadeärenden. Genomströmningstiderna har ökat jämfört med 1999 och ingen försäkringskassa klarar riksmålet. För arbetsskadeärenden är denna tid oacceptabelt lång. En anledning till de långa genomströmningstiderna kan vara att det ofta är långa väntetider för medicinska underlag och för uppgifter om inkomst. Justitieombudsmannen har i sitt tillsynsarbete i flera fall bedömt att försäkringskassan förtjänar mycket allvarlig kritik för sin handläggning av arbetsskadeärenden. Vid granskningen har framkommit att ärenden har blivit liggande utan att handläggning pågått och att handläggningstiden varit alltför lång.

Styckkostnaden har ökat och även här föreligger stora skillnader mellan försäkringskassorna. Beslut om arbetsskadelivränta har den högsta styckkostnaden bland förmånerna inom ohälsa-

området. Detta kan till viss del förklaras med att ärenden om arbetsskadelivranta ofta förutsätter komplicerade utredningar.

Andelen korrekta ärenden ligger på låga nivåer för livränteärenden. Vid RFV:s granskning 1998 framkom allvarliga brister i väsentliga delar av handläggningen och tillämpningen. Besluten bedömdes som riktiga i drygt 70 procent av ärendena. Vid uppföljningen 2000 framkom att det skett en förbättring. Besluten bedömdes vara rätt i 81 procent av ärendena men fel i drygt åtta procent. I övriga ärenden fanns sådana brister i beslutsunderlagen att det inte gick att ta ställning till om beslutet var rätt eller fel. Vid samtliga granskningstillfällen har det framkommit stora brister i arbetsskadeutredningarna. Särskilt märkbart var detta i fråga om den medicinska bedömningen och underlaget för denna. Det framkom även att det föreligger skillnader i försäkringskassornas förutsättningar att göra dessa bedömningar.

## Slutsatser

Regeringen ser mycket allvarligt på utvecklingen inom ohälsområdet. Den fortgående ökningen av antalet långtidssjukskrivna och nybeviljade förtidspensioner måste hejdas. Regeringen driver därför ett omfattande arbete för att öka hälsan i arbetslivet. Arbetet leds av berörda statsråd i Finans- Närings- och Socialdepartementen för att samordna åtgärderna på området.

## En strategi för hälsa i arbetslivet

### Bakgrund

Ökningen av ohälsan i arbetslivet fortsätter. Det är i synnerhet de långa sjukskrivningarna som ökar. Drygt 100 000 personer, dvs. 65 000 kvinnor och 36 000 män, har för närvarande varit sjukskrivna under längre tid än ett år (maj 2001). Ungefär en tredjedel av dem har varit sjukskrivna under mer än två år (24 000 kvinnor och 13 000 män). Av Sjukförsäkringsutredningens kartläggning av 1999 års förhållanden framgår att sjukfrånvaron är relativt sett högre bland anställda i kommuner och landsting (ca 7 %) jämfört med sjukfrånvaron bland anställda inom stat (4 %) och det privata näringslivet (4 %). Enskilda individer drabbas av lidande och kostnader

genom den ökade ohälsan. Samhällets kostnader för ohälsorelaterade förmåner ökar och dessutom motverkar ohälsan näringslivets utveckling på sikt. Det ökande antalet sjukskrivningar har medfört att utgifterna för sjukpenning har ökat dramatiskt. Under 1998 utbetalades ca 20 miljarder kronor. År 2002 beräknas utgifterna uppgå till närmare 50 miljarder kronor.

Regeringen anser mot denna bakgrund att kraftfulla åtgärder behövs för att motverka den ogynnsamma utvecklingen. Ett brett spektrum av förslag till åtgärder har därför tagits fram. Dessa åtgärder ingår i en sammanhållen strategisk satsning för förbättrade arbetsvillkor och för hälsa i arbetslivet. Programmet i 11 punkter som presenteras nedan omfattar åtgärder för att förebygga ohälsa i arbetslivet, åtgärder för att rehabilitera dem som drabbats samt vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården. Syftet med de föreslagna åtgärderna är att sätta den försäkrade i centrum och att göra arbetsgivarens ansvar för ohälsan tydligare. Den negativa utgiftsutvecklingen inom ohälsoförsäkringarna måste hejdas och den framtida utgiftsutvecklingen måste vara långsiktigt samhällsekonomiskt stabil.

För att få ett underlag för sitt arbete har regeringen tillsatt en särskild utredare som skall utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH-utredningen (dir. 2000:92). Utredaren har lämnat en delrapport i juni 2001. Senast i december 2001 skall förslag till åtgärder på längre sikt redovisas. Dessutom har en arbetsgrupp inom Näringsdepartementet tagit fram en handlingsplan med en strategi för att komma till rätta med utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan och som åstadkommer en förnyelse av arbetsmiljöarbetet. Arbetsgruppen har i sin slutrapport (Ds 2001:28) i maj 2001 lämnat förslag till en handlingsplan som anger inriktningen för det fortsatta arbetet.

Ett reformarbete har påbörjats på arbetsmiljöområdet. Arbetsmiljöverket har nyligen bildats genom en sammanslagning av Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen för att öka effektiviteten i tillsynsarbetet på området. Arbetsmiljöverkets anslag har förstärkts med 70 miljoner kronor som är särskilt avsedda för metod- och kompetensutveckling på främst det arbetsorganisatoriska området. Vidare pågår det för närvarande ett arbete hos Arbetsmiljöverket med att se över regelverket på det arbetsorganisatoriska och psykosociala området. Nyligen utfärdades en ny föreskrift om det systematiska arbetsmil-

jöarbetet (AFS 2001:1) som syftar till att få till stånd den integrering av arbetsmiljöarbetet i verksamheten som är en grundpelare i strategin för ett hälsosamt arbetsliv.

Företagshälsovården har en central roll i stärkandet av det lokala arbetsmiljöarbetet. Företagshälsovården kan också ha en strategisk roll när det gäller att få ut kunskaper och erfarenheter till arbetsplatserna. Regeringen har uppdragit åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa i arbetslivet. Bakgrunden är att företagshälsovården inte har fått ett tillräckligt genomslag bl.a. hos de mindre företagen.

Regeringen har även inlett ett långsiktigt arbete för att förbättra folkhälsan och har därför inrättat ett särskilt politikområde för folkhälsopolitik. Regeringen planerar att lägga fram en särskild proposition om nationella folkhälsomål på grundval av de förslag som nationella folkhälsokommittén har presenterat (SOU 2000:91). Dessa mål kommer att stimulera en kraftsamling av åtgärder för en bättre folkhälsa. Regeringen har redan presenterat en handlingsplan för att förebygga alkoholskador som riksdagen har ställt sig bakom (prop. 2000/01:20, SoU 2000/01:8, rskr. 144). Vidare pågår ett arbete med att utveckla motsvarande handlingsplan mot narkotika samt åtgärder på tobaksområdet.

I sammanhanget bör även de åtgärder nämnas som syftar till att ge personer med förtidspension möjlighet att återgå till arbetslivet om hälsotillståndet ändrats i positiv riktning. De möjligheter till vilande förtidspension som finns i dag är en åtgärd i denna riktning. Regeringen överväger ökade insatser på detta område.

Föräldraförsäkringen och föräldraledighetslagen underlättar för båda föräldrarna att kunna kombinera förvärvsarbete med föräldraskap. Nästa år förlängs försäkringen genom att ytterligare en s.k. pappa- och mammamånad införs. Därmed förstärks möjligheterna att förena yrkes- och familjeliv.

Inriktningen av det pågående förändringsarbetet ligger i linje med regeringens arbete att höja den enskildes välfärd genom att förebygga ohälsa i arbetslivet och ge möjlighet till en snabb återgång till arbete. Ett annat syfte är att höja arbetsutbudet och därigenom bidra till en ökad tillväxt. Målet är således att fler människor skall ges förutsättningar att stanna kvar i eller återgå till sitt arbete, liksom att bereda arbete för ar-

betshandikappade. Särskilt viktigt i en strategi för hälsa i arbetslivet är att uppmärksamma kvinnornas hälsa.

### **Åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar**

#### *1. Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet*

Regeringen har påbörjat ett arbete att formulera övergripande mål för ökad hälsa i arbetslivet. Övergripande och tydliga samhällsmål som tar sikte på att fler personer skall vara i arbete påverkar hela arbetslivet. Det utgör grund för ansvariga aktörers strategier att bidra till ökad hälsa i arbetslivet.

Ett antal nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet bör således sättas upp. För att få ett tillräckligt genomslag i praktiken är det av central betydelse att arbetsmarknadens parter medverkar i målformuleringen. Regeringen återkommer under våren 2002 med en redovisning av det pågående arbetet med att formulera mål för ökad hälsa i arbetslivet.

#### *2. Trepårtssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter*

Regeringen kommer inom kort att ta initiativ till trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter för att skapa samsyn samt att samordna insatserna i strategin för att främja hälsa i arbetslivet. Trepårtssamtalen kommer att avse såväl förebyggande arbete som rehabilitering.

För att främja hälsan i arbetslivet krävs att man ser till individens hela livssituation. Den generella välfärden är betydelsefull för den enskilda individens situation. Därvid är delaktighet och inflytande över arbetssituationen centralt. Vidare har arbetsmarknadens parter en viktig del i detta arbete. Förändringar i arbetslivet är nödvändiga, men det är först när arbetsmarknadens parter är delaktiga i dessa förändringar som samsynen kan skapa något positivt för anställda, arbetsgivare och det offentliga.

Tre nödvändiga delar i de kommande trepartssamtalen är dels den för arbetsmiljön så centrala arbetsorganisationen där inflytandet över den egna arbetssituationen är viktigt, dels ledarskapet på arbetsplatserna samt även möjligheterna för äldre att stanna kvar i arbetslivet. Med en arbetsorganisation och ett

ledarskap som är långsiktigt kan man uppnå en bättre arbetsmiljö med färre sjukskrivningar. I förlängningen ger detta ett bättre ekonomiskt utfall. Samtalen kommer således att pågå parallellt med övrigt arbete på området. När trepartssamtalen inleds under hösten 2001 kommer en informationssatsning att bedrivas tillsammans med arbetsmarknadens parter. I tilläggsbudgeten för 2001 föreslår regeringen att Arbetsmiljöverkets anslag tillförs ytterligare 5 miljoner kronor för dessa ändamål.

3. *Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa*

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet framhåller i sin delrapport att arbetsgivare måste ges ökade drivkrafter och möjligheter att ta sitt ansvar i ohälsarbetet. Även arbetsgruppen inom Näringsdepartementet har i sin slutrapport behandlat frågan om förbättrade ekonomiska styrmedel. Arbetsgruppen har föreslagit att frågan om ekonomiska styrmedel utreds vidare. Regeringen delar dessa bedömningar och kommer därför att inleda ett arbete med att på olika sätt ge arbetsgivare starkare ekonomiska drivkrafter att ta ett större ansvar för arbetsvillkoren och för att integrera det förebyggande och rehabiliterande arbetet i verksamheten. Fler och träffsäkrare verktyg behövs för att förbättra arbetsmiljön. Förändringsarbetet har följande inriktning.

Ett förtydligat och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivaren är en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas. Detta förändrade finansieringsansvar kan innefatta en kombination av olika inslag. En möjlighet som har lyfts fram och diskuterats är en förlängning av den nuvarande sjuklöneperioden. Även andra möjligheter att förtydliga arbetsgivarens finansieringsansvar kan komma i fråga. Exempelvis kan denne ges ett visst medfinansieringsansvar för den sjukpenningutbetalning som kan bli aktuell efter sjuklöneperioden. Därutöver finns olika möjligheter att finansiera sjukförsäkringen med differentierade arbetsgivaravgifter som beräknas med hänsyn till den variation i de anställdas ohälsa som finns hos olika ar-

betsgivare. Det finns även indirekta metoder att differentiera arbetsgivaravgifterna. En arbetsgivare som satsar extra på sin arbetsmiljö skulle t.ex. kunna få någon form av nedsättning av sin avgift.

Ett viktigt motiv för att ge den enskilde arbetsgivaren ett tydligare finansieringsansvar för sjukförmånerna är att denne har väsentliga möjligheter att kunna påverka kostnaderna för ohälsan. Möjligheten bör dock prövas att låta arbetsgivaren få välja egna lösningar för risköverföring och riskspridning.

Arbetsgivarnas kostnader för förändringarna av finansieringsansvaret förutsätts bli balanserade av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Åtgärderna innebär en ändrad kostnadsfördelning mellan olika arbetsgivare. De arbetsgivare som främjar det förebyggande arbetsmiljöarbetet får en lägre avgift än för närvarande.

Det är regeringens bedömning att det ännu är för tidigt att avgöra vilken kombination av åtgärder som har bäst förutsättningar att verka sjukdoms- och skadeförebyggande. Dessa frågor behöver därför beredas vidare. De tänkta förändringarna förutsätter även att en samsyn i dessa frågor kan uppnås med arbetsmarknadens parter.

Det har uppmärksammats att problemen med ohälsan är särskilt stora inom den offentliga sektorn. Möjligheten kommer därför att prövas att införa särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare. Därvid skall administrativt enkla lösningar tillämpas.

Det är vidare angeläget att arbetsgivare får starkare ekonomiska incitament att förebygga alkohol- och narkotikamissbruk och att rehabilitera anställda med missbruksproblem.

Genom en förstärkning av arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter skapas även förutsättningar för att utgiftsutvecklingen för ohälsförsäkringarna skall kunna hållas under kontroll. Även förutsättningarna för en förbättrad arbetsmiljö ökar.

En viktig utgångspunkt för det förändringsarbete som beskrivits i denna punkt är att det sammanlagda ekonomiska utfallet för den försäkrade skall vara oförändrat eller förbättrat jämfört med nuvarande förhållanden. Det kan dock i vissa fall uppstå

- negativa konsekvenser till följd av den ändrade ansvarsfördelningen. Detta kommer att särskilt beaktas i det fortsatta arbetet.
4. *Utveckling av arbetsmiljöarbetet*  
Arbetsmiljöarbetet kommer att utvecklas vidare. Ett led i ett sådant arbete kan vara att utveckla arbetsmiljöcertifieringen. För att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården kommer 10 miljoner kronor att avsättas redan under 2001. Regeringen kommer att ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att i samverkan med Arbetslivsinstitutet genomföra metodutvecklingen. Villkoren för småföretagen skall särskilt uppmärksammas. För att utbilda regionala skyddsombud i arbetsmiljölagstiftningen samt i frågor som rör nya arbetsmiljöproblem avsätts 10 miljoner kronor under innevarande år. Regeringen föreslår samtidigt att 10 miljoner kronor av de 100 miljoner kronor, som i 2001 års ekonomiska vårproposition aviserats för försöksverksamhet för att motverka långtidssjukskrivningar, används för samma ändamål. Arbetsmiljöverket fortsätter att se över den del av sitt regelverk som har anknytning till organisatoriska, sociala och stressrelaterade frågor. Behovet av en förbättrad samordning mellan inflytandereglererna i medbestämmandelagen och samverkansreglererna i arbetsmiljölagen bör även ses över.
5. *Hälsobokslut*  
Som nämnts under punkt 3 kommer möjligheten att prövas att inom den offentliga sektorn införa särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen. Detta kommer att baseras på en redovisning av de anställdas hälsoläge hos den enskilde offentlige arbetsgivaren. Förutsättningarna för att få till stånd motsvarande redovisning även i privata verksamheter skall undersökas. Avsikten är att detta skall vara ett första steg mot en mer utvecklad personalekonomisk redovisning.  
Åtgärderna kommer att genomföras i form av en utvecklingsverksamhet. Därvid kommer modeller att tas fram för att systematiskt kunna identifiera dåliga arbetsmiljöer samt att följa hälsans utveckling.
6. *Försök att minska ohälsan inom den offentliga sektorn*  
Problemen med långa sjukskrivningar är särskilt stora bland anställda i den offentliga sektorn. Regeringen avser därför att inleda särskilda försök hos några av de stora offentliga arbetsgivarna för att förebygga och minska sjukfrånvaron. I 2001 års ekonomiska vårproposition har det aviserats att 100 miljoner kronor skall avsättas för försöksverksamhet för att motverka långtidssjukskrivningar. Regeringen föreslår att ytterligare 50 miljoner avsätts till denna verksamhet redan under 2001 för att verksamheten skall kunna påbörjas så snart som möjligt. En del av dessa medel kommer att användas till projektverksamhet inom ett mindre antal kommuner och landsting. Projekten skall ha karaktären av metodutveckling.
- Åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa**
7. *Förnyelse av rehabiliteringen – individen i centrum*  
Enligt de utvärderingar av verksamheten som gjorts på området saknar socialförsäkringsadministrationen en enhetlig metodik i handläggningen av långa sjukfall. Dessutom är yrkesrollen för rehabiliteringssamordnare otydlig. För den sjukskrivne har detta inneburit bl.a. långa handläggningstider och att ansvaret för rehabiliteringen upplevs vara otydligt. Sjukskrivningstiden i sig är en faktor som påverkar sannolikheten att kunna återgå till arbete.  
För att förhindra passivisering och för att underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka till arbete är det nödvändigt dels att välfungerande individanpassade rehabiliteringsåtgärder sätts in i tid, dels att en tydlig ansvarsuppdelning görs. För att åstadkomma detta krävs en förnyelse av den administrativa hanteringen av sjukfall som bedöms ligga i riskzonen för långtidssjukskrivning samt av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Regeringen avser att i början av 2002 inleda ett sådant förnyelsearbete. Syftet med verksamheten skall således vara att genom nya metoder och förändrade regler finna nya och effektivare former för hanteringen av sjukskrivnings-



processen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett annat syfte är att finna en effektivare organisation för denna verksamhet.

Förnyelsearbetet innebär i huvudsak att försäkringskassans arbetsmetoder skall utvecklas och kompetensen förstärkas för att möjliggöra en tidig bedömning av den enskildes arbetsförmåga och eventuella rehabiliteringsbehov. Underlaget från arbetsgivaren utgör en viktig förutsättning för denna bedömning. Försäkringskassan bör följa upp varje sjukfall. Vidare skall arbetsgivarens roll tydliggöras, bland annat genom att denne alltid skall lämna förslag till åtgärder på arbetsplatsen samt ange förväntad tidpunkt då den försäkrade kan återgå i arbete. Sanktionsmöjligheter bör införas för passiva arbetsgivare. I de fall där arbetsgivaren inte kan bidra till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har den lokala arbetsmarknadsmyndigheten en viktig roll. Förnyelsearbetet inleds på några orter för att sedan skyndsamt utvidgas till att omfatta hela landet. Det finansieras genom att man under 2002 utnyttjar 70 miljoner kronor av de medel som är avsedda för att motverka långtidssjukskrivningar.

8. *Justeringar av den gällande lagstiftningen för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet*

En översyn av den gällande lagstiftningen på området har gjorts bl.a. av HpH-utredningen. Översynen visar att denna i vissa delar kan försvåra för försäkringskassan att genomföra snabba åtgärder av hög kvalitet. Regeringens delar utredningens uppfattning.

Regeringen föreslår därför att bestämmelsen om försäkringskassans fördjupade bedömning av sjukpenningrätten skall upphöra att gälla. Förslaget lämnas i propositionen Vissa socialförsäkringsfrågor (prop. 2001/02:9) som denna dag överlämnas till riksdagen. Att själva bestämmelsen upphävs innebär inte att regeringens uppfattning har förändrats beträffande värdet och behovet av tidiga och kontinuerliga insatser både när det gäller att pröva sjukpenningrätten och att utreda rehabiliteringsbehov och initiera rehabiliteringsåtgärder. Syftet med regeringens förslag är enbart att ge försäkringskassan större möjlighet att satsa på kvaliteten i

stället för kvantitet i sitt arbete med sjukfallen. Genom att ta bort kravet om fördjupad bedömning av alla sjukfall vid en bestämd senaste tidpunkt, ges försäkringskassan möjlighet att rikta sina insatser på ett mer flexibelt och individanpassat sätt. Kassan förutsätts därmed kunna använda sina resurser effektivare för att i ett tidigt skede identifiera sjukfall som bedöms ligga i riskzonen för långtidssjukskrivning. Utrednings- och samordningsarbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör kunna bedrivas mer offensivt och därigenom bidra till att minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

HpH-utredningens uppfattning är att den gällande bestämmelsen att arbetsgivaren skall påbörja rehabiliteringsutredningar om det inte framstår som obehövligt bidrar till att göra lagen otydlig. HpH-utredningen föreslår vidare att lagen skärps genom att arbetsgivaren alltid senast den sextionde dagen i ett pågående sjukfall skall lämna ett rehabiliteringsunderlag samt yttrande från företagshälsovården. Sanktionsmöjligheter skall finnas vid underlåtenhet enligt förslaget. Utredningsförslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen har bl.a. lämnat uppdrag till Statskontoret att göra en bedömning av förutsättningarna och tidsperspektivet för att förverkliga förslag i den riktning som nu lämnats av utredningen. Statskontoret skall redovisa sina slutsatser i oktober 2001. Regeringen avser att återkomma med förslag om arbetsgivarens skyldighet att lämna rehabiliteringsunderlag under våren 2002.

9. *Formerna för sjukskrivningsprocessen*

Det har i olika sammanhang uppmärksamats att mönstret för sjukskrivning visar betydande variationer. Kunskapen om detta behöver dock förbättras. Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket kommer därför att få i uppdrag att närmare klargöra omfattningen av problemen och följderna för försäkringens kostnader samt att lämna förslag till utveckling av formerna för sjukskrivningsprocessen.

I översynen av sjukskrivningsprocessen kommer det att uppmärksammas att den behandlande läkaren för sin medicinska bedömning i ökad utsträckning behöver stöd

av andra kompetenser med bedömningar som tar hänsyn till patientens arbetsförhållanden. Översynen kommer att ligga i linje med inriktningen i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) som rör kontinuiteten i behandlingen.

### Forskning m.m.

#### 10. *Förbättrad statistik och forskning på ohälsområdet*

Kunskaperna om sjukskrivningsprocessens orsaker, samband och konsekvenser behöver förbättras. Det finns därför behov av mer utvecklad forskning och bättre statistik. Regeringen avser att återkomma med preciserade åtgärder på detta område.

Regeringen har redan tagit vissa initiativ på området. Riksförsäkringsverket har fått i uppdrag att redogöra för hur forskningen förs vidare till olika intressenter inom socialförsäkringen. Ett annat uppdrag för verket är att utarbeta ett nytt statistiksystem för arbetsskadeområdet. I samband med översynen av registerlagstiftningen övervägs ändringar i den gällande lagstiftningen som möjliggör registrering av diagnoser.

Vidare kommer Kommittén Valfärdsbokslut att redovisa sitt slutbetänkande i oktober 2001. Regeringen anser att det är angeläget att de intentioner inom forskningsområdet som kommittén hittills har aviserat kommer att följas upp.

Utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan bör följas upp och utvärderas av t.ex. en fristående utvärderingsgrupp. Med ledning av dessa utvärderingar bör det vara möjligt att föreslå åtgärder för förbättringar på området. Det är därvid viktigt att forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt. Formerna för den fristående utvärderingsgruppen skall utredas närmare.

#### 11. *Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården*

En viktig del i arbetet för ökad hälsa i arbetslivet är en väl fungerande hälso- och sjukvård. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) innebär att 9 miljarder kronor tillförs hälso- och sjukvården

under perioden 2001–2004. Inriktningen är bl.a. att stärka primärvården och öka patienternas möjlighet att etablera en fast läkarkontakt i primärvården. Landstingen kommer dessutom att under perioden 2002–2004 tillföras sammanlagt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i hälso- och sjukvården. Avsikten är således att korta köer och minska väntetider till bl.a. operationer.

Det ovan redovisade programmet i 11 punkter syftar till att minska ohälsan i arbetslivet. Utöver programmet anser regeringen att det är nödvändigt att även de som redan beviljats förtidspension, eller kommer att beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning fr.o.m. 2003, skall kunna utnyttja sin eventuellt resterande arbetsförmåga fullt ut. Det reformerade förtidspensionssystemet innehåller sådana drivkrafter. Det är angeläget att de som beviljats dessa förmåner får bra information om reglerna om vilande förtidspension, fr.o.m. 2003 vilande sjukersättning och aktivitetsersättning. RFV har därför fått i uppdrag att senast med början vid årsskiftet 2001/02 förstärka informationen om möjligheten till vilande förtidspension. Dessutom överväger regeringen att införa regler om uppföljning och efterkontroll, t.ex. vart tredje år, av arbetsförmågan hos dem som har beviljats förtidspension och sjukersättning.

Lagstiftningen om arbetsskadeförsäkringen behöver moderniseras och göras mer rättvis och tillämpningen mer tillförlitlig. Omfattande kritik har riktats mot försäkringen under de senaste åren med tyngdpunkten att försäkringen inte anses vara könsneutral och att handläggningen inte håller tillräckligt hög kvalitet. Visserligen har en förbättring skett av handläggningen inom arbetsskadeförsäkringen, men de brister som fortfarande förekommer är inte acceptabla. Det är också mycket otillfredsställande att bedömningarna i arbetsskadeärenden riskerar att skifta mellan försäkringskassorna. Möjligheterna att följa utvecklingen av försäkringen är inte tillräckligt långtgående. Granskningar av försäkringen visar att såväl regeländringar som organisatoriska förändringar är önskvärda för att underlätta en enhetlig och avsedd tillämpning av reglerna. Inriktningen är att ett samlat förslag skall föreläggas riksdagen i december 2001.

Översynen ska inriktas mot de regler som skapar problem vid tillämpningen eller har en ut-

formning som motverkar rättvisa mellan försäkrade. Vidare måste internationella åtaganden beaktas. Bevisreglerna måste förändras så att det blir något lättare än i dag att bevisa att en skada är en arbetsskada. En ny bevisregel bör dessutom utformas på ett sådant sätt att kvaliteten på bedömningen höjs. Prövningsförfarandet måste ses över så att det tydligt framgår när arbetsskadeärendet har inkommit för prövning. Frågan om vilken eller vilka indexeringsmetoder som kan komma ifråga för beräkningen av arbetsskadelivräntor bereds inom Regeringskansliet, liksom frågan om ersättning för karensdag. Reglerna om beräkning av livränteunderlag bör ses över. Arbetsskadeärenden är ofta komplicerade och kräver omfattande utredning. Organisationen måste anpassas till ärendetypens komplexitet. Den möjlighet att följa utvecklingen av arbetsskade-försäkringen som finns i dag är inte tillfredsställande. Det är därför angeläget att ett bättre system för uppföljning och analys byggs upp.

### Taket för den sjukpenninggrundande inkomsten

Sjukförsäkringssystemet ersätter 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till ett inkomsttak om 7,5 prisbasbelopp (SGI). Andra förmåner som baseras på SGI är föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning, havandeskapspenning, närståendepenning, smittbärandepenning och dagpenning inom totalförsvaret.

Inkomsttaket för SGI har varit 7,5 prisbasbelopp sedan sjukförsäkringssystemet reformerades i mitten av 1970-talet. Nivån följde den som då gällde för ålderspensionssystemet. Initialt låg taket på en relativt hög nivå. Tanken var att det stora flertalet skulle försäkras inom den offentliga allmänna försäkringen. I takt med stigande reallöner har emellertid allt fler löntagare kommit upp till årsinkomster överstigande inkomsttaket. Under de senaste åren har denna utveckling accelererat. År 1996 uppgick antalet personer med inkomster över inkomsttaket till 540 000 personer. I år beräknas antalet uppgå till 1 100 000 personer, således en fördubbling på 5 år.

Statistiken över inkomstförhållandena bland sjukskrivna ger en likartad bild av utvecklingen. Sedan 1997 har andelen personer med inkomster överstigande 7,5 prisbasbelopp ökat med ca 1 procentenhet per år.

**Tabell 2.12 Andelen sjukskrivna med inkomster över 7,5 prisbasbelopp**

	Män %	Kvinnor %	Samtliga %
1997	9,1	2,5	5,2
1998	10,5	3,1	6,1
1999	12,5	3,8	7,2
2000 <sup>1</sup>	14,4	5,6	9,0

<sup>1</sup>För 2000 avser perioden oktober 1999–september 2000.  
Källa: RFV

För att komma upp till inkomsttaket krävs en månadslön om drygt 23 000 kr. Av tabell 2.13 framgår att 16 procent av LO:s heltidsarbetande medlemmar har inkomster som överstiger detta belopp.

**Tabell 2.13 Heltidsarbetande personer med inkomster överstigande inkomsttaket i sjukförsäkringssystemet år 2001**

	Män och kvinnor %	Män %	Kvinnor %
LO	16	22	4
TCO	41	61	23
SACO	65	78	50
<b>Samtliga</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>21</b>

Källa: Socialdepartementet.

De senaste årens reallöneökningar har luckrat upp inkomstbortfallsprincipen och privata och avtalsmässiga försäkringslösningar har fått en allt större betydelse. Ännu saknas dock avtalslösningar som täcker inkomstbortfallet för inkomster över taket för de privatanställda LO-medlemmarna. Den slutsats som kan dras är att sjukförsäkringssystemets legitimitet redan i dag kan ifrågasättas för stora grupper bland SACO- och TCO-medlemmar. I takt med att reallönerna stiger kommer detta även att gälla för allt fler av LO:s medlemmar.

Det är av yttersta vikt att de senaste årens utveckling med allt större andel av inkomsterna över taket hindras genom att inkomsttaket höjs. Ytterligare en anledning till att taket bör höjas är kritiken att den enskilde får betala två gånger för sin försäkring: dels genom arbetsgivaravgiften, dels genom privata lösningar. Således är regeringens avsikt att höja taket till 10 prisbasbelopp fr.o.m. 1 juli 2003 om det statsfinansiella läget tillåter det. Utgiftsökningen för föräldraförsäkringen och sjukförsäkringen är ca 1 miljard kronor 2003 och ca 2 miljarder kronor 2004. Genom denna förändring beräknas andelen personer

med inkomster överstigande taket att uppgå till 8 procent.

**Tabell 2.14 Andel personer med inkomster som överstiger 7,5 resp. 10 prisbasbelopp år 2001**

Nivån på taket i prisbasbelopp	Kvinnor %	Män %	Totalt %
7,5	10	30	20
10,0	3	12	8

Avser samtliga i åldern 20–64 år.  
Källa: Socialdepartementet.

## Socialförsäkringens administration

Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna administrerar socialförsäkringen och vissa andra förmåner, bl.a. aktivitetsstöd och assistansersättning.

Varje år görs ca 50 miljoner utbetalningar till försäkrade av socialförsäkringsadministrationen. Administrationen hanterar förmåner och bidrag som årligen uppgår till ca 340 miljarder kronor. Försäkringskassorna fattar 13 miljoner beslut varav 190 000 beslut fattas i socialförsäkringsnämnd (SFN). Volymförändringar har främst skett på sjukpenningssidan, där ärendevolymen nästan fördubblats. Inom andra förmåner har ärendemängderna minskat, t.ex. inom familjestöden.

## 2.7 Politikens inriktning

Socialförsäkringens administrationen måste fungera väl för att tilltron till den allmänna försäkringen ska kunna bibehållas och stärkas.

Tilltron till socialförsäkringssystemen hos den försäkrade förutsätter att administrationen tillämpar reglerna på ett korrekt och likartat sätt och att alla ärenden handläggs rättssäkert, snabbt och till låg kostnad.

Regeringens ambition är att ge socialförsäkringsadministrationen ökade förutsättningar att nå dessa mål.

## 2.8 Insatser

### 2.8.1 Insatser inom politikområdet

Under 2000 och 2001 har flera viktiga steg tagits för att öka administrationens möjligheter att ge de försäkrade en rättssäker och effektiv handläggning.

Regeringen har uppmärksammat det ökade administrativa trycket på försäkringskassorna p.g.a. det ökande antalet sjukskrivningar. I budgetpropositionen för 2001 tillkännagavs att vid behov tillskjuta medel för administrativa ändamål. Då antalet sjukskrivningar under våren 2001 fortsatte att öka stärkte regeringen försäkringskassornas möjligheter att möta den ökade arbetsbelastningen genom att engångsvis tillföra 100 miljoner till försäkringskassorna i 2001 års ekonomiska vårproposition.

Regeringen har den 2 juli 2001 fått en första redovisning av RFV:s uppdrag att stödja försäkringskassorna i syfte att uppnå större likformighet i handläggningen. I uppdraget har också effekterna av koncentrerad handläggning utredas. RFV bedömer att koncentrerad handläggning i vissa fall kan bidra till ökad likformighet och kvalitet. RFV föreslår därför att handläggningen av förmånerna arbetsskadeförsäkring och efterlevandepension koncentreras till en eller några få platser i landet.

Regeringen tillkallade 1998 en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller inom socialförsäkringen, se över RFV:s roll samt kartlägga rutinerna för beslut som fattas genom automatisk databehandling. Utredaren har nu överlämnat sitt betänkande En handläggningslag – förfarandet hos försäkringskassorna (SOU 2001:47) till regeringen med förslag till bl.a. en särskild handläggningslag för försäkringskassorna. Lagen föreslås reglera grundragen för förfarandet i socialförsäkringsärenden, med syfte att öka enhetligheten i tillämpningen. I lagen föreslås också ett enhetligt, förenklat system för överklagande och omprövning av socialförsäkringsärenden.

Vid försäkringskassan i Skåne har skriften Effektiv socialförsäkring tagits fram. I skriften redovisar direktörerna vid försäkringskassorna i Skåne, Stockholm och Västra Götaland sin bild av läget inom administrationen samt ger ett förslag till strategi och handlingsplan för hur administrationen kan vidareutvecklas. I handlingsplanen föreslår man bl.a. en översyn av RFV:s sätt

att arbeta som tillsynsmyndighet, att utvecklingen av ärendehandläggningssystemen snabbas på och att arbetet med att minska skillnader i tillämpning mellan olika kassor och lokalkontor ges hög prioritet.

Försäkringskassoförbundet har i rapporten Långtidssjukskrivningar inom försäkringskassorna utrett orsakerna till det ökande antalet långtidssjukskrivningarna hos de anställda vid försäkringskassorna. Den tydligaste faktorn i ohälsoproblematiken är stressbesvär, som tar sig uttryck i trötthet/överbelastning och utbrändhet, men också i hälsobesvär där stress är en bidragande faktor, som depression/ångest, nacke/ryggbesvär och huvudvärk. Orsakerna till stressbesvären anges vara för hög arbetsbelastning, bristande delaktighet i beslutsprocesser och brist på öppenhet i organisationen.

Regeringen lyfter i sitt program för ökad hälsa fram socialförsäkringsadministrationen. En effektiv administration är av avgörande betydelse för att regeringen ska kunna nå de uppsatta målen för ohälsarbetet.

RFV har regeringens uppdrag att utveckla IT-stödet med anledning av pensionsreformen. Huvuddelen av utvecklingsinsatserna inom socialförsäkringens administration ligger nu inom detta område. Förutom satsningarna på pensionsområdet bedrivs ett utvecklingsarbete inom ramen för det för RFV och de allmänna försäkringskassorna gemensamma utvecklingsprogrammet. Detta utvecklingsarbete syftar främst till att med hjälp av IT modernisera handläggningen av övriga försäkringsområden.

Under åren fram t.o.m. 2003 kommer RFV att slutföra genomförandet av det reformerade ålderspensionssystemet. Under samma period skall även de s.k. följdreformerna (övergångsvis garantipension, efterlevandepension, bostadstillägg till pensionärer och förtidspension) genomföras. Regeringen anser att det är en prioriterad uppgift för RFV att genomföra det nya ålderspensionssystemet.

Inom Socialdepartementet har utarbetats en promemoria med förslag till lagstiftning som syftar till att möjliggöra och reglera en försöksverksamhet med s.k. 24-timmarsmyndighet under 2002. Begreppet 24-timmarsmyndighet innebär kortfattat möjlighet för medborgare och myndigheter att kommunicera via Internet dygnet runt. Deltagarna i försöksverksamheten skall via Internet bl.a. kunna få tillgång till individ/familjeanpassad information och skapa an-

sökningar m.m. elektroniskt med användarstöd samt skicka dessa via Internet till försäkringskassan. Huvudsakligen kan förslagen hänföras till det förvaltningsrättsliga området. I propositionen Vissa socialförsäkringsfrågor (prop. 2001/02:9) som överlämnas till riksdagen denna dag föreslår regeringen en lagstiftning som huvudsakligen överensstämmer med förslagen i nämnda promemoria.

## 2.9 Resultatbedömning

Målet för socialförsäkringens administration var för 2000 att garantera effektivitet, rättssäkerhet och kompetens vid ärendehantering.

Socialförsäkringsadministrationen utsattes under 1990-talet för stora påfrestningar genom en kombination av åtstramningar av resurser, många och omfattande förändringar i regelsystemen och stora volymökningar inom ohälsområdet.

Flera försäkringskassor har mött dessa utmaningar på ett bra sätt. Andra försäkringskassor har inte lyckats fullt ut. Detta har lett till att människor i dag blir olika bemötta och bedömda beroende på vilken försäkringskassa som handlägger deras ärende.

### RFV:s riksmål

Utifrån regeringens mål för administrationen har RFV formulerat undermål, de s.k. riksmålen. För 2000 fastställdes sju riksmål, vilka är konkreta och nivå-satta. De olika riksmålen rör genomströmningstiden för SFN-ärenden, andel ärenden som ska vara korrekta i beslutsunderlag, beslut och utbetalning, och kundbemötande. RFV har också formulerat riksmål för andelen män som ska nyttja föräldraförsäkringen, för informationen om pensionsreformen och för ohälsarbetet. Resultaten av dessa mål redovisas under respektive politikområde och ingår även de i regeringens sammanfattande bedömning av administrationens resultat.

RFV har satt målet till att 75 procent av SFN-ärendena (vårdbidrag, förtidspension, sjukbidrag, handikappersättning, assistansersättning, och arbetsskadeärenden) skall ha en genomsnittlig genomströmningstid om högst 180 dagar. Endast Stockholmskassan nådde detta mål.

17 kassor hade längre genomströmningstider än 1999. Endast fyra kassor lyckades minska sina genomströmningstider jämfört med 1999.

Den genomsnittliga genomströmningstiden varierar kraftigt mellan de olika försäkringskassorna, från 178 dagar i Stockholm till 347 dagar i Blekinge. Skillnaderna i genomströmningstid för enstaka försäkrades ärenden varierar än mer. Skillnaderna på individnivå är större inom respektive försäkringskassa än mellan genomsnittet för respektive försäkringskassa.

RFV:s mål för andelen korrekt handlagda ärenden var att 98 procent av alla ärenden skulle handläggas korrekt. Andelen korrekta ärenden har minskat från 96,1 procent 1999 till 95,2 procent 2000. Endast två kassor uppnådde målet. 19 försäkringskassor uppnådde inte målet. Av dessa försämrade elva kassor sina resultatet jämfört med förra året, medan åtta kassor förbättrade resultatet.

RFV genomför regelbundet kundundersökningar riktade mot de försäkrade. Kundbemötandet får höga betyg. 10 kassor nådde det uppsatta målet och övriga kassor förbättrade situationen eller hade oförändrat resultat.

### **Kostnadseffektivitet/produktivitet**

För 2000 är den samlade bedömningen att produktiviteten inte förbättrats jämfört med tidigare år. Handläggningen på sjukförsäkringssidan och den samordnade rehabiliteringen uppvisar ökad produktivitet till följd av ökade ärendevolymer. Inom handläggningen av bostadsbidrag till barnfamiljer och föräldrapenning har produktiviteten minskat.

Produktiviteten skiljer sig mellan de olika försäkringskassorna. RFV:s produktivetsindex visar att produktiviteten skiljer sig med hela 25 procentenheter mellan kassorna.

Samtidigt ökar antalet årsarbetare på försäkringskassorna. Antalet årsarbetare har ökat med 900, till totalt ca 13 910, under perioden 1997–2000. Produktivetsproblemen kan till viss del förklaras av personalökningen, då nyanställd personal behöver inskolning osv.

### **RFV:s tillsynsrapport 2000 (RFV anser 2001:5)**

Regeringen betonade i proposition om Socialförsäkringens administration m.m. (prop. 1997/98:41)

behovet av en mer skärpt och samlad tillsyn. RFV granskar i fyraårscykler samtliga förmåner. Under 2000 har RFV granskat tolv förmåner. Hos en av dessa förmåner vara handläggningens kvaliteten god, hos sex acceptabel och hos fem bristfällig. Inom vissa förmåner fann RFV att 9 procent av alla beslut fattats på felaktiga grunder. Andelen ärenden med fel i beslutsunderlagen uppgår inom vissa förmåner till 25 procent. De största bristerna finns inom förmånerna bidrag till arbetshjälpmedel, arbetsskadelivränta, underhållsstöd, vårdbidrag och sjukfall längre än två år. Bristerna på enskilda lokalkontor är större än vad genomsnittet visar. Resultatet från tillsynen tyder på att försäkringen inte tillämpas likformigt inom dessa förmåner. Försäkrade får felaktiga beslut, vilket orsakar problem, både för den försäkrade och samhället. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla att det finns försäkringskassor som redovisar goda resultat i tillsynen. Majoriteten av de försäkrade får korrekta beslut.

### **Förutsättningar för att minska genomströmningstiderna**

Genomströmningstiderna inom vissa ärenden är alldeles för långa. RFV har därför låtit ett konsultföretag genomföra en undersökning av förutsättningarna för att korta genomströmningstiderna hos försäkringskassorna. Undersökningen pekar på stora skillnader i genomströmningstid hos försäkringskassornas lokalkontor. Undersökningen fann att ett lokalkontor hade handlagt 75 procent av alla underhållsstödsärenden inom en månad, på ett annat kontor tog samma arbete över två månader. Skillnaderna är ännu större för handläggningen av assistansersättningen. Det snabbaste lokalkontoret i undersökningen hade handlagt 75 procent av ärendena på drygt två månader. Det kontor som tog längst tid på sig behövde drygt 15 månader för att klara samma beting.

### **Styrning av socialförsäkringsadministrationen**

Liksom inom den övriga statsförvaltningen tillämpas resultatstyrning inom socialförsäkringsadministrationen. Flera undersökningar har belyst problem och framgångsfaktorer med denna styrform. RFV framhåller i årsredovisningen

att de insatser inom resultatstyrning som hittills vidtagits gett positiva resultat. Bland annat framhåller RFV att försäkringskassornas medvetenhet om sina resultat ökat, vilket bidragit till förbättrade resultat.

I RFV:s redovisning av uppdrag 2 i regleringsbrevet för 2000 framkommer att de flesta handläggarna på försäkringskassan tycker målen är viktiga. Dock anser man att det finns brister i kommunikationskedjan från RFV till den enskilda handläggaren. De intervjuade anger att ledningen, inte minst på försäkringskassenivå, är anmärkningsvärt osynlig i detta arbete. Man efterlyser också i intervjuer uttalade prioriteringar från kassaledningen, så att förutsättningar skapas för att målen ska kunna nås. Slutsatsen i rapporten är att enskilda handläggare i dag riskerar att hamna i kläm mellan kassaledningens prioriteringar, eller brist på sådana, och riksmålen.

I RFV:s rapport Båda blir bäst anger hälften av de tillfrågade handläggarna att de inte anser att det är försäkringskassans uppgift att informera om vikten av att män är föräldralediga, vilket är ett av regeringens mål (se PO 21).

I rapporten Målstyrning i "Välfärdsorganisationer" – Teorigenomgång och en tillämpning på Försäkringskassan från 1994 redovisar Jacobsson och Pousette en målacceptans hos handläggarna om 96–99 % för målen rörande förebyggande av ohälsa och rehabilitering.

### **Justitieombudsmannens granskning av socialförsäkringsadministrationen**

Under 2000 genomförde JO besök hos försäkringskassorna i Värmlands respektive Örebro län samt på Gotland.

JO framför allvarlig kritik mot handläggningen av ärenden, men även mot organisationens sätt att fungera. Kritiken rör inte enstaka ärenden utan JO anser att det finns systematik i de fel som påträffas. Felen är också fler och allvarigare än hos andra myndigheter. JO:s uppfattning är att kassorna inte har förbättrat handläggningen under lång tid trots att mycket omfattande och allvarlig kritik har framförts.

JO nämner också att lagstiftningen kan vara otydlig och att den ibland genomförs med kort varsel, t.ex. hade underhållsstödslagstiftningen brister och trädde i kraft snabbt. Under sådana omständigheter undviker JO att rikta kritik mot försäkringskassan.

### **Rätt ersättning**

Det arbete som genomfördes på RFV och försäkringskassorna under åren 1997–1999 inom ramen för projektet Rätt ersättning har följts upp under 2000. I samband med uppföljningen genomfördes en avstämning av hur projektarbetet tagits till vara och förts ut i den ordinarie verksamheten. En rad aktiviteter har genomförts. Många försäkringskassor har omorganiserat sin kvalitetskontroll, särskilda s.k. fuskgrupper har inrättats. Sammantaget har vidtagna åtgärder gett positiv effekt. RFV bedömer att förekomsten av fusk inom socialförsäkringen är liten.

### **Forskning inom området**

RFV disponerar sedan 1999 medel för att stödja och medverka till att forskning bedrivs inom området för socialförsäkring. Endast två av de 21 projekt som hittills erhållit stöd har varit så avgränsade att de nu finns avrapporterade. Under 2000 beviljades medel till nio nya projekt. Prioriterade forskningsområdena har under året bl.a. varit socialförsäkringens administration, fördelningseffekter samt allmänhetens inställning till välfärdssystemen. Inom området socialförsäkringens administration har emellertid, trots prioritering, någon forskning inte skett. Regeringen finner detta faktum anmärkningsvärt.

### **Försäkringsmedicinskt centrum**

Verksamheten vid Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) startade den 1 januari 2000. Finansiering sker med avgifter och engångsvisa medel från folkpensioneringsfonden. Kärnverksamheten vid FMC består i att utföra kvalificerade utredningar inom försäkringsmedicin och rehabilitering. FMC skall också tillgodose socialförsäkringens behov av forskningsresultat och säkerställa en kunskapsförmedling baserad på resultat från forskningen, bl.a. till försäkringskassorna. Utbudet av utredningar har under 2000 bestått av grundutredningar inom det försäkringsmedicinska området och den arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningen. Efterfrågan på grundutredningar har varierat kraftigt mellan olika försäkringskassor i landet och har sam-

mantaget visat sig bli betydligt mindre än förväntat. Detta har ställt krav på en anpassning av FMC-organisationens storlek och ett aktivt utvecklingsarbete. I november 2000 har ett ramavtal slutits med Försäkringskassaförbundet (FKF), vilket omfattar flertalet av landets försäkringskassor. Under år 2001 skall ett bredare utbud skapas genom att ytterligare utredningsmoduler inom försäkringsmedicin utvecklas.

### Utvecklingsprogrammet

Det utvecklingsarbete inom RFV och de allmänna försäkringskassorna som bedrivs under benämningen utvecklingsprogrammet innefattar bl.a. att utveckla ett modernt IT-stöd för administrationen. Programmet och dess finansiering bygger på en överenskommelse mellan verket och försäkringskassorna. Överenskommelsen innebär att ingående aktiviteter utvecklas av RFV i egenskap av systemägare och finansieras av försäkringskassorna. Vid sidan av detta utvecklingsarbete har RFV regeringens uppdrag att utveckla IT-stödet för att pensionsreformen och kompletterande pensionsförmåner i sin helhet skall kunna genomföras.

RFV rapporterar löpande till regeringen om det aktuella arbetsläget och resurssituationen inom utvecklingsprogrammet, uppdelad på investeringar, centrala kostnader och kostnader vid försäkringskassorna. Under 2001 kommer programmet som administrativt projekt att utvecklas. Det operativa ansvaret för de fortsatta leveranserna av IT-stöd till försäkringskassorna övergår därmed till RFV:s linjeorganisation. Det innebär att ansvaret för det fortsatta arbetet med IT-planeringen övergår till en ny IT-stab, i samråd med det s.k. IT-prioriteringsrådet.

Av RFV:s senaste redovisning (S2001/8046/SF) framgår att huvuddelen av utvecklingsinsatserna ligger inom pensionsområdet. Därutöver planerar verket att under senare delen av 2001 starta en pilotdrift av ärendehanteringsstöd med elektronisk dokumenthantering för sjukpenning, rehabiliteringssamordning och tillfällig föräldrapenning. Motsvarande system för ålderspension som nyligen testats visade sig dock inte klart för permanent drift. Även under 2002 kommer utvecklingsresurserna att främst tas i anspråk inom pensionsområdet. Först därefter sker spridning av ärendehanteringsstöd för övriga förmånslag.

Statskontoret granskar löpande utvecklingsprogrammet på regeringens uppdrag med avseende på genomförda aktiviteter och kostnader samt gör en bedömning av förväntade effekter av de åtgärder som vidtagits. Granskningen görs med utgångspunkt i RFV:s roll som ansvarig systemägare av de gemensamma IT-systemen inom socialförsäkringens administration.

I sin granskningsrapport (S2001/5910/SF) den 15 juni i år konstaterade Statskontoret att RFV vidtagit åtgärder i syfte att komma tillrätta med tidigare iakttagna brister när det gäller utvecklingen av beställarsidan och ledningsfunktionerna för utvecklingsarbetet. De åtgärder som vidtagits, bl.a. genom inrättande av en ny IT-stab, menar Statskontoret bör leda till att ledning och styrning av arbetet förbättras. En närmare bedömning av åtgärdernas framtida effekter bör dock anstå till dess det nya IT-stödet införts och fått verka en tid.

Den första systemintroduktionen, det ärendehanteringssystem för ålderspension som togs i drift under innevarande sommar vid försäkringskassan i Karlskrona, visade sig emellertid omgående vara behäftat med problem avseende såväl prestanda som funktionalitet. Mot denna bakgrund avbröts pilotverksamheten och försäkringskassan återgick till tidigare etablerade rutiner för handläggning och utbetalningar av pensioner. Statskontoret anger i sin senaste granskningsrapport (S2001/8027/SF) att det i avvaktan på resultatet av en mer grundläggande analys inte är möjligt att fullt ut bedöma problemets omfattning, orsaker och konsekvenser för det fortsatta utvecklingsarbetet.

RFV har mot bakgrund av den misslyckade leveransen, beslutat att det nya pensionssystemet tills vidare utvecklas utan stöd för elektronisk dokumenthantering. Statskontoret ställer sig bakom detta beslut.

### Socialförsäkring m.m. inom ramen för totalförsvaret

Inom det civila försvaret är RFV funktionsansvarig myndighet för funktionen Socialförsäkringar. RFV bedömde att funktionen vid utgången av 2000 hade en godtagbar förmåga. Bedömningen av beredskapsläget avser förmågan att kunna lösa uppgifterna inom funktionen i både nuvarande och ett förändrat omvärldsläge.



## 2.9.1 Analys och slutsatser

Regeringen anser att arbetet inom administrationen kraftigt måste koncentreras mot att uppnå en acceptabel kvalitet i verksamheten. De brister som framkommer i granskningar utförda av RFV, JO och RRV m.fl. är allvarliga.

Tre stora problem framträder, nämligen kvalitet och effektivitet inom verksamheten och en arbetsmiljö som leder till en ökad långtidssjukfrånvaro. Regeringen ser tre områden där stora förbättringar är nödvändiga för att lösa dessa problem. Dessa områden är ledning, kontroll och styrning. Regeringen anser att förbättringar kan uppnås genom en ökad medvetenhet kring resultatstyrning, ökad koncentration av handläggningen av vissa ärenden, ökad resultatmedvetenhet på respektive försäkringskassa och ökad fokusering på ärendehantering.

### Ökad medvetenhet kring resultatstyrning

Erfarenheterna kring resultatstyrningen som redovisas i olika rapporter pekar på att det krävs förändringar inom hela styrkedjan. Ledningen på alla nivåer, inklusive regeringen, behöver bli synligare i processen, och ta ett tydligare ansvar för målen, och skapa en miljö som gör det möjligt att nå dessa. Styrningens fokus återfinns i dag till stor del inom den reaktiva delen av resultatstyrningen. Den reaktiva delen av resultatstyrningen, t.ex. utvärdering och uppföljning, behöver förvisso stärkas. Detta kan ske genom bättre återkoppling på presterade resultat och bättre instrument för att mäta prestationerna. Tillsynen behöver också stärkas och möjligheterna till reaktioner och sanktioner brukas.

De rapporter som redovisats tidigare pekar dock också på vikten av den proaktiva delen av resultatstyrningen, som består av t.ex. information, utbildning, ledning och regler. Detta är delar av styrningen vars betydelse inte får glömmas bort. Regeringen avser att intensifiera sitt arbete med resultatstyrning inom socialförsäkringsadministrationen. Regeringen vill framhålla RFV:s och respektive försäkringskassas styrelse och lednings ansvar för arbetet med att nå de övergripande målen genomförs på ett ändamålsenligt sätt i organisationen.

### Koncentrerad handläggning

För att framgångsrikt kunna upprätthålla förtroendet för den offentliga socialförsäkringen skall administrationen av socialförsäkringen präglas av lokal professionalitet med bra bemötande, god service, snabb och korrekt information och handläggning inom alla socialförsäkringslag. Detta kombinerat med förmågan att vara experter på de ärenden som kräver omfattande utredningar, och som inte förkommer varje dag på alla kontor, kommer att göra administrationen framgångsrik. Koncentrerad handläggning av vissa förmåner på regional nivå är genomförd eller diskuteras inom många försäkringskassor. Regeringen avser att fortsätta att utreda möjligheterna med koncentrerad handläggning inom olika förmåner. Regeringen avser att fördjupa utredningen av förutsättningarna för koncentrerad handläggning av förmånerna efterlevandepension och arbetsskadeförsäkring.

### Ökad fokusering på resultat och ärendehantering

Hur ärendehantering utformas är av stor vikt för den slutliga kvaliteten i ett ärende. Ärendehantering kan utvecklas på flera sätt, t.ex. genom processutveckling och genom bättre och tydligare regeltillämpning.

En viktig kvalitetsaspekt är genomströmningstidens längd. Den försäkrade har rätt till snabb och kompetent handläggning av sitt ärende. Inget tyder på att långa handläggningstider genererar mindre antal fel. Genom introduktionen av moderna ärendehanteringssystem kommer möjligheterna att följa ett ärende att öka. Avsaknaden av moderna ärendehanteringssystem minskar inte vikten av att den försäkrade får ett snabbt och korrekt beslut. Här måste skapas förutsättningar för ledningen på alla nivåer att ha kontroll på ärendens liggtider, genomströmningstider, balanser, handläggningens kvalitet osv. Dagens konstaterade brister på detta område är allvarliga. De studier som gjorts visar dock att det finns en stor utvecklingspotential inom området.

## Slutsatser

Regeringen är medveten om att det regelsystem försäkringskassorna är satta att tillämpa är synnerligen omfattande och föga lättillgängligt. Regelsystemet har också genomgått stora förändringar under senare år. Vidare är administrationen påfrestad till följd av ökad belastning inom sjukförsäkringen, brister i ärendehanteringssystemen och förseningar inom ramen för utvecklingsprogrammet. Trots detta finns det lokalkontor som presterar goda resultat. Detta visar att det går att bedriva en god verksamhet och att det finns möjligheter att utveckla administrationen inom befintliga ramar.

När effekten av de nyanställningar som har skett under de senaste åren slår igenom och moderna ärendehanteringssystem introduceras kommer fler försäkringskassor och lokalkontor att kunna prestera acceptabla resultat.

Regeringens samlade bedömning är dock att försäkringskassorna inte uppvisar acceptabla resultat. Allt för många försäkrade möter på sina lokalkontor handläggningstider som är oacceptabelt långa. Allt för många försäkrade får bristfälliga eller felaktiga beslut. Detta är ett hot mot rättssäkerheten och tilltron för den allmänna försäkringen.

Regeringen har uppmärksammat att försäkringskassorna har problem med att omfördela resurser då ärendemängderna förändras. Detta medför att resursanvändningen inte är optimal. Genom att finna en lösning på detta problem kan påfrestningen på administrationen och dess anställda minska och servicen till de försäkrade bli bättre. Regeringen avser att återkomma med uppdrag till RFV att utreda omfattningen av dessa problem och lämna förslag till åtgärder för att öka organisationens flexibilitet i detta avseende.

För att administrationen kontinuerligt skall utvecklas krävs att man tar till vara synpunkter från utomstående granskningar och låter dessa avspeglas i konkreta åtgärder. Regeringen avser att återkomma med uppdrag till RFV att redovisa hur man tar till vara synpunkter från externa aktörer, och då särskilt från JO, och kommunicerar dessa till administrationen. Samtidigt ska man redovisa hur enskilda lokalkontor med återkommande problem med ärendehantering, både vad gäller t.ex. regeltillämpning och genomströmningstider, stöttas och hur kvalitetssäkring och organisation i ett tidigt skede kan ge förutsättningar att eliminera sådana brister.

Regeringen tillsätter försäkringskassornas styrelser, direktörer och föreslår försäkringskassornas ekonomiska ramar och de mål som skall uppnås. Regeringen menar att respektive försäkringskassas styrelse har stort ansvar för att dagens utveckling bryts. Försäkringskassornas styrelser måste bli aktivare i sin styrning av verksamheten och tydligare reagera på tillgänglig information. En aktiv ledning och styrning är nödvändig för att nå goda resultat med begränsade resurser.

Socialförsäkringsadministrationen har genomfört ett omfattande arbete med att anpassa sig till nya regelsystem. Samtidigt ligger en stor del av arbetet i framtiden. Närmast ligger arbetet med att slutföra de s.k. följdreformerna.

## Utvecklingsprogrammet

Regeringen vill på nytt understryka vikten av att kvalitet och service utvecklas inom de allmänna försäkringskassorna genom en modernisering av verksamheten och då särskilt IT-stödet. Utvecklingsprogrammet bör ge effekter i form av högre kvalitet, ökad rättssäkerhet, större likformighet, ökad tillgänglighet, bättre säkerhet, bra arbetsmiljö och en fullgod service till de försäkrade.

I de löpande granskningar av utvecklingsarbetet som Statskontoret genomför på regeringens uppdrag har en rad brister uppmärksamats, bl.a. har vid upprepade tillfällen försenade leveranser konstaterats. RFV har på flera punkter vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med dessa brister. Regeringen ser positivt bl.a. på etableringen av den nya IT-staben som på sikt bör innebära att ledningen och styrningen av utvecklingsarbetet förbättras. De åtgärder som vidtagits av RFV har emellertid inte visat sig vara tillräckligt kraftfulla och har vidtagits för sent.

De problem som konstaterats i samband med driftsättningen av pilotsystemet för ärendehantering i Karlskrona är dels med tanke på den långa planerings- och utvecklingstiden, dels med hänsyn till dess konsekvenser för det fortsatta utvecklingsarbetet ytterst oroande. Leveransen av systemet har också på många försäkringskassor i landet föregåtts av högt ställda förväntningar på ett i det närmaste färdigt system till stöd för verksamheten. Försenade/bristande leveranser försvårar möjligheterna för kassorna att utveckla organisationen och möta ökade volymer med rationaliseringar.

Statskontoret har vid ett flertal tillfällen framhållit att en systematisk uppföljning av effekterna av IT-stödet och genomförda omställningsåtgärder är ytterst angelägen som grund för det fortsatta utvecklingsarbetet och för RFV:s rapporteringar till regeringen. Regeringen delar denna uppfattning. Händelseutvecklingen i Karlskrona understryker detta ytterligare.

RFV:s möjligheter att genomföra intentionerna i utvecklingsprogrammet är av central betydelse för att nödvändiga förbättringar skall kunna genomföras inom socialförsäkringens administration. Regeringen kommer därför även fortsättningsvis att noga följa utvecklingen av RFV:s arbete med att utveckla ett modernt IT-stöd för administrationen och därvid vidta de åtgärder som erfordras för att säkerställa att utvecklingsarbetet genomförs enligt planerna. Regeringen avser bl.a. att senare i höst förnya det uppdrag (S2000/6020/SF) som tidigare givits Statskontoret att granska det arbete som bedrivs inom ramen för utvecklingsprogrammet inom RFV och försäkringskassorna. De förseningar i programmets leveranser som förekommit och händelseutvecklingen i samband med driftsättningen av pilotsystemet i Karlskrona är oroande. Regeringen framhåller därför, med kraft, vikten av att RFV prioriterar sina insatser för att snarast uppnå framgångsrika resultat inom det här aktuella utvecklingsområdet.

## 2.10 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat RFV:s årsredovisning avseende 2000. RRV bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder inom socialförsäkringsområdet med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och RFV. RRV gör vidare vissa iakttagelser i revisionsrapporten (S2001/3012/SF), som innebär att RFV bör redovisa en genomgripande bedömning av förväntade och erhållna effekter av den beställar/utförarmodell som föreligger mellan RFV:s stockholmsavdelningar och RFV Data i Sundsvall. I bedömningen skall modellens effekter ställas i relation till kostnader för genomförande och administration. RRV efterlyser också striktare regler för intern kontroll i utbetalningssystemen för dagersättning. Försäkringskassornas egna policydokument för internkontroll uppvisar sto-

ra variationer och viss otydlighet i anvisningarna. RRV anser att RFV som ansvarig systemägare omgående bör genomföra åtgärder för att säkerställa att en godtagbar nivå på den interna kontrollen uppnås vid samtliga utbetalningsställen inom socialförsäkringen.

I sin årliga rapport påtalar RRV att såväl systemet för uppföljning av försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet (SAR-registret), tidsredovisningssystemet som kvalitetsinstrumentet Qben, vid granskning uppvisar brister vad gäller tillförlitlighet och relevans. Det är RRV:s bedömning att uppgifterna från SAR och tidsredovisningssystemet bör användas med stor försiktighet. När det gäller kvalitetsinstrumentet anser RRV att RFV bör utveckla ett nytt system som skall vara en del av ett samlat och mer systematiskt kvalitetsarbete.

RFV redovisar i skrivelse till RRV (2001-04-26) bl.a. att en genomlysning och utveckling av beställar-/utförarmodellen har påbörjats i den nyinrättade IT-stabens regi samt att det vid RFV pågår ett projekt med uppgift att utveckla kvalitetskontrollen. Vidare skall en vägledning om intern kontroll i form av redovisningskontroll och administrativ kontroll ges ut.

## 2.11 Budgetförslag

### 2.11.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.

**Tabell 2.15 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.**

Tusental kronor				
2000	Utfall	36 478 474	Anslags-sparande	–
2001	Anslag	43 875 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	43 200 432
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>45 805 022</b>		
2003	Beräknat	48 415 948		
2004	Beräknat	50 977 602		

<sup>1</sup> Varav 5 450 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2001 och budgetpropositionen för 2002.

Redovisningen av anslaget är uppdelad 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.

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.

Försäkringskostnaderna för sjukpenningen uppgick till 24 219 miljoner kronor 1999, vilket är en ökning med 5 609 miljoner kronor eller ca 30 procent jämfört med 1998. Utgifterna för sjukpenning har fortsatt att stiga även under 2000, dock med något minskad takt. Utfallet 2000 innebär en kostnadsökning i jämförelse med 1999 på 6 556 miljoner kronor eller ca 27 procent.

Kostnadsökningen beror till största del på ökning i antalet ersatta dagar, men ökning av medelersättningen har också påverkat i viss mån.

Vid jämförelse mellan utfallet för perioden januari till och med juli 2000 med motsvarande period 2001 erhålls en ökning av utgifterna med ca 20 procent. För 2001 beräknas kostnaden för sjukpenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 40 011 miljoner kronor. För 2002 beräknas kostnaderna för sjukpenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 42 320 miljoner kronor, för 2003 till 44 715 miljoner kronor och för 2004 till 47 183 miljoner kronor.

## Rehabilitering

Anslagsposten rehabilitering omfattar utgifter för:

- Rehabiliteringspenning.
- Särskilda medel (dvs. köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster i form av försäkringsmedicinska utredningar, arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar och aktiva rehabiliteringsinsatser; arbetstekniska

hjälpmedel; läkarutlåtanden och läkarundersökningar; särskilt bidrag; resor till och från arbetet; samverkan).

- Särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården (s.k. Dagmarmedel).

Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenning styrs av dels antalet 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.

År 2000 var anslagna medel för rehabilitering 2 364 miljoner kronor. Det faktiska utfallet uppgick till 2 887 miljoner kronor, vilket motsvarar ett underskott på 523 miljoner kronor. I förhållande till tillgängliga medel (med beaktande av kredit) motsvarar underskottet 236 miljoner kronor. Utfallet 2000 innebär en kostnadsökning i jämförelse med 1999 på 420 miljoner kronor eller ca 17 procent.

Genom att antalet sjukfall fortsatt att öka så har också antalet personer som varit föremål för samordnad rehabilitering ökat. Detta är den huvudsakliga anledningen till kostnadsökningen 2000.

Budgetåret 2001 avsattes 3 002 miljoner kronor för rehabilitering (inkl. statlig ålderspensionsavgift). Antalet personer som är föremål för samordnad rehabilitering har fortsatt att öka under året. Detta medför i sin tur att antalet ersatta dagar med rehabiliteringspenning ökar.

I sitt betänkande 2000/01:SoU5 med anledning av regeringens proposition 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården begär Socialutskottet att regeringen skyndsamt återkommer till riksdagen med ett förslag om finansiell samordning mellan olika myndigheter. Syftet med den finansiella samordningen är att öka hälsan och minska antalet sjukskrivningar.

Regeringen föreslår mot denna bakgrund att 200 miljoner kronor av de s.k. Dagmarmedlen får användas för finansiell samordning under 2002. Av Dagmarmedlen under anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. används 100 miljoner kronor och av anslaget 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård används 100 miljoner

kronor. Regeringen avser att återkomma beträffande den finansiella samordningens närmare utformning. Verksamheten kommer att systematiskt följas upp och utvärderas. Regeringen är beredd att – givet fastlagda utgiftsramar – i tilläggsbudget under 2002 eller i budgetpropositionen för 2003 pröva om ytterligare medel skall göras tillgängliga för denna verksamhet.

Under några år har en viss del av de Särskilda medlen använts för särskilda tidsbegränsade satsningar. Exempelvis har landstingen fått medel för kompetenshöjning och andra insatser som bedöms lämpliga i samband med behandling av överviktiga. Genom att dessa satsningar nu avslutats kommer 2002 drygt 40 miljoner kronor mer att avsättas för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder än under 2001.

Sedan 1999 disponerar regeringen 5 miljoner kronor per år av anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. för särskilda insatser inom rehabiliteringsområdet. Användningsområdet för dessa medel bör vidgas så att de även kan användas för att anordna konferenser, debatter m.m. kring ohälsofrågorna.

För 2002 beräknas de totala kostnaderna för rehabilitering (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till 3 418 miljoner kronor, för 2003 till 3 628 miljoner kronor och för 2004 till 3 716 miljoner kronor.

### Närståendepenning

Närståendepenning utges till den som avstår från förvärsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Fr.o.m. juli 1992 utges ersättning även för vård som äger rum på sjukhus eller annan institution. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar, löneutvecklingen och regelverket.

Kostnaden för närståendepenning har flerdubblats under 1990-talet vilket främst beror på att ersättningsnivån per dag ökat och att antalet personer som vårdas har ökat.

Närståendepenning utbetalades 2000 till 8 400 personer för vård av nästan lika många personer. Genomsnittligt ersattes 10 nettodagar per vårdare. 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.

För 2002 beräknas kostnaderna för närståendepenning (inkl. statlig ålderspensionsavgift)

uppgå till 67 miljoner kronor, för 2003 till 73 miljoner kronor och för 2004 till 79 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Sjukfrånvaron fortsätter att öka vilket får till följd att utgifterna för sjukpenning beräknas öka även 2002. De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2002 och därefter är dock mycket osäkra. Arbetet med att minska kostnader för ohälsan kommer att intensifieras. Regeringen anger under avsnittet 2.6.2. åtgärder för att bryta ökningen av antalet sjukskrivningar.

**Tabell 2.16 Härlledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor			
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 <sup>1</sup>	43 875 000	43 875 000	43 875 000
Förändring till följd av:			
Beslut <sup>2</sup>	0	775 000	1 550 000
Övr. makroekonomiska förutsättn.	1 483 875	3 071 435	4 714 560
Volym	446 147	694 513	838 042
Överföring andra anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	1 930 022	4 540 948	7 102 602
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>45 805 022</b>	<b>48 415 948</b>	<b>50 977 602</b>

<sup>1</sup> Inklusive förslag till tilläggsbudget i samband med 2001 års ekonomiska vårproposition och i samband med budgetpropositionen för 2002.

<sup>2</sup> Nivån för 2003 och 2004 har justerats med anledning av att det är regeringens avsikt att höja taket för den sjukpenninggrundande inkomsten till 10 prisbasbelopp fr.o.m. den 1 juli 2003 om det statsfinansiella läget tillåter det.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 45 805 022 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering, m.m.* under 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 48 415 948 000 respektive 50 977 602 000 kronor.

## 2.11.2 19:2 Förtidspensioner

**Tabell 2.17 Anslagsutveckling 19:2 Förtidspensioner**

Tusental kronor

2000	Utfall	47 743 649	Anslags- sparande	- 848 459
2001	Anslag	49 696 000	Utgifts- prognos	50 176 900
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>47 838 490</b>		
2003	Beräknat	54 024 186		
2004	Beräknat	56 515 804		

Anslagsbeloppen belastas med statlig ålderspensionsavgift med 9 201 000 tkr för 2001, med 5 749 000 tkr för 2002, med 8 582 000 tkr för 2003 och med 10 398 000 tkr för 2004.

Under anslaget redovisas utgifter för förtidspension från folkpensioneringen, pensionstillskott till förtidspension och barn tillägg till förtidspension, liksom sjukbidrag som är en tidsbegränsad förtidspension. Fr.o.m. 1999 redovisas även utgifterna för allmän tilläggspension (ATP) under anslaget. Barn tilläggen har i princip avskaffats men de som var berättigade till barn tillägg 1990 har fortfarande rätt att uppbära förmånen enligt äldre regler. De sista barn tilläggen kommer att betalas ut 2005. De statliga ålderspensionsavgifterna belastar anslaget fr.o.m. 2000.

Utgiftsutvecklingen för förtidspensionerna är beroende av flera olika faktorer. De viktigaste är de demografiska förhållandena, utvecklingen av de långa sjukskrivningarna, regeltillämpningen, praxisutvecklingen, utvecklingen av ATP-nivån och basbeloppsutvecklingen.

Det har skett en successiv ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag sedan slutet av 1999. De utbetalade ersättningarna till personer med förtidspension/sjukbidrag steg med ca 970 miljoner kronor mellan 1999 och 2000. Anslagsbeloppet för 2000 överskreds med ca 575 miljoner kronor. Det utgående underskottet ökade härmed till ca 850 miljoner kronor.

Under 2001 fortsätter antalet förtidspensioner och sjukbidrag att öka och i slutet av året beräknas ca 450 000 personer uppbära dessa förmåner. Det ökande nybeviljandet är till stor del en följd av den kraftiga uppgången av antalet långa sjukfall under de senaste åren. Detta är också i kombination med den demografiska situationen den främsta orsaken till att en fortsatt kontinuerlig ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag är att vänta under de kommande åren.

## Regeringens överväganden

Situationen på förtidspensionsområdet är otillfredsställande med en utveckling som pekar på en fortsatt successiv ökning under de närmaste åren av antalet förtidspensioner och sjukbidrag. Den förväntade ökningen är främst en följd av de demografiska förhållandena och utvecklingen med allt fler långa sjukfall. Mycket talar för att antalet personer som uppbär förtidspension eller sjukbidrag kommer att öka successivt från nuvarande ca 445 000 till drygt 480 000 i slutet av 2003. Möjligheterna att motverka denna negativa utveckling bedöms på kort sikt vara begränsade. För att kunna påverka situationen fr.o.m. 2003 krävs åtgärder på olika områden inom ohälsområdet. Utgångspunkten för detta är det pågående arbetet med att utforma förslag till en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. En sådan plan bör innehålla åtgärder inte bara av förebyggande natur utan även åtgärder för att få till stånd en väl fungerande rehabilitering och effektiva försäkringssystem. Sådana åtgärder påverkar också utvecklingen på förtidspensionsområdet även om de är mer långsiktiga.

Det är också angeläget att olika åtgärder vidtas som kan påverka utvecklingen på kortare sikt. Regeringen har i 2001 års ekonomiska vårproposition angett att alla förtidspensionärer skall kunna utnyttja sin återstående arbetsförmåga fullt ut och att en aktiv uppföljning av beviljade förtidspensioner bör göras. Sådana uppföljningsinsatser skall inte enbart ses som ett sätt att kontrollera rätten till förmånen. De skall även ses som ett led i rehabiliteringsarbetet och som ett bra tillfälle att närmare informera om möjligheterna till vilande förtidspension.

En uppföljning 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 att avsevärt färre förtidspensionärer än förväntat utnyttjat möjligheten att pröva att förvärvsarbeta utan att förlora rätten till sin pension. Mycket talar för att informationen om denna möjlighet inte varit tillräcklig. RFV har därför fått i uppdrag att i år förbereda och planera informationsinsatser om vilande förtidspension, på i första hand lokal nivå för att ett genomförande av dessa kan inledas senast den 1 januari 2002.

Mot bakgrund av det ovan redovisade finns det starka skäl befara att utvecklingen av långa sjukfall i kombination med de demografiska för-

hållandena kommer att leda till successiv och påtaglig ökning av antalet förtidspensioner och sjukbidrag under de närmaste åren. Detta innebär att flertalet av de långtidssjukskrivna med stor sannolikhet kommer att bli beviljade förtidspension eller sjukbidrag.

Utvecklingen på något längre sikt av antalet förmånsberättigade beror i hög grad på vad det pågående arbetet med att komma till rätta med 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 bli förtidspensionerad är som störst, dels att förhållandevis få personer som nu uppstår förtidspension övergår till ålderspension.

Arbetet inom Socialdepartementet med att utforma förslag till nya beräkningsregler för ersättning och ålderspensionsrätt vid långvarig, minst ett år, eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan har nyligen slutförts i och med att riksdagen godkände regeringens proposition Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU:15, rskr. 2000/01:257). De nya reglerna, som träder i kraft den 1 januari 2003, innebär bl.a. att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) avskaffas. För att försäkringens nettoersättningar skall vara oförändrade efter skatt måste bruttoersättningarna höjas. Bruttoutgifterna för anslaget förtidspensioner beräknas därför öka med 2,9 miljarder kronor fr.o.m. 2003. Härigenom höjs det kommunala skatteunderlaget. Kommunsektorns ökade skatteinkomster leder till att det generella statsbidraget till kommuner och landsting inom utgiftsområde 25 behöver reduceras med 2,8 miljarder kronor fr.o.m. 2003 för att utgiftsneutralitet skall föreligga mellan staten och den kommunala sektorn.

En annan omständighet av stor betydelse för beräkningarna för 2002–2004 är den felaktighet som redovisats av RFV i fråga om beräkningen av slutliga statliga ålderspensionsavgifter för 1999–2001. Felaktigheten består i att personer som är födda före 1938 har medtagits i underlaget för beräkning av avgiften. Verket har i sin redovisning till regeringen beräknat ett negativt regleringsbelopp för 1999 på ca 3 600 miljoner kronor som skall regleras 2002. Enligt RFV beräknas motsvarande negativa regleringsbelopp för 2000 och 2001, som slutregleras 2003 och

2004, till ca 2 450 respektive 1 600 miljoner kronor.

Vid anslagsberäkningarna har regeringen utgått från en successiv och påtaglig ökning av antalet förtidspensionärer samt att några större förändringar i regelsystemet inte kommer att ske under de närmaste åren. Vidare har, i enlighet med ovanstående, slutregleringen av statliga ålderspensionsavgifter för budgetåren 2002–2004 samt effekten av att SGA slopas fr.o.m. år 2003 beaktats. Dessutom har effekten av att åldersgränsen för rätt till ersättning för unga personer med långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan har höjts från 16 till 19 år beaktats fr.o.m. 2003.

**Tabell 2.18 Härlledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor			
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	49 696 000	49 696 000	49 696 000
Förändring till följd av:			
Beslut	0	2 800 000	2 700 000
Övr. makroekonomiska förutsättn.	1 742 000	3 928 000	5 719 000
Slutreglering ÅP-avgift	-3 600 000	-2 400 000	-1 600 000
Summa förändring	-1 858 000	4 328 000	6 819 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>47 838 000</b>	<b>54 024 000</b>	<b>56 515 000</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 47 838 490 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Förtidspensioner* under 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 54 024 000 000 respektive 56 515 000 000 kronor.

### 2.11.3 19:3 Handikappersättningar

**Tabell 2.19 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor				
År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag
2000	Utfall	1 035 953		Anslags-sparande 7 025
2001	Anslag	1 054 400		Utgifts-prognos 1 059 238
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 098 465</b>		
2003	Beräknat	1 115 637		
2004	Beräknat	1 130 420		

Från anslaget bekostas handikappersättning. Den utges till personer som fyllt 16 år och som fått sin funktionsförmåga nedsatt före fyllda 65 år och till följd härav behöver mer tidskrävande hjälp av annan och / eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Handikappersättning utbetalas med belopp som för år räknat motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Kostnaderna för förmånen handikappersättning styrs av prisbasbeloppets utveckling och nivå på de utbetalade förmånerna.

Ökningstakten i fråga om antalet utbetalade förmåner är avtagande. Antalet mottagare av förmånen har ökat från 57 295 personer år 1999 till 58 369 år 2000. Antalet beräknas fortsätta att öka de närmaste åren. Förändringen har hitintills legat på nivån en till två procent. Storleken på förmånen kan bestämmas till tre olika nivåer beräknat i procent av prisbasbeloppet. Fördelningen mellan dessa nivåer visar en klar förskjutning från den högsta till den lägsta nivån. Denna utveckling förväntas också fortsätta.

År 2000 uppgick anslaget för handikappersättning till 1 036 000 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 47 000 kronor lägre. För innevarande år beräknas utgifterna överstiga fastställt anslag med 4 838 000 kronor.

## Regeringens överväganden

Den demografiska utvecklingen kommer, med största sannolikhet, att leda till en ökning av antalet utbetalade handikappersättningar.

**Tabell 2.20 Härledning av nivån 2002–2004**

	Tusental kronor		
	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	1 054 400	1 054 400	1 054 400
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Övr. makroekonomiska förutsättn.	28 469	43 230	63 264
Volym	15 596	18 007	12 756
Överföring till/från anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	44 065	61 237	76 020
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 098 465</b>	<b>1 115 637</b>	<b>1 130 420</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 098 465 000 kronor anvisas under anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för år 2002.

För år 2003 och 2004 beräknas anslaget till 1 115 637 000 respektive 1 130 420 000 kronor.

## 2.11.4 19:4 Arbetskadeersättningar

**Tabell 2.21 Anslagsutveckling 19:4 Arbetskadeersättningar**

Tusental kronor				
2000	Utfall	7 185 934	Anslags-sparande	72 927
2001	Anslag	6 909 000	Utgifts-prognos	7 083 867
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>7 607 476</b>		
2003	Beräknat	7 212 491		
2004	Beräknat	7 325 345		

Arbetskadeersättningar omfattar förmåner i form av egenlivräntor, efterlevandelivräntor, begravningshjälp, sjukpenning i vissa fall, ersättning i samband med sjukhusvård utom riket, tandvård och ersättning för särskilda hjälpmedel. Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter.

Utgiftsutvecklingen för arbetskadeersättningarna är främst beroende av arbetsmiljöfaktorer, demografiska förhållanden, praxis och basbeloppsutvecklingen.

Antalet arbetskadelifvräntor har minskat och är nu drygt 90 000. Utvecklingen av antalet livräntor är osäker, likaså utvecklingen av medelbeloppet. Medelbeloppet för arbetskadelifvränta beräknas de kommande åren att öka i snabbare takt än enligt tidigare bedömningar. I konsekvens med det minskade antalet livräntor har försäkringskostnaderna fortsatt att minska. Det antas att antalet nybeviljade livräntor kommer att öka något under de närmaste åren bland annat av demografiska skäl. Trots detta beräknas antalet utbetalade livräntor fortsätta minska eftersom antalet som upphör ändå beräknas vara fler än antalet som tillkommer. Antalet livräntor som upphör kommer att öka från och med år 2003 eftersom personer som är födda 1938 eller senare inte har rätt till arbetskadelifvränta som utfyllnad till ålderspension.

De retroaktiva utbetalningarna för arbetskadelifvränta ökade kraftigt under 1998, 1999 och början av 2000. Därefter har en viss utplaning skett men tillägget för retroaktiva utbetalningar har ändå varit något högre i början av 2001 jämfört med motsvarande period 2000.

År 2000 uppgick anslaget för arbetskadeersättning till 7 189 338 000 kronor. Det faktiska



utfallet blev 3 404 000 kronor lägre. För innevarande år beräknas utgifterna överstiga fastställt anslag med 174 867 000 kronor. Regeringen avser att lämna förslag om vissa förändringar av arbetsskadeförsäkringen med ikraftträdande den 1 juli 2002.

## Regeringens överväganden

Antalet anmälda arbetsskador har ökat kraftigt de senaste åren vilket förväntas påverka antalet livräntor. Det antas att de retroaktiva utbetalningarna kommer att ligga kvar på en hög nivå. De förändringar av arbetsskadeförsäkringen som planeras kommer successivt att öka utgifterna för försäkringen.

**Tabell 2.22 Härledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001	6 909 000	6 909 000	6 909 000
Förändring till följd av:			
Beslut	500 000	1 000 000	1 000 000
Övr. makroekonomiska förutsättn.	141 300	212 000	310 920
Volym <sup>1</sup>	57 176	-73 509	-119 575
Överföring till anslag 19:2 m.m. <sup>2</sup>	0	-835 000	-775 000
Summa förändring	698 476	303 491	416 345
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>7 607 476</b>	<b>7 212 491</b>	<b>7 325 345</b>

<sup>1</sup> Volymerna är beräknade med hänsyn till nuvarande regler. Planerade regeländringar har inte beaktats.

<sup>2</sup> Fr.o.m. 2003 kommer den statliga ålderspensionsavgift som är hänförlig till livränta som bortsamordnas med sjukersättning att betalas från sjukförsäkringen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 607 476 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetsskadeersättningar* år 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 7 212 491 000 respektive 7 325 345 000 kronor.

## 2.11.5 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer

**Tabell 2.23 Anslagsutveckling 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer**

Tusental kronor

År	Utfall	2 057	Anslags-sparande	750
2001	Anslag	5 000	Utgifts-prognos	5 000
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 000</b>		
2003	Beräknat	5 000		
2004	Beräknat	5 000		

Detta försäkringsstöd infördes fr.o.m. 1999 i syfte att finansiera ersättning som i vissa fall – 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 resterande 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.

Utgifterna för ändamålet var under 2000 mycket begränsade i förhållande till anslaget på 25 miljoner kronor, eftersom endast ca 2 miljoner kronor betalades ut.

## Regeringens överväganden

Riksförsäkringsverket gjorde på regeringens uppdrag en uppföljning av hur detta särskilda stöd utvecklades under det första året. Det framkom att endast tolv personer under 1999 fått en anställning genom stödet. Detta bedömdes bero på att flertalet av de som uppbar tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag redan har någon form av sysselsättning på den resterande arbetsförmågan eller ansåg sig vara arbetsoförmögna och avsåg att söka hel förtidspension.

Under 2000 har fler personer utnyttjat stödet för att få en anställning och den utbetalda ersättningen blev betydligt högre än föregående års, dock lägre än vad som ursprungligen beräknats. Utfallet har emellertid varit ojämnt fördelat under året med huvudparten av utgifterna i slutet av året. Med hänsyn härtill och till att det saknas uppgifter om antalet personer som i realiteten berörs av denna förmån, är det svårt att bedöma den framtida utgiftsutvecklingen. Med hänsyn till utvecklingen under 2000 bedöms dock utgifterna rymmas inom tidigare beräknade ramar.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Kostnader för sysselsättning av vissa förtidspensionärer* för 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till vardera 5 000 000 kronor.

### 2.11.6 19:6 Ersättning för kroppsskador

**Tabell 2.24 Anslagsutveckling 19:6 Ersättning för kroppsskador**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2000	Utfall	60 605	7 397
2001	Anslag	60 600	59 200
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>58 900</b>	
2003	Beräknat	55 134	
2004	Beräknat	56 800	

Från anslaget bekostas ersättningar enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd (LSP) i de fall skada inträffat under militär verksamhet. För skador som inträffat före juli 1977 belastas anslaget av bl. a. ersättningar enligt lagen (1950:261) om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under militärtjänstgöring (militär-ersättningslagen). Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter.

Utgiftsutvecklingen påverkas bland annat av arbetsmiljöfaktorer och basbeloppets utveckling.

År 2000 uppgick anslaget för ersättning för kroppsskador till 65 002 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 4 397 000 kronor lägre. För innevarande år beräknas utgifterna understiga fastställt anslag med 1 400 000 kronor.

### Regeringens överväganden

Utgifterna för LSP beräknas öka kommande år. Utgifterna för ersättningar enligt äldre lagar be-

räknas dock minska i jämn takt, vilket gör att utgifterna för anslaget totalt minskar något.

**Tabell 2.25 Härledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 <sup>1</sup>	60 600	60 600	60 600
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Övr. makroekonomiska förutsättn.	1 636	2 485	3 636
Volym	-3 336	-7 951	-7 436
Överföring till/från anslag m.m.	0	0	0
Summa förändring	-1 700	-5 466	-3 800
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>58 900</b>	<b>55 134</b>	<b>56 800</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 900 000 kronor anvisas under anslaget 19:6 *Ersättning för kroppsskador*. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 55 134 000 respektive 56 800 000 kronor.

### 2.11.7 19:7 Riksförsäkringsverket

**Tabell 2.26 Anslagsutveckling 19:7 Riksförsäkringsverket**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2000	Utfall	627 952	64 589
2001	Anslag	740 454 <sup>1</sup>	810 000
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>754 490</b>	
2003	Beräknat	764 440 <sup>2</sup>	
2004	Beräknat	778 180 <sup>2</sup>	

<sup>1</sup> Inklusiv en minskning med 10 052 tkr på tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen för 2002.

<sup>2</sup> Motsvarar 745 621 tkr i 2002 års prisnivå.

RFV hade enligt bokslutet vid utgången av budgetåret 2000 ett anslagssparande på ca 64,6 miljoner kronor, vilket motsvarar 9 procent av anslaget för detta år. Anledningen till anslagssparandet är att vissa aktiviteter och till dem hörande utgifter som främst har samband med utbyggnaden av IT-stödet blivit försenade. Det innebär att utgifterna uppstår först 2001 istället för som planerat under 2000. Detta förklarar större delen av differensen mellan prognos och anslag för 2001. Regeringen har därför beslutat (S2001/4155/SK) att verket får disponera hela anslagssparandet från 2000.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av RFV:s administrationskostnader täcks av ersättningar bl.a. från AP-fonden och de affärsdrivande verken. Ersättningen från AP-fonden avser verkets kostnader för administrationen av tilläggspension för ålderspensionärer och inkomstgrundad ålderspension. För 2001 uppgår denna ersättning enligt regeringsbeslut (S2000/1471/SF) till 417 miljoner kronor. Kostnaderna för 2002 beräknas till 453 miljoner kronor 2001 års prisnivå. Såvitt avser de affärsdrivande verken skall RFV:s administration av arbetsskador som reglerats 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 för externa beställare och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. Avgiftsintäkterna disponeras av RFV.

RFV:s tjänsteexport är relativt ny. Verket har under 2000 bl.a. avslutat ett EU-finansierat projekt i Lettland och påbörjat arbete med två större projekt inom ramen för EU:s program för partnersamverkan, s.k. twinning. För att stödja en utvecklad och ekonomiskt självbärande tjänsteexport har utbildning genomförts och nya administrativa rutiner etablerats.

**Tabell 2.27 Beräkning av avgiftsintäkter**

Tusental kronor

	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2000	404 037	398 594	5 443
(varav tjänsteexport)	289	1 142	- 853
Prognos 2001	457 501	455 706	1 795
(varav tjänsteexport)	14 851	13 056	1 795
Budget 2002	498 143	497 289	854
(varav tjänsteexport)	19 038	18 184	854

## Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Sedan budgetåret 1999 har RFV fått ekonomiskt utrymme för att stödja och medverka till att forskning bedrivs inom området för socialförsäkring. Regeringen föreslår att RFV även under 2002 skall kunna ingå ekonomiska förpliktelser inom socialförsäkringsområdet, som innebär utgifter om högst 9 miljoner kronor efter 2002. Av tabell 2.28 framgår att RFV ingått förpliktelser som är högre än bemyndiganderamen. Detta har dock ingen inverkan på anslagsnivån för forskningsändamål som för närvarande är 8 miljoner kronor.

**Tabell 2.28 Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser**

Tusental kronor

	2000 utfall	2001 prognos	2002 beräknat	2003 beräknat	2004 – beräknat
Utestående åtaganden vid årets början	12 884	10 503	9 000		
Nya åtaganden	5 590	6 170	7 900		
Infriade åtaganden*	7 971	7 673	7 900	7 900	1 100
Utestående åtaganden vid årets slut	10 503	9 000	9 000		
<b>Erhållen/föreslagen bemyndiganderam</b>	<b>9 000</b>	<b>9 000</b>	<b>9 000</b>		

\* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

## Regeringens överväganden

Regeringen beräknar anslaget utifrån pris- och löneomräkning samt att RFV kompenseras för de kostnader som följer av att verket fr.o.m. 2002 skall betala avgifter för uppgifter från folkbokföringen (prop. 2000/01:33). Detta sker genom en överföring av medel från utgiftsområde 3 Skatteförvaltning och uppbörd, anslaget 3:1 Riksskatteverket, motsvarande 2,2 miljoner kronor 2002 och 1,3 miljoner kronor åren 2003 respektive 2004. Överförda medel motsvarar kostnaderna för de tjänster som verket i dag erhåller avgiftsfritt.

I tilläggsbudget till denna proposition föreslås en slutjustering av RFV:s anslag med anledning av övergång från LKP-modellen till myndighetsvis beräknade premier för statliga avtalsförsäkringar. Slutjusteringen innebär att anslaget för 2001 minskas med ca 10 miljoner kronor och med ca 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2002.

Regeringen har för avsikt att under hösten 2001 lägga fram en proposition med förslag till vissa förändringar av förmånssystemet för läkemedel. Inriktningen är att förslagen bl.a. skall beröra hur beslut om subventionering av respektive pris för olika läkemedel skall fattas i framtiden. För att delvis finansiera förslagen i den kommande propositionen föreslås att RFV:s anslag minskas med 7 miljoner kronor för 2002 och 15 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003.

**Tabell 2.29 Härledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 <sup>1</sup>	740 454	740 454	740 454
Förändring till följd av:			
Beslut (från BP01)	1 017	1 017	1 017
Pris- och löneomräkning	12 835	31 654	45 394
Överföring andra anslag m.m.	-4 842	-13 711	-13 711
Premiejustering <sup>2</sup>	5 026	5 026	5 026
Summa förändring	14 036	23 986	37 726
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>754 490</b>	<b>764 440</b>	<b>778 180</b>

<sup>1</sup> Inklusive en minskning med 10 052 tkr på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2002.

<sup>2</sup> En närmare beskrivning finns i tilläggsbudgeten i samband med budgetpropositionen, avsnitt 9.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 754 490 000 kronor anvisas för anslaget 19:7 Riksförsäkringsverket under 2002. För åren 2003 och 2004 beräknas anslaget till 764 440 000 kronor respektive 778 180 000 kronor.

## 2.11.8 19:8 Allmänna försäkringskassor

**Tabell 2.30 Anslagsutveckling 19:8 Allmänna försäkringskassor**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2000	Utfall	4 802 163	248 685	
2001	Anslag	5 149 296 <sup>1</sup>		5 415 000
<b>2002</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 189 175</b>		
2003	Beräknat	5 335 862 <sup>2</sup>		
2004	Beräknat	5 425 394 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Varav 100 000 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 2001.

<sup>2</sup> Motsvarar 5 209 175 tkr i 2002 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 5 194 802 tkr i 2002 års prisnivå.

Försäkringskassornas verksamhet kostade 4,8 miljarder 2000. Tillsammans med anslagssparandet från 1999 hade försäkringskassorna totalt 4 907 miljoner kronor att disponera 2000. Försäkringskassornas anslagssparande för 2000 uppgick till 249 miljoner. Anslaget för 2001 uppgick till 5 049 miljoner kronor. Tillsammans med anslagssparandet, varav återförandet av de medel som ställts till regeringens disposition, 144 miljoner kronor, och de 100 miljoner kronor som tillfördes på tilläggsbudget disponerar försäkringskassorna 5 398 miljoner kronor 2001.

Försäkringskassornas anslagssparande 1999 var 286 miljoner kronor, vilket motsvarade drygt 6 procent av anslaget. 144 miljoner kronor av dessa ställdes till regeringens disposition och 142 miljoner fördes över till 2000. De medel som ställdes till regeringens disposition återfördes till anslaget våren 2001.

Av de enskilda försäkringskassorna hade 14 ett anslagssparande 2000 och sju utnyttjade anslagskrediten.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av Försäkringskassornas kostnader för administration täcks av ersättningar bl.a. från AP-fonden. Ersättningen från AP-fonden avser försäkringskassornas kostnader för administrationen av tilläggs pension för ålderspensionärer

och inkomstgrundad ålderspension. För 2001 uppgår denna ersättning enligt regeringsbeslut (S2000/1471/SF) till 317 miljoner kronor. Kostnaderna för 2002 beräknas av RFV till 322 miljoner kronor (2001 års prisnivå).

**Tabell 2.31 Beräkning av avgiftsintäkter**

Tusental kronor

	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2000	271 960	271 960	0
Ers. från AP-fonden	257 357	257 357	0
Övriga intäkter	14 603	14 603	0
Prognos 2001	332 600	332 600	0
Ers. från AP-fonden	317 000	317 000	0
Övriga intäkter	15 600	15 600	0
Budget 2002 <sup>1</sup>	337 600	337 600	0
Ers. från AP-fonden	322 000	322 000	0
Övriga intäkter	15 600	15 600	0

<sup>1</sup>2001 års prisnivå.

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att uppdelningen av anslaget i två anslagposter fungerat bra. I regleringsbrevet för 2002 kommer regeringen åter att dela anslaget i två anslagposter.

Antalet sjukpenningärenden har stigit kraftigt de senaste åren. Regeringen förstärkte därför anslaget med 100 miljoner kronor temporärt för 2001 i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2001. Regeringen höjer nu permanent anslaget med 25 miljoner kronor från och med 2002. Det arbete som pågår för att förbättra administrationen måste fortgå inom befintlig resursram. Regeringen har beräknat anslaget utifrån pris- och löneomräkningen.

**Tabell 2.32 Härledning av nivån 2002–2004**

Tusental kronor

	2002	2003	2004
Anslagsnivå 2001 <sup>1</sup>	5 149 296	5 149 296	5 149 296
Förändring till följd av:			
Beslut	-75 000	-55 000	-69 373
Pris- och löneomräkning	114 879	241 566	345 471
Summa förändring	39 879	186 566	276 098
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 189 175</b>	<b>5 335 862</b>	<b>5 425 394</b>

<sup>1</sup>Inkl. 100 000 tkr som gavs som engångsvist tillskott för 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 189 175 000 kronor anvisas under anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* 2002. För 2003 och 2004 beräknas anslaget till 5 335 862 000 kronor respektive 5 425 394 000 kronor.

