

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10





# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

## Innehållsförteckning

---

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	9
2.1	Omfattning.....	9
2.2	Utgiftsutveckling .....	10
	I Socialförsäkringsförmåner .....	11
2.3	Mål .....	11
2.4	Politikens inriktning .....	11
2.5	Insatser .....	13
2.5.1	Insatser inom politikområdet.....	13
2.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	16
2.6	Resultatbedömning.....	18
2.6.1	Resultat, analys och slutsatser.....	19
2.6.2	Den fortsatta strategin för att öka hälsan i arbetslivet .....	37
	II Socialförsäkringens administration.....	39
2.7	Omfattning.....	39
2.8	Mål för socialförsäkringens administration.....	40
2.9	Insatser .....	40
2.9.1	Ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration .....	40
2.9.2	Genomförandet av den nya myndigheten .....	41
2.9.3	Insatser inom ohälsområdet .....	42
2.9.4	Övriga insatser .....	42
2.10	Resultatbedömning.....	42
2.10.1	Resultat .....	42
2.10.2	Resurser .....	46
2.10.3	Analys och slutsatser .....	47
2.11	Revisionens iakttagelser.....	48
2.12	Budgetförslag .....	48
2.12.1	19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.....	48
2.12.2	19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	51
2.12.3	19:3 Handikappersättningar .....	53
2.12.4	19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	54
2.12.5	19:5 Ersättning för kroppsskador .....	55
2.12.6	19:6 Försäkringskassan .....	55

**Tabellförteckning**

Anslagsbelopp.....	7
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet.....	10
2.2 Härledning av ramnivån 2005–2007. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	10
2.3 Ramnivå 2005 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	10
2.4 Utfallssiffror för 2003.....	20
2.5 Antal sjukpenningdagar, netto .....	20
2.6 Sjuktalet .....	21
2.7 Utfallssiffror för 2003.....	24
2.8 Antal sjukskrivna som varit aktuella för samordnad rehabilitering 2001–2003.....	24
2.9 Andel sjukskrivna (60 dagar och längre) med pågående samordnad rehabilitering 2001–2003 .....	24
2.10 Andel av de försäkrade som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga 6 månader efter avslutad rehabilitering 2001–2003 .....	25
2.11 Förbrukade medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliterings-tjänster m.m. 2001–2003.....	25
2.12 Utfallssiffror för 2003.....	30
2.13 Utvecklingen av antalet nybeviljade och utbetalda förtidspensioner och sjukbidrag (aktivitets- och sjukersättning) i december 1994–2003 .....	31
2.14 Återstående ersättningsår och beräknad kostnad för dessa fram till 65 års ålder .....	31
2.15 Genomsnittlig sjukfrånvaro vid RFV och försäkringskassorna.....	45
2.16 Socialförsäkringsadministrationens kostnader för handläggning och information samt övriga verksamhetsgrenar fördelat per verksamhetsområde, 2002 och 2003 .....	46
2.17 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. ....	48
2.18 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. ....	50
2.19 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	51
2.20 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	53
2.21 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar .....	53
2.22 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:3 Handikappersättningar .....	54
2.23 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	54
2.24 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	55
2.25 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador.....	55
2.26 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:5 Ersättning för kroppsskador.....	55
2.27 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan .....	55
2.28 Uppdragsverksamhet .....	57
2.29 Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	57
2.30 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:6 Försäkringskassan .....	58

## Diagramförteckning

---

2.1	Andel kvinnor resp. män med bostadstillägg bland förtids- pensionärerna 1991–2003.....	52
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------	----



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2005 för ramanslaget 19:6 *Försäkringskassan* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive åtaganden som tidigare gjorts av Riksförsäkringsverket medför utgifter på högst 12 000 000 kronor efter 2005 (avsnitt 2.12.6),
2. för budgetåret 2005 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	41 370 263
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar	Ramanslag	73 534 667
19:3 Handikappersättningar	Ramanslag	1 203 000
19:4 Arbetsskadeersättningar	Ramanslag	6 362 059
19:5 Ersättning för kroppsskador	Ramanslag	61 675
19:6 Försäkringskassan	Ramanslag	7 159 398
<b>Summa</b>		<b>129 691 062</b>





## 2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

### 2.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga. Eftersom utgiftsområdet sammanfaller med politikområdet redovisas de båda nivåerna samlat. Här ingår sjukpenning, rehabilitering, närståendepenning, aktivitets- och sjukersättning (f.d. förtidspension), handikappersättning samt ersättning vid arbets- och kroppsskador. Från och med 2005 omfattas även utgifterna för bostadstillägg till de personer som uppbär aktivitets- eller sjukersättning.

Även socialförsäkringens administration ingår i detta område. Den utgörs t.o.m. utgången av 2004 av Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna och fr.o.m. 2005 av den nya myndigheten Försäkringskassan.

Politikområdet delas in i följande verksamhetsområden.

#### *Åtgärder mot ohälsa*

I verksamhetsområdet ligger främst försäkringskassornas arbete att samordna rehabiliteringen, men också insatser av mer generellt slag riktade till arbetsgivare och läkare. De förmåner som

omfattas är bl.a. förebyggande sjukpenning, särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m., vilande aktivitets- och sjukersättning samt hela kostnaden för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning.

#### *Ersättning vid arbetsförmåga*

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

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

## 2.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet**
*Miljoner kronor*

	Utfall 2003	Budget 2004 <sup>1</sup>	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	48 562,2	47 324,4	43 244,8	<b>41 370,3</b>	41 394,3	43 629,7
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar	58 526,7	64 855,4	63 938,7	<b>73 534,7</b>	76 160,5	79 211,0
19:3 Handikappersättningar	1 199,9	1 217,0	1 223,0	<b>1 203,0</b>	1 211,0	1 242,0
19:4 Arbetssskadeersättningar	6 230,1	6 473,0	6 363,5	<b>6 362,1</b>	6 697,9	7 055,4
19:5 Ersättning för kroppsskador	64,7	58,6	62,5	<b>61,7</b>	62,9	64,9
19:6 Försäkringskassan <sup>2</sup>	–	0,0	–	<b>7 159,4</b>	6 717,1	6 600,6
2004 10 19:6 Riksförsäkringsverket <sup>3</sup>	951,8	911,6	933,0	–	–	–
2004 10 19:7 Allmänna försäkringskassor <sup>3</sup>	5 914,2	6 024,0	5 989,0	–	–	–
2003 10 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning	14,4	–	0,0	–	–	–
<b>Totalt för utgiftsområde 10/politikområde Ersättning vid arbetsoförmåga</b>	<b>121 464,0</b>	<b>126 864,0</b>	<b>121 754,6</b>	<b>129 691,1</b>	<b>132 243,7</b>	<b>137 803,7</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

<sup>2</sup> Tidigare 19:6 Riksförsäkringsverket och 19:7 Allmänna försäkringskassor.

<sup>3</sup> Upphör fr.o.m. 2005.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2005–2007. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp**
*Miljoner kronor*

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>123 981</b>	<b>123 981</b>	<b>123 981</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	78	144	264
Beslut	2 694	1 491	1 243
Övriga makroekonomiska förutsättningar	711	1 804	1 703
Volym	–4 423	–226	2 687
Överföring till/från andra utgiftsområden	3 718	4 612	4 742
Övrigt	2 932	437	3 183
<b>Ny ramnivå</b>	<b>129 691</b>	<b>132 244</b>	<b>137 804</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2005 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp**
*Miljoner kronor*

	2005
Transfereringar <sup>1</sup>	122 427
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	7 251
Investeringar <sup>3</sup>	13
<b>Summa ramnivå</b>	<b>129 691</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2003 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

<sup>2</sup> Med verksamhetsutgifter avses resurser som de statliga myndigheterna använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

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

## I Socialförsäkringsförmåner

### 2.3 Mål

Målet för politikområdet överensstämmer med det nationella målet för att minska ohälsan i arbetslivet. Målet gäller sedan 2003 och lyder: *Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.*

Liksom i fjolårets budgetproposition redovisas en uppföljning av det nationella målet i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa. I bilagan belyses sjukfrånvaron i olika avseenden från ett könsperspektiv.

För verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsoförmåga har regeringen sedan tidigare satt upp följande mål: *De försäkrade skall få den förmån och ersättning som de har rätt till. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället. Skillnaderna mellan försäkringskassorna vid bedömningen av långa sjukfall, sjuk- och aktivitetsersättningar och arbets-skador skall minska. Kvaliteten i beslutsunderlagen skall höjas.* För verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa hade regeringen för 2003 satt upp följande mål: *Försäkrade som varit sjukskrivna längre än 60 dagar skall veta vilken handläggare som är deras kontaktperson på försäkringskassan.*

Det sistnämnda målet har ersatts av följande två mål för 2004: *RFV och försäkringskassorna skall förhindra och förkorta sjukskrivningarna och genom samordnad rehabilitering och andra aktiva insatser underlätta återgång i arbete. Antalet personer som uppburit sjukpenning under längre tid än ett år skall minska med 10 procent under 2004.*

### 2.4 Politikens inriktning

Sjukfrånvaron är i första hand ett problem för den berörda, men de senaste årens höga sjukfrånvaro har också haft betydande ekonomiska konsekvenser för samhället. Utvecklingen har inneburit en mycket hård belastning på socialförsäkringssystemen för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Även om utvecklingen nu har vänt i fråga om antalet sjukfall, fortsätter antalet personer som uppbär aktivitets- och

sjukersättning att öka. Detta innebär att de samlade kostnaderna för sjukförsäkringen i stort sett ligger kvar på en hög nivå och alltjämt riskerar att tränga undan andra viktiga välfärdsåtgärningar. Därför är det angeläget att alla berörda parter bidrar för att ytterligare minska sjukskrivningarna och det är också en av regeringens högst prioriterade frågor.

Att kunna delta i arbetslivet och därmed klara sin egen försörjning är av avgörande betydelse för att kunna leva ett bra liv. Detta förutsätter ett arbetsliv där människor inte slås ut eller drabbas av skador och ohälsa.

Sjukfrånvaron är mycket ojämnt fördelad. Kvinnor har väsentligt högre sjukfrånvaro än män. Äldre har högre sjukfrånvaro än yngre. Sjukskrivning är vanligare bland arbetslösa och de som upprepade gånger varit arbetslösa. Det finns också stora skillnader mellan regioner, med högre sjukfrånvaro i de nordliga länen jämfört med de flesta län söderöver. Vissa branscher utmärks av mer sjukfrånvaro, och låg utbildningsgrad och låga lönenivåer tenderar att samvariera med sjukfrånvaron. Den höga sjukfrånvaron bland unga män och både yngre och äldre kvinnor är särskilt oroande. Det måste finnas möjlighet att kombinera arbete med familj och fritid. Ledarskap och arbetsorganisation är av avgörande betydelse på de enskilda arbetsplatserna. De anställda måste känna delaktighet i arbetet och jämställdheten måste stärkas både på arbetsplatserna och utanför för att möjliggöra deltagande i arbetslivet på lika villkor.

Orsakerna till att sjukfrånvaron har ökat kraftigt sedan 1997 är komplexa och omdiskuterade. De undersökningar och den forskning som hittills redovisats på området visar att det finns ett flertal orsaker till utvecklingen. De viktigaste som har pekats ut kan sammanfattas enligt följande: En åldrande arbetskraft, bristande incitament för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron, hårdare krav i arbetslivet, sämre psykosocial arbetsmiljö, brister i arbetsgivarnas och försäkringskassornas rehabiliteringsarbete, långa väntetider inom hälso- och sjukvården, låga arbetslöshetstal samt förändrade attityder till sjukskrivning hos läkare, enskilda individer och arbetsgivare.

Problemet komplexitet har lett fram till slutsatsen att det krävs en rad olika åtgärder på olika politikområden för att klara det uppsatta målet om att halvera sjukfrånvaron fram till 2008 sam-

tidigt som antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar skall minska.

Detta större samlade och breda arbete inleddes hösten 2001 då det s.k. 11-punktsprogrammet presenterades i budgetpropositionen för 2002. Det omfattar åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, åtgärder för snabb återgång till arbete efter ohälsa, åtgärder för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt insatser inom statistik, forskning m.m. En kortfattad redovisning av de insatser som gjorts eller som pågår utanför detta politikområde finns under avsnitt 2.5.2.

Härefter har regeringen i olika propositioner presenterat ytterligare förslag till åtgärder i strategin mot ohälsan för att förbättra såväl det förebyggande arbetet som arbetet med rehabilitering och återgång till arbetet. Dessa åtgärder redovisas under respektive anslag.

Den fortsatta inriktningen på politiken är att fullfölja arbetet mot ohälsan i arbetslivet med ytterligare åtgärder inom bland annat ramen för både 11-punktsprogrammet och de delar i 121-punktsprogrammet som rör arbetslivet. Det senare programmet utgör plattformen för regeringens samarbete med Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna. Flertalet av de punkter i programmet som handlar om ökad hälsa i arbetslivet har genomförts eller håller på att genomföras.

Som ett led i detta arbete presenterade också regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna i december 2003 en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet med ökad hälsa i arbetslivet benämnd "Ett hälsosammare arbetsliv". I denna redovisades bl.a. ett översiktligt förslag till system för arbetsgivares medfinansiering av anställdas sjukpenningkostnader avseende hela arbetsmarknaden samt att sjuklöneperioden återställs till två veckor. Avsiktsförklaringen innehöll också ett antal förslag till åtgärder och satsningar. Det handlar dels om en rättvis och hållbar sjukförsäkring för den som drabbas av skada eller sjukdom, dels ett förbättrat arbetsmiljöarbete. Vidare framhölls att genom de föreslagna åtgärderna skapas ekonomiska förutsättningar för att återställa sjukpenningnivån till 80 procent den 1 januari 2005.

På basis av denna avsiktsförklaring har en tjänstemannagrupp inom Regeringskansliet utarbetat departementspromemorian Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro (Ds 2004:16) som har remissbehandlats. Denna innehåller ett mer

detaljerat förslag som syftar till att öka arbetsgivarnas, socialförsäkringsadministrationens och de försäkrades drivkrafter att minska sjukfrånvaron. Regeringen avser att – efter granskning av Lagrådet – inom kort förelägga riksdagen en proposition grundad på denna promemoria med ett planerat genomförande den 1 januari 2005.

Den fortsatta politiska inriktningen i arbetet med att öka hälsan i arbetslivet måste vara att alla berörda parter med olika medel skall medverka till att målet om halvering av sjukfrånvaron fram till 2008 kan uppnås samtidigt som antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar skall minska. Särskild vikt måste läggas vid att minska antalet långa sjukfall som trots en tids trend av minskade sjukskrivningar fortfarande är många. Ju längre tid ett sjukfall pågår desto svårare blir det att återgå i arbete. Därför måste insatser från alla berörda parter; arbetsgivare, försäkringskassa, sjukvård, den enskilde själv och andra påbörjas tidigt. Rörligheten på arbetsmarknaden och möjligheten för den som behöver byta arbete för att återgå till arbetslivet måste också öka.

Sjukförsäkringen måste vara effektiv och rättssäker. En tanke med genomförda och föreslagna förändringar i sjukförsäkringen är att såväl den administrativa processen som vägen tillbaka till arbete skall gå snabbare. Varje försäkrad skall få sin rätt till ersättning bedömd så snart som möjligt, liksom behovet av rehabiliteringsinsatser.

Som framgår av avsiktsförklaringen är det också angeläget att de politiska insatserna inriktas på att förbättra arbetsmiljön. Det handlar om att förebygga inte bara fysiska arbetsmiljöproblem utan även stressrelaterade problem som är förknippade med arbetsorganisation och ledarskap. Särskilt fokus måste riktas på kvinnors ohälsa och särskilda strategier för att förebygga ohälsa hos kvinnor behöver utarbetas. Regeringen vill i anslutning härtill understryka att arbetsmarknadens parter gemensamma ansvarstagande på arbetsplatsen är av central betydelse för detta arbete.

Det är regeringens bedömning att de olika informationsinsatser som genomfördes under 2003 för att minska ohälsan i arbetslivet bidragit till att bryta den negativa utvecklingen av sjukskrivningarna. Regeringen har nyligen beslutat att genomföra sådana insatser även under 2004. Inom ramen för denna satsning skall bl.a. en stor informationsinsats riktad till arbetsgivare företas

i slutet av 2004 under förutsättning att riksdagen beslutar om förslagen i den ovan aviserade propositionen om ekonomiska drivkrafter för minskad sjukfrånvaro. En liknande insats gjordes inför regelförändringarna 2003.

Det pågående arbetet med att inrätta en ny sammanhållen statlig myndighet för socialförsäkringens administration kommer under hösten att slutföras och den nya myndigheten Försäkringskassan skall vara etablerad den 1 januari 2005. Syftet med denna förändring är att ge nya och bättre förutsättningar för socialförsäkringsadministrationen att fullgöra de uppdrag som ges av riksdag och regering. Detta gäller inte minst på ohälsområdet för att bl.a. åstadkomma en mer enhetlig rättstillämpning och aktivt bidra till att nå det nationella målet för hälsan i arbetslivet 2008. Denna ambition understryks av att den nya socialförsäkringsadministrationen även under 2005 kommer att få behålla den resursförstärkning av administrationen för arbetet mot ohälsan som infördes 2003.

Den nya organisationen för socialförsäkringen som nu håller på att ta form har starkt samband med kampen mot ohälsan. Genom gemensamma förhållningssätt och bättre utnyttjande av samhällets samlade resurser stärks regeringens möjligheter att uppnå ohälsomålet. En viktig uppgift för den nya myndigheten är därför att medverka till att samverka med andra aktörer i ohälsarbetet löpande stärks och effektiviseras och att rättsäkerhet och likabehandling garanteras.

Inom EU fortsätter samarbetet på socialförsäkringsområdet. Arbetet är fortsatt omfattande och drivs på flera olika plan. Under året avslutades förhandlingarna om den moderniserade förordning (EEG) nr 1408/71 som samordnar medlemsstaternas socialförsäkringssystem. Bakgrunden till förhandlingarna är ett beslut av Europeiska Rådet i Edinburgh 1992 och ett förslag från Kommissionen 1998. Den nya förordningen var klar, men ännu inte i kraft då de nya medlemsstaterna kom med i unionen den 1 maj 2004. Förordningen kommer ytterligare att underlätta den fria rörligheten inom unionen. Reglerna har förenklats samtidigt som förordningen numera omfattar en större personkrets. Arbetet med en ny tillämpningsförordning återstår och kommer att påbörjas under hösten 2004. I juni 2004 infördes det europeiska sjukförsäkringskortet. Kortet ersätter vissa blanketter som ger rätt till nödvändig sjukvård vid tillfällig vistelse i en annan EU-medlemsstat, i EES-

länderna eller i Schweiz. Försäkrade har rätt till sjukvård enligt den lagstiftning som gäller i landet i fråga. I samarbetet i Kommittén för social trygghet, som är rådgivande och arbetar med att stärka samarbetet mellan medlemsstaterna inom politiken för socialt skydd, fortsätter arbetet med att ta fram rapporter om utvecklingen på socialförsäkringsområdet. Avsikten är att följa arbetet som bedrivs i medlemsstaterna för att utveckla socialförsäkringssystemen inom unionen så att de befrämjar arbetslinjen. De nationella rapporterna skall ligga till grund för en gemensam EU-rapport och fortsatt samarbete på socialförsäkringsområdet.

Sverige lämnade vid årsskiftet över ordförandeskapet i nordiska ministerrådet till Island. Arbetet fortsätter nu med att man ta fram en gemensam tillämpningsförordning till den under 2003 ratificerade nya Nordiska konventionen.

Under året har omförhandling av Sveriges konventioner med Luxemburg, Turkiet och USA om social trygghet avslutats. Omförhandlingarna innebär främst en anpassning av konventionerna till det reformerade svenska pensionssystemet.

## 2.5 Insatser

### 2.5.1 Insatser inom politikområdet

#### Sjukpenning och rehabilitering

Den 1 juli 2003 genomfördes förändringar i sjukförsäkringen i syfte att öka precisionen vid sjukskrivning (prop. 2002/03:89).

En viktig utgångspunkt för propositionen var att den återstående arbetsförmågan bör tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad på den arbetsförmåga som den försäkrade har – inte på arbetsförmågan. Underlagen för beslut om sjukskrivning måste bli bättre. Utbildningen i försäkringsmedicin skall förstärkas och försäkringsläkarna bli fler.

Av propositionen framgick vidare att sjukskrivning på heltid inte bör vara ett förstahandsalternativ. I stället bör deltidssjukskrivning användas i ökad utsträckning, eftersom det är viktigt att den enskilde behåller kontakten med arbetsplatsen och inte passiviseras. Möjligheten att återkomma i arbete minskar snabbt redan efter tre månaders sjukskrivning.

Försäkringskassan skall vid behov begära att den försäkrade skall delta i ett avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Avstämningsmöten kan ske mellan de försäkrade och försäkringskassan, den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården. Dessutom kan en facklig företrädare på den försäkrades begäran delta i mötet. Försäkringskassan kan även begära ett särskilt läkarutlåtande om försäkringskassan behöver förbättra eller fördjupa sitt beslutsunderlag.

I propositionen föreslogs även att en rehabiliteringsutredning alltid skall påbörjas av arbetsgivaren om den försäkrade till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det. Utredningen skall lämnas till försäkringskassan senast när sjukfallet har pågått i åtta veckor.

Vidare genomfördes under 2003 regeländringar, som innebär att arbetsgivarens sjuklöneperiod har förlängts från två till tre veckor, att sjukpenningen beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst multiplicerad med faktorn 0,97. Den som samtidigt är arbetslös och sjukskriven och tidigare fick en ersättning från sjukförsäkringen som låg över högsta ersättningen i arbetslöshetsförsäkringen får sin sjukpenning sänkt till samma nivå som arbetslöshetsförsäkringens högsta belopp.

#### *Förnyelse av arbetslivsinriktad rehabilitering*

En förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har inletts. Regeringen gav i december 2001 Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på följande tre punkter:

- Utveckling av en metod för tidig fördjupad bedömning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering.
- Utveckling av metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden.
- Genomförande av pilotverksamhet med en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för sjukskrivna arbetslösa.

Samverkansuppdraget i form av en pilotverksamhet (FAROS-projektet) bedrivs i fem län under perioden 2002–2004. Den primära målgruppen utgörs av arbetslösa sjukskrivna. Verksamheten finansieras med särskilt avsatta medel, sammanlagt 70 miljoner kronor per år.

Regeringen gav i januari 2003 AMS och RFV i uppdrag att utarbeta förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle kunna utformas för att stärka arbetslinjen i sjukförsäkringen så att fler sjukskrivna fortare kan återfå sin arbetsförmåga och få ett arbete. Förslagen skulle avse såväl arbetslösa sjukskrivna som sjukskrivna med en anställning som de bedöms inte kunna återgå till. I juni 2003 redovisade AMS och RFV sitt förslag. De båda verken föreslog att regeringen skall ge AMS ett tydligt uppdrag och resurser för att bedriva en verksamhet för arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med en anställning som de inte kan återgå till. Även de som efter att ha uppburit sjuk- eller aktivitetsersättning återfått arbetsförmågan skall kunna erbjudas stöd.

Regeringen beslutade i december 2003 att ge AMS och RFV ett kompletterande uppdrag angående förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen med syfte att underlätta för långtidssjukskrivna, som har ett arbete som de inte kan återgå till, att åter komma i arbete. Uppdraget innebär att myndigheterna inom ramen för den pågående pilotverksamheten FAROS skall pröva och utveckla en samordnad organisation för arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med en anställning som de inte kan återgå till samt därvid pröva ett särskilt anställningsstöd för långtidssjukskrivna. Arbetet skall bedrivas t.o.m. den 31 december 2004.

#### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*

Sedan 2003 får försäkringskassorna använda högst fem procent av de budgeterade kostnaderna för sjukpenning (1,8 miljarder kronor 2004) för samverkan inom rehabiliteringsområdet (Frisam). Dessa medel får utgöra statens samlade andel för finansiering av samverkan och skall stå i proportion till statens samlade ansvar för åtgärder för den grupp som samverkan riktar sig till. Det innebär att i de fallen både försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar i ett samverkansprojekt får försäkringskassan svara för statens andel av kostnaderna.

Sedan 2003 har regeringen dessutom uppdragit åt AMS och RFV att upprätta gemensamma

verksamhets- och handlingsplaner för arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetslösa sjuk-skrivna. I handlingsplanen för 2004 har RFV och AMS angivit att totalt 1,5 procent av sjukpenninganslaget, motsvarande 543 miljoner kronor får användas för rehabiliteringsinsatser i samverkan mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Målet för 2004 är att minst 25 procent av deltagarna inom sex månader skall ha fått arbete eller utbildning.

Inom ramen för samverkan inom storstadspolitiken har regeringen träffat lokala utvecklingsavtal med sju kommuner i storstadsregionerna om insatser i utsatta bostadsområden. En betydande del av insatserna syftar till att dels minska arbetslösheten, dels öka utbudet av arbetskraft genom gemensamma åtgärder av försäkringskassan, arbetsförmedlingen och respektive kommun för att fler skall komma i arbete. Inom ramen för denna samverkan har ett antal lokala samverkansprojekt startats som dels bygger på erfarenheterna från de områden som bedrivit lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam), dels bygger på den situation som finns i bostadsområden med hög arbetslöshet, höga ohälsotal och höga nivåer på försörjningsstödet. Det är angeläget att den nya myndigheten Försäkringskassan bygger vidare på och utvecklar de erfarenheter som hittills vunnits inom ramen för de lokala utvecklingsavtalen.

#### *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*

Den 1 januari 2004 infördes en lag (SFS 2003:1210) om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132). Finansiell samordning kan ske frivilligt mellan en försäkringskassa, en länsarbetsnämnd, ett landsting samt en eller flera kommuner. Därigenom skall en effektiv resursanvändning underlättas.

Målgruppen för den finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. De åtgärder som får finansieras genom den finansiella samordningen skall ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde och syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga. Riksdagen har betonat vikten av att även förebyggande åtgärder kan komma till

stånd inom ramen för den finansiella samordningen.

Den finansiella samordningen omfattar de resurser som, i enlighet med samverkansparternas överenskommelse, skall användas för att finansiera samordnade insatser för den aktuella målgruppen. Av resurserna till den finansiella samordningen skall den allmänna försäkringskassan bidra med hälften, medan kommuner och landsting skall bidra med vardera en fjärdedel. Försäkringskassan får disponera högst fem procent av de budgeterade kostnaderna för sjukpenning till finansiell samordning. Dessa medel skall utgöra statens samlade andel i finansiell samordning. Detta innebär att högst fem procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning får disponeras för samverkan antingen enligt Frisam eller finansiell samordning.

Den finansiella samordningen skall bedrivas genom ett fristående samordningsorgan, vari de samverkande parterna är representerade. Samordningsorganet utgörs av ett särskilt inrättat samordningsförbund som utgör en ny form av offentligrättslig juridisk person som har rättskapacitet. Den finansiella samordningen skall följas upp och utvärderas på både lokal och nationell nivå. Samverkansparterna ansvarar för lokal uppföljning och utvärdering. Statskontoret har regeringens uppdrag att ansvara för den nationella uppföljningen och utvärderingen av finansiell samordning.

#### *Statistik inom ohälsområdet*

Ansvaret för uppföljning, statistik och forskning om frågor som handlar om hälsa och ohälsa i arbetslivet är uppdelat mellan olika myndigheter, vilket kan leda till en inriktning med olika mål. Det har bidragit till svårigheter att definiera den bakomliggande problembilden. Det finns därför ett behov av mer utvecklad och samordnad statistik och bättre kunskap på ohälsområdet.

I april 2003 överlämnade Utredningen om analys av hälsa och arbete sitt slutbetänkande (SOU 2003:13) till regeringen. Utredningen ger förslag på hur en mer effektiv och användbar statistik på området skall kunna tas fram, bl.a. genom ett nytt kvalificerat utredningsinstitut som löpande skall följa kunskapsutvecklingen inom området arbete, hälsa och arbetslinjen. Dessutom föreslår utredningen en ny databas med relevanta, aktuella och tillgängliga uppgifter som gör det möjligt att forska inom området arbete och löpande följa utvecklingen inom

samma område. En longitudinell databas utvecklas för närvarande av Statistiska centralbyrån i enlighet med utredningens förslag och beräknas vara färdig för användning under hösten 2004.

För att åstadkomma en ändamålsenlig uppföljning och resultatredovisning av insatser som bedrivs i samverkan är det angeläget att utveckla sektorsövergripande metoder för uppföljning och utvärdering. Regeringen har därför givit AMS, RFV och Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett sektorsövergripande system för löpande uppföljning av resultaten av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Systemet skall utformas på ett sådant sätt att det även kan utgöra en riksomfattande struktur för lokal uppföljning. Systemet skall vara i drift senast den 1 januari 2005. AMS, RFV och Socialstyrelsen skall inom ramen för detta uppdrag bistå Statskontoret med de underlag som Statskontoret behöver för att kunna fullgöra uppdraget att följa upp och utvärdera finansiell samordning.

#### **Aktivitets- och sjukersättning**

Vid årsskiftet 2002/03 slutfördes arbetet med att genomföra det reformerade förtidspensionssystemet i enlighet med vad riksdagen beslutade våren 2001 (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU15, rskr. 2000/01:257). Förutom att nya beräkningsregler infördes fr.o.m. 2003 för de nya förmånerna aktivitets- och sjukersättning, fick de personer som före utgången av 2002 uppbar förtidspension eller sjukbidrag sina förmåner automatiskt omvandlade till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Denna omvandling innebär att dessa personer fick i princip oförändrad nettoersättning efter justering med hänsyn till effekterna av att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) samtidigt slopades. I avsnitt 2.6.1.3 redovisas studier av några av effekterna av det reformerade förtidspensionssystemet jämte ett antal andra utvärderingsrapporter inom området aktivitets- och sjukersättning.

I mars 2003 lämnade regeringen förslag om en utvidgning av den nuvarande möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning från ett till längst två år för att pröva att förvärvsarbeta utan att rätten till förmånen går förlorad. Riksdagen godkände förslaget (prop. 2002/03:89, bet. 2002/03:SfU10, rskr. 2002/03:227) och de nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

En annan åtgärd som gäller sedan den 1 juli 2003 är att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den sjukskrivne aktivitets- eller sjukersättning i stället för sjukpenning trots att den sjukskrivne inte ansökt om ersättningen.

Vidare bereds inom Regeringskansliet frågan om att införa en möjlighet till vilande sjuk- och aktivitetsersättning vid studier.

#### **Handikappersättningar**

Riksdagen har, enligt 2004 års ekonomiska vårproposition (prop. 2003/04:100 bet. 2003/04:FiU20, rskr. 2003/04:284), beslutat om att korta den tid då det är möjligt att få handikappersättning utbetald retroaktivt, från 2 år till sex månader, dock tidigast fr.o.m. den månad då rätt till förmånen inträtt. Förslaget trädde ikraft den 1 juli 2004.

#### **Arbetskadorna m.m.**

Från och med 1 juli 2002 gäller en ny bevisregel för prövning av arbetsskada. Syftet med lagändringen var att något minska restriktiviteten i prövningen samt utforma en lagregel som gav mer utrymme för en helhetsbedömning. Det finns signaler som tyder på att tillämpningen av den tidigare bevisregeln missgynnade kvinnor. Den nya bevisregeln förväntas leda till att skillnaderna i utfall mellan kvinnor och män minskar.

RFV har fått regeringens uppdrag att inom befintliga system vidta åtgärder för att kunna följa arbetsskadeförsäkringens utveckling. En statistikmodul som förväntas ge väsentligt bättre förutsättningar att följa arbetsskadeförsäkringens utveckling förväntas komma i drift under hösten 2004. Det statistiksystem som RFV tar i bruk kommer att underlätta möjligheterna att uppmärksamma och åtgärda eventuella osakliga skillnader i bedömningen av kvinnor och män i arbetsskadeförsäkringen.

#### **2.5.2 Insatser utanför politikområdet**

Hösten 2001 presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 ett brett åtgärdsprogram i 11 punkter för ökad hälsa i arbetslivet. I detta



avsnitt lämnas en redovisning av de viktigaste insatser som skett under 2003 eller som kommer att ske inom ramen för åtgärdsprogrammet utanför detta politikområde.

### **Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter**

Regeringen har fört samtal med arbetsmarknadens parter för att skapa samsyn och få till stånd åtaganden från parterna i en utvidgad handlingsplan. Dessa trepartssamtal inleddes hösten 2001 och avslutades i februari 2003. Resultatet av trepartssamtalen har redovisats i slutrapporten Ett arbetsliv för alla. Frågor som rör arbetsorganisation, ledarskap på arbetsplatserna, utbildning i arbetsmiljöfrågor, äldre i arbetslivet, ekonomiska drivkrafter, företagshälsovård, rörlighet på arbetsmarknaden och rehabilitering har bl.a. diskuterats. Rapporten utgör ett viktigt underlag för regeringens fortsatta arbete med hälsan i arbetslivet.

### **Förebyggande arbetsmiljöarbete**

#### *Utveckling av arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna*

De regionala skyddsombudens verksamhet har getts ökat statligt stöd. Utökade medel har vidare beviljats till metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården. Arbetsmiljöverket har fått resursförstärkningar genom en höjd anslagsnivå fr.o.m. 2003. En viktig uppgift i verkets tillsynsarbete är att kraven på ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) genomförs på arbetsplatserna. Verkets insatser på detta område har utvärderats av Statskontoret.

I juni 2003 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppdraget att se över ett antal frågor som rör företagshälsovården. Utredaren skall slutredovisa uppdraget senast den 1 december 2004.

#### *Hälsobokslut*

Från den 1 juli 2003 har det i redovisningslagstiftningen införts krav på obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron. Det innebär att uppgifter om sjukfrånvaro skall lämnas i årsredovisningen och att redovisningen skall vara jämförbar för privata företag, kommuner, landsting och statliga myndigheter.

En avsikt med denna lagstiftning är att tydliggöra situationen när det gäller sjukfrånvaron och därmed öka medvetenheten om ohälsan, dess orsaker och konsekvenserna för verksamheten. En redovisning av detta slag kan t.ex. vara ett instrument för att planera och följa upp de åtgärder som vidtas för att förbättra arbetsmiljön. Den kan dessutom vara en viktig information för externa intressenter som aktieägare, arbetssökande och kunder.

Ett arbete pågår med att utveckla "hälsobokslutens" roll i planering och styrning av verksamheten. Det sker bl.a. inom ramen för den av regeringen stödda försöksverksamheten inom den offentliga sektorn. Denna försöksverksamhet skall följas och utvärderas av Verket för innovationssystem (VINNOVA).

#### *Försöksverksamhet för att minska ohälsan inom den offentliga sektorn*

Med början under 2002 bedrivs särskilda av regeringen stödda försöksprojekt inom den offentliga sektorn för att förebygga och minska sjukfrånvaron och motverka långtidssjukskrivningar. Totalt 70 miljoner kronor har fördelats till 19 projekt inom ramen för denna försöksverksamhet, i huvudsak inom kommuner och landsting. Varje projekt har i beslutet givits ett eget ansvar i fråga om utvärdering och spridning av resultat. VINNOVA har därutöver regeringens uppdrag att följa och utvärdera försöksverksamheten. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 september 2006.

#### *Samverkan mellan arbetsgivare i det förebyggande och rehabiliterande arbetet*

Regeringen har uppdragit åt VINNOVA att stödja en utveckling av arbetsgivarsamverkan när det gäller förebyggande och rehabiliterande åtgärder samt stärka och utveckla metoder och modeller för samverkan mellan flera arbetsgivare. Två studier har genomförts och behandlar främst s.k. arbetsgivarringar, som är en modell för samverkan i rehabiliteringsarbetet mellan arbetsgivare. Totalt 14 miljoner kronor avsattes 2003 för genomförande och stödsinsatser. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 mars 2006.

#### *Översyn av arbetsmiljölagen m.m.*

Regeringen beslutade i juni 2004 att tillkalla en särskild utredare (dir. 2004:91) med uppgift att utreda vissa bestämmelser i arbetsmiljölagen. I direktivet ingår bl.a. en översyn av lagstiftningen

enligt en av punkterna i avsiktsförklaringen i december 2003 mellan regeringen och samarbetspartierna, benämnd Ett hälsosammare arbetsliv, som framgår nedan.

#### *Ytterligare åtgärder för en offensiv arbetsmiljöpolitik*

Den avgivna avsiktsförklaringen anger i ett avsnitt åtgärder för ett förbättrat arbetsmiljöarbete. Avsiktsförklaringen bygger på att arbetsmarknadsparternas arbete och ansvarstagande är centralt när det gäller dessa frågor. Följande åtgärder angavs:

- En nationell arbetsmiljökonferens skall genomföras under 2004.
- Ett särskilt arbetsmiljöråd under ledning av arbetslivsministern skall tillsättas, vilket har skett.
- Arbetsorganisation och ledarskap är centralt för arbetsmiljön. Myndigheter skall därför få i uppdrag att utarbeta mallar för utbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete och chefsutbildning.
- Företagshälsovårdens roll skall stärkas och utvecklas.
- En översyn av lagstiftningen skall göras för att utreda hur vissa regler skulle kunna göras dispositiva för att ge möjlighet åt arbetsmarknadens parter att genom kollektivavtal reglera vad arbetsgivaren skall göra för att fullgöra sina skyldigheter vad gäller systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabilitering.
- Arbetsmarknadens parter skall uppmanas att sluta gemensamma arbetsmiljöavtal.
- Goda exempel på arbete som främjar hälsa skall lyftas fram och spridas.

#### **Informationsinsatser**

Regeringen beslutade i juni 2003 om en särskild informationsinsats för ökad hälsa i arbetslivet. För satsningen avsattes 20 miljoner kronor. För genomförande av satsningen inrättades en arbetsgrupp. Målet med satsningen har varit att aktiviteterna skall öka samverkan mellan olika målgrupper och stimulera till samtal på arbetsplatserna om frågor som rör hälsan i arbetslivet och hur den kan öka.

Även för 2004 finns medel avsatta, 10 miljoner kronor, för olika informations- och utbildningsinsatser som kommer att genomföras under hösten, bl.a. en nationell arbetsmiljökonferens i enlighet med avsiktsförklaringen.

Regeringen inrättade i mars 2003 ett forum för ökad hälsa och lägre sjukfrånvaro i staten – Hälsa i Staten (se utgiftsområde 2).

## **2.6 Resultatbedömning**

Målet för politikområdet var för 2003 att *frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.*

Målet är långsiktigt, men under 2003 inträffade ett positivt trendbrott. Inflödet av nya sjukfall och det totala antalet sjukskrivningsdagar minskade. De långa sjukfallen ligger kvar på en hög nivå, men de har dock börjat minska under 2004. Samtidigt fortsätter antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar att ligga på en hög nivå, även om ökningstakten 2003 var något lägre än ökningen 2002. Under 2004 ökar dock nybeviljandet åter kraftigt.

Förutsättningen att nå målet 2008 bedöms finnas om minskningen av de långa sjukskrivningarna fortsätter, bl.a. genom att effekterna av de senaste årens genomförda åtgärder blir de förväntade.

Målet för verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa för 2003 var att försäkrade som varit sjukskrivna längre än 60 dagar skall veta vilken handläggare på försäkringskassan som är deras kontaktperson.

En enkätundersökning av SCB visar att knappt hälften av männen och drygt hälften av kvinnorna som tillfrågats vet vem som är deras kontaktperson. Målet kan således inte anses uppfyllt.

Regeringen fastställde för 2003 följande tre mål för verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsförmåga:

1. De försäkrade skall få den förmån och ersättning som de har rätt till.
2. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället.
3. Skillnaderna mellan försäkringskassorna vid bedömningen av långa sjukfall, sjuk- och aktivitetsersättningar och arbetsskador skall minska. Kvaliteten i beslutsunderlagen skall höjas.

Det första av dessa mål är enligt regeringen inte uppfyllt, eftersom det fortfarande råder alltför stora skillnader i rättstillämpningen mellan olika försäkringskassor som inte kan förklaras av externa faktorer. Orsakerna finns inom kassorna vilket inte är acceptabelt.

Det andra målet är beroende av politiska beslut, t.ex. i fråga om höjning av inkomstskatten i sjukförsäkringen eller indexeringen av aktivitets- och sjukersättning. Inga åtgärder har vidtagits under 2003 som bidragit till uppfyllelse av målet.

Det tredje målet är heller inte uppfyllt, eftersom skillnaderna fortfarande är stora när det gäller försäkringskassornas bedömningar av långa sjukfall, sjuk- och aktivitetsersättning och arbetsskador. Även i fråga om korrekta och tillräckliga beslutsunderlag består de regionala skillnaderna.

Den samlade resultatbedömningen visar att de uppsatta verksamhetsområdesmålen inte nåtts, men att vissa framsteg ändå kan skönjas i socialförsäkringsadministrationens arbete med ohälsan i arbetslivet. Det gäller särskilt den fortsatta positiva utvecklingen av antalet nya sjukfall. Däremot ökar antalet personer med aktivitets- och sjukersättning. Detta ledde under 2003 sammantaget till att det s.k. ohälsotalet, som anger totala antalet dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning och aktivitets- och sjukersättning, ökade något, eller med 0,2 dagar. Från 2002 till 2003 ökade ohälsotalet med 2,3 dagar. Ökningstakten avtog således kraftigt under 2003. Under 2004 har även ohälsotalet börjat minska om än marginellt. Trots detta fortsätter dock motsvarande utgifter att öka något främst beroende på ökande medelersättningar för sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning samt den allmänna prisutvecklingen.

Regeringen förutsätter att det förändringsarbete som påbörjades inom socialförsäkringsadministrationen under 2003 kommer att få fullt genomslag under 2004 och kommande år. Av särskild vikt är RFV:s och försäkringskassornas arbete med att mer kraftfullt etablera avstämningsmötet som arbetsmetod under 2004. På arbetsskadeförsäkringens område är de långa och ökande genomströmningstiderna för beslut om arbetsskadelivränta samt skillnaderna i andel avslagsbeslut i sådana ärenden mycket oroväckande och kräver åtgärder från socialförsäkringsadministrationen. Inrättandet av en ny sammanhållen statlig myndighet för socialförsäkringsadministrationen den 1 januari 2005 bör skapa goda förutsättningar för att etablera enhetliga metoder och arbetsätt.

Det är ännu för tidigt att bedöma om halveringsmålet kan nås 2008, men utvecklingen går i rätt riktning. Regeringens bedömning är emellertid att fler åtgärder måste vidtas för att förstärka denna inriktning.

## 2.6.1 Resultat, analys och slutsatser

### Sjukpenning

#### Resultat

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 dess administration. Även demografiska förhållanden samt frånvaroförändringar på individnivå har betydelse för utvecklingen. Den genomsnittliga ersättningen påverkas framför allt av regelverket och löneutvecklingen.

**Tabell 2.4 Utfallssiffror för 2003***Miljoner kronor*

Ingående överföringsbelopp från 2002	- 59
Anslag	36 411
Tillgängliga medel	36 352
Utfall	40 523
Avvikelse från tillgängliga medel/anslagskredit	- 4 172
Ingående överföringsbelopp 2004	- 4 172

År 2003 var anslagna medel för sjukpenning 36 411 miljoner kronor. Det faktiska utfallet uppgick till 40 523 miljoner kronor, vilket motsvarar ett underskott på 4 172 miljoner kronor. Utfallet 2003 innebär en minskning av kostnaden i jämförelse med 2002 på 435 miljoner kronor eller ca 1,2 procent. Kostnadsminskningen beror till största delen på en minskning i antalet ersatta dagar, men en viss sänkning av medelersättningen från 1 juli 2003 har också påverkat kostnadsutvecklingen eftersom ersättningsnivån sänktes den 1 juli 2003.

Regeringen anser att den samlade bedömningen av kostnadsutvecklingen för sjukpenningen måste anses som otillfredsställande, även om förbättringar kan skönjas under det senaste året.

Inflödet av nya sjukfall och totala antalet sjukpenningdagar minskade under 2003. Under 2004 har även antalet långa sjukfall börjat minska, men antalet sådana sjukfall är fortfarande högt. Nedgången av antalet nya sjukfall påbörjades våren 2002 och har sedan hösten samma år varit stabil. Antalet utbetalda sjukpenningdagar (netto) på 12-månadersbasis har successivt sjunkit under 2003. Under varje månad 2003 var antalet utbetalade nettodagar lägre än under motsvarande månad 2002. För 2003 som helhet var antalet nettodagar ca 90,4 miljoner dagar, en minskning med cirka 4,1 miljoner dagar eller 4,3 procent.

Mellan åren 2001 och 2002 minskade antalet dagar endast i de kortaste sjukfallen, vilket indikerar att inflödet av nya sjukfall hade börjat minska. Under år 2003 minskade dagantalet i samtliga sjukfallslängder kortare än ett år. Fler och fler dagar avser nu de allra längsta fallen. Av samtliga dagar tillhör 44 procent sjukfall som varat över ett år.

**Tabell 2.5 Antal sjukpenningdagar, netto***Tusental*

	1-28	29-89	90-179	180-364	365-730	731-	Samtliga
2001	5 675	19 003	14 999	18 783	19 360	10 386	88 206
2002	5 332	19 045	15 451	20 105	21 783	12 760	94 476
2003	3 803	16 471	13 472	17 746	22 933	16 152	90 377

Källa: RFV

Nedgången i antalet sjukpenningdagar under 2003 är främst ett resultat av det minskade inflödet av nya sjukfall. Denna minskning går långt utöver den effekt som den tredje sjuklöneveckan ger. Även deltidssjukskrivningarna har bidragit till minskningen.

Vad avser det mål för verksamhetsområdet Ersättning vid arbetsförmåga, som innebär att personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen, kan konstateras att allt fler personer har inkomster över 7,5 prisbasbelopp, dvs. det s.k. taket i sjukpenningförsäkringen. Andelen sjukskrivna med inkomst över 7,5 prisbasbelopp stiger med omkring en procentenhet om året. År 2003 var andelen nettodagar uttagna av personer med sjukpenninggrundande inkomst högre än 7,5 prisbasbelopp 11 procent. Inga åtgärder har vidtagits under 2003 som för denna grupp bidragit till uppfyllelse av det aviserade målet.

RFV har för 2003 satt upp det långsiktiga riksmålet att det högst skall finnas 3 sjukfall som varat längre än två år per tusen registrerade i åldersintervallet 16–64 år. Syftet var att bryta den fortsatta ökningen av sådana sjukfall och att ökningen skulle ha upphört senast vid utgången av tredje kvartalet 2003. Målet har inte uppnåtts, eftersom de långa sjukfallen fortsatte att öka i samma takt under 2003 som under perioden 1999–2002. Emellertid har denna utveckling vänt under 2004. Det långsiktiga målet motsvarar omkring 15 000 sjukfall. För närvarande finns det drygt 61 000 så långa sjukfall.

Utvecklingen det senaste året har således visat på en minskning av sjukfrånvaron. Även om en minskning nu kan ses även för åldersgrupper under femtio år är det oroväckande att minskningstakten för dessa grupper är betydligt lägre än för dem över femtio. Av de ca 136 000 personer som under 2003 hade sjukfall som pågått längre än ett år var ca 80 000 under 50 år och ca 40 000 under 40 år.

Under 2003 har kvinnorna ökat sin andel av de sjukskrivna från 61,4 till 61,7 procent. Kvinnornas andel av sjukfrånvaron översteg 1980 för första gången männens. 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.

Regeringen angav under 2003 att deltidssjukskrivning skall vara huvudalternativet i samband med sjukskrivning. Samtliga försäkringskassor har under året genomfört dialoger om olika aspekter av sjukskrivningsproblematiken med hälso- och sjukvården och främst offentliga arbetsgivare. I dialogerna har försäkringskassorna fokuserat starkt på frågan om deltidssjukskrivning och vikten av att den sjukskrivne behåller kontakten med arbetsplatsen. Antalet dagar med partiell sjukskrivning av totala antalet dagar (bruttodagar där oavsett omfattning alla dagar räknas som en dag) var 25,5 respektive 27,1 procent för 2001 och 2002. Denna andel har 2003 ökat till 30,6 procent. Det sker således en kontinuerlig ökning av deltidssjukskrivning. En liknande utveckling gällde både för kvinnor och män, dock har kvinnor något högre andel.

Medelsjukpenningen fortsatte att öka med 2,1 procent under 2003. Ökningen under 2002 var 4,3 procent. Den regeländring om sänkt beräkningsgrund för sjukpenning som infördes den 1 juli 2003 innebar i praktiken att sjukpenningen sjönk generellt med tre procent. Sjukpenningen sänktes också för vissa arbetslösa. Dessa regeländringar hade en dämpande effekt på medelsjukpenningen och därmed även på utgifterna motsvarande 1,5 procentenheter. Utan regeländringarna skulle medelsjukpenningen ha ökat med 3,6 procent.

Nedan redovisas utvecklingen från 1998 vad avser antalet dagar med sjukpenning per registrerade försäkrade i åldrarna 16–64 år.

**Tabell 2.6 Sjuktalet**

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Kvinnor	13,7	17,3	21,2	24,9	26,9	26,3
Män	8,7	10,5	12,2	14,1	15,1	14,7
<b>Samtliga</b>	<b>11,2</b>	<b>13,8</b>	<b>16,6</b>	<b>19,4</b>	<b>20,9</b>	<b>20,4</b>

Källa: RFV. Sjuktalet är antalet dagar med sjukpenning per registrerade försäkrade i åldrarna 16–64 år.

Den särskilda satsning som under år 2003 gjordes för att förstärka utbildningen i försäkringsmedicin innebar en omfattande utbildning av handledare. Drygt 130 försäkringsläkare och drygt 100 handläggare genomgick under året en handledarutbildning för att i nästa steg föra utbildningen vidare till i stort sett samtliga läkare i Sverige. Under de fem första månaderna 2004 har denna utbildning nått drygt 3 300 läkare i landet. Sammanlagt beräknas ca 5 600 läkare ha utbildats under 2004. Vidare har planeringen av de fördjupade utbildningarna i försäkringsmedicin för i första hand 300 distriktsläkare och 600 företagsläkare slutförts under 2003, vilket har resulterat i att en omfattande utbildning i RFV:s regi och i samarbete med Distriktsläkarförbundet, Företagsläkarförbundet och Föreningen Svensk Företagshälsovård kommer att genomföras under 2004.

Under 2003 avsattes även medel för att ytterligare förstärka försäkringsläkarresurserna hos försäkringskassorna. I december 2003 fanns totalt drygt 390 försäkringsläkare av vilka närmare 60 var nyrekryterade. Dessutom har den tillgängliga försäkringsläkartiden utökats genom att tjänstgöringstiden för tidigare anställda försäkringsläkare har utökats. Vidare har i allt högre utsträckning försäkringsläkarverksamheten integrerats i försäkringskassornas inre arbete, samtidigt som det finns en medveten strategi att förstärka deras roll att arbeta utåtriktat och som ovan nämnts delta i utbildningar för och i dialoginsatser med vårdgivare och motsvarande.

### Analys och slutsatser

Den till 2003 ökande sjukfrånvaron är för närvarande en av de viktigaste samhällsfrågorna. Det finns ingen enkel och entydig faktor som går att identifiera. I stället handlar det om flera faktorer som berör arbetsorganisation, arbetsmiljö, livssituation, ersättningssystemets utformning och tillämpning, läkarnas beteende, administrativa problem, konjunkturen m.fl. områden.

I en rapport som presenterades av Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi (ESO), Den svenska sjukan – sjukfrånvaro i åtta länder (Ds 2002:49), konstateras att sjukfrånvaron i Sverige liksom i Norge och Nederländerna både ligger på en högre nivå och under senaste åren ökat snabbare än i andra länder. Däremot går det inte att, utifrån den begränsade analysen, dra

några definitiva slutsatser om orsakerna till skillnaderna mellan Sverige och andra länder. Det finns dock enligt rapporten indikationer på att den svenska arbetskraftens åldersstruktur, den höga sysselsättningsgraden bland äldre, den höga kvinnliga förvärvsfrekvensen och hög andel fast anställda bidragit till en högre och mer konjunkturkänslig sjukfrånvaro.

En uppföljning av den ovan nämnda rapporten presenterades i december 2003 Den svenska sjukan 2 – regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder (Ds 2003:63). I rapporten visas att endast en femtedel av skillnaden jämfört med de europeiska länder och de länder som har låg frånvaro kan förklaras av att köns- och åldersfördelningen, branschsammanfattning samt anställningsförhållanden ser annorlunda ut i Sverige. Vidare framgår att svenska läkare inte är mer benägna att utfärda intyg om sjukskrivning än läkare i andra länder. Av rapporten framgår även att kunskapsunderlaget måste förbättras och att en studie av sjukförsäkringen, förtidspension och olika typer av kompletterande avtalsförmåner, i nära samverkan med några andra länder, skulle vara av stor betydelse för att kunna förklara den höga svenska sjukfrånvaron.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och sjukfrånvaron har ökat snabbare för kvinnor. Det finns få vetenskapliga studier om orsakerna till detta, och ännu färre om möjligheterna att påverka dessa förhållanden. Möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro kan vara 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 med liten egen kontroll ökar.

Att arbetsmarknaden förbättrades fram till 2003 bidrog sannolikt också till att öka sjukfrånvaron. Dels hade fler människor direkt tillträde till sjukförsäkringen när antalet sysselsatta ökade, dels är människor ofta mer benägna att sjukskriva sig när arbetsmarknaden blir bättre. En analys från Socialdepartementet visar bl.a. att ett försämrat arbetsmarknadsläge har haft stor betydelse för den nedgång som har skett under 2003 bland de korta sjukfallen.

I juni 2004 presenterade RFV en studie om regionala skillnader. I rapporten redovisas i vilken utsträckning dessa skillnader beror på olikheter i kommuners befolkningssammansättning, socioekonomiska situation och arbetsmarknadsstruktur. Resultaten visar att tolv mätbara faktorer inom dessa områden tillsammans förklarar 51 procent av de regionala skillnaderna. Exempel på sådana faktorer är utbildning, ålder, arbetslöshet och föräldraledighet. Bland annat framgår att andelen högskoleutbildade är en av faktorerna som dämpar utgifterna för sjukpenning och sjukersättning (f.d. förtidspension). En faktor som är betydelsefull och som driver upp kostnaderna är andelen födda i andra nordiska länder än Sverige. I rapporten pekas dock på att regionala skillnader även kan bero på sådana faktorer som läkartäthet, försäkrings-tillämpning samt kultur och attityder hos befolkningen. Dessa faktorer har dock inte prövats i studien.

Under 2003 gjordes stora satsningar för att komma tillrätta med den fortsatt höga frånvaron i arbetslivet på grund av sjukdom. Bland annat genomfördes från den 1 juli 2003 förändringar i sjukförsäkringen i syfte att öka precisionen vid sjukskrivning (prop. 2002/03:89). En viktig utgångspunkt i propositionen var att den återstående arbetsförmågan bör tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad på den arbetsförmåga som den försäkrade har – inte på arbetsoförmågan. Underlagen för beslut om sjukskrivning skall bli bättre och utbildningen i försäkringsmedicin förstärkas och försäkringsläkarna skall bli fler. Vidare skall försäkringskassan vid behov begära att en försäkrad deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Dessa regeländringar har enligt RFV bland annat inneburit en större aktivitet hos försäkringskassorna, främst genom att man tidigare i sjukfallen strävar efter ett adekvat beslutsunderlag. Detta förändringsarbete har således påbörjats under 2003 och regeringen bedömer och utgår ifrån att effekterna av detta arbete kommer att få fullt genomslag under 2004 och kommande år.

Under våren 2004 har en arbetsgrupp inom Regeringskansliet i en departementspromemoria (Ds 2004:16) lämnat förslag om den närmare utformningen av ett system med ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare på hela arbetsmarknaden. Insatserna skall leda till minskad ohälsa

och lägre sjukpenningkostnader och därigenom även kunna ge arbetsgivare lägre kostnader. Förslag om dessa regeländringar avses föreläggas riksdagen under oktober månad i år.

Utvecklingen inom området är fortsatt oroande, framför allt med hänsyn till det fortsatt stora antalet långtidssjukskrivna som finns. Dessa sjukfall genererar stora kostnader för försäkringen eftersom de står för en stor andel av de utbetalda nettodagarna. I slutet av maj 2004 hade totalt 122 000 personer varit sjukskrivna längre tid än ett år.

Med hänsyn till de regelförändringar som skett, sammantaget med det fortsatta förändringsarbete som pågår, gör regeringen bedömningen att förutsättningar finns att halvera frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning fram till 2008.

En närmare redovisning av utvecklingen av sjukfrånvaron samt en närmare analys av denna lämnas i bilagan Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa som finns sist under detta utgiftsområde.

## Rehabilitering

### Resultat

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

Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenningen styrs av dels antalet ersatta dagar, dels medelersättningens storlek. Antalet ersatta dagar påverkas av förändringar inom regelverk och regelverkets administration. Även demografiska förändringar samt frånvaroförändringar på individnivå har betydelse för utvecklingen. Medelersättningens storlek påverkas framför allt av regelverket och löneutvecklingen i samhället. Utgiftsutvecklingen påverkas också av i vad mån försäkringskassan hinner med att bedöma behovet av rehabilitering och påbörja samordnade rehabiliteringsinsatser.

År 2003 var de totala kostnaderna för rehabilitering 3 181 miljoner kronor. Därutöver till-

kommer 467 miljoner kronor som använts för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

### Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering skall försäkringskassan bevilja rehabiliteringspenning. Kostnaderna för rehabiliteringspenning har ökat under senare år. År 2003 var kostnaderna för rehabiliteringspenning 2 168 miljoner kronor. År 2002 uppgick kostnaderna för rehabiliteringspenning till ca 2 000 miljoner kronor.

**Tabell 2.7 Utfallssiffror för 2003**

Miljoner kronor

Ingående överföringsbelopp från 2002	176
Anslag	2 170
Tillgängliga medel	2 170 <sup>1</sup>
Utfall	2 168
Avvikelse från tillgängliga medel/anslagskredit	2
Ingående överföringsbelopp 2004	2

<sup>1</sup> Överföringsbelopp från 2002 har dels omdisponerats, dels dragits in.

Målet för verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa är att de försäkrade som varit sjukskrivna längre än 60 dagar skall veta vilken handläggare på försäkringskassan som är deras kontaktperson. Detta mål är inte uppfyllt. En undersökning har visat att 49 procent av männen och 59 procent av kvinnorna hade fått information om vem på försäkringskassan som är deras kontaktperson. Det rådet inga nämnvärda skillnader mellan hur män och kvinnor upplevt själva kvaliteten i kontakten. Däremot spelar sjukskrivningsperiodens längd en stor roll för hur de tillfrågade svarat i undersökningen. Kännedomen om vem som är den egna kontaktpersonen är högre ju längre tid personen varit sjukskriven. Av de som varit sjukskrivna i 90 dagar eller kortare tid hade drygt var fjärde hunnit få information om vem som var den egna kontaktpersonen. Motsvarande siffra var 67 procent bland dem som varit sjukskrivna längre tid än ett år. Däremot upplever de som varit sjukskrivna längre tid än ett år att helhetsintrycket av kontakten med kontaktpersonen är sämre än den grupp som varit sjukskriven i 90 dagar eller kortare tid. I den förra anser 70 procent att kontakten varit mycket eller ganska bra mot hela 89 procent i den senare gruppen.

### Samordnad rehabilitering

Försäkringskassan ansvarar för att samordna samhällets resurser för rehabilitering så att de tillsammans bildar en väl fungerande enhet. Försäkringskassan skall samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Försäkringskassan skall också, om den försäkrade medger det, samverka med andra aktörer i rehabiliteringsarbetet (22 kap. 5 § AFL).

Antalet personer som varit aktuella för samordnad rehabilitering har ökat under 2003 jämfört med 2001 och 2002.

**Tabell 2.8 Antal sjukskrivna som varit aktuella för samordnad rehabilitering 2001–2003**

	2001	2002	2003
Kvinnor	29 164	30 152	33 568
Män	15 037	14 763	16 423
<b>Samtliga</b>	<b>44 201</b>	<b>44 915</b>	<b>49 991</b>

Källa: RFV

Andelen personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar och som försäkringskassan funnit vara i behov av samordnad rehabilitering är dock oförändrad sedan 2001.

**Tabell 2.9 Andel sjukskrivna (60 dagar och längre) med pågående samordnad rehabilitering 2001–2003**

Procent

	2001	2002	2003
Kvinnor	8	8	8
Män	7	7	7
<b>Samtliga</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Källa: RFV

RFV har för 2003 satt upp riksmålet att minst 65 procent av de personer som genomgår samordnad rehabilitering skall ha fått en ökad arbetsförmåga. Av de personer som genomgick samordnad rehabilitering under 2003 fick 69 procent en ökad arbetsförmåga (70 procent för män och 69 procent för kvinnor). Detta är en klar förbättring jämfört med både 2001 och 2002. Det innebär också att RFV:s riksmål på 65 procent har uppnåtts. Den statistik som dessa uppgifter baseras på har dock vissa kvalitetsbrister och bör därför betraktas med försiktighet. Resultatet från andra studier, bl.a. inom Socialdepartementet tyder på något sämre resultat. Dock behäftas även dessa studier med vissa tolkningsproblem.



**Tabell 2.10 Andel av de försäkrade som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga 6 månader efter avslutad rehabilitering 2001–2003**

Procent			
	2001	2002	2003
Kvinnor	61	64	69
Män	63	66	70
<b>Samtliga</b>	<b>62</b>	<b>65</b>	<b>69</b>

Källa: RFV

Administrationskostnaden per person avseende samordnad rehabilitering 2003 har ökat något jämfört med 2001 och 2002. Kostnaden var 9 094 kronor 2003 jämfört med 8 655 kronor 2001 och med 8 793 kronor 2002.

För personer som är sjukskrivna och arbetslösa tar det längre tid innan rehabiliteringen startar och den är inte lika lyckosam som för dem med en anställning. Av dem som är sjukskrivna och arbetslösa får 59 procent en ökad arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering, att jämföras med 72 procent för dem med en anställning. Att rehabiliteringen lyckas sämre för de arbetslösa sjukskrivna beror på att dessa personer ofta har en mer komplex proble-

matik. I rapporten Karaktäristika hos personer som är sjukskrivna och arbetslösa (RFV Redovisar 2002:1) framgår att 70 procent av sjukskrivna arbetslösa uppfyller någon eller några av de sociala riskfaktorerna psykiska besvär, missbruk och ogift/frånskild mot 52 procent hos sjukskrivna anställda.

#### *Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.*

Under 2003 disponerade försäkringskassorna 949 miljoner kronor i form av särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbetet.

Försäkringskassorna har förbrukat 948 miljoner kronor för detta ändamål, vilket är 114 miljoner kronor mer än 2002. Det är främst köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster som ökat. Jämfört med 2002 har köpen ökat med 239 miljoner kronor till drygt 803 miljoner kronor.

**Tabell 2.11 Förbrukade medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. 2001–2003**

Tusental kronor						
Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster	2001	%	2002	%	2003	%
Utredningar	245 739	32	311 404	37	475 116	50
Aktiva rehabiliteringsinsatser	286 469	38	253 392	31	328 228	35
Köp av arbetstekniska hjälpmedel	60 084	8	55 009	7	60 084	6
Läkarutlåtanden och läkarundersökningar	15 000	2	19 263	2	22 436	2
Särskilt bidrag	39 079	5	42 442	5	45 368	5
Resor till och från arbetet	21 736	3	20 584	2	20 853	2
Samverkan	92 812	12	131 170	16	0 <sup>1</sup>	-
<b>Kostnader</b>	<b>760 919</b>	<b>100</b>	<b>833 264</b>	<b>100</b>	<b>947 648</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Från och med 2003 finansieras samverkan via de fem procent av sjukpenninganslaget som får användas för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

Källa: RFV

Försäkringskassan har möjlighet att av de särskilda medlen köpa de utredningar som behövs för att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering i de fall arbetsgivarens möjligheter är uttömda. Tidigare delades köpen av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster upp i försäkringsmedicinska utredningar, arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar och köp av aktiva åtgärder som till exempel utbildningar och arbetsträningsplatser. Sedan den 1 juli 2003 delas köpen endast upp i utredningar och aktiva åtgärder. Utredningarna utgör en allt större andel av köpen.

Av de arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster som försäkringskassan köper avser de allra flesta, 55 procent, personer med sjukdomar kopplade till rörelseapparaten. 31 procent är köp till personer med en psykisk diagnos, inklusive s.k. utmattningsdepression/utbrändhet.

#### *Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen*

Regeringens uppdrag till RFV och AMS att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen består av tre deluppdrag. RFV skall utveckla en metod för tidig, fördjupad bedömning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering. Vidare skall RFV utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Slutligen skall AMS och RFV genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering (FAROS).

Förnyelsearbetet skall bedrivas under åren 2002–2004. Enligt regeringens uppdrag skall de metoder och arbetssätt som visar sig fungera väl spridas successivt och senast vid utgången av 2004 tillämpas fullt ut i hela landet. Statskontoret har regeringens uppdrag att följa och utvärdera verksamheten. Uppdraget skall slutrapporteras i februari 2005.

Inom deluppdrag 1 och 2 har det utarbetats en sammantagen beskrivning av gemensamt förhållningssätt och gemensamma metoder inom ohälsöarbetet. Under 2003 har RFV och försäkringskassorna kommit överens om att implementera det förhållningssätt och de metoder som utarbetats inom utvecklingsarbetet. Detta har skett i form av en utbildning i ett gemensamt förhållningssätt och gemensamma arbetsmetoder inom ohälsöområdet (den s.k. SFA-utbild-

ningen). Målet för SFA-utbildningen är att säkerställa att handläggare, chefer och länsledning ges förutsättningar att genomföra det praktiska förändringsarbetet. Utbildningen genomfördes mellan augusti 2003 och juni 2004 och totalt har drygt 5 000 personer utbildats.

I oktober 2003 lämnade Statskontoret en lägesrapport för deluppdrag 1 och 2. Statskontoret beskriver ett splittrat metodutvecklingsarbete. Dessutom menar man att implementeringen av de nya arbetsmetoderna i vissa delar är osäker. Denna lägesrapport omfattade emellertid inte implementeringen av SFA-utbildningen.

I november 2003 lämnade Statskontoret en lägesrapport för deluppdrag 3 som genomförs i fem områden (FAROS). Statskontoret anser att pilotverksamheten tycks fungera väl i betydelsen att de inskrivna möter en sammanhållen verksamhet med ett tydligt kundfokus. Statskontoret bedömer att man inom projektet har uppnått en samsyn kring hur projektet skall styras och en balans mellan resultatorientering och orientering mot mer långsiktiga målsättningar om metodutveckling. Statskontoret betonar det arbete som bedrivs med att finna effektivare metoder att slussa ut personer i arbete.

I maj 2004 redovisade RFV i vilka avseenden FAROS ytterligare behöver utvecklas innan erfarenheter och metoder sprids till övriga landet. De utvecklingsområden som redovisas är:

- För att minska antalet deltagare som efter relativt lång rehabilitering återgår till försäkringskassan måste kvaliteten på insatserna under rehabiliteringens inledning utvecklas.
- Mer tid för individuellt stöd till deltagarna och till uppföljning, 20–30 timmar per halvår och deltagare.
- Ärendemängden per handläggare skall genom ytterligare rekryteringar minskas till 30 ärenden per arbetsförmedlare.
- Mer tid till företagskontakter.
- Utarbetande av rutiner för lokal metoddialog inför den kommande implementeringen i hela landet.

I augusti 2004 redovisade AMS och RFV hittillsvarande erfarenheter av arbetet med det kompletterande uppdraget inom deluppdrag 3 dvs. arbetet med sjukskrivna anställda som behöver byta arbete. Av redovisningen framgår att verksamheten startade i april och kommer att om-

fatta 300 personer. Resultatmålet är att 30 procent av dessa skall ha påbörjat arbete (även subventionerad anställning) eller reguljär utbildning i december 2004. För att genomföra det kompletterande uppdraget har AMS och RFV avsatt 8 av de 70 miljoner kronor som kan användas för förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De insatser som erbjuds den nya målgruppen bygger på den metodik som utarbetats för arbetslösa sjukskrivna inom pilotverksamheten FAROS. För att rekrytera sjukskrivna som inte kan återgå till sin nuvarande anställning har man utgått från individens egen motivation och drivkraft och tagit in intresseanmälningar från målgruppen. I månadsskiftet maj/juni 2004 deltog 240 personer. I juli 2004 hade ännu inga anställningar skett med det nya anställningsstödet för långtidssjukskrivna. Utifrån hittillsvarande erfarenheter uppskattar AMS och RFV målgruppen på nationell nivå till 10 000–16 000 personer.

#### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*

Från och med 2003 får försäkringskassan svara för statens samlade kostnader för samverkan då både länsarbetsnämnd och försäkringskassa deltar i en samverkansinsats. Detta har bidragit till att försäkringskassans kostnader för samverkansinsatser stigit kraftigt under året. Genom de ändrade förutsättningarna för finansiering av samverkansinsatser, i enlighet med proposition 2002/03:2, disponerar försäkringskassorna fr.o.m. 2003 högst fem procent av sjukpenninganslaget (1,9 miljarder kronor 2003 och 1,8 miljarder kronor 2004) för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

Försäkringskassorna har under 2003 använt 467 miljoner kr för olika insatser, varav 141 miljoner kronor avser länsarbetsnämndernas kostnader (under 2002 använde försäkringskassorna cirka 131 miljoner kronor för samverkan). Den dominerande målgruppen för samverkan är arbetslösa sjukskrivna. Totalt utgör 70 procent av utgifterna statens samlade kostnader för samverkan kring denna målgrupp. I en rapport till regeringen i augusti 2004 redovisar AMS och RFV att under 2003 och första halvåret 2004 har totalt 12 178 arbetslösa sjukskrivna fått del av de insatser som försäkringskassorna och länsarbetsnämnderna bedriver gemensamt inom ramen för AMS och RFV:s nationella handlingsplaner. Av dessa har 3 452 personer (28,3 procent) fått ett arbete (med eller utan subvention)

eller en utbildning, varav 2 294 (19 procent) inom sex månader. 1 738 personer (14 procent) har återgått till försäkringskassans ansvar på grund av att de antingen fått sämre hälsa eller att det har visat sig att de i nuläget inte har möjlighet att arbeta. Resten deltar i aktiva insatser eller söker arbete inom arbetsförmedlingens verksamhet. Av de 3 205 personer som under 2003 och första halvåret 2004 fått arbete har 2 128 fått det med hjälp av stöd till arbetsgivaren, varav 1 800 med lönebidrag. AMS och RFV anger att det stora behovet av stöd till arbetsgivare hänger samman med att många av personerna har stått utanför arbetsmarknaden under mycket lång tid.

Kvinnorna utgör 60 procent av de personer som omfattats av denna samverkan under 2003. Ett lika stort antal kvinnor som män har fått arbete utan stöd, men en betydligt större andel män har erhållit arbete med stöd. Tre gånger så många kvinnor som män finns emellertid i reguljär utbildning.

Under första halvåret 2004 uppgår samverkanskostnaderna till 371 miljoner kronor, varav 187 miljoner kronor avser länsarbetsnämndernas kostnader. Länsarbetsnämndernas kostnader utgörs av deras förvaltningskostnader (47 %), aktiva rehabiliteringsinsatser (22 %), bidrag till arbetsgivare (27 %) samt aktivitetsstöd (4 %). RFV:s prognos för hela 2004 är att totalt 845 miljoner kronor kommer att användas för samverkan inom rehabiliteringsområdet, varav 430 miljoner kronor avser länsarbetsnämndernas kostnader. Målet för 2004 är att 25 procent av personerna skall ha arbete med eller utan subvention inom sex månader. Vid halvårsskiftet 2004 var resultatet 18 procent.

Det pågår även samverkan kring arbetslösa sjukskrivna utöver de riktlinjer som de nationella handlingsplanerna anger. Denna samverkan bedrivs ofta tillsammans med socialbidrags- och arbetsmarknadsenheter inom kommunerna. Dessa personer står oftast längre från arbetsmarknaden och har behov av mer omfattande åtgärder. Det pågår även samverkan med vårdcentraler och sjukhus kring personer som är eller riskerar att bli långtidssjukskrivna.

För denna samverkan saknas i stort uppföljning eller utvärdering av resultaten. Detta är ett viktigt förbättringsområde och RFV och försäkringskassorna har under 2004 givit hög prioritet åt att ta fram underlag för överenskommelser och uppföljningar av samverkansinsatser.

I regleringsbrevet för 2003 fick RFV i uppdrag att följa hur de statliga medlen för samverkan används. RFV fick även i uppdrag att följa upp försäkringskassornas tillämpning av riktlinjerna för samverkan. Den uppföljning som gjorts av RFV redovisar en rad insatser som kan vara värdefulla för den sjukskrivne. Verket menar dock att det många gånger kan vara oklart om samverkansmedlen är rätt finansieringsform. RFV har därför inlett ett arbete för att förbättra styrningen och uppföljningen av denna verksamhet.

Enligt uppdrag i regleringsbrevet till RFV och AMS skall de redovisa antalet sjukskrivna arbetslösa den 1 maj och den 1 december 2003. Bland samtliga pågående sjukfall den 30 april 2003 var 35 900 personer arbetslösa och inskrivna på arbetsförmedlingen. Den 30 november 2003 var motsvarande antal 34 270. I årsredovisningen för 2003 uppger RFV att erfarenheterna från FAROS-projektet pekar på att antalet är en underskattning av det antal sjukskrivna som saknar anställning. Underskattningen anses bero på att en del av de sjukskrivna avaktualiseras från arbetsförmedlingen på grund av sin sjukskrivning. RFV menar därför att antalet arbetslösa sjukskrivna vid de bägge mättidpunkterna snarare bör ligga mellan 40 000 och 45 000, vilket motsvarar omkring 15 procent av samtliga pågående sjukfall.

### Analys och slutsatser

Regeringen anser att det är oroväckande att återgång i arbete från långvarig sjukskrivning sker i alltför liten utsträckning. Av de sjukfall som varat längre än ett år och som avslutades under 2003 övergick cirka hälften till sjuk- och aktivitetsersättning. Socialförsäkringsadministrationens arbete med att förkorta sjukperioderna och återföra sjukskrivna till arbetslivet behöver förbättras.

Visserligen har resultaten inom verksamhetsområdet Åtgärder mot ohälsa förbättrats jämfört med 2002. Antalet sjukskrivna som varit aktuella för samordnad rehabilitering har ökat. Av dessa har 69 procent ökat sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering, vilket innebär att RFV:s riksmål på 65 procent har uppnåtts. Det är dock fortfarande alltför många sjukskrivna som är passivt sjukskrivna utan att delta i någon form av rehabiliteringsåtgärd. Endast 8–10 procent av dem som har varit sjukskrivna mer än

60 dagar har försäkringskassan funnit vara i behov av samordnad rehabilitering. Dessutom är det alltför få av de sjukskrivna som vet vem som är deras kontaktperson på försäkringskassan. Knappt hälften (49 procent) av männen och 59 procent av kvinnorna vet vem som är deras kontaktperson. Dessa resultat är oacceptabla med tanke på de resurser som tillförts socialförsäkringsadministrationen för arbetet mot ohälsa.

Ohälsarbetet behöver bedrivas sammanhållet för att fler skall få tillbaka sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själva genom eget förvärvsarbete. Det är angeläget att väl fungerande metoder och arbetsätt får genomslag inom hela socialförsäkringsadministrationen. Förutsättningarna för ett mer sammanhållet arbete bör förbättras i och med bildandet av en sammanhållen statlig myndighet för socialförsäkringsadministrationen.

Arbetsgivarens ansvar för de anställdas rehabilitering är centralt. För att förtydliga detta ansvar har reglerna ändrats så att arbetsgivaren alltid har skyldighet att utreda en arbetstages behov av rehabiliteringsåtgärder. Rehabiliteringsutredningen skall lämnas till försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor. Regeringen vill betona vikten av att försäkringskassorna aktivt använder dessa utredningar i sitt arbete, bl.a. för att upprätta en rehabiliteringsplan för den enskilde. Under hösten 2004 avser regeringen att lämna förslag som innebär att försäkringskassan skall, senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning kommit till försäkringskassan, upprätta en rehabiliteringsplan om det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering. Regeringen vill också betona vikten av att de gemensamma metoder som RFV och försäkringskassorna har tagit fram och som syftar till att regelmässigt informera Arbetsmiljöverket om de arbetsgivare som inte genomför rehabiliteringsutredningar tillämpas i hela landet.

Avstämningsmötet, där den sjukskrivne, försäkringskassan, arbetsgivaren och läkaren möts, är av central betydelse för att klarlägga förutsättningarna för arbetsåtergång och planera de insatser som behöver vidtas. Avstämningsmöten har dock ännu inte kommit igång i önskad omfattning. Det beror på att arbetsmetoden ännu inte har etablerats på försäkringskassorna. Regeringen vill betona vikten av RFV:s arbete med att

under 2004 mer kraftfullt etablera avstämningsmötet som arbetsmetod på försäkringskassorna.

#### *Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster*

Under 2003 har försäkringskassorna i ökad utsträckning använt de medel som får användas för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Jämfört med 2002 har köpen ökat med 239 miljoner kronor till drygt 803 miljoner kronor. Cirka 475 miljoner kronor har lagts på köp av utredningar och resterande har använts för aktiva rehabiliteringsåtgärder. De resurser som tillförts försäkringskassorna för att anställa personer som kan arbeta med den samordnade rehabiliteringen bör delvis kunna förklara den ökade användningen av dessa medel.

Huvuddelen av medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster används för att utreda arbetsförmågens nedsättning och för att kartlägga möjligheterna till arbetslivsinriktad rehabilitering. Det andra användningsområdet är aktiva rehabiliteringsåtgärder. Regeringen anser att medlen framför allt bör användas för utredningar. Att finansiera åtgärder, såsom till exempel arbetsträning och utbildning, som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten är arbetsgivarens ansvar. Det bör därför övervägas att försäkringskassans medel endast får användas för köp av åtgärder till personer som inte antas kunna återgå till sin ordinarie arbetsgivare. Innan en sådan förändring genomförs behöver dock konsekvenserna för bland annat försäkrade och småföretagare klarläggas. Regeringen avser därför att närmare utreda denna fråga.

#### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*

Från och med 2003 finansieras försäkringskassornas och länsarbetsnämndernas kostnader för samverkansinsatser genom att högst fem procent av sjukpenninganslaget får disponeras för samverkan inom rehabiliteringsområdet. Det har medfört att betydligt mer resurser har lagts på samverkan under 2003. Dessa resurser har bidragit till att vitalisera samverkansarbetet, framför allt kring arbetslösa sjukskrivna där resultaten får bedömas som goda, men RFV:s uppföljning visar att de också har använts av försäkringskassorna för att finansiera egna personal- och administrationskostnader. För att samverkan skall bidra till att minska sjukfrånvaron anser regeringen att det är angeläget att samverkansmedlen i

större utsträckning används för aktiva rehabiliteringsinsatser riktade mot den enskilde.

I prop. 1996/97:63 angående samverkan slås fast att det skall upprättas gemensamma verksamhets- och handlingsplaner på central myndighets- och regionnivå liksom program för gemensam utbildning. Endast beträffande samverkan mellan RFV och AMS respektive försäkringskassorna och länsarbetsnämnderna har detta genomförts. Det är också på detta område som den tydligaste resultatuppföljningen finns. Regeringen anser att det är angeläget att motsvarande planering med övriga samverkansaktörer görs på central och regional nivå.

#### *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*

Den lag om finansiell samordning som trädde ikraft den 1 januari 2004 ger försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting nya möjligheter i arbetet med personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. I den nya socialförsäkringsmyndigheten kommer försäkringsdelegationerna att ges en viktig roll i denna samordning. Lagen om finansiell samordning har dock ännu inte börjat tillämpas. Enligt vad regeringen erfarit pågår däremot runt om i landet diskussioner mellan lokala och regionala parter om att bedriva finansiell samordning. Regeringen vill betona de möjligheter som den finansiella samordningen ger och kommer noga att följa detta arbete.

#### *Uppföljning och utvärdering inom rehabiliteringsområdet*

För att kunna bedöma resultaten av åtgärderna inom rehabiliteringsområdet krävs att verktygen för uppföljning och utvärdering förbättras. Detta är också ett prioriterat område där förbättringsåtgärder har vidtagits.

Det mått som finns i dag för att mäta resultaten av den samordnade rehabiliteringen ger ingen heltäckande bild av försäkringskassornas insatser för att stötta den enskilde i återgången till arbetslivet. RFV arbetar för att etablera bättre mått för effekterna av administrationens rehabiliteringsinsatser. Regeringen anser att det är mycket angeläget att det utarbetas ändamålsenliga resultatmått för att kunna bedöma effekterna av samordnad rehabilitering.

För att åstadkomma en ändamålsenlig uppföljning och resultatredovisning av insatser som

bedrivs i samverkan har regeringen givit AMS, RFV och Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett sektorsövergripande system för löpande uppföljning av resultaten av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Systemet skall utformas på ett sådant sätt att det även kan utgöra en riksomfattande struktur för lokal uppföljning av samverkansinsatser. Regeringen förutsätter att detta system är i drift senast den 1 januari 2005.

## Aktivitets- och sjukersättning

### Resultat

Utgiftsutvecklingen för anslaget 19:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* styrs främst av antalet sjukskrivna, antalet beviljade aktivitets- och sjukersättningar, medelersättningens utveckling samt de demografiska förhållandena.

**Tabell 2.12 Utfallsiffror för 2003**

Miljoner kronor

Ingående överföringsbelopp från 2002	-1 398
Anslag	59 625
Tillgängliga medel	58 227
Utfall	58 527
Avvikelse från tillgängliga medel/anslagskredit	-300
Ingående överföringsbelopp 2004	-300

Försäkringsutgifterna, inkl. ålderspensionsavgifter, för aktivitets- och sjukersättningar (förtidspension/sjukbidrag), ökade med ca 8 600 miljoner kronor mellan 2002 och 2003. Orsakerna till att utgifterna ökade kraftigt 2003 var bl.a. att antalet beviljade ersättningar ökade samt effekterna av att ett i flera avseenden reformerat regelsystem infördes.

Under 2003 fortsatte ökningen av antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar och i december 2003 betalades sådana förmåner ut till drygt 507 000 personer, vilket är nästan 19 000 fler än i december 2002. Kvinnornas antal ökade med 4,9 procent till 296 100 och männens med 2,4 procent till 211 200. Det totala antalet nybeviljade förmåner var ca 64 000 för 2002. Under 2003 sjönk antalet nya aktivitets- och sjukersättningar till ca 59 000. Av dessa avsåg ca 33 000 kvinnor och ca 26 000 män. Ökning har skett i samtliga åldrar, men den var procentuellt störst i åldrarna 45–59 år. Mest oroväckande är

dock den successiva ökningen i de yngre åldersgrupperna. Uppgifter från RFV visar att antalet personer i åldrarna 16–29 år har ökat med drygt 25 procent från utgången av 1998 och ökningen är störst bland kvinnorna. De ungas andel av hela beståndet har ökat något. Utvecklingen för de yngre kräver emellertid fortsatt analys. I bilagan om avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa finns i avsnitt 4 ytterligare uppgifter om ersättningarna till yngre. Den samlade utvecklingen 1994–2003 av antalet nya och utbetalade förtidspensioner/sjukbidrag, fr.o.m. 2003 aktivitets- och sjukersättning, framgår av tabell 2.13.

När det gäller utflödet ökade antalet upphörda aktivitets- och sjukersättningar med närmare två procent jämfört med 2002 till 44 000. Drygt 30 000 av dessa blev ålderspensionärer. Vid utgången av 2003 hade ca 2 500 förmånstagare vilande aktivitets- och sjukersättning. Drygt 60 procent av dessa var kvinnor. Även om en stor del av dem som prövar att arbeta efter en period återgår till sin förmån har en del personer efter tiden med vilande ersättning ökat sin arbetstid eller arbetar deltid.

De regionala skillnaderna i fråga om nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättningar var fortsatt stora under 2003. Detsamma gäller för beståndet ersättningar per 1 000 registrerade försäkrade även efter en standardisering för ålder och kön med rikets fördelning som bas. Det innebär att det således är andra faktorer än ålder och kön som har störst betydelse för de stora skillnaderna.

RFV framför i en nyligen redovisad studie om regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension uppfattningen att en ganska stor del av skillnaderna tycks bero på kommunernas befolkningsammansättning, socioekonomisk situation och arbetsmarknadsstruktur.

Utvecklingen kan också belysas med att under 2003 övergick drygt 42 000 personer från sjukpenning till aktivitets- eller sjukersättning, en minskning med drygt 14 000 personer eller med ca 33 procent jämfört med 2002. Av dessa var ca 25 700 kvinnor och ca 16 500 män. Minskningen under 2003 var tillfällig och skall ses mot bakgrund av omläggningen till nya beräkningsregler fr.o.m. 2003, vilken medförde att försäkringskassornas nybeviljande av förmåner under 2002 blev betydligt högre än normalt. Antalet sjukskrivna längre tid än ett år fortsatte att öka under 2003, vilket talar för en fortsatt kraftig ökning av an-

talet personer som beviljas aktivitets- eller sjukersättning under de närmaste åren.

**Tabell 2.13 Utvecklingen av antalet nybeviljade och utbetalda förtidspensioner och sjukbidrag (aktivitets- och sjukersättning) i december 1994–2003**

	Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag	Utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag
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	435 101
2001	57 081	454 280
2002	63 738	488 000
2003	59 150 <sup>1</sup>	507 200

<sup>1</sup> Avser nytillkommande ersättningar

Källa: RFV

I rapporten Nybeviljade förtidspensioner (RFV Analyserar 2004:1) har verket beskrivit riskerna för nybeviljandet av förtidspension under 1990-talet med hänsyn till olika faktorer som kön, ålder, civilstånd, födelseland, region, utbildning och bransch. Det är en kartläggning av hur olika risker för att beviljas förtidspension förändras från år till år. Den officiella statistiken visar att utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag, fr.o.m. 2003 ersatta av aktivitets- och sjukersättning, ofta rör sig i samma riktning som konjunkturen. Den statistiken visar också att antalet nybeviljade förtidspensioner under 1990-talet ökade inom alla åldersgrupper med undantag för åldersgruppen 60–64 år. Ökningstakten var snabbare för kvinnor än män samt snabbare för yngre jämfört med äldre. Den allra snabbaste ökningen i nybeviljandet under perio-

den skedde bland kvinnor i åldersgruppen 30–39 år vilket är alarmerande. När risken för att beviljas förtidspension analyseras framkommer att risken stiger med ålder och att kvinnor har en högre risk än män. Under första hälften av 1990-talet minskade risken för män respektive kvinnor i åldersgrupperna 60–64 år kraftigt jämfört med män 30–39 år beroende på avskaffandet av de särskilda regler fr.o.m. 1997 som gjorde det möjligt för personer över 60 år att bli beviljade förtidspension av enbart arbetsmarknadsskäl. Vidare visar rapporten att risken för en person boende i norrlandslän jämfört med en person i storstadslän att beviljas förtidspension var högre under hela 1990-talet, men att skillnaderna minskade under de sista åren av perioden. Rapporten visar också att risken att beviljas förtidspension är högre för ensamstående än för gifta eller sammanboende, är högre vid lägre utbildningsnivå och högre om personen är född utanför Sverige.

Utvecklingen av beståndet av aktivitets- och sjukersättningar kan också beskrivas i termer av återstående ersättningsår samt beräknad kostnad för dessa i miljoner kronor fram till 65 års ålder. Som framgår av nedanstående tabell ökade detta s.k. försäkringsåtagande påtagligt under 2003 både i fråga om ersättningsår och kostnader. Det totala försäkringsåtagandet har schablonmässigt beräknats till ca 640 miljarder kronor. Ökningen är betydligt större för kvinnorna än för männen. Totala antalet återstående ersättningsår ökade med drygt 12 procent och kostnaderna med närmare 29 procent under 2003. Den stora kostnadsökningen beror, förutom på det ökande antalet återstående ersättningsår, på att förmånernas bruttobelopp höjdes för att kompensera förmånstagarna för slopandet av det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA).

**Tabell 2.14 Återstående ersättningsår och beräknad kostnad för dessa fram till 65 års ålder**

Miljoner kronor

	2001		2002		2003	
	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad	Antal år	Kostnad
Kvinnor	2 533 801	233 426	2 757 724	258 294	3 130 778	342 298
Män	2 072 576	224 036	2 206 083	238 983	2 434 819	297 610
<b>Samtliga</b>	<b>4 606 377</b>	<b>457 462</b>	<b>4 963 807</b>	<b>497 277</b>	<b>5 565 597</b>	<b>639 908</b>

Den återstående kostnaden är schablonmässigt beräknad utifrån 2003 års prisbasbelopp.

Källa: RFV.

I en delrapport från RFV i våras redovisas effekterna av införandet av det reformerade förtidspensionssystemet fr.o.m. den 1 januari 2003. Sammanfattningsvis visar rapporten att nettoutfallet i princip blev oförändrat eller till och med innebar en liten ökning av nettoersättningen för det stora flertalet. Detta stämmer väl överens med att utgångspunkten för omvandlingen av den försäkrades nettoersättning vid övergången till det nya systemet var att denna i möjligaste mån skulle behållas oförändrad genom ett justeringsbelopp. Det fanns dock grupper av försäkrade som inte kunde garanteras en oförändrad nettoersättning efter omvandlingen. De flesta av dessa har fått vidkännas en minskning av bruttoersättningen under 2003.

RFV har gjort närmare studier av effekterna i följande tre avseenden:

- Förändringar i bruttoersättning för personer som fått aktivitetsersättning efter att under föregående ersättningsperiod haft tidsbegränsad sjukersättning.
- Förändringar i bruttoersättning för personer som har fått en ändrad grad av sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning.
- Förändring i nettoersättning för förmånstagare mellan december 2002 och januari 2003.

Den förstnämnda studien visar att nästan alla berörda, ca 3 700, fått en lägre bruttoersättning genom aktivitetsersättningen. Ersättningsbeloppet ändrades på grund av att justeringsbeloppet togs bort och för att garantiersättningen räknades om till den lägre åldersrelaterade garanti-nivån. Den största delen av bruttominskningen berodde på att garantiersättningen räknades om för de berörda personerna. Detta var en förväntad följd av lagstiftningen om en åldersrelaterad aktivitetsersättning.

Den andra studien, som omfattade ca 7 500 personer, visar att justeringsbeloppet haft stor betydelse för bruttoersättningens storlek. Den genomsnittliga bruttoersättningen för personer som fått en ökning av graden av sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning efter omvandlingen blev mellan 500 och 1 500 kronor mindre per månad, medan motsvarande ändring för dem som fått en reduktion av ersättningsgraden var en minskning med mellan 10 och 400 kronor per månad. För personer som fått en högre ersättningsgrad blev effekten således

större än för dem som fått en minskning av ersättningsgraden. Även dessa effekter var förväntade och hade aviserats av regeringen i propositionen om det reformerade förtidspensionssystemet (prop. 2000/01:96).

Den tredje studien visar att ca 93 procent av de 216 000 personerna som omfattades av studien fick en liten ökning av nettoersättningen och övriga en nettominskning mellan de båda åren. De flesta fick en nettoökning som var större än uppräkningsbeloppet, beroende på att nivåerna för grundavdraget ändrades 2003. Den huvudsakliga förklaringen till nettominskningen var förändrade kommunal-skatter på många håll i landet under 2003.

En av nyheterna i det reformerade förmånssystemet var införandet av aktivitetsersättning för personer i åldrarna 19–29 år och möjligheten för de försäkrade att i samråd med försäkringskassan upprätta en plan för deltagande i aktiviteter som kan antas ha en gynnsam effekt på sjukdomstillståndet eller den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. I en delrapport från RFV i februari 2004 redovisas en studie av den grupp personer som under första halvåret 2003 beviljats aktivitetsersättning, de aktiviteter som denna grupp deltagit i samt försäkringskassornas insatser för arbetet med att planera aktiviteter. Den grupp som studerats omfattade totalt ca 2 500 personer. Könsfördelningen var jämn med 51 procent kvinnor och 49 procent män. Kvinnorna hade i högre grad än männen beviljats aktivitetsersättning med partiell omfattning. För både män och kvinnor var någon form av psykisk sjukdom den dominerande diagnosgruppen. På grund av nedsatt arbetsförmåga hade 87 procent beviljats aktivitetsersättning, medan resterande 13 procent beviljats ersättningen för att slutföra en grundläggande utbildning, s.k. förlängd skolgång.

Av dem som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga hade drygt en femtedel, ca 480 personer, deltagit i en eller flera aktiviteter under de första åtta månaderna 2003. Planering och deltagande var något mer vanligt förekommande bland kvinnor än bland män. Både planering och deltagande minskar med den försäkrades ålder. Deltagande i aktiviteter var vanligast förekommande i gruppen med någon form av psykisk sjukdom (25 procent) och något mindre vanlig för dem med sjukdomar i rörelseorganen (11 procent). Det var betydligt vanligare att individer som beviljats hel aktivi-



tetsersättning deltog i aktiviteter jämfört med dem som beviljats partiell aktivitetsersättning. Av studien framgår att ca 70 procent av dem som beviljats partiell aktivitetsersättning även arbetade.

När det gäller aktiviteternas karaktär var de vanligast förekommande aktiviteterna daglig verksamhet (33 procent) och olika kurser (27 procent). Kursernas innehåll visar på stor spännvidd med alltifrån kurser inom grund- eller gymnasieskola till kurser i självförsvar. Kommun och landsting har arrangerat över hälften av de aktiviteter som redovisats. Även privata aktörer och arbetsförmedlingen var stora aktörer på kursområdet. I drygt 70 procent av fallen deltog de försäkrade i aktiviteter flera gånger per vecka. Framför allt var det daglig verksamhet, idrottsaktiviteter samt pry/praktik som utövas flera gånger per vecka. I över hälften av fallen har angivits att aktiviteterna pågår mer än ett halvår. Daglig verksamhet var den aktivitet som i störst utsträckning pågår ett halvår eller längre men även kurserna sträckte sig oftast över ett halvt år.

Studien visar också att arbetet vid landets försäkringskassor sett mycket olika ut de första månaderna efter reformens genomförande. Det finns t.ex. stora skillnader i fråga om hur försäkringskassornas samarbete med olika aktörer byggts upp samt vilka insatser i övrigt som vidtagits under det första halvåret 2003. Studien visar dock att antalet aktiviteter ökat betydligt under de sista månaderna 2003 jämfört med det studerade första halvåret.

I sin slutliga utvärderingsrapport av effekterna av informationsinsatserna om möjligheterna till vilande aktivitets- och sjukersättning konstaterar RFV att fram till februari 2004 har totalt ca 5 600 personer haft sin förtidspension, numera sjuk- eller aktivitetsersättning, vilande. Antalet per månad har stabiliserat sig kring 2 500 personer. Av dessa är ca 60 procent kvinnor. Detta är mindre än vad som hade förväntats av reformen. Även om en stor del av dem som prövar att arbeta efter en period återgår till sin förmån har en del personer efter tiden med vilande ersättning ökat sin arbetstid eller arbetar heltid.

I rapporten konstateras vidare att arbetsmarknaden och konjunkturen är viktiga faktorer för att de försäkrade som önskar pröva att arbeta med sin förmån vilande skall kunna göra det. Vidare konstateras att inställningen inte är särskilt positiv hos arbetsgivarna, arbetsförmedlingen eller försäkringskassan till att personer

som har sjuk- eller aktivitetsersättning kommer in på och återgår till arbetslivet. Undantag finns dock i fråga om några försäkringskassor. Där emot är inställningen mer positiv hos de försäkrade själva. Verket ser det som en viktig uppgift att få fler personer att pröva att arbeta med sin sjuk- eller aktivitetsersättning vilande och framhåller att det krävs fortsatta informationsinsatser inte minst för att bl.a. arbetsmarknadens parter och arbetsmarknadsmyndigheterna behöver veta att det finns en laglig möjlighet att pröva på att arbeta med vilande sjuk- och aktivitetsersättning. Detta kräver information i olika former och vid olika tillfällen. RFV avser att ta fram en strategi för framtida information om vilande sjuk- och aktivitetsersättning.

### Analys och slutsatser

Utvecklingen inom området sjuk- och aktivitetsersättning är fortsatt oroande, men inte oväntad efter den starka ökningen av antalet långtidssjukskrivna under de senaste åren. För närvarande finns drygt 120 000 personer som varit sjukskrivna under minst ett år och många av dessa – sannolikt cirka hälften – kan förväntas bli beviljade sjuk- eller aktivitetsersättning under de närmaste åren. Det är därför viktigt att åtgärder vidtas för att få långtidssjukskrivna tillbaka i arbete. Ökningen av antalet sjukskrivningar och framför allt utvecklingen av antalet långa sjukskrivningar är således avgörande för antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar, som på sikt kommer att beviljas. Dessutom förväntas den ökande andelen sjukskrivna med partiell sjukpenning också leda till att andelen beviljade partiella aktivitets- och sjukersättningar ökar.

En annan viktig faktor för utvecklingen inom området aktivitets- och sjukersättning är de demografiska förutsättningarna. De stora åldersgrupperna födda på 1940-talet har nu nått upp i åldrar då avtagande hälsa och därmed minskande arbetsförmåga drabbar allt fler. Detta visar sig först genom den alltjämt pågående ökningen av antalet långtidssjukskrivningar, vilket i nästa steg har resulterat i att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar, f.d. förtidspensioner och sjukbidrag, har ökat successivt sedan 1999. Denna utveckling har inte helt oväntat fortsatt under 2003 och 2004 och bedöms enligt alla beräkningar fortgå de närmaste 4–5 åren.

En riskfaktor för framtiden är den oroväckande utvecklingen av yngre personers sjukfrånvaro. På sikt bedöms detta sannolikt leda till att andelen yngre personer med aktivitets- och sjukersättning ökar. En sådan utveckling har redan kunnat skönjas varför det är mycket angeläget att noga följa och motverka denna.

RFV har nyligen redovisat en studie benämnd Vem önskar lämna arbetslivet med förtidspension? (RFV Analyserar 2004:7). Syftet med denna har varit att undersöka vad som får en sjukskriven person att vilja lämna arbetslivet med förtidspension i stället för att återgå till arbetet. Analysen bygger på en enkätundersökning (RFV-HALS) som RFV genomförde bland personer som i januari 2002 hade påbörjat en sjukskrivning på 15 dagar eller längre. Enkäten omfattade frågor om individens hälsa, arbetsförhållanden, livssituation och sjukskrivning, varvid personerna fick frågan om de ville gå i förtidspension cirka fyra månader efter påbörjad sjukskrivning.

Resultaten visar att sjukskrivna män i högre grad än sjukskrivna kvinnor ville bli förtidspensionerade. Mäns vilja till förtidspensionering ökade för dem som bodde i andra län än storstadslän. Personer i åldrarna 55–64 år ville bli förtidspensionerade i högre utsträckning än personer i yngre åldersgrupper. Ändå hade 13 procent av männen och 9 procent av kvinnorna i åldersgruppen 30–44 år angett att de önskade förtidspension. Män med grundskoleutbildning önskade förtidspension i högre grad än de med gymnasie- eller universitetsutbildning. Vidare önskade utlandsfödda kvinnor i högre utsträckning än svenskfödda kvinnor förtidspension. Beträffande inkomstens betydelse visar resultaten att låginkomsttagare, allt annat lika, hade mindre drivkraft att återgå till arbetslivet än höginkomsttagare.

Analysen pekar också på att arbetsrelaterade faktorer har effekt på viljan att bli förtidspensionär så till vida att personer som upplever dålig fysisk arbetsmiljö i högre grad vill förtidspensioneras än personer med en bra fysisk arbetsmiljö. Kvinnor med en psykosocial arbetsmiljö som präglas av arbetsuppgifter med höga krav ville bli förtidspensionerade i högre utsträckning än kvinnor som upplever lägre krav i arbetet.

I studien konstateras att mer än 60 procent av dem som omfattades av enkätundersökningen ansåg att den dåliga fysiska respektive psykosocialt krävande arbetsmiljön helt eller delvis var

orsak till sjukskrivningen. Detta pekar enligt studien på vikten av att förbättra arbetsmiljön eller skapa förutsättningar så att personer som drabbas av hälsoproblem har möjlighet att stanna kvar i arbete och inte leda till en önskan om förtidspension.

Den 1 juli 2003 genomfördes två åtgärder av direkt betydelse för utvecklingen av antalet sjuk- och aktivitetsersättningar. Det gäller dels att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenning mot sjukersättning, dels att tiden med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete förlängts till längst 24 kalendermånader utan att rätten till sjukersättning prövas.

Effekterna av dessa åtgärder är ännu efter ett år begränsade enligt de uppföljningar som hittills gjorts av RFV. Verket konstaterar i sin senaste uppföljning av bl.a. dessa åtgärder att reglerna om ettårsbedömning med ställningstagande till aktivitets- eller sjukersättning inte getts samma prioritet inom socialförsäkringsadministrationen som övriga regelförändringar, vilket givetvis inte är tillfredsställande. Beträffande regeländringen om vilande sjukersättning konstateras att några påtagliga effekter ännu inte uppkommit, även om det finns försäkringskassor som anser att intresset för vilande sjukersättning har ökat. Socialförsäkringsadministrationen ser dock positivt på regeländringen som inneburit att handläggningen underlättats och att reglerna nu är tydligare för de försäkrade.

Det finns en stor medvetenhet om att det krävs ett antal ytterligare åtgärder för att vända utvecklingen i samhället, inte minst hos parterna på arbetsmarknaden, något som kan visa sig vara en viktig framgångsfaktor för det fortsatta arbetet. I den tidigare omnämnda departementspromemorian Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro (Ds 2004:16), finns bl.a. förslag om att det skall bli obligatoriskt för försäkringskassorna att minst vart tredje år göra en förnyad utredning av arbetsförmågan hos personer som blir beviljade sjukersättning som inte är tidsbegränsad samt att redan tidigare beslutade sjukersättningar skall följas upp i betydligt högre grad än tidigare.

I 2004 års ekonomiska vårproposition konstaterade regeringen att fler åtgärder måste genomföras för att nå målet om en halvering av sjukskrivningarna till 2008 i förhållande till 2002 samtidigt som antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar i förhållande till 2002 inte skall öka

(prop. 2003/04:100). Bland annat framhölls att det är av stor vikt att de som får t.ex. sjukpenning eller sjukersättning uppfyller kriterierna för detta. Regeringen avser därvid att med regeländringar underlätta för bl.a. läkare och socialförsäkringsadministrationen att förhindra felaktiga sjukskrivningar och beslut om sjukersättning. Till exempel bör ersättning kunna dras in om en försäkrad vägrar att genomgå behandling, utredning eller rehabilitering som syftar till att möjliggöra återgång i arbete. Det handlar om att öka och tydliggöra den enskildes ansvar och medverka till återgång i arbete, men också om att upptäcka och motverka missbruk och felanvändning av sjukförsäkringsförmåner. Regeringen har tidigare framhållit det angelägna i att alla förtidspensionärer skall kunna utnyttja sin återstående arbetsförmåga fullt ut och att en aktivare uppföljning och efterkontroll av beviljade förtidspensioner behöver göras. Av en av RFV lämnad redovisning om hur försäkringskassorna bedriver sin verksamhet med att följa upp beviljade förtidspensioner och sjukbidrag framgår att kontrollverksamheten har mycket låg prioritet hos samtliga försäkringskassor. Brisande resurser angavs genomgående vara det främsta hindret för att kunna genomföra effektiva efterkontroller av beviljade sjukförsäkringsförmåner. Regeringen har som framgår av avsnittet 2.12.6. framhållit att de medel som avsätts för att bryta utvecklingen inom ohälsosområdet även avser förstärkt kontrollverksamhet.

## Handikappersättningar

### Resultat

Rätt till handikappersättning har en person som för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt och därför behöver mer tidskrävande hjälp av annan i den dagliga livsföringen eller för att förvärvsarbeta och/eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Handikappersättningen betalas med belopp som på årsbasis motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Antalet handikappersättningar uppgick under 2003 till drygt 61 000. Det är en ökning med cirka en procent jämfört med föregående år. Det innebär att ökningstakten inom handikappersättningen har dämpats något jämfört med tidigare år. Att ökningstakten har dämpats beror på att den nedre åldersgränsen för handikappersätt-

ningar höjdes från 16 år till 19 år den 1 januari 2003. Till följd av detta beräknas antalet ersättningar endast öka måttligt under åren 2004–2006. Från och med 2007 beräknas antalet däremot åter öka i samma takt som tidigare.

Det har under de senaste åren skett en förskjutning från den högsta till den lägsta nivån av handikappersättning. Förskjutningen fortsatte under 2003 och förväntas fortsätta under hela prognosperioden. Antalet handikappersättningar med den högsta nivån minskade för första gången under 2003, medan antalet med den lägsta nivån ökade precis som tidigare år. Minskningen av den högsta nivån berodde dels på den pågående förskjutningen mellan nivåerna, dels på den höjda nedre åldersgränsen.

Handikappersättningen är ett stöd där antalet kvinnor totalt sett är fler. Dock är männen något överrepresenterade fram till 45 års ålder.

### Analys och slutsatser

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

Genomströmningstiderna inom handikappersättningen har länge varit oacceptabelt långa. Insatser har vidtagits för att komma till rätta med problemen och skillnader mellan försäkringskassor. Resultat av dessa insatser syns nu då genomströmningstiderna för handikappersättningen under året har minskat särskilt när det gäller ärenden med riktigt långa handläggningstider. Även skillnaderna mellan försäkringskassorna har minskat. Minskningen är ett resultat av tidigare gjorda insatser i syfte att förkorta de längsta handläggningstiderna. Genomströmningstiderna har påverkats i rätt riktning genom bl.a. organisatoriska förändringar som koncentration av handläggning, förändrade arbetsmetoder och regelbundna genomgångar med chefer samt försök att skapa högre resultatmedvetenhet bland medarbetarna.

## Arbets-skadeersättningar

### Resultat

Arbets-skadeersättningar 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. Vidare ingår ersättningar enligt den tidigare yrkesskadeersättning.

Under 2003 uppbar drygt 89 000 personer egenlivränta enligt lagen om arbets-skadeersättning och drygt 58 000 hade livränta enligt yrkesskadeersättning.

Antalet beslut om arbets-skadelivränta har ökat något och 2003 fattades 28 598 beslut jämfört med 28 411 för 2002 och 26 658 för 2001. Endast ett fåtal arbets-skadeärenden har hittills prövats enligt den mildare bevisregeln som gäller för skador som inträffat fr.o.m. den 1 juli 2002.

Arbets-skadelivräntorna är värdesäkrade genom koppling till prisbasbeloppet. Från och med 2003 gäller även att den reala löneutvecklingen till hälften medräknas vid den årliga justeringen av arbets-skadelivräntorna.

Regeringen bemyndigade RFV att fr.o.m. den 1 januari 2003 räkna upp livräntorna från den frivilliga yrkesskadeersättningen med den procentsats som motsvarar basbeloppsökningen mellan åren 2002–2003. Livräntorna räknades upp med 1,9 procent.

Genomströmningstiderna för beslut om arbets-skadelivräntor har ökat och skillnaderna mellan försäkringskassorna är betydande. 75 procent av de ärenden som avgjordes under 2003 beslutades inom 515 dagar jämfört med 456 dagar för 2002. Mätt på detta sätt varierar genomströmningstiderna för de olika försäkringskassorna från 370 till 981 dagar. Det innebär att var fjärde försäkrad i den kassan med de längsta handläggningstiderna får vänta nästan tre år på beslut. RFV anger i sin årsredovisning att dessa skillnader inte kan förklaras av att resurstilldelningen för arbets-skadeområdet varierar mellan försäkringskassorna. I stället anger RFV att de försäkringskassor som klarar att avverka fler arbets-skadeärenden än de nya som kommer in arbetar efter en detaljerad arbetsprocess, har satt upp produktionsmål och har koncentrerat handläggningen av arbets-skadeärenden.

Skillnaderna är också stora när det gäller hur stor andel av prövade arbets-skadeärenden som

resulterar i bifall. Den försäkringskassa som beviljade arbets-skadelivränta i störst utsträckning hade en bifallsfrekvens på 68,6 procent. Den lägsta siffran i landet var 29,1 procent. RFV har granskat fyra försäkringskassors beslut om arbets-skada. Studien visar att kvalitetsskillnader i beslutsunderlagen samt försäkringsläkarens arbetssätt har betydelse för utgången av ett arbets-skadeärenden. De försäkringskassor som hade bäst kvalitet hade koncentrerat handläggningen av arbets-skadeärenden till ett fåtal enheter.

### Analys och slutsatser

Ett arbetsliv med goda arbetsmiljöer och bra arbetsförhållanden är viktigt för kostnadsutvecklingen inom arbets-skadeersättning. Ett bra förebyggande arbetsmiljöarbete bör resultera i färre arbets-skador. Eftersom arbets-skadeersättning i första hand ger ersättning vid skador som orsakar bestående nedsättning av arbetsförmågan så är en effektiv rehabilitering och andra insatser som gör det möjligt för människor att återkomma i arbetslivet av stor betydelse. Om det nationella målet för sjukfrånvaron i arbetslivet uppnås kommer det således också att positivt påverka kostnaderna för arbets-skadeersättning. Under 2003 sjönk för första gången sedan 1997 antalet anmälda arbets-skador. Antalet arbets-skadeanmälningar följer därmed förändringarna av antalet nyanmälda sjukfall. Mer kortsiktigt medför dock det stora antalet mycket långa sjukskrivningar och det ökande antalet nya sjukersättningar risk för ökade kostnader inom arbets-skadeersättning.

Praxisutvecklingen påverkar också kostnadsutvecklingen för arbets-skadeersättning. Sannolikt kommer den mildare bevisregeln att innebära att andelen godkända arbets-skador ökar. Regeringen har givit RFV i uppdrag att redovisa effekterna av den nya lagstiftningen.

De stora utmaningarna inom arbets-skadeersättning är att komma till rätta med de avsevärda skillnaderna i bedömningarna av om arbets-skada föreligger och genomströmningstiderna för dessa beslut.

Näringslivets sammansättning på olika orter påverkar arbets-skadornas frekvens och typ vilket i sin tur även kan förklara att bifallsfrekvensen blir olika. Den svenska arbets-skadeersättning bygger också på ett generellt arbets-skadebegrepp och det är knappast möjligt att helt eliminera

skilda bedömningar i en sådan försäkring. De skillnader som för närvarande föreligger är dock så stora att de inte kan accepteras. Även genomströmningstiderna för ärenden rörande arbetsskadelivräntor är oacceptabelt långa. De ökar och varierar kraftigt mellan försäkringskassorna.

Regeringen ser allvarligt på bristerna i handläggningen av arbetsskadeförsäkringen. I stort handlar det om att förbättra styrningen, höja kvalitén i utredningarna och skapa gemensamma arbetsmetoder. En koncentration av handläggningen till färre enheter tycks vara en framgångsfaktor. Inrättandet av en ny sammanhållen statlig myndighet för socialförsäkringsadministration den 1 januari 2005 bör ge betydligt bättre förutsättningar för den metodutveckling och de organisatoriska förändringar som kan behövas för att förbättra hanteringen av arbetsskadeförsäkringen.

### 2.6.2 Den fortsatta strategin för att öka hälsan i arbetslivet

Den fortsatta strategin för arbetet med att öka hälsan i arbetslivet måste vara inriktad på att alla berörda parter med olika medel skall medverka till att målet om halvering av sjukfrånvaron fram till 2008 kan uppnås samtidigt som antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar skall minska. Särskild vikt måste läggas vid att minska antalet långa sjukfall, som trots en tids trend av minskade sjukskrivningar fortfarande är många. Erfarenheterna visar att ju längre tid ett sjukfall pågår, desto svårare blir återgången till arbete. Därför måste insatser från alla olika parter; arbetsgivare, försäkringskassa, sjukvård, arbetsförmedling, den enskilde själv och andra påbörjas tidigt. Rörligheten på arbetsmarknaden och möjligheten för den som behöver byta arbete för att återgå till arbetslivet måste öka samtidigt som arbetstagarnas trygghet på arbetsmarknaden inte försvagas.

En första förutsättning för detta arbete är att slutföra arbetet med det åtgärdsprogram i 11 punkter som regeringen redovisade i budgetpropositionen för 2002. Punkterna 7–9 gällde åtgärder för en snabb återgång till arbete vid ohälsa i arbetslivet, dvs. förnyelse av rehabiliteringen – individen i centrum, justeringar av gällande lagstiftning för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet samt formerna för sjukskrivningsprocessen. Flera av punkterna har tillgodosetts, bl.a.

genom propositionerna Förändringar i sjukförsäkringen för ökad hälsa arbetslivet (prop. 2002/03:89) och Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132). Gjorda uppföljningar visar dock att vissa av de beslutade åtgärderna ännu inte fått riktigt genomslag i försäkringskassans arbete, t.ex. bestämmelsen om att försäkringskassan senast efter ett års sjukskrivning skall ha utrett om villkoren är uppfyllda för att ge den försäkrade aktivitets- eller sjukersättning i stället för sjukpenning.

Vidare kan regeringen konstatera att de nuvarande handläggningsreglerna innebär risk för att bedömningen av den försäkrades förutsättningar att återgå i arbete i alltför hög grad är kopplade till arbetsförhållandena hos den nuvarande arbetsgivaren, vilket medför risk för att arbetsförmågan inte tas till vara i önskvärd utsträckning. Dessutom är handläggningstiderna i sjukpenningärenden fortfarande långa. Sammantaget försvårar sjukförsäkringssystemet den försäkrades möjligheter att återgå i arbete och kan därmed leda till passivitet. Det nuvarande systemet kan också innebära orättvisa för olika försäkrade eftersom de kan få väsentligt olika ersättningsvillkor beroende på den enskilda försäkringskassans bedömning och handläggningstider. Varje försäkrad skall få sin rätt till ersättning bedömd så snart som möjligt, liksom behovet av rehabiliteringsinsatser.

För att göra sjukförsäkringen mer effektiv och rättssäker gav regeringen under sommaren RFV i uppdrag att vidta åtgärder för att förkorta handläggningstiden för ärenden angående rätt till sjukpenning. Frågan om väntetider för sådana beslut har aktualiserats inte bara när det gäller utbetalning av sjukpenning utan också med anledning av att personer som blivit nekade sjukpenning har fått vänta länge på försäkringskassans beslut. Väntetiderna hos de olika försäkringskassorna varierar också kraftigt. Det är enligt regeringens uppfattning inte acceptabelt att personer som trott sig vara berättigade till sjukpenning efter mycket lång väntan får besked om att sådan ersättning inte kan utges. Detta får dock inte innebära någon eftergift för kravet att arbetsförmågan skall vara nedsatt till följd av sjukdom för rätt till sjukpenning. Mot denna bakgrund är det enligt regeringen angeläget att RFV vidtar åtgärder för att åstadkomma en förkortning av handläggningstiden av ärenden om rätt till sjukpenning och om så erfordras skall verket föreslå de författningsändringar som

behövs för att åstadkomma detta. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 15 oktober 2004.

Regeringen avser att under hösten 2004 ge RFV i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen utforma försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning för att tillgodose kravet på en mer kvalitetssäkrad och rättssäker sjukskrivningsprocess. Både RFV och Socialstyrelsen har visat att det finns omotiverat stora skillnader i sjukskrivningspraxis mellan olika delar av landet. Regeringen anser därför att det kan finnas skäl till att det utformas någon form av nationella försäkringsmedicinska riktlinjer i samband med sjukskrivning vilka ger ett stöd för både behandlande läkare och försäkringsadministrationen i kontakterna med de försäkrade i handläggnings- och beslutsprocessen. Tillämpningen av socialförsäkringen skall dock inte förändras i vare sig mer restriktiv eller mer generös inriktning utan avsikten med dessa riktlinjer är att uppnå ökad rättsäkerhet och likformighet i de individuella bedömningarna.

Vidare avser regeringen att under hösten 2004 ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Syftet är att pröva möjligheten att förstärka arbetsgivarens ansvar för att göra en rehabiliteringsutredning och vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder för den enskilde så snart det är medicinskt lämpligt. Avsikten är att i denna översyn även utreda i vilka fall som försäkringskassan skall kunna köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Utredaren skall också belysa och komma med förslag som innebär att den enskilde får större inflytande över innehållet och processen i rehabiliteringen.

Frågan om att införa drivkrafter för hälso- och sjukvården för att minska sjukskrivningarna har aktualiserats under våren 2004 bl.a. genom en gemensam skrivelse från RFV, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund med ett sådant principiellt förslag. Som ett led i beredningen av denna fråga har regeringen beslutat finansiera ett projekt vid Karolinska institutet som syftar till att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som har betydelse för sjukskrivning och sjukfrånvaro. Projektet kommer att redovisas i en rapport till Socialdepartementet i december 2004 och utgör ett viktigt underlag för övervägandena angående det fortsatta arbetet i denna fråga.

En andra förutsättning för ett framgångsrikt arbete på ohälsområdet är inrättandet av den nya sammanhållna statliga myndigheten för socialförsäkringens administration den 1 januari 2005. Syftet med denna förändring är att ge nya och bättre förutsättningar för socialförsäkringsadministrationen att fullgöra de uppdrag som ges av riksdag och regering - inte minst på ohälsområdet. Uppdraget innebär bl.a. att åstadkomma en mer enhetlig rättstillämpning och aktivt bidra till att nå det nationella målet för hälsan i arbetslivet 2008. Denna ambition understryks av att den nya socialförsäkringsadministrationen, Försäkringskassan, även under 2005 kommer att få behålla den resursförstärkning av administrationen för arbetet mot ohälsan som infördes 2003. Försäkringskassan kommer också att få ett resurstillskott för tillkommande arbetsuppgifter enligt vad som anges nedan.

Som en tredje förutsättning för att klara det nationella målet presenterade regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna i december 2003 en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet med att öka hälsan i arbetslivet. I denna redovisades bl.a. ett översiktligt förslag till system för arbetsgivares medfinansiering av anställdas sjukpenningkostnader för hela arbetsmarknaden. Avsiktsförklaringen innehöll dessutom förslag om andra åtgärder och satsningar t.ex. om en rättvis och hållbar sjukförsäkring för den som drabbas av skada eller sjukdom, men också ett förbättrat arbetsmiljöarbete. Vidare framhölls att genom dessa åtgärder skapas ekonomiska förutsättningar för att återställa sjukpenningnivån samt att korta sjuklöneperioden till två veckor.

Mot denna bakgrund avser regeringen om några veckor att förelägga riksdagen en proposition om drivkrafter för minskad sjukfrånvaro. Propositionen innehåller förslag som skall göra det mer lönsamt för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska de långa sjukskrivningarna. Förslagen innebär sammanfattningsvis ett delat kostnadsansvar för sjukpenningen mellan staten och arbetsgivarna genom medfinansiering som innebär att arbetsgivare skall betala en särskild arbetsgivaravgift på 15 procent för arbetstagare som uppbär hel sjukpenning. Ett nytt högkostnadsskydd införs som bl.a. innebär att den särskilda sjukförsäkringsavgiften tas ut först över ett visst fribelopp. Medfinansieringen skall inte gälla för vissa arbetstagare som omfattas av särskilt högriskskydd. Vidare ingår förslag till rikt-

linjer för försäkringskassan om tidpunkter för avstämningsmöte och utarbetande av rehabiliteringsplan. Propositionen avses dessutom innehålla förslag om sänkning av sjukförsäkringsavgiften, återställd sjukpenningnivå till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, två veckors sjuklöneperiod samt obligatoriskt förnyad utredning av sjukersättning som inte är tidsbegränsad.

Sammanfattningsvis anser regeringen att en ytterligare fokusering måste ske på den försäkrades faktiska arbetsförmåga och potentiella möjligheter. Alla möjligheter till förändring av den försäkrades situation bör inventeras och ett klarläggande bör göras av vilket förmånssystem som bäst stödjer dessa möjligheter. En bedömning bör även göras på ett tidigt stadium i vilken mån hälsoproblemen är kopplade till förhållandena på den nuvarande arbetsplatsen samt om ett byte av arbetsplats skulle kunna förändra situationen. Vidare bör det göras tydligt vilka aktörer som har bäst förutsättningar att förändra situationen för den försäkrade. Det är därvid viktigt att samverkan sker dem emellan för att kunna tillhandahålla de bästa verktygen för att förbättra situationen för den enskilde försäkrade.

Mot denna bakgrund kommer en arbetsgrupp inom Regeringskansliet att snarast etableras med uppgift att följa upp de aktuella punkterna enligt 11-punktsprogrammet som avser en snabbare återgång till arbete vid ohälsa i arbetslivet. Arbetsgruppen skall också lämna förslag till ytterligare nödvändiga insatser för att intentionerna i programmet skall förverkligas, till den arbetsgrupp med företrädare för Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna som bereder frågor på detta område.

## II Socialförsäkringens administration

För att tilltron till den allmänna försäkringen skall bibehållas och stärkas måste administrationen av socialförsäkringen fungera väl. Handläggningen måste vara rättssäker och kompetent utförd och organisationen effektiv. Administrationen är ett av regeringens viktigaste verktyg för att nå de politiska målen inom området. Detta gäller inte minst det nationella målet att halvera sjukfrånvaron från arbetslivet till 2008. Den stora utmaningen för administrationen under kommande år ligger därför i att bli fram-

gångsrik i detta arbete. Den pågående organisationsförändringen, med en sammanhållen statlig myndighet från 2005, syftar bl.a. också till detta.

### 2.7 Omfattning

Riksförsäkringsverket (RFV) och de allmänna försäkringskassorna administrerar tillsammans socialförsäkringen och vissa andra förmåner. Varje år görs ca 60 miljoner utbetalningar från socialförsäkringen till enskilda. Årligen fattas drygt 15 miljoner beslut, varav 1,5 procent i socialförsäkringsnämnd.

Vid utgången av 2003 arbetade 1 257 personer på RFV, varav 674 på RFV Data. På de 21 allmänna försäkringskassorna arbetade 15 086 personer.

RFV skall som central förvaltningsmyndighet utöva tillsyn över försäkringskassorna, vara ansvarig systemägare för de gemensamma IT-systemen, utarbeta normer för regel-tillämpningen och svara för ekonomistyrningen inom verksamheten. RFV skall dessutom i vissa delar utöva tillsyn över Premiepensionsmyndigheten (PPM). RFV har vidare ett sektorsansvar för genomförandet av handikappolitiken.

Försäkringskassornas uppgift är att handlägga enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemen på regional och lokal nivå samt svara för samhällets samordning av den arbetslivsinriktad rehabiliteringen.

#### *Kostnader*

De totala kostnaderna (försäkring och administration) uppgick 2003 till 412 miljarder kronor, vilket motsvarar en sjättedel av BNP. Det är en ökning med åtta procent sedan föregående år. Ökningen förklaras främst av ökade utgifter för sjuk- och aktivitetsersättning och ålderspension. Av de totala kostnaderna för försäkringen utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent, eller 8,7 miljarder kronor, varav cirka hälften avser administration av ekonomiskt stöd vid arbetsoförmåga och åtgärder mot ohälsa.

RFV och försäkringskassorna fick under 2003 och 2004 ett tillskott om ca 650 miljoner kronor per år för insatser inom prioriterade områden, varav ca 450 miljoner kronor per år avsåg insatser för att bryta utvecklingen inom ohälsoområdet. Resterande avsåg kostnader för de s.k. följdreformerna till det reformerade pensionssystemet.

## 2.8 Mål för socialförsäkringens administration

Regeringens mål för verksamheten inom socialförsäkringsadministrationen är att socialförsäkringen skall administreras rättssäkert och effektivt samt lika för kvinnor och män, så att tilltron till den bevaras och stärks. Detta mål är övergripande för samtliga verksamhetsgrenar inom administrationen; handläggning, information, normering, tillsyn, ekonomistyrning, IT-utveckling och stabsfunktion. För samtliga verksamhetsgrenar har regeringen formulerat separata mål och återrapporteringskrav.

Utifrån regeringens övergripande mål har RFV, efter samråd med försäkringskassorna, tidigare fastställt undermål, s.k. riksmål. Dessa har varit konkreta och nivå-satta. Under 2003 har gemensamma s.k. nationella mål utvecklats. Dessa mål, som uttrycks i ett gemensamt styrkort ersätter tidigare riksmål och bildar underlag för den löpande uppföljningen av verksamheten och det system för ledningsinformation som driftsatts under första hälften av 2004.

Syftet med den pågående organisationsförändringen är att ge nya och bättre förutsättningar för socialförsäkringsadministrationen att fullgöra de uppdrag som ges av riksdag och regering. Den nuvarande organisationens brister i strukturella frågor och lednings- och ansvarsfrågor skall rättas till. De brister som tidigare påtalats rörde bl.a. oacceptabelt långa handläggningstider, bristfälliga beslutsunderlag och brister i bemötandet av de försäkrade. Skälen till bristerna angavs bl.a. vara dåligt efterföljande av förvaltningslagen och otillräcklig ledning, styrning och kontroll. Med hänsyn härtill har regeringen framhållit att det är särskilt angeläget att åstadkomma en mer enhetlig rättstillämpning på socialförsäkringsområdet, en bättre styrning av IT-verksamheten och en ökad flexibilitet och samsyn inom organisationen.

Tydligt ledningsansvar, nationell samsyn och likformighet samt gemensam verksamhetsutveckling och personalpolitik är viktiga krav som ställs på den nya organisationen.

## 2.9 Insatser

Nedanstående redovisning omfattar insatser såväl inom som utanför politikområdet.

### 2.9.1 Ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration

Under de senaste åren har regeringen vidtagit olika åtgärder för att komma tillrätta med konstaterade brister i socialförsäkringsadministrationen. Ledning, styrning och kontroll har lyfts fram som centrala förbättringsområden. Med detta som utgångspunkt har regeringen låtit göra en utredning beträffande hur den framtida socialförsäkringsadministrationen skall utformas.

Den nämnda utredningen, ANSA-utredningen (dir. 2002:166), överlämnade i juni 2003 ett delbetänkande (SOU 2003:63). I delbetänkandet föreslogs att den nya socialförsäkringsadministrationen skall vara statlig och bestå av en sammanhållen myndighet. Delbetänkandet remissbehandlades vid ett särskilt remissmöte i augusti 2003. Regeringen redovisade därefter i budgetpropositionen för 2004 delbetänkandets förslag och framhöll att regeringen skyndsamt skulle överväga frågan om att inordna försäkringskassorna och RFV i en ny sammanhållen statlig myndighet.

I november 2003 överlämnade ANSA-utredningen sitt slutbetänkande (SOU 2003:106). I slutbetänkandet fördjupade utredningen de förslag som tidigare redovisats i delbetänkandet beträffande organisationsform, ansvarsfördelning och förtroendemannainflytande. Även ytterligare frågor, exempelvis tillsyn behandlades. Slutbetänkandet har remissbehandlats.

Därefter har regeringen i samarbete med Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna utarbetat proposition om en ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration (prop. 2003/04:69). Propositionen överlämnades till riksdagen i mars 2004 och antogs av riksdagen i maj 2004. Därmed slogs fast att en ny sammanhållen statlig myndighet kallad Försäkringskassan inrättas den 1 januari 2005 och att de allmänna försäkringskassorna och RFV avvecklas.



Den nya myndigheten skall ledas av en styrelse med fullt ansvar. En generaldirektör ansvarar för och leder den löpande verksamheten enligt styrelsens direktiv och riktlinjer. Vidare skall ett förtroendemannaorgan, försäkringsdelegationer, inrättas på länsnivå med uppgift att bevaka att myndighetens verksamhet bedrivs effektivt och med god service. Försäkringsdelegationerna skall årligen rapportera till regeringen de iakttagelser som de gjort. Försäkringsdelegationerna kommer vidare att fatta beslut om regional och lokal samverkan inom rehabiliteringsområdet. Någon förändring vad avser socialförsäkringsnämnderna och deras uppgifter sker inte.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare (dir. 2003:170) med uppdrag att vidta de åtgärder som krävs för att den nya myndigheten skall kunna fungera fr.o.m. den 1 januari 2005. Arbetet har organiserats som en bred genomförandeorganisation (Georg) i samverkan med RFV, försäkringskassorna och personalorganisationerna.

Regeringen har vidare i maj 2004 till riksdagen överlämnat proposition (prop. 2003/04:152) beträffande anpassningar i gällande lagstiftning och förslag till ny lagstiftning med anledning av inrättandet av den nya myndigheten. Förslagen är en konsekvens av inrättandet av den nya myndigheten och avvecklingen av de allmänna försäkringskassorna och RFV.

### 2.9.2 Genomförandet av den nya myndigheten

Genomförandet av den nya myndigheten är mycket omfattande och berör på ett eller annat sätt hela socialförsäkringsadministrationen. Samtidigt är det viktigt att förändringsarbetet inte medför störningar i servicen till de försäkrade.

Redan under ANSA-utredningen redovisades ett antal kriterier för ett bra förändringsarbete. Dessa kriterier har hela tiden funnits med som viktiga komponenter i genomförandearbetet. Detta handlar bl. a. om att tydliga mål för vad man vill uppnå med förändringen skall kommuniceras ut i organisationen, samtidigt som värderingar och spelregler som skall gälla i förändringsarbetet skall klargöras på ett tidigt stadium. Genomförandearbetet skall också präglas av stor öppenhet. Information om hur arbetet fortskri-

der och vilka steg som tas skall vara snabb och tillgänglig, dvs. lätt att förstå och lätt att nå.

ANSA-utredningen framhöll också att i och med förändringen till en sammanhållen statlig myndighet ändras förutsättningarna för delar av kontroll, granskning och tillsyn av socialförsäkringen och dess administration. Delar av det som tidigare varit extern kontroll och granskning övergår till att bli aktiviteter inom ramen för den interna styrningen. I betänkandet redovisas vissa förslag som syftar till att kontrollåtgärder utformas som medverkar till att stärka medborgarnas förtroende för och tilltro till socialförsäkringen och dess administration. Uppföljning bör därför ske av att medborgarna hanteras på ett korrekt sätt. Därför bör t.ex. inom ramen för den interna styrningen och kontrollen system och rutiner finnas för hantering av klagomål från enskilda. Försäkringsdelegationernas synpunkter i sådana frågor föreslås kunna nyttiggöras av myndigheten.

Vad som nu sagts har beaktats inom Georgarbetet. Bland annat har ett antal projektgrupper organiserats för att arbeta med olika administrativa områden och därvid konkret behandla hur de administrativa förändringarna bör utformas och genomföras. Med koppling till vad ANSA ovan framhållit om intern styrning och kontroll kan t.ex. nämnas att ett projekt har behandlat förtroendedelegationernas verksamhet och ett annat projekt har behandlat lednings- och styrningsfrågor. Arbetet bedrivs i bred samverkan med den nuvarande administrationen och dess personal. Därvid har bl.a. tidigare erfarenheter och pågående utvecklingsinsatser inom RFV och försäkringskassorna beaktats i projektarbetet. Under juni 2004 har en samlad rapportering från samtliga projektgrupper gjorts beträffande arbetsläget inom respektive grupp ([www.sou.gov.se/georg](http://www.sou.gov.se/georg)).

Som framgår av RFV:s årsredovisning för 2003 har arbetet inletts inom administrationen för förbättrade resultat under de kommande åren. Flera betydelsefulla utvecklingsprojekt har bedrivits gemensamt av RFV och försäkringskassorna. Exempel på detta är bl.a.

- gemensamma metoder har utvecklats för sjukförsäkringshandläggningen,
- nytt handläggarstöd har driftsatts hos samtliga försäkringskassor,
- nya internetjänster har öppnats,
- kundmötesstrategi har utarbetats,

- gemensamma resultatmål har fastställts, och
- ny kontrollstrategi har tagits fram och implementerats.

Som nämnts har dessa insatser även vägts in i Georg-arbetet.

### 2.9.3 Insatser inom ohälsområdet

Inom ramen för regeringens satsning för att bryta den negativa utvecklingen inom ohälsområdet tillfördes socialförsäkringsadministrationen medel för åren 2003 (ca 430 mnkr) och 2004 (ca 450 mnkr). Ohälsosatsningen har hittills bl.a. inneburit fler handläggare inom rehabiliteringsverksamheten, fler försäkringsläkare, utbildning av såväl handläggare som försäkringsläkare och andra läkare samt informationskampanjer riktade till allmänhet, arbetsgivare och läkare. De tillförda medlen har i huvudsak förbrukats för sina ändamål. Se vidare avsnitt 2.6.1 Resultat, analys och slutsatser samt bilaga till detta utgiftsområde.

### 2.9.4 Övriga insatser

#### *Behandling av personuppgifter*

Regeringen har i prop. 2002/03:135 lagt förslag om skydd för integriteten av personuppgifter inom socialförsäkringens administration. Propositionen behandlar bl.a. för vilka ändamål personuppgifter får användas, hur sökning får ske och hur de registrerade skall informeras. De nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 december 2003.

#### *24-timmarsmyndigheten*

Regeringen har i prop. 2003/04:40 om 24-timmarsmyndighet inom socialförsäkringens administration lagt förslag med avsikt att ge RFV, försäkringskassorna och PPM större möjligheter att erbjuda service och självbetjäning via Internet. Den nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 april 2004.

#### *Arlandamöten*

I februari 2003 genomfördes traditionsenligt det årliga mötet på Arlanda mellan representanter på ledningsnivå från socialförsäkringens administration. Arbetslivsministern och barn- och familjeministern var värdar. Syftet med dessa möten är att tydliggöra regeringens roll och öka dess närvaro i myndighetsstyrningen. Under 2003 riktades fokus på det gemensamma ansvaret, regeringens mål och beställning samt myndigheternas åtagande. Under Arlandamötet 2004 diskuterades ohälsarbetet och den föreslagna omorganisationen. Mötet leddes även detta år gemensamt av arbetslivsministern och barn- och familjeministern.

## 2.10 Resultatbedömning

### 2.10.1 Resultat

#### **Arbetet påbörjat för ökad effektivitet under kommande år**

De senaste årens förtydligade och utvecklade styrning från regeringen har satt distinkta spår inom socialförsäkringens administration. År 2003 var ett genombrottsår för den gemensamma verksamhetsutvecklingen. Samarbetet mellan RFV och försäkringskassorna har fördjupats och effektiviserats. De har tillsammans drivit flera utvecklingsprojekt med syfte att skapa en mer sammanhållen organisation, med likformig tillämpning av försäkringen och en effektiv handläggning. De viktigaste projekten redovisas nedan.

#### *Handläggarsöd i drift*

Det nya handläggarsödet är nu i drift vid samtliga försäkringskassor. I dag ingår fem förmåns slag; tillfällig föräldrapenning (TFP), föräldrapenning (FP), sjukpenning, samordnad rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Dessutom finns möjlighet att behandla ärenden om sjukpenninggrundande inkomst. Försäkringskassornas handläggare är nu mer positiva till systemet än tidigare. De går dock ännu inte att utläsa några effektivitetsvinster.

### *Handläggning av vissa ärenden*

Regeringen beslutade 2002 om att vissa ärenden inom tandvårdsförsäkringen samt ärenden om efterlevandepension och efterlevandestöd skall handläggas vid för alla försäkringskassor gemensamma enheter. Tandvårdsförsäkringen handläggs vid Skåne läns allmänna försäkringskassa och efterlevandeförmånerna vid Norrbottens läns allmänna försäkringskassa.

Koncentrationen av handläggningen av tandvårdsstöd till äldre försäkrade har resulterat i ökad likformighet i handläggning och rättstillämpning. Inledningsvis drabbades verksamheten av långa handläggningstider men dessa har nu minskat till en rimlig nivå. Kraven på kvaliteten på beslutsunderlagen har bibehållits även under perioden med stora ärendebalanser. Under en period förekom dock brister i bedömningarna av ärenden. Det finns fortfarande behov av utveckling av teknikstödet för handläggningen.

Etableringen av handläggningen av efterlevandeförmåner har lyckats bra. Kvaliteten på handläggningen utvecklas positivt, handläggningstiderna minskar liksom kostnaderna för administrationen.

### *Nya internetjänster*

Internettjänster har öppnats för viktiga förmåner. Tjänsterna skall öka servicen till de försäkrade, minska administrationskostnaderna och avlasta handläggarna. De nya tjänsterna är:

- anmälan och begäran om föräldrapenning (FP) och tillfällig föräldrapenning (TFP),
- sjukanmälan av anställda (för arbetsgivare), och
- anmälan av anställdas uttag av TFP (för arbetsgivare).

Andelen anmälningar via servicetelefon och Internet fortsätter att öka och uppgår nu till ca 60 procent av det totala antalet anmälningar avseende sjukpenning, TFP och FP.

### *Risken för fusk och fel minskas*

Elektroniskt informationsutbyte i realtid minskar risken för fusk och fel. Ett gemensamt system har därför utvecklats som binder samman datorsystemen hos försäkringskassorna, Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och arbetslöshetskassorna. I dagsläget används systemet av försäkringskassorna och arbetslöshetskassorna för att förhindra att dubbelutbetalningar sker och se

till att rätt belopp betalas ut. Systemet ersätter manuella kontakter mellan myndigheter och skall på sikt även ge minskade administrationskostnader, snabbare handläggningstider samt säkra att informationen endast ges till behöriga frågeställare. Under 2005 skall Centrala studiestödsnämnden (CSN) anslutas till systemet för att öka kvaliteten vid fastställande av studiestöd och förenkla administrationen kring handläggningen av bostadsbidrag.

Under 2003 har vidare en s.k. kontrollstrategi mot fusk och fel utarbetats inom socialförsäkringens administration. Denna har implementerats under 2004. Strategin har samordnats med motsvarande insatser inom vissa andra myndigheter, såsom Skatteverket och Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

### *Rapportering av misstänkt fusk/polisanmälningar*

Försäkringskassorna följer upp antalet polisanmälningar som vidtagits till följd av misstanke om fusk i ärenden inom samtliga försäkrings- och bidragsområden. Totalt sett har antalet polisanmälningar ökat från 398 år 2002 till 410 år 2003. I 20 procent av anmälningarna har åklagare väckt åtal. I dessa ärenden har i stort sett alla åtal lett till fällande dom. En förklaring till att polisanmälningarna ökat är den undersökning RFV gjorde 2002 av fel och fusk inom tillfällig föräldrapenning. Många av utredningarna om misstänkt fusk i de ärenden som hittades i undersökningen blev inte klara förrän under 2003.

### *Gemensam kundmötesstrategi*

En gemensam kundmötesstrategi har utarbetats och skall vidareutvecklas. Strategin innebär bl.a. att erfarenheter som vunnits genom försök med servicedialoger och serviceåtaganden skall spridas. Vidare har en gemensam metod och ett verktyg för att ta hand om kundklagomål och kundsynpunkter tagits fram. Avsikten är att kundmötena skall effektiviseras via självbetjäning, telefonikundtjänst och besökskundtjänst.

### *Gemensamt styrkort*

Nationella mål har tagits fram för 2004 och administrationen arbetar nu utifrån ett gemensamt styrkort, som ersätter de tidigare riksmålen. Styrkortet bildar underlag för den löpande uppföljningen av verksamheten och det system för ledningsinformation som används. Uppföljningssystemet är primärt framtaget för att led-

ningen för verket och kassorna skall kunna följa verksamheten mot plan och mot det slutliga målet, men det är också tillgängligt för samtliga 15 000 handläggare i riket.

Därutöver har SFA arbetat med produktivitets-, kvalitets- och effektivitetsindex för försäkringskassorna. Produktivitetsindex finns redan etablerat i verksamheten. För övriga index, som är svårare att skapa, pågår överväganden och diskussion.

### Tilltron till försäkringen

Statistiska centralbyrån (SCB) har undersökt enskildas syn på socialförsäkringssystemet och försäkringskassornas arbete. Medborgarnas tilltro till socialförsäkringssystemet får ett godkännande, men inte mer än så. Den allmänna synen på välfärdssystemen, offentliga verksamheter och hur försäkringskassorna sköter sitt arbete påverkar tilltron i störst utsträckning.

I socialförsäkringsadministrationens årliga kundundersökning får tillförlitligheten hos försäkringskassorna höga betyg. Kunderna ger administrationen betyget 4,0 på en femgradig skala, både för bemötande och tillförlitlighet.

### Blandad utveckling för kvalitet och produktivitet

Handläggningen av socialförsäkringsärenden skall hålla hög kvalitet och vara kostnadseffektiv. När det gäller kvalitetsmåten är dock bilden skiftande. Ett positivt inslag är att genomströmningstiderna för SFN-ärenden minskat mellan 2002 och 2003, från högst 216 till högst 211 dagar. Förbättringen är särskilt påtaglig när det gäller de äldsta ärendena. Genom ett särskilt projekt har administrationen riktat starkt fokus på frågan.

Andelen korrekt handlagda ärenden, som grundas på ärenden med tillräckligt beslutsunderlag, konstateras oförändrat hög. Dock har, liksom under föregående år, en alltför stor andel ärenden brister i beslutsunderlagen. Spridningen mellan försäkringskassorna är något större när det gäller korrekta beslutsunderlag än i fråga om rätt beslut.

Resultatet för riket är i stort sett oförändrat i jämförelse med 2002. Även då var andelen korrekta ärenden i beslut och utbetalning över 98 procent och andelen ärenden med tillräckligt

beslutsunderlag ca 94 procent. Vad gäller andelen korrekta beslut varierar försäkringskassornas resultat mellan 94,4 procent och 99,9 procent. Avseende rätt utbetalning varierar resultaten i stort sett lika mycket, från 95,3 procent till 100 procent. I fråga om tillräckliga beslutsunderlag är skillnaderna större. Där varierar resultaten mellan 81,8 procent och 98,4 procent.

Produktiviteten har efter flera års positiv utveckling sjunkit något under 2003. Detta förklaras främst av att resurstillskottet på ohälsoområdet – som bl.a. har använts för fördjupat arbete med sjukförsäkringsärenden – och nya tekniska lösningar såsom servicetelefoner och Internet-tjänster, ännu inte lett till minskade kostnader.

### Justitieombudsmannen

Justitieombudsmannen (JO) granskar de ärenden där klagomål riktas mot försäkringskassornas handläggning utifrån förvaltningslagen. Under 2003 var det totala antalet inkomna ärenden i stort sett oförändrat jämfört med 2002, medan antalet avgjorda ärenden minskade från 270 till 241. Andelen ärenden med kritik minskade kraftigt från 17 procent 2002 till 8 procent 2003. I likhet med föregående år handlade JO:s kritik till övervägande del om dröjsmål i handläggningen.

### Kvinnor och män behandlas lika

I det övergripande målet för socialförsäkringsadministrationen 2003 har kravet på en likabehandling för kvinnor och män lyfts fram. Enligt RFV:s bedömning förekommer i de fall där statistik finns tillgänglig, inget som tyder på olikheter i behandlingen av kvinnor respektive män. Inte heller den kundundersökning som verket årligen genomför, ger belägg för att kvinnor och män behandlas olika. Administrationen får där höga genomsnittsbetyg för bemötande av såväl kvinnor som män. Om resultatet bryts ned på olika kundgrupper förekommer dock vissa skillnader mellan könen.

### Barnperspektivet

Administrationens arbete för att införliva barnperspektivet i verksamheten har pågått sedan 2000 och har hittills fokuserat på att kartlägga hur barnperspektivet berör verksamheten.

Under 2003 har verksamheten vidareutvecklats. Bland annat har ett särskilt barnnätverk bildats i syfte att få en bredare förankring för barnperspektivet inom organisationen. RFV fick i 2004 års regleringsbrev i uppdrag att identifiera inom vilka verksamhetsområden barn och unga kan ges möjlighet att komma till tals i frågor som rör dem i enlighet med de krav som FN:s barnkonvention ställer samt redovisa förslag på utvecklingsmöjligheter. RFV har med anledning av uppdraget inkommit med rapporten Barns rätt att komma till tals inom socialförsäkringsadministrationen (dnr S2004/4980/SF). Av rapporten framkommer bl.a. att RFV har tagit fram en barnpolicy som skall vara ett hjälpmedel i det fortsatta arbetet och en utgångspunkt för de aktiviteter som sker utifrån barnkonventionen.

### Anställda inom socialförsäkringsadministrationen

Sedan den 1 juli 2003 är det obligatoriskt för myndigheter att lämna uppgifter om de anställdas sjukfrånvaro i myndighetens årsredovisning. Sjukfrånvaron skall då mätas i procent av de anställdas tillgängliga arbetstid. Tidigare har myndigheterna själva bestämt hur de räknat fram sjukfrånvaron. För att få jämförbarhet över tid är uppgifterna i nedanstående tabell baserade på RFV:s tidigare sätt att beräkna sjukfrånvaron (antalet sjukdagar i kalenderdagar i förhållande till det totala antalet kalenderdagar).

**Tabell 2.15 Genomsnittlig sjukfrånvaro vid RFV och försäkringskassorna**

Procent

	2001	2002	2003
<i>Riksförsäkringsverket</i>			
- totalt	2,2	2,2	3,0
- kvinnor	2,9	3,0	4,0
- män	1,4	1,3	1,9
<i>Försäkringskassorna</i>			
- totalt	7,8	8,0	7,1
- kvinnor	8,6	8,9	7,9
- män	4,1	4,2	4,1

Den genomsnittliga sjukfrånvaron hos försäkringskassorna är fortsatt hög men har minskat något – från 8,0 procent 2002 till 7,1 procent 2003. Andelen sjukfrånvarande har sjunkit vid större delen av försäkringskassorna. Detta är ett resultat av en medveten satsning för ökad hälsa

inom kassorna. Störst är minskningen bland kvinnorna. Andelen sjukfrånvarande är dock fortfarande betydligt högre för kvinnor än för män.

Inom RFV har den relativt låga sjukfrånvaron däremot ökat något – från 2,2 procent 2002 till 3,0 procent 2003. Även inom verket är andelen sjukfrånvarande högre bland kvinnor än bland män och, fr.o.m. 2002, något ökande för båda grupperna.

Beräknas sjukfrånvaron för anställda inom RFV enligt nya förordningsbestämmelser som gäller fr.o.m. den 1 juli 2003, dvs. i procent av gruppens sammanlagda tillgängliga arbetstid, konstateras något högre relativa andelar än enligt verkets tidigare beräkningsmodell. Den totala sjukfrånvaron 2003 uppgår då till 3,7 procent, för kvinnor till 5,2 procent och för män till 2,5 procent (Sjukfrånvaron i staten – myndigheter och sektorer 2003, Finansdepartementet).

Såväl inom RFV som försäkringskassorna upplever de anställda den fysiska arbetsmiljön som god. Den psykosociala arbetsmiljön har utvecklats positivt hos försäkringskassorna medan verkets personal har blivit något mindre nöjda med sin situation jämfört med föregående år.

### Försäkringsmedicinskt centrum

Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) är en resultatenhet vid försäkringskassan i Östergötland, vars verksamhet sedan 2003 är helt intäktsfinansierad. FMC har drivits sedan 2000 och är nu etablerad på fem orter i landet; Tranås, Nynäshamn, Göteborg, Norrköping och Västerås. Kärnverksamheten består i att utföra kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar.

FMC visade efter sitt fjärde verksamhetsår ett positivt ekonomiskt resultat. Utredningsverksamheten har under 2003 haft en god beställningsvolym som gett full produktion. Under året inkom drygt 2 880 beställningar, varav endast 24 från andra beställare än försäkringskassorna. Jämfört med 2002 har antalet beställningar ökat med ca 600, vilket främst förklaras av de under 2003 etablerade verksamheterna i Västerås och Norrköping.

## 2.10.2 Resurser

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

Av de totala kostnaderna för socialförsäringen 2003 utgör kostnaderna för administrationen drygt två procent, eller 8,7 miljarder kronor. Under perioden 2001 till 2003 har administrationskostnaderna ökat med sammanlagt 14 procent. Politikområdena Ersättning vid arbetsoförmåga och Ekonomisk familjepolitik

svarade för mer än 75 procent av administrationskostnaderna under 2003. Det är dock administrationskostnaderna för Ekonomisk äldrepolitik och Hälso- och sjukvårdspolitik som ökat kraftigast under perioden (33 respektive 26 procent). Ökningarna förklaras av omfattande insatser för utveckling av det nya pensionssystemet respektive förändrade regelverk och ökade volymer.

I tabell 2.16 redovisas kostnaderna för socialförsäringens administration under åren 2002 och 2003, fördelade per verksamhetsområde och verksamhetsgren.

**Tabell 2.16 Socialförsäkringsadministrationens kostnader för handläggning och information samt övriga verksamhetsgrenar fördelat per verksamhetsområde, 2002 och 2003**

Miljoner kronor

Verksamhetsområde /År	Handläggning		Information		Övrigt <sup>1</sup>		Totalt	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Tandvård	158	190	3	6	9	10	170	206
Hälso- och sjukvård	22	33	1	2	3	3	26	38
Insatser för delaktighet/jämlikhet	151	160	2	3	4	4	157	167
Åtgärder mot ohälsa	903	1 104	29	69	7	6	939	1 179
Ersättning vid arbetsoförmåga	2 958	3 215	55	56	63	62	3 076	3 333
Ersättning vid ålderdom	381	538	18	18	29	25	428	581
Ersättning vid dödsfall	55	54	2	3	5	3	62	60
Ålderspensionssystemet	676	699	77	48	109	72	862	819
Försäkring (Familjebidrag)	874	956	34	27	30	25	938	1 008
Behovsprövade bidrag	939	928	27	27	37	27	1 003	982
Generella bidrag	112	102	4	3	7	4	123	109
Andra utbetalningar	313	192	11	8	29	13	353	213
<b>Totalt</b>	<b>7 542</b>	<b>8 171</b>	<b>263</b>	<b>270</b>	<b>332</b>	<b>254</b>	<b>8 137</b>	<b>8 695</b>

<sup>1</sup> Ca 1,2 % (21 mnkr) av RFV:s administrativa resurser avsattes 2003 för normering, 0,3 % (6 mnkr) för tillsyn, 1,1 % (19 mnkr) för ekonomistyrning, 2,6 % (46 mnkr) för IT-utveckling och 9 % (162 mnkr) för stabsfunktion.

Källa: RFV

Merparten av de totala kostnaderna för socialförsäkringens administration belastar verksamhetsgrenen *Handläggning*. Här återfinns all verksamhet inom RFV och försäkringskassorna som är knuten till handläggning av individuella ärenden. Kostnaderna består av personal- och lokal-kostnader, förvaltnings och produktionskostnader samt räntor och avskrivningar för IT-system. Jämfört med föregående år har kostnaderna för verksamhetsgrenen ökat. Räntor och avskrivningar för IT-systemen inom handläggning har ökat markant under 2003 beroende på att 2002 var ett investeringsrikt år för immateriella tillgångar.

Kostnaderna för *IT-utveckling* som inte är handläggningsdefinierat är lägre än 2002 beroende på pensionsprojektets stora kostnader för IT-utveckling under detta år. Under 2003 har projektet avvecklats och kostnaderna därmed upphört.

Övriga differenser mellan verksamhetsgrenarna mellan åren förklaras av att verksamhet har omdefinierats.

### 2.10.3 Analys och slutsatser

Regeringen finner att den grund som RFV och försäkringskassorna lagt till fortsatta förbättringar, tillsammans med det förändringsarbete som nu pågår inom Georg, på ett bra sätt svarar upp mot de förväntningar som finns om ett smidigt genomförande av den nya organisationen. De mål och den inriktning för den framtida socialförsäkringsadministrationens verksamhet som regeringen slagit fast fungerar som utgångspunkt för förändringsarbetet.

Centralt i förändringsarbetet är tydliggörandet av ansvar i lednings- och styrfrågor. Såväl den nya styrelsens roll, med fullt ansvar, som den operativa ledningens måste klargöras inom hela organisationen. Detsamma gäller rollfördelningen i övrigt och då särskilt när det gäller ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i organisationen. En prioriterad uppgift bör vara att utforma en väl fungerande gemensam verksamhetsplanering och -utveckling. Detta är viktiga delar av lednings-, styrnings- och kontrollsystemen och effektiva sådana system måste snarast finnas. Utformning av sådana delar är också en viktig uppgift för Georg och förhoppningsvis kommer därför redan vid myndighetens start sådana rutiner och system att kunna etableras.

Frågorna bör ägnas stor uppmärksamhet av den nya myndighetens ledning och löpande utvecklas som ett led i effektiviseringen av verksamheten.

Regeringen vill särskilt påpeka att det är mycket viktigt för tilltron till välfärdssystemen att förbättringar snabbt kan ske beträffande en enhetlig rättstillämpning. En förutsättning för detta är att enhetliga arbetsrutiner och metoder får ett ordentligt genomslag tvärs över hela organisationen som grund för att få en hög och jämn kvalitet i ärendehandläggningen. Härigenom bör exempelvis bristfälliga beslutsunderlag kunna undvikas och handläggningstiderna för ärendena hållas inom beslutade tidsramar. Även kvalitetskontrollen behöver ägnas stor uppmärksamhet och löpande vidareutvecklas med koppling till hur förbättringen av kvaliteten i beslutsunderlag och serviceförbättringar i handläggningsrutiner fortskrider. Servicen till medborgarna skall vara lika i hela landet och detta måste kunna mätas och kontrolleras. Regeringen kommer att noga följa utvecklingen av detta arbete inom den nya organisationen, liksom myndighetens arbete mot fusk och fel.

Nära kopplat till möjligheterna att höja kvaliteten i ärendehandläggning är utveckling av personalpolitiken. Det är viktigt att den nya organisationen utifrån en analys av sitt kompetensbehov såväl utbildar sina anställda som rekryterar personal. En väl genomförd löpande utveckling av myndighetens kompetens stärker myndighetens effektivitet och beredskap inför förändringar. Likaså måste delaktighet, samverkan och öppenhet vara ledstjärnor för utveckling av personalpolitiken i den nya myndigheten. Det kan även påpekas att statliga arbetsgivare skall öka andelen kvinnor på ledande befattningar och sträva efter att öka den etniska och kulturella mångfalden bland de anställda på alla nivåer och att detta givetvis också gäller för den nya myndigheten. Arbetsmiljön i den nya myndigheten skall uppmärksammas och förbättras. En god arbetsmiljö och arbetsorganisation som främjar personlig utveckling och ökat ansvar innebär viktig stimulans för de anställda och medverkar till minskad frånvaro, ökat engagemang och förbättrad kvalitet. Arbetsmiljön skall vara ett prioriterat område. En god arbetsmiljö och arbetsorganisation är grunden för att myndigheten utför sina åtaganden mot anställda och försäkrade på ett bra och effektivt sätt.

Regeringen vill även påminna om att de förändringar som nu sker har samband med kam-

pen mot ohälsan. Genom gemensamma förhållningssätt och utnyttjande av samhällets samlade resurser på ett mer optimalt sätt kan åtgärderna stärkas och målet för ohälsarbetet uppnås effektivare. En viktig uppgift för den nya myndigheten är därför att medverka till att samverkan med andra aktörer i ohälsarbetet löpande stärks och effektiviseras. Nya gemensamma metoder och rutiner bör fastställas och få genomslag i hela den nya organisationen.

Slutligen vill regeringen framhålla att analys och utvärdering av verksamheten är en viktig uppgift för myndigheten. Så har t.ex. regeringen behov av uppföljningar, utvärderingar, analyser och prognoser. Det bör vara en uppgift för den nya myndigheten att initiera och genomföra uppföljningar och utvärderingar av reformer och andra förändringar i regelverken och tillämpningen. Utvärderingar och analyser skall göras med ett könsperspektiv. Redan i samband med att förslag lämnas till riksdagen bör system för uppföljning och utvärdering börja byggas upp. Det är allmänt sett viktigt att måluppfyllelse följs upp och analyseras, varvid även en löpande utveckling av resultatindikatorer bör ske.

Vidare bör myndigheten löpande utveckla prognos- och analysmetoderna. Regeringen har också behov av kunskapssammanställningar i policyrelevanta frågor. Regeringen anser det därför nödvändigt att myndigheten breddar sin kompetens om forskning och utredningsverksamhet i socialförsäkringar och anslutande bidragssystemen, både nationell och internationell, utanför den egna organisationen. Det är angeläget att resultaten av myndighetens utvärderingar och prognoser uppfattas som trovärdiga. Detta kräver att funktionen för utvärderingar har stor integritet i förhållande till myndighetens operativa verksamhet.

## 2.11 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat RFV:s årsredovisning och underliggande redovisning avseende 2003 och bedömer att den i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder inom socialförsäkringsområdet med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och RFV.

Riksrevisionen har vidare granskat regeringens och myndigheternas arbete med att införa en

elektronisk förvaltning (Vem styr den elektroniska förvaltningen? RIR 2004:19). Revisionens övergripande slutsats är att det finns tydliga risker att målen för den elektroniska förvaltningen inte kommer att uppnås, om utvecklingen fortsätter som hittills. Ett antal åtgärder rekommenderas i syfte att förbättra möjligheterna att förverkliga regeringens vision om en modern elektronisk statsförvaltning i medborgarnas tjänst.

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat hur statliga webbplatser uppfyller statsmakternas mål för den elektroniska förvaltningen (Ett informations-samhälle för alla? Användbarhet och tillgänglighet hos statliga webbplatser, RRV 2003:11). RRV:s konstaterar är att användar- och tillgänglighetsperspektivet inte har fått tillräcklig uppmärksamhet vid utbyggnaden av den elektroniska förvaltningen. Det innebär att stora medborgargrupper inte kan dra nytta av de nya elektroniska tjänster som erbjuds. Även hos myndigheter som är av speciellt intresse för funktionshindrade förekommer webbplatser med låg tillgänglighet, bl.a. gäller detta RFV och försäkringskassan.

## 2.12 Budgetförslag

### 2.12.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.

**Tabell 2.17 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.**

Tusental kronor

2003	Utfall	48 562 242	Anslags-sparande	-4 084 090
2004	Anslag	47 324 423 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	43 244 826
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>41 370 263 <sup>2</sup></b>		
2006	Beräknat	41 394 320		
2007	Beräknat	43 629 680		

<sup>1</sup> Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

<sup>2</sup> 3 738 976 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2005, varav 126 956 tkr avser regleringsbelopp 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.

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

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

Mellan åren 2001 och 2002 minskade antalet dagar i de kortaste sjukfallen, vilket indikerade att inflödet av nya sjukfall hade börjat minska. Under 2003 minskade dagantalet i samtliga sjukfallslängder kortare än ett år. Fler och fler dagar samlas nu hos de allra längsta sjukfallen. Av samtliga dagar tillhör 44 procent sjukfall som varat över ett år.

Antalet nettodagar minskade 2003 för första gången sedan 1997. Minskningen under detta år jämfört med 2002 uppgick till 4,3 procent. Under första halvåret 2004 har antalet netto-sjukpenningdagar minskat med 13 procent jämfört med motsvarande tid 2003. Den nedåtgående trenden av antalet nettodagar har således förstärkts.

Från och med den 1 januari 2005 kommer de nuvarande fonderna för den frivilliga sjukförsäkringen att avvecklas i samband med att den nya Försäkringskassan inrättas (prop. 2003/04:152). Avsikten är att utgifterna för denna försäkring (ca 2 miljoner kronor per år) skall belasta anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering, m.m.* fr.o.m. 2005. En översyn av hur denna försäkring närmare skall redovisas kommer att ske under 2005.

För 2005 beräknas kostnaderna för sjukpenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till ca 36,5 miljarder kronor, för 2006 till ca 36,1 miljarder kronor och för 2007 till ca 37,9 miljarder kronor.

## Rehabilitering

Rehabilitering omfattar utgifter för rehabiliteringspenning och köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

### *Rehabiliteringspenning*

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering skall försäkringskassan bevilja rehabiliteringspenning. Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenningen styrs av dels antalet ersatta dagar, dels medelersättningens storlek. Antalet ersatta dagar påverkas av förändringar inom regelverk och regelverkets administration. Även demografiska förändringar samt frånvaroförändringar på individnivå har betydelse för utvecklingen. Medelersättningens storlek påverkas framförallt av regelverk och löneutvecklingen i samhället. Utgiftsutvecklingen påverkas också av i vad mån försäkringskassan hinner med att bedöma behovet av rehabilitering och påbörja samordnade rehabiliteringsinsatser.

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick år 2003 till 4,8 miljoner. Det är en ökning med ca 600 000 dagar jämfört med 2002. Medelersättningen ökade med 3,2 procent till 452 kronor vid jämförelse mellan 2002 och 2003. Mot bakgrund av det pågående arbetet med att minska sjukfrånvaron kan antalet personer som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering förväntas öka.

För 2005 beräknas kostnaderna för rehabiliteringspenning (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till ca 3,8 miljarder kronor, för 2006 till ca 4,2 miljarder kronor och för 2007 till ca 4,7 miljarder kronor.

### *Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.*

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

Kostnaderna uppgick år 2003 till 948 miljoner kronor, vilket är en miljon kronor mindre än anslagna medel. För 2005 beräknas kostnaderna för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster uppgå till 971,5 miljoner kronor. Även för 2006

respektive 2007 beräknas kostnaderna till 971,5 miljoner kronor.

### Närståendepenning

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

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick år 2003 till 93 400 dagar. Ökningen mellan 2002 och 2003 var 2 500 dagar. Ökningstakten har därmed minskat något jämfört med tidigare år.

Under år 2003 betalades närståendepenning ut till 9 600 personer för vård av 7 900 sjuka. Antalet har därmed ökat med mellan 200 och 100 personer i vardera gruppen under året. Sju av tio vårdare är kvinnor. I genomsnitt ersattes knappt tio dagar per vårdare. Skillnaden mellan könen är liten. Det genomsnittliga antalet ersatta dagar per person som vårdas var tolv dagar. Antalet dagar per person såväl vad gäller vårdare som personer som vårdas ligger därmed kvar på samma nivå som under 2002.

Den genomsnittliga ersättningen per nettodag var 697 kronor, en ökning med 17 kronor jämfört med 2002. Den genomsnittliga ersättningsnivån för män ligger ca 100 kronor högre än för kvinnor.

Prognosen för 2005–2007 är beräknad på att antalet ersatta dagar ökar med ca 3 procent per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2005 beräknas kostnaderna för närståendepenningen (inkl. statlig ålderspensionsavgift) uppgå till ca 79,7 miljoner kronor, för 2006 till ca 84,1 miljoner kronor och för 2007 till ca 88,4 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Sjukfrånvaron har minskat under 2004 och beräknas fortsätta minska de kommande åren, vilket innebär att även utgifterna för sjukpenning beräknas minska under åren 2005–2007. De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2005 och därefter är dock osäkra.

I avsiktsförklaringen från regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna i december 2003 framgår bl.a. att sjuklöneperiodens längd skall återställas till två veckor fr.o.m. den 1 januari 2005. Från samma datum skall inte heller sjukpenningen beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst multiplicerad med faktorn 0,97. Förslag om dessa regeländringar avses föreläggas riksdagen under oktober månad i år. Anslaget har av denna anledning justerats upp med 2 340 miljoner kronor.

Arbetet med att minska kostnaderna för ohälsan fortsätter och kan komma att intensifieras om det är nödvändigt. Regeringen anger under avsnittet 2.6.2. inriktningen på det fortsatta arbetet för bl.a. att få ned de höga kostnaderna för sjukskrivningar.

**Tabell 2.18 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m.**

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>44 424 423</b>	<b>44 424 423</b>	<b>44 424 423</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	2 561 500	2 593 500	2 593 500
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-237 412	-231 794	-253 578
Volymer	-10 870 506	-9 533 067	-7 275 923
Överföring till/från andra anslag	-22 500	-22 500	-22 500
Övrigt	5 514 758	4 163 758	4 163 758
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>41 370 263</b>	<b>41 394 320</b>	<b>43 629 680</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 41 370 263 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering, m.m. under 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 41 394 320 000 respektive 43 629 680 000 kronor.

## 2.12.2 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 2.19 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.<sup>1</sup>**

Tusental kronor

2003	Utfall	58 526 687	Anslags-sparande	-300 045
2004	Anslag	64 855 417	Utgifts-prognos	63 938 713
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>73 534 667</b>	<sup>2,3</sup>	
2006	Beräknat	76 160 466		
2007	Beräknat	79 211 041		

<sup>1</sup> T.o.m. 2002 Förtidspensioner

<sup>2</sup> 12 839 807 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2005, varav 244 797 tkr avser regleringsbelopp för 2002.

<sup>3</sup> Fr.o.m. 2005 omfattar anslaget även utgifterna för bostadstillägg till personer med aktivitets- eller sjukersättning.

Redovisningen av anslaget är uppdelad på de tre anslagsposterna:

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

### Aktivitets- och sjukersättning

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

Genom riksdagsbeslut ersattes förtidspension och sjukbidrag fr.o.m. 2003 av förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning. Ändringen innebär bl.a. att vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan utges aktivitetsersättning till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 30–64 år. De personer som vid årsskiftet 2002/03 uppbar förtidspension eller sjukbidrag fick sin förmån automatiskt omvandlad till sjukersättning respektive tidsbegränsad sjukersättning genom en engångsinsats.

Utgiftsutvecklingen för de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning är, på

samma sätt som förtidspensionerna var, beroende av ett flertal olika faktorer. De viktigaste är utvecklingen av de långa sjukskrivningarna, de demografiska förhållandena regeltillämpningen, praxisutvecklingen samt inkomst- och basbeloppsutvecklingen.

Det har skett en successiv och tilltagande ökning av antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar (förtidspensioner och sjukbidrag) sedan slutet av 1999. Försäkringsutgifterna för de utbetalade ersättningarna steg med drygt 8 600 miljoner kronor mellan 2002 och 2003. Denna kraftiga ökning berodde huvudsakligen på att antalet förmånsberättigade ökade kraftigt samtidigt som det reformerade förtidspensionssystemet infördes i vilket bruttoersättningarna höjdes för att kompensera för att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) slopades. Genom att regleringsbeloppet avseende den statliga ålderspensionsavgiften 2001 var kraftigt negativt minskade det utgående underskottet till 2004 med drygt 1 000 miljoner kronor till ca 300 miljoner kronor.

Under 2003 skedde, och under 2004 sker, en fortsatt stark ökning av antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar. Ökningen, som beräknas fortsätta i samma takt under 2005, är en följd av den kraftiga uppgången av antalet långa sjukfall under de senaste åren. Den utvecklingen, som till viss del beror på demografiska situationen, med relativt sett många personer i arbetskraften som är födda på 1940-talet, är den främsta orsaker till att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kan förväntas fortsätta att ligga på en hög nivå under budgetperioden.

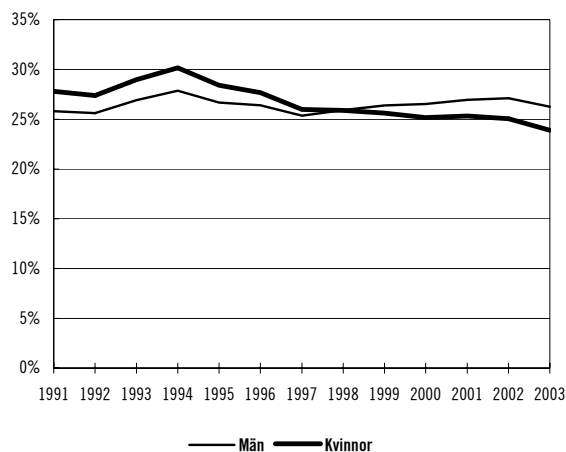
### Bostadstillägg till personer med aktivitets- eller sjukersättning

I 2004 års ekonomiska vårproposition föreslog regeringen att de ändamål och verksamheter som avser bostadstillägg för pensionärer och som betalas till personer med sjuk- och aktivitetsersättning, vilka finansieras med anslaget 20:3 *Bostadstillägg till pensionärer m.fl.* under utgiftsområde 11 Ekonomisk trygghet vid ålderdom, överförs till utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Enligt förslaget skulle därför ett belopp på 3 600 miljoner kronor fr.o.m. 2005 överföras från utgiftsområde 11 Ekonomisk trygghet vid ålderdom till utgifts-

område 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Riksdagen godkände förslaget.

Som nyss angetts sker en stark ökning av antalet personer som beviljas aktivitets- eller sjukersättning. Andelen kvinnor respektive män med förtidspension eller sjukersättning och som under perioden 1991–2003 uppburit bostadstillägg till pensionärer framgår av nedanstående diagram.

**Diagram 2.1 Andel kvinnor resp. män med bostadstillägg bland förtidspensionärerna 1991–2003**



Källa: RFV

Reglerna för beräkning av bostadstillägg finns översiktligt beskrivna under anslaget 20:3 *Bostadstillägg till pensionärer m.fl.* Utgiftsutvecklingen styrs förutom av antalet personer med aktivitets- eller sjukersättning av utvecklingen av prisbasbeloppet, boendekostnaderna och medelersättningen.

Med hänsyn till ovanstående faktorer har utgifterna för denna anslagspost beräknats till ca 3 741 miljoner kronor för 2005, ca 3 924 miljoner kronor för 2006 samt till ca 4 041 miljoner kronor för 2007.

#### Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Sedan 1999 finns ett särskilt försäkringsstöd för att finansiera ersättning som – enligt lagen (1998:175) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag – utges till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med avseende på återstående arbetsförmåga på 25 procent. Det skall i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie

arbetsmarknaden, eventuellt med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader skall berörda personer kunna beredas anställning vid Samhall AB. Detta försäkringsstöd redovisades fram till 2004 under anslaget 19:5 *Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning.*

Utvecklingen för kostnaderna för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivaren i varje enskilt fall. Utgifterna ökade från ca 9,6 miljoner kronor 2002 till närmare 14,5 miljoner kronor 2003. För innevarande år beräknas utgifterna till ca 17 miljoner kronor och under perioden 2005–2007 förväntas en successiv ökning till ca 20 miljoner kronor per år.

#### Regeringens överväganden

Av ovanstående framgår att en fortsatt successiv och markant ökning av antalet personer med långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan är att vänta under de närmaste åren. I praktiken bedöms detta innebära att antalet personer som uppstår dessa förmåner kommer att öka successivt från nuvarande ca 527 000 till ca 541 000 i slutet av 2004 och till ca 560 000 vid utgången av 2005.

Det nationella målet innebär att antalet nya aktivitets- och sjukersättningar skall minska fram till 2008 i förhållande till 2002. Målet innebär att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade under 2003 till juni 2008 skall vara lägre än det totala antalet nybeviljade ersättningar 2002 med tillägg för den demografiska utvecklingen. För att kunna uppnå detta mål krävs olika åtgärder inom hela ohälsoområdet i enlighet med vad som anges i avsnittet 2.6.2 om det fortsatta arbetet för att öka hälsan i arbetslivet.

Det är också angeläget att olika åtgärder för både kvinnor och män vidtas som påverkar utvecklingen på kort sikt och som riktar sig till dem som har beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning att kunna helt eller delvis återgå till arbetslivet.

Oavsett påbörjade, vidtagna och aviserade åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet finns det mycket som talar för att utvecklingen av de långa sjukfallen i kombination med de demogra-

fiska förhållandena leder till att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kommer att ligga på en fortsatt mycket hög nivå under hela budgetperioden, dvs. till och med 2007. Med de demografiska förhållandena avses dels de stora åldersgrupperna som är födda på 1940-talet och som under de närmaste åren uppnår de åldrar då risken att helt eller delvis förlora arbetsförmågan av medicinska skäl är som störst, dels att förhållandevis få personer med sjukersättning övergår till ålderspension under de närmaste åren.

Vidare kommer fr.o.m. 2005, som nyss redovisats, anslaget att öka som en konsekvens av att utgifterna för bostadstillägg till personer med aktivitets- eller sjukersättning förs över från utgiftsområde 11 anslaget 20:3 *Bostadstillägg till pensionärer m.fl.*

**Tabell 2.20 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>64 855 417</b>	<b>64 855 417</b>	<b>64 855 417</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	869 303	1 755 624	1 461 936
Volymer	6 580 297	9 365 689	9 865 920
Överföring till/från andra anslag	3 741 000	3 924 000	4 041 000
Övrigt	-2 511 350	-3 740 264	-1 013 232
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>73 534 667</b>	<b>76 160 466</b>	<b>79 211 041</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 73 534 667 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* under 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 76 160 466 000 respektive 79 211 041 000 kronor.

## 2.12.3 19:3 Handikappersättningar

**Tabell 2.21 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor

2003	Utfall	1 199 905	Anslags-sparande	-27 542
2004	Anslag	1 217 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 223 000
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 203 000</b>		
2006	Beräknat	1 211 000		
2007	Beräknat	1 242 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (bet. 2003/04:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2005.

Rätt till handikappersättning har en person fr.o.m. juli månad det år han eller hon fyller 19 år och som innan han eller hon fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt och därför behöver mer tidskrävande hjälp av annan i den dagliga livsföringen eller för att förvärvsarbete och/eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Handikappersättningen betalas med belopp som på årsbasis motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Utgiftsutvecklingen styrs främst av prisbasbeloppsutvecklingen, andelen retroaktiva utbetalningar och utvecklingen av antalet personer med handikappersättning. En förändring av prisbasbeloppet med 100 kronor påverkar utgifterna för handikappersättningen med drygt 3,1 miljoner kronor. Om antalet personer med handikappersättning med högsta ersättningsnivån förändras med 100 påverkas utgiften för anslaget med 3 miljoner kronor. Om antalet personer med handikappersättning med lägsta ersättningsnivån ökar/minskar med 100 från prognostiserat antal påverkas utgiften för anslaget med 1,6 miljoner kronor.

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

Under budgetåret 2003 uppgick utgifterna för handikappersättning till 1 200 miljoner kronor. Det innebär att utgifterna detta år översteg anslaget med 9 miljoner kronor. För innevarande budgetår beräknas utgifterna till ca 1 223 miljoner kronor, jämfört med anslaget på 1 217 miljoner kronor. Med hänsyn till att det från 2003 finns ett ingående underskott på knappt 28 miljoner kronor beräknas underskottet för budgetåret till ca 34 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Nedre åldersgränsen för rätt till handikappersättning höjdes den 1 januari 2003 från 16 år till halvårsskiftet det år en person fyller 19 år. Med anledning av att denna förändring beräknas antalet ersättningar endast öka måttligt under åren 2004–2006. Från och med 2007 beräknas antalet däremot åter öka i samma takt som tidigare.

Riksdagen har enligt 2004 års ekonomiska vårproposition beslutat att förkorta den tid då det är möjligt att få handikappersättning utbetald retroaktivt från 2 år till sex månader, dock tidigast fr.o.m. den månad då rätt till förmånen inträtt (prop. 2003/04:100 bet. 2003/04:FiU20 rskr. 2003/04:284). Denna förändring medför en utgiftsminskning under 2005 med 30 miljoner kronor och 2006 med 45 miljoner kronor som bl.a. bidrar till finansiering inom utgiftsområde 9 av anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade*. Förslaget trädde ikraft den 1 juli 2004.

Anslagsbehovet för budgetåret 2005 utgår från det fastställda prisbasbeloppet 39 400 kronor. I detta ingår en uppräkningsbelopp på grund av retroaktiva utbetalningar.

**Tabell 2.22 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>1 224 000</b>	<b>1 224 000</b>	<b>1 224 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	–30 000	–45 000	–45 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	10 234	42 789	65 485
Volymer	0	–3 645	–3 441
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	–1 234	–7 144	956
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 203 000</b>	<b>1 211 000</b>	<b>1 242 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 203 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för 2005. För 2006 och för 2007 beräknas anslaget till 1 211 000 000 kronor respektive 1 242 000 000 kronor.

### 2.12.4 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

**Tabell 2.23 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor

2003	Utfall	6 230 104	Anslags-sparande	176 873
2004	Anslag	6 473 009	Utgifts-prognos	6 363 497
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 362 059<sup>1</sup></b>		
2006	Beräknat	6 697 938		
2007	Beräknat	7 055 412		

<sup>1</sup> 390 084 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2005, varav – 42 952 tkr avser regleringsbelopp för 2002.

### Regeringens överväganden

Det finns flera faktorer som kan påverka kostnaderna för arbetsskadeförsäkringen. Långsiktigt bör insatserna för ett hälsosammare arbetsliv leda till att antalet arbetsskador minskar. På kort sikt torde det ökade antalet nytillkommande sjukersättningar leda till fler ansökningar om arbetsskadelivränta. Den mildare bevisregeln vid prövning av arbetsskador kommer sannolikt också att medföra ett ökat antal ansökningar om arbetsskadelivränta.

Det finns en risk att flera ansökningar om arbetsskadelivränta medför att de redan långa genomströmningstiderna för dessa ärenden ökar ytterligare. Detta skulle innebära att kostnadsökningen i arbetsskadeförsäkringen förskjuts. Regeringen anser dock ett det inom den nya myndigheten finns förutsättningar att effektivisera handläggningen av arbetsskadeförsäkringen.

Regeringens bedömning är att kostnaderna för arbetsskadeförsäkringen inte kommer att öka under 2005, men att en successiv kostnadsökning kan förväntas de närmaste åren därefter.

**Tabell 2.24 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>6 473 009</b>	<b>6 473 009</b>	<b>6 473 009</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	68 155	236 230	427 056
Volym	-136 153	-58 815	97 133
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	-42 952	47 514	58 214
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>6 362 059</b>	<b>6 697 938</b>	<b>7 055 412</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 362 059 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetsskadeersättningar m.m.* för 2005. För 2006 och för 2007 beräknas anslaget till 6 697 938 000 respektive 7 055 412 000 kronor.

### 2.12.5 19:5 Ersättning för kroppsskador

**Tabell 2.25 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2003	64 720	4 336	
2004	Anslag	58 559	62 491
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>61 675<sup>1</sup></b>	
2006	Beräknat	62 885	
2007	Beräknat	64 921	

<sup>1</sup> 375 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2005, varav -1 106 tkr avser regleringsbelopp för 2002.

### Regeringens överväganden

Ersättningar för kroppsskador har varierat mycket över åren och är därför svåra att prognostisera. En viss ökning av kostnaderna kan förväntas på sikt genom de förbättringar av de totalförsvarspiktigas personskadeskydd och ändrade indexeringsregler som infördes 2002. Kostnaderna för äldre skador förväntas dock minska något. Totalt bedömer regeringen att kostnaderna för ersättning för kroppsskador kommer att var något lägre 2005 än 2004.

**Tabell 2.26 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:5 Ersättning för kroppsskador**

Tusental kronor

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004<sup>1</sup></b>	<b>58 559</b>	<b>58 559</b>	<b>58 559</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	477	1 100	2 358
Volym	3 745	3 707	3 585
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	-1 106	-481	419
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>61 675</b>	<b>62 885</b>	<b>64 921</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2003 (bet. 2003/04:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 61 675 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Ersättning för kroppsskador* för 2005. För 2006 och 2007 beräknas anslaget till 62 885 000 respektive 64 921 000 kronor.

### 2.12.6 19:6 Försäkringskassan

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

**Tabell 2.27 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Utfall <sup>1</sup>	Anslags-sparande	Utgifts-prognos <sup>1</sup>
2003			0
2004	Anslag <sup>1</sup>		
<b>2005</b>	<b>Förslag</b>	<b>7 159 398</b>	
2006	Beräknat	6 717 114 <sup>2</sup>	
2007	Beräknat	6 600 607 <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Anslagen för 2004 för 19:6 *Riksförsäkringsverket* och 19:7 *Allmänna försäkringskassor* uppgår totalt till 6 935 mnkr. Den samlade prognosen 2004 uppgår till 6 922 mnkr och utfallet för 2005 till 6 866 mnkr.

<sup>2</sup> Motsvarar 6 654 535 tkr i 2005 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 6 430 463 tkr i 2005 års prisnivå.

#### *Riksförsäkringsverket (tidigare 19:6)*

Verksamheten inom RFV har i huvudsak finansierats genom anslag på statsbudgeten, men även genom avgiftsintäkter avseende egna resultatområden.

RFV hade vid utgången av 2003 ett anslags-sparande på 41,3 miljoner kronor, vilket motsvarar 4,3 procent av anslaget. Regeringen har beslutat att anslagssparande över tre procent får disponeras av verket. Av verkets anslagssparande har 10 miljoner kronor delfinansierat en höjning

av anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* under 2004. Detta har reglerats genom tilläggsbudget i samband med 2004 års ekonomiska vårproposition (prop. 2003/04:100).

#### *Allmänna försäkringskassor (tidigare 19:7)*

Försäkringskassorna använde under 2003 en anslagskredit på knappt 21 miljoner kronor (0,4 procent). Under en av anslagets poster fanns dock ett anslagssparande om knappt 70 miljoner kronor. Av dessa avsåg 30 miljoner kronor outnyttjade medel, som avsatts för s.k. avstämningsmöten inom sjukförsäkringen. Regeringen har dragit in 7,5 miljoner kronor av dessa medel och fört 22,5 miljoner kronor till regeringens (7,5 mnkr) respektive regeringkansliets (15 mnkr) disposition, bl.a. för finansiering av vissa kostnader i samband med bildandet av den nya Försäkringskassan.

#### *Den nya myndigheten Försäkringskassan*

Den nya myndigheten Försäkringskassan bildas den 1 januari 2005. De två tidigare anslagen 19:6 *Riksförsäkringsverket* och 19:7 *Allmänna försäkringskassor* upphör därför vid utgången av 2004 och ersätts av ett för socialförsäkringsadministrationen gemensamt anslag 19:6 *Försäkringskassan*. Eventuellt positivt eller negativt anslagssparande vid utgången av 2004 på de båda anslag som då upphör, skall föras till det nya anslaget 19:6 *Försäkringskassan*.

### **Budget för avgiftsbelagd verksamhet**

#### *Riksförsäkringsverket (tidigare 19:6)*

Vissa av RFV:s administrationskostnader har täckts av medel från Allmänna Pensionsfonden (AP-fonden) och de affärsdrivande verken. Ersättning från AP-fonden avser verkets kostnader för administration av ålderspension i form av tilläggspension och inkomstpension. Enligt regeringsbeslut (dnr S2003/2039/SF) uppgår denna ersättning till 557 miljoner kronor för 2004, inklusive ett underskott om 67 miljoner kronor från 2002 som reglerats i samband med 2004 års ersättning. Underskottet beror i huvudsak på en nedskrivning av lånet för utveckling av IT-system samt högre kostnader för förvaltning och produktion inom RFV Data.

RFV:s administration av arbetsskador som regleras före den 1 juli 1995 skall, såvitt avser de affärsdrivande verken, finansieras med avgifter.

Avgifternas storlek följer av regeringsbeslut den 14 juni 1984. RFV får dessutom utöver vad som anges i 4 § avgiftsförordningen (1992:191) mot ersättning utföra datorbehandlings- och tillhandahållnings-tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. Avgiftsintäkterna disponeras av RFV.

Den EU-finansierade tjänsteexportens omsättning har minskat kraftigt, från 11 miljoner kronor 2002 till fyra miljoner kronor 2003. De två tidigare Twinningprojekten i Slovenien och Polen, som stod för 95 procent av den totala omsättningen, har slutförts. Under 2003 har RFV påbörjat ett motsvarande projekt i Litauen och vunnit internationella anbudstävlingar om projekt i Lettland och Slovakien.

#### *Allmänna försäkringskassor (tidigare 19:7)*

Vissa av försäkringskassornas kostnader har täckts av ersättningar bl.a. från AP-fonden. Ersättningen från AP-fonden skall täcka kostnader för administrationen av tilläggspension för ålderspensionärer och inkomstpension. Enligt regeringsbeslut (dnr S2003/2039/SF) uppgår denna ersättning för 2004 till 347 miljoner kronor.

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

#### *Den nya myndigheten Försäkringskassan*

Kostnaderna för administration av ålderspension i form av tilläggspension och inkomstpension under 2005 har av RFV (dnr S2004/1647/SF) beräknats uppgå till sammanlagt 908 (574 + 334) miljoner kronor, exklusive pris- och löneomräkning. Häri ingår ett underskott från RFV:s bokslut 2003 på 35 miljoner kronor, som i huvudsak beror på nedskrivning av lån. Administration av småföretagarförsäkring m.m., administration av familjebidrag (också benämnt ersättning från försvaret) samt intäkter enligt avgiftsförordningen 4 § och övriga ersättningar beräknas uppgå till ca 10 miljoner kronor 2005.



**Tabell 2.28 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
<b>Utfall 2003</b>	<b>811 024</b>	<b>829 960</b>	<b>-18 936</b>
– varav			
RFV	520 464	515 864	4 600
FK	290 560	314 096	-23 536
– varav ersättning från AP-fonden			
RFV	505 768	501 466	4 302
FK	279 360	305 208	-25 848
– varav tjänsteexport (RFV)	4 114	3 816	298
<b>Prognos 2004</b>	<b>933 890</b>	<b>852 150</b>	<b>81 740</b>
– varav			
RFV	575 615	508 150	67 465
FK	358 275	344 000	14 275
– varav ersättning från AP-fonden			
RFV	556 965	490 000	66 965
FK	346 775	334 000	12 775
– varav tjänsteexport (RFV)	8 000	7 500	500
<b>Budget 2005</b>	<b>934 950</b>	<b>899 350</b>	<b>35 600</b>
– varav ersättning från AP-fonden	907 800	872 700	35 100
– varav tjänsteexport	6 000	6 000	0

## Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden

RFV har sedan 1999 medgivande att disponera högst åtta miljoner kronor per år av sitt anslag för att stödja forskning inom socialförsäkringsområdet. För att stödja forskningsbehov som är särskilt angelägna ur socialförsäkringsadministrationens perspektiv höjdes ramen för forskning inom RFV:s anslag till 11 miljoner kronor per år 2004. Samtidigt bemyndigades verket att ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2004.

Regeringen avser att medge att motsvarande ram för forskning, 11 miljoner kronor, fastställs inom anslaget 19:6 *Försäkringskassan* även för 2005. Regeringen föreslår att den nya myndigheten skall kunna ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet som inklusive åtaganden som tidigare ingåtts av RFV, innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2005.

**Tabell 2.29 Beställningsbemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2003	Prognos 2004	Förslag 2005	Beräknat 2006	Beräknat 2007–
Utestående åtaganden vid årets början	8 000	9 000	9 000	–	–
Nya åtaganden	9 000	11 000	12 000	–	–
Infriade åtaganden	-8 000	-11 000	-11 000	-11 000	–
Utestående åtaganden vid årets slut	9 000	9 000	10 000	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>9 000</b>	<b>12 000</b>	<b>12 000</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

## Regeringens överväganden

**Tabell 2.30 Härledning av anslagsnivån 2005–2007, för 19:6 Försäkringskassan**

Tusental kronor

	2005	2006	2007
<b>Anvisat 2004</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	0	0	0
Beslut	19 072	-690 360	-702 024
Överföring till/från andra anslag	7 166 557	7 433 951	7 329 556
Övrigt	-26 231	-26 478	-26 925
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>7 159 398</b>	<b>6 717 114</b>	<b>6 600 607</b>

Regeringen beräknar anslaget utifrån en pris- och löneomräkning av de tidigare anslagen 19:6 *Riksförsäkringsverket* och 19:7 *Allmänna försäkringskassor*. Vidare tillförs anslaget 653 000 000 kronor för fortsatta insatser inom prioriterade områden (ohälsa och följdreformer) under 2005. Sammantaget motsvarar detta tillskott de medel som för 2004 tillfördes RFV och försäkringskassorna för kostnader avseende insatser för att bryta utvecklingen inom ohälsområdet (458 mnkr) samt för kostnader i samband med följdreformer till det reformerade pensionsystemet (195 mnkr).

Därutöver tillförs anslaget 50 000 000 kronor 2005 för administrativa kostnader som följer av de förslag som ingår i den proposition om ekonomiska drivkrafter för minskad sjukfrånvaro m.m. som regeringen avser att lämna till riksdagen inom kort.

Totalt avsätts således 508 000 000 kronor till åtgärder för att bryta utvecklingen inom ohälsområdet. De administrativa konsekvenserna av de förslag som läggs i den kommande propositionen – arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningkostnaderna, förstärkt sjukkontroll, borttagande av den tredje sjuklöneveckan och en ambitionshöjning beträffande avstämningsmöten och rehabiliteringsplaner – bedöms rymmas inom den totala resursramen. Delar av de medel som tillförs anslaget avser arbetet med att införskaffa och registrera data som är nödvändiga för att beräkna arbetsgivarnas medfinansiering av de sjukfall som påbörjades före den 1 januari 2005 och som omfattas av medfinansieringen fr.o.m. detta datum. Dessa registreringar skall vara klara senast den 1 april 2005.

Med anledning av att personalen hos de allmänna försäkringskassorna fr.o.m. den 1 januari 2005 inordnas i det statliga tjänstepensions-systemet förs ca 400 000 000 kronor per år från anslaget 19:6 *Försäkringskassan* till anslaget 1:12 *Statliga tjänstepensioner m.m.* (utgiftsområde 2). Samtidigt tillförs anslaget 19:6 *Försäkringskassan* ca 500 000 000 kronor per år för de pensionspremier som myndigheten skall erlagga.

Som angivits i prop. 2003/04:152 Anpassningar med anledning av en ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration bör hyresbeloppen för vissa av Försäkringskassans lokaler under en övergångstid successivt anpassas till en marknadsmässig nivå. Regeringen återkommer senare med reglering av detta på Försäkringskassans anslag.

För att finansiera vissa behov inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg förs medel från anslaget. Det är dels administrativa besparingar, bl.a. kopplade till prop. 2003/04:96 Vissa socialförsäkringsfrågor, dels omdispositioner av innevarande års medel som möjliggör detta. År 2005 förs sålunda 2 000 000 kronor till anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* samt 2 000 000 kronor till anslaget 16:9 *Statens institut för särskilt utbildningsstöd*. Från och med 2005 överförs dessutom 3 000 000 kronor per år till anslaget 15:2 *Myndigheten för internationella adoptioner* samt 24 000 kronor per år till 28:1 *Riksarkivet och landsarkiven*. Det senare i enlighet med överenskommelse som tecknats mellan försäkringskassan i Västernorrland och Riksarkivet vid överlämnande av arkivhandlingar.

Från och med 2006 överförs 3 000 000 kronor per år till anslaget 7:4 *Samhällets skydd mot olyckor*.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 159 398 000 kronor anvisas för anslaget 19:6 *Försäkringskassan* under 2005. För åren 2006 och 2007 beräknas anslaget till 6 717 114 000 kronor resp. 6 600 607 000 kronor.

Bilaga

# Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa



## Bilaga

# Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

### Innehållsförteckning

---

Sammanfattning.....	7
1 Regeringens ohälsomål.....	7
2 Utvecklingen under 2003 och 2004.....	8
2.1 Sjukpenningdagar.....	8
2.2 Antalet sjukfall.....	9
2.3 Deltidssjukskrivningar.....	12
3 Några speciella grupper.....	13
3.1 Sjukskrivna arbetslösa.....	13
3.2 Regionala ohälsoskillnader .....	14
3.3 Sjukfrånvaro i olika sektorer på arbetsmarknaden.....	15
4. Sjuk- och aktivitetsersättning .....	15
5 Arbetsmiljöns utveckling.....	18
6 Rehabilitering.....	19
7 Regeringens åtgärder för minskad ohälsa 2003 .....	19
8 Möjligheter och hinder att uppnå målen om minskad ohälsa.....	22

## Tabellförteckning

---

1.1	Diagnosmönster bland deltidssjukskrivna när sjukskrivning har påbörjats med hel ersättning .....	12
1.2	Deltidssjukskrivningar 2002 – 2004.....	13
1.3	Sjukskrivna som var inskrivna som arbetslösa dec 2003.....	14
1.4	Sjukfrånvaro i olika sektorer på arbetsmarknaden.....	15
1.5	Nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar efter diagnos 2002 .....	17
1.6	Förändring i antalet personer med rehabiliteringspenning mellan december 2002 och december 2003.....	19

## Diagramförteckning

---

1	Antalet ersatta sjukpenningdagar månadsvis 2000 – juli 2004.....	9
2	Antalet sjukpenningdagar i olika längdklasser 1995 – 2004.....	9
3	Antalet sjukfall med fördelning efter kön .....	10
4	Sjukpenningtal <sup>1</sup> i olika åldersgrupper.....	10
5	Antalet nytillkomna sjuk- och rehabiliteringsfall och arbetslöshet. Säsongsrensade glidande 3-månaderstal resp. procent av arbetskraften .....	10
6	Antal sjukfall längre än ett år 1974 – 2003 .....	11
7	Sjukskrivningsstatus efter 3 månaders heltidssjukskrivning (procent) .....	11
8	Arbetslöshet och ohälsotal för länen 2002 .....	14
9	Förändring av ohälsotal (sjukpenning och sjukersättning) länsvis 2002-2004.....	14
10	Andelen sjukskrivna kvinnor och män efter sektor 1990 -2003.....	15
11	Antal personer med aktivitets- eller sjukersättning .....	16
12	Nyttillkomna aktivitets- och sjukersättningar, män och kvinnor .....	16
13	Anmälda arbetssjukdomar 1988 – 2003 Antal per tusen förvärvsarbetande; arbetstagare och egenföretagare .....	18
14	Anställda och ohälsa, kvinnor, 1988 – 2002 Procent.....	18
15	Anställda och ohälsa, män, 1988 – 2002 Procent .....	18





## Sammanfattning

Under 2003 och första halvåret 2004 har sjukskrivningarna minskat från rekordåret 2002, som också är utgångsår för de båda delmålen för en minskad ohälsa. Det första delmålet är att halvera antalet dagar med sjukfrånvaro, det andra att nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättning (f.d. förtidspension) skall minska.

Under 2003 minskade antalet sjukpenningdagar<sup>1</sup> med fyra procent, och nedgången var då helt koncentrerad till korta sjukskrivningar. Under 2004 har minskningen tagit fart även bland de långtidssjuka, så att nedgången hittills i år totalt är 13 procent jämfört med motsvarande period 2003. Huvudorsaker till nedgången torde vara arbetslösheten – en ökad arbetslöshet brukar alltid medföra en minskning i sjukskrivningar – samt att en del personer med långa sjukskrivningar under framför allt 2004 övergick till aktivitets- och sjukersättning. Även en högre andel deltidssjukskrivning har bidragit till utvecklingen.

Även antalet sjuklönedagar minskade något under första halvåret 2003, men bedöms ha ökat i och med införandet av den tredje sjuklöneveckan den 1 juli 2003.

Antalet nya aktivitets- och sjukersättningar var relativt lågt under 2003 trots ett mycket högt antal långtidssjukskrivna. Orsakerna till den låga nivån var sannolikt administrativa – det gamla förtidspensionssystemet ersattes av ett nytt den 1 januari 2003, vilket medförde ökad administrativ belastning på försäkringskassorna. Under 2004 har antalet nytillkomna ersättningar ökat, och nivån t.o.m. augusti 2004 ligger en bra bit över målet. Målformuleringen för nya aktivitets- och sjukersättningar gäller ett genomsnitt för perioden 2002 – juni 2008, så detta delmål är fullt möjligt att nå även om det fortfarande finns många långtidssjuka – cirka 122 000 personer har varit sjukskrivna längre än ett år i maj 2004.

Det finns ett tydligt samband mellan arbetslöshet och korta sjukskrivningar. Även om minskningstakten just för tillfället är hög, finns det en risk att åtminstone de korta sjukskrivningarna ökar när arbetsmarknadsläget förbättr-

ras. Utmaningen blir då att genom effektiva åtgärder undvika dels en ökning av nya sjukfall, dels att de korta sjukskrivningarna inte övergår i långa.

Regeringen bedömer sammanfattningsvis att det finns förutsättningar att nå båda målen.

## 1 Regeringens ohälsomål

### *Definitioner*

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Målet är att frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

### *Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning*

Sjukskrivningarna kan delas upp i tre delar beroende på sjukskrivningens längd och ersättningsform. Den första delen är den så kallade karensdagen för vilken det inte utges någon ersättning. Dag 2 till och med dag 21 i perioden ersätts av arbetsgivaren i form av sjuklön. Sjuklöneperioden har förlängts med 7 dagar från och med 1 juli 2003. Fram till denna tidpunkt utbetalades sjuklön t.o.m. dag 14. Sjukpenning som betalas ut från sjukförsäkringen utges från och med dag 22. En sjukskrivning som inte omfattas av sjuklönelagen är oftast berättigad till sjukpenning. Detta gäller bl.a. arbetslösa och egenföretagare. I dessa fall utges sjukpenning från och med dag 2. Om den försäkrade som har inkomst från annat förvärvsarbete än anställning har valt att ha 3 eller 30 karensdagar utges sjukpenning först efter karenstidens slut. Regeringens ohälsomål innefattar alla sjukskrivna som har rätt till ersättning i form av sjuklön eller sjukpenning och beräknas inklusive karensdagen. Även arbetslösa och andra grupper som saknar anställning men har rätt till sjukpenning inkluderas. Målet innefattar inte personer som uppbär rehabiliteringspenning. Sådan ersättning betalas ut om den sjukskrivne deltar i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering.

### *Indikatorer*

Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall mätas med Riksförsäkringsverkets

<sup>1</sup> Med sjukpenningdagar avses i denna bilaga från sjukförsäkringen ersatta nettodagar. Nettodagar innebär att antalet dagar med partiell ersättning har räknats om till hela ersättningsdagar. Exempelvis utgör två ersättningsdagar med halv ersättning en nettodag.

(RFV) statistik över antalet ersatta nettosjukpenningdagar från sjukförsäkringen och sjukfrånvarodagar under sjuklöneperioden. I måttet ingår även karensdagarna. Nettodagar betyder i sammanhanget att de dagar där ersättningen avser partiell sjukskrivning omräknas till hela dagar. När det gäller sjuklöne- och karensdagar baseras regeringens halveringsmål på uppgifter utan omräkning till nettodagar. Det statistiska underlaget tillåter inte en sådan omräkning.

#### *Kvantifierat mål*

Utgångspunkten för regeringens mål är helår-utfallet 2002, dvs. det totala antalet ersatta nettodagar, uttagna sjuk- och karensdagar och nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar under år 2002. Målet för frånvaro på grund av sjukskrivning uppnås om summan av ersatta nettodagar, sjuklönedagar- och karensdagar för perioden juli 2007 – juni 2008 är högst hälften så många som antalet motsvarande dagar 2002. Korrigering skall dock göras med hänsyn till den demografiska utvecklingen. År 2002 ersattes 94,5 miljoner nettodagar från sjukförsäkringen. Dessutom uppgick antalet sjuklönedagar och karensdagar till sammanlagt 16 miljoner dagar. Totalt innebär detta 110,5 miljoner dagar. En halvering enligt regeringens mål innebär att antalet ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar för perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 skall uppgå till 55,3 miljoner dagar, innan den demografiska utvecklingen har beaktats. Demografieffekten beräknas till 1,2 miljoner dagar. Efter att demografieffekten har beaktats kan målet för antalet dagar med frånvaro på grund av sjukskrivning kvantifieras till 56,5 miljoner dagar. Detta innebär att om ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar under perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 högst uppgår till detta tal har regeringens mål för frånvaro på grund av sjukskrivning uppnåtts.

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

För aktivitets- och sjukersättningar innebär målet att årsgenomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under perioden 2003 – juni 2008

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

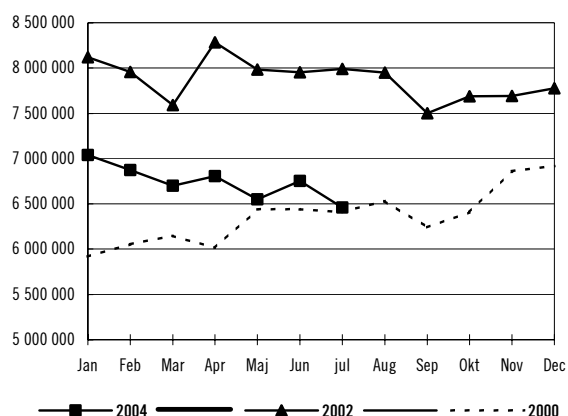
Antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002	63 738
Tillägg för demografieffekt	500
<b>Årsgenomsnitt för nybeviljade aktivitets-och sjukersättningar 2003 – juni 2008 = regeringens mål</b>	<b>&lt;64 238.</b>

## 2 Utvecklingen under 2003 och 2004

### 2.1 Sjukpenningdagar

Eftersom sjukskrivningsmålet är definierat i antal sjukskrivningsdagar, är detta mått det mest lämpade för att följa upp målet. Emellertid är sjukskrivningar med sjukpenning av annan karaktär än sjukskrivningar med sjuklön. Den senare omfattar huvudsakligen lättare åkommor medan den förra rör betydligt allvarigare sjukdomstillstånd. Därför bör de olika kategorierna analyseras var för sig. Vidare behäftas statistiken om sjuklöne- och karensdagar med lång eftersläpning. För närvarande finns uppgifter endast t.o.m. första halvåret 2003. Från sjukförsäkringen ersatta sjukpenningdagar redovisas däremot endast med en månads eftersläpning.

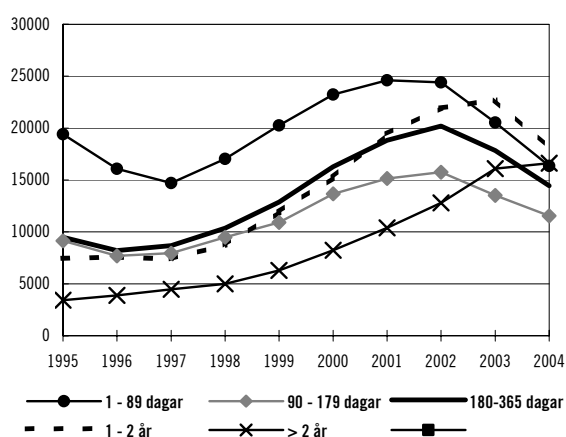
Målet om sjukskrivningar utgår från kalenderåret 2002, då antalet sjukpenningdagar uppgick till 94,5 miljoner. För att uppnå målet om en halvering år 2008 måste antalet dagar minska med i genomsnitt ca 10 procent per år under sex års tid. Under år 2003 minskade antalet sjukpenningdagar med cirka 4 procent, under 2004 med ytterligare cirka 13 procent (jan. – juli jämfört med jan. – juli 2003).

**Diagram 1** Antalet ersatta sjukpenningdagar månadsvis 2000 – juli 2004

Källa: RFV

De korta sjukskrivningarna började minska redan i slutet av år 2002, medan de längre (längre än ett år) fortsatte att öka tills i slutet av 2003.

Antalet sjuklönedagar uppgick år 2002 till 16 miljoner, d.v.s. cirka 15 procent av det totala antalet sjukskrivningsdagar. Under första halvåret 2003 minskade antalet sjuklönedagar med 3 procent i relation till första halvåret 2002. Den 1 juli 2003 infördes en tredje sjuklönevecka, men det saknas officiell statistik på utfallet för andra halvåret 2003. Preliminära kalkyler vid Socialdepartementet grundat på ordinarie sjukfallsmönster antyder att detta innebar en ökning av antalet sjuklönedagar med cirka 3 miljoner dagar. Å andra sidan har sannolikt försämringen på arbetsmarknaden medfört att även de allra kortaste sjukskrivningsperioderna minskat. En rimlig uppskattning kan vara att antalet sjuklönedagar förblivit oförändrat mellan 2002 och 2003.

**Diagram 2** Antalet sjukpenningdagar i olika längdklasser 1995 – 2004<sup>1</sup>

Källa: RFV, Socialdepartementet

<sup>1</sup> Uppgifterna för 2004 är prognos från Socialdepartementet. Prognosen baseras på utfallet t.o.m. juli 2004

En viktig orsak till minskningen av de korta sjukskrivningarna var sannolikt den dåliga utvecklingen på arbetsmarknaden med början i slutet av 2002 (se vidare avsnitt 2.2 nedan). Det är allmänt bekant att i Sverige – till skillnad från en del andra länder – ökar den korta sjukfrånvaron när arbetslösheten minskar och dessa båda transfereringar utgör till stor del kommunicerande kärl.

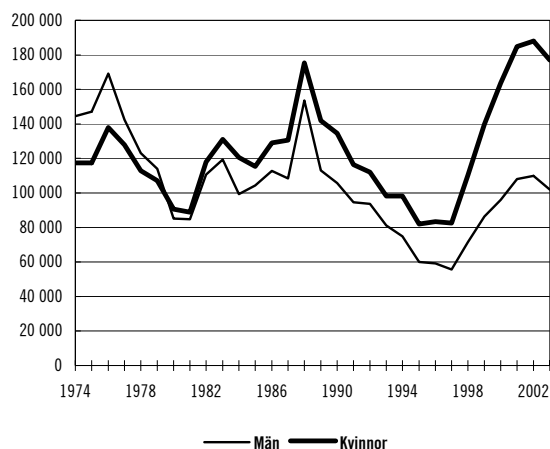
Genom att de korta sjukskrivningarna minskade har också övergångarna till långa sjukskrivningar successivt minskat och just nu (hösten 2004) minskar antalet sjukpenningdagar för långa sjukskrivningar mycket snabbt. Det beror inte enbart på att tillflödet från korta sjukskrivningar minskar, utan också på att de långa sjukskrivningarna i snabb takt övergår i aktivitets- och sjukersättning. Vidare har antalet sjukpenningdagar såväl för de korta som för de längre sjukfallen minskat till följd av att andelen deltidssjukskrivningar har ökat.

## 2.2 Antalet sjukfall

I december 2003 pågick 278 800 sjuk- och rehabiliteringsfall med ersättning från försäkringskassan. Detta var en nedgång med 19 200 jämfört med december 2002. Nedgången har fortsatt i tilltagande takt under 2004. Antalet sjukfall har minskat både för kvinnor och för män. Dock har nedgången procentuellt varit

något större för män än för kvinnor (-12,3 resp. -11,5 procent i maj 2004). Se vidare nedan.

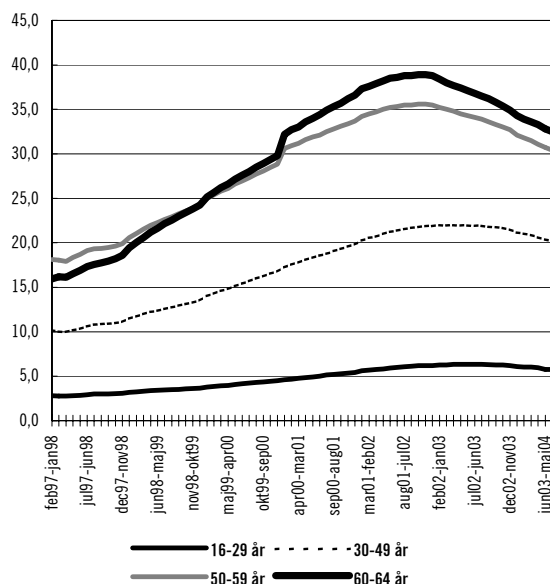
**Diagram 3 Antalet sjukfall med fördelning efter kön**



Källa: RFV

Nedgången under 2003 och 2004 gäller samtliga åldersgrupper, precis som uppgången under tidigare år. Det kan konstateras att sjukalet (antalet sjukpenningdagar per försäkrad) har minskat mest för personer över 50 år, -tio procent mellan 2002 och 2003. Sjuktalet för de yngre åldersgrupperna har minskat med ungefär 2 – 3 procent.

**Diagram 4 Sjukpenningtal<sup>1</sup> i olika åldersgrupper**



Källa: RFV

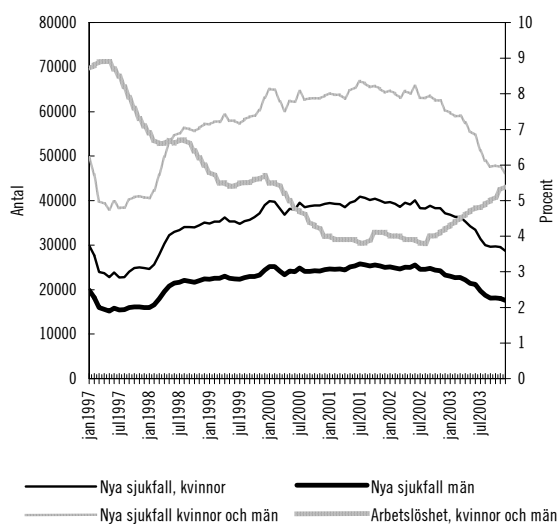
<sup>1</sup> Antal utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år exklusive försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Alla dagar räknas som en dag oavsett om omfattningen är hel, halv osv.

### Nyttillkomna sjukfall

När sjukskrivningarna var som högst tillkom det ca 70 000 nya sjukfall varje månad. Antalet nya sjukfall har dock minskat kraftigt under 2003 och är nu på samma genomsnittliga nivå som 1998 dvs. ca 50 000 per månad. År 2003 tillkom 18 procent färre nya sjukfall jämfört med 2002. Nedgången var något mindre för kvinnor än för män (-16 resp. -18 procent).

Av diagram 5 framgår ett tydligt mönster mellan arbetslöshet och antalet nytillkomna sjukfall. När arbetslösheten ökar minskar sjukfallen och vice versa. Analyser som har gjorts på Socialdepartementet visar att detta samband är statistiskt signifikant. Analysresultaten tyder på att den totala nedgången i antalet nytillkomna sjukfall 2003 till stor del förklaras med ökad arbetslöshet.

**Diagram 5 Antalet nytillkomna sjuk- och rehabiliteringsfall och arbetslöshet. Säsongsrensade glidande 3-månaderstal resp. procent av arbetskraften**



Källa: RFV, AKU

### Längre sjukfall

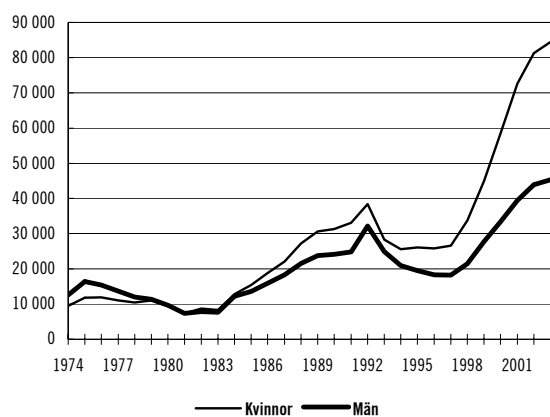
Uppgången av sjukpenningdagarna mellan 1997 och 2002 berodde till stor del på att sjukfallen blev längre. Antalet sjukfall längre än ett år tredubblades under denna period, och ökningen var betydligt större för kvinnor än för män. År 2002 stod två procent av befolkningen för 40 procent av sjukpenningkostnaderna, medan 85 procent av befolkningen i yrkesverksam ålder inte hade en enda sjukpenningdag (sjuklöneperioden ingår inte här).

Den kraftiga uppgången av sjukfrånvaron mellan 1997 och 2002 har sannolikt flera för-

klaringar. Ett antal aspekter och förklaringsfaktorer redovisas i motsvarande bilaga till utgiftsområde 10 i budgetpropositionen för 2004. Arbetsmiljöfaktorer, ekonomiska drivkrafter för företag och individer, tillkortakommanden i sjukförsäkringsadministrationen samt möjligen förändrade attityder till sjukskrivning nämns som de vanligaste orsakerna till uppgången av de långa sjukskrivningarna. Ökningen var särskilt stark i sjukfall med psykiska diagnoser, en ökning som för övrigt fortgår medan sjukfrånvaron i de flesta andra diagnoser nu minskar.

Arbetsmiljöaspekterna tas upp i avsnitt 5 i denna bilaga.

**Diagram 6 Antal sjukfall längre än ett år 1974 – 2003**



Källa: RFV

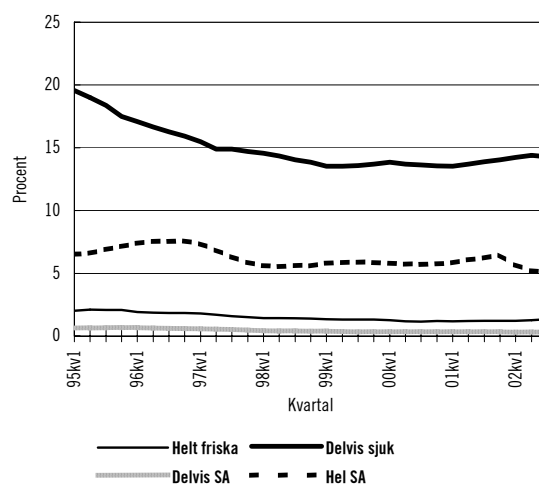
Just nu minskar antalet långa sjukskrivningar mycket snabbt. Det beror inte enbart på att tillflödet från korta sjukskrivningar minskar, utan också på att långa sjukskrivningar i snabb takt övergår i aktivitets- och sjukersättning.

Ett viktigt inslag i regeringens politik har varit att vidta åtgärder som syftar till att förkorta sjukfallen och underlätta återgången till arbetslivet. Det finns dock få tecken på att varaktigheten bland sjukfallen har börjat minska.

Av de personer som varit sjukskrivna helt under ett kvartal tillfrisknar ungefär 2 procent helt och ytterligare 20 procent delvis under kvartalet därpå, medan 7 procent beviljas aktivitets- och sjukersättning. Detta mönster har varit mycket stabilt under de senaste 7 åren. Om detta mönster inte bryts till nästa högkonjunktur, finns det risk för en ny ökning även av antalet långtidssjukskrivna, vilket gör det svårare att uppnå målet. Det handlar bl.a. om en konsekvent tillämpning hos försäkringskassorna i

enlighet med regeringens intentioner i prop. 2002/03:89.

**Diagram 7 Sjukskrivningsstatus efter 3 månaders heltids-sjukskrivning (procent)**



Källa: RFV

SA = sjuk- och aktivitetsersättning.

#### *Kvinnors sjukskrivning*

Kvinnornas andel av såväl antalet sjukfall som sjukpenningdagar har ökat successivt under åren. Detta gäller även de längre sjukskrivningarna med över ett års varaktighet. Kvinnornas andel av dessa är nu 65 procent och i stigande. Att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män är ett faktum som kan konstateras i ett flertal länder.

Diagnosmönstren skiljer sig till en del mellan kvinnor och män. Bland de två största diagnosgrupperna står psykiska orsaker för 28 procent bland kvinnor och 22 procent bland män. Omvänt står skador i rörelseorganen för 33 procent bland kvinnor och 38 procent bland män (se RFV redovisar 2003:4). Bland de mindre vanliga diagnoserna har män i högre grad än kvinnor cirkulationsproblem som huvuddiagnos (8 resp. 4 procent).

I en litteraturgenomgång av kvinnors höga sjukfrånvaro i "Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens" (Folkhälsoinstitutet 2004) konstateras bl.a. att

- när barnafödandet ökar så ökar graviditetsrelaterad sjukfrånvaro,
- den psykosociala arbetsmiljön är viktigare för kvinnors sjukskrivning än mäns,
- könssegregering inom det betalda arbetet är viktigare än skillnader mellan könen i det obetalda arbetet,

- biologiska skillnader knappast har betydelse annat än för graviditetsproblem, som står för 7 procent av kvinnornas sjukskrivningsorsaker.

Av Socialstyrelsens rapport Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården framgår att det finns oskäliga skillnader mellan könen. Anmärkningsvärt är bland annat att kvinnor oftare drabbas av kvalitetsbrister och problem inom hälso- och sjukvården än män.

En ambition för försäkringskassornas verksamhet är att andelen kvinnor bland sjukskrivna skall minska. Ännu finns det således inte några tecken på att denna ambition kommer att uppnås. Om inte sjukskrivningen för kvinnor kan reduceras kraftigt kan det försvåra möjligheterna att nå målet om en halvering av sjukfrånvarodagar. Det vore en fördel om könsperspektivet i en högre utsträckning präglade det sätt som såväl sjukförsäkringsadministrationen, läkare som arbetsgivare tar sig an sjukskrivningsproblematiken.

### 2.3 Deltidssjukskrivningar

Regeringens bedömning är att deltidssjukskrivning skall användas i ökad grad för att bl.a. därigenom förkorta sjukskrivningstiden. Genom partiell sjukskrivning kan kontakten med arbetsplatsen upprätthållas, vilket har ansetts kunna underlätta tillfrisknandet. Ett ökat antal partiella sjukskrivningar påverkar antalet nettodagar i minskande riktning och underlättar således måluppfyllelsen.

Deltidssjukskrivning är vanligare bland kvinnor än bland män (37 respektive 30 procent juli 2004). Deltidssjukskrivning är också mer allmänt förekommande bland personer som har varit sjukskrivna en längre tid jämfört med personer med kortare sjukskrivning.

Endast ett fåtal sjukskrivningar påbörjas med deltid, 7 procent för män och 12 procent för kvinnor. Ett vanligare förlopp är att sjukskrivningen påbörjas på heltid och efter en period övergår till deltidssjukskrivning. Särskilt vanligt förekommande är deltidssjukskrivning bland kvinnor som har varit sjukskrivna längre än ett år.

En farhåga kring de ökande deltidssjukskrivningarna som framförts av olika instanser är att deltidssjukskrivning används eller kan komma

att användas som en arbetstidsförkortning i en för den enskilde besvärlig situation och således inte leder till förkortad sjukskrivningstid. Riksförsäkringsverkets analys av sjukskrivningar som påbörjas på deltid (i antologin "Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens", Statens folkhälsoinstitut 2004) visar att de undersökta individerna redovisar sämre hälsa än personer som har varit helt sjukskrivna från början. Resultaten visar också att deltidssjukskrivningarna tenderar att bli längre än sjukfall som har påbörjats på heltid. RFV uppger i sin analys att resultaten indikerar att deltidssjukskrivning i början av ett sjukfall används för kroniska besvär som inte sätter ned arbetsförmågan helt. Det finns inget stöd i resultaten för hypotesen om en arbetstidsförkortning genom deltidssjukskrivning.

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

I tabellen nedan redovisas diagnosmönstret bland personer som har påbörjat sjukskrivningen med heltid och därefter övergått till deltidssjukskrivning. Uppgifterna är preliminära resultat från en ej ännu publicerad studie av Riksförsäkringsverket. Av tabellen framgår att muskuloskeletala diagnoser, graviditetsrelaterade besvär och psykiska diagnoser är de mest förekommande diagnosgrupperna bland deltidssjukskrivna. Det framgår också att de psykiska diagnoserna har fördubblat sin andel mellan 1999 och 2001. Resultat från samma undersökning visar dessutom att andelen deltidssjukskrivningar har ökat särskilt inom akademikergrupper och bland personer med statlig eller privat anställning.

**Tabell 1.1 Diagnosmönster bland deltidssjukskrivna när sjukskrivning har påbörjats med hel ersättning**

	1999	2001
Psykiska diagnoser	10	19
Cirkulationsorganens sjukdomar	8	4
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	32	29
Graviditets- och förlossningsrelaterade diagnoser	19	20
Övriga diagnoser	31	28
<b>Samtliga diagnoser</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Källa: RFV

**Tabell 1.2 Deltidssjukskrivningar 2002 – 2004**

Andel ersatta dagar i procent

År	Ärendets längd		Upp till en månad		En månad – ett år		Ett år eller längre	
	Samtliga ärenden Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1999	27	22	11	6	28	22	29	26
2002	30	23	12	7	30	23	32	27
2003	34	27	12	7	34	26	36	30
2004 juli	37	30	10	6	37	29	39	33

Källa: RFV

### 3 Några speciella grupper

Såväl uppgången under perioden 1998 – 2002 som nedgången efter 2002 har gällt alla delgrupper, oavsett kön, bransch m.m.. Några delgrupper har emellertid varit föremål för särskild uppmärksamhet och det finns därför anledning att följa upp dessa, så gott som tillgänglig statistik tillåter. Det gäller främst arbetslösa, regioner samt olika sektorer på arbetsmarknaden. Nedan redovisas några fakta för utvecklingen för dessa grupper.

#### 3.1 Sjukskrivna arbetslösa

Av avsnitt 7 nedan framgår att regeringen har vidtagit särskilda åtgärder för att underlätta tillfrisknandet bland de sjukskrivna som saknar arbete. Bland annat omfattas arbetslösa av olika samverkansprojekt mellan RFV och AMS. Vidare har reglerna ändrats från och med juli 2003 innebärande att det inte är möjligt för den enskilda att erhålla högre ersättning från sjukförsäkringen än vad han eller hon har i arbetslöshetsersättning. Det finns således anledning att följa upp utvecklingen av arbetslösa sjukskrivna.

Drygt 12 procent av de sjukskrivna var arbetslösa i december 2003. Andelen var något högre för män än för kvinnor. Till viss del kan den höga andelen förklaras med att arbetslösa erhåller sjukpenning från första dagen till skillnad från anställda vars arbetsgivare betalar sjuklön för de tre första sjukskrivningsveckorna. Bortsett från sjukfrånvaron under de första veckorna uppgår de arbetslösas andel av sjukskrivna till 11,5 procent.

Olikheter i utformningen mellan sjukförsäkring och arbetslöshetsförsäkring kan ha bidragit till den relativt höga sjukskrivningsfrekvensen

bland arbetslösa. Två studier från Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) visar att möjligheterna till högre ersättning i sjukförsäkringen har haft en viss inverkan på överflyttning från arbetslöshetsförsäkringen till sjukförsäkringen.

En kvarvarande skillnad mellan de två försäkringarna är att det i sjukförsäkringen inte finns någon borte gräns för ersättning. Även detta kan ha en viss inverkan på benägenheten att övergå från arbetslöshetsförsäkringen till sjukförsäkringen. Resultaten från de ovannämnda studierna indikerar att så kan i vissa fall vara fallet. Studierna visar att sannolikheten att en person som är nära utförsäkring blir sjukskriven är tre gånger högre än hos en person med samtliga a-kassadagar kvar.

Statistik om sjukskrivna arbetslösa finns månadsvis endast för 2003. Det kan konstateras att denna grupp har minskat från ca 37 000 i januari till 34 000 i december 2003. På samma sätt som gäller för samtliga sjukfall har antalet arbetslösa minskat främst i de kortaste sjukskrivningslängderna, upp till en månad. Några mer långtgående slutsatser om orsakerna till denna utveckling går dock inte att dra på grund av den korta tidsserien.

Det bör dock nämnas att resultat från de gemensamma samverkansprojekten mellan RFV och AMS kring sjukskrivna arbetslösa visar att de för verksamheten uppsatta målen sannolikt kommer att uppnås 2004. Enligt en uppföljningsrapport från RFV har insatserna lett till att 1 700 personer vilket motsvarar cirka 19 procent av samtliga medverkande fick arbete eller utbildning 2003. Flertalet av de som fått arbete hade fått detta med hjälp av lönebidrag. Under 2004 t.o.m. april har ytterligare 1 200 personer erhållit arbete eller utbildning inom projekten. Under 2003 förbrukades 233 miljoner kronor. För år

2004 beräknas kostnaderna för denna samverkan uppgå till 543 miljoner kronor.

**Tabell 1.3 Sjukskrivna som var inskrivna som arbetslösa dec 2003**

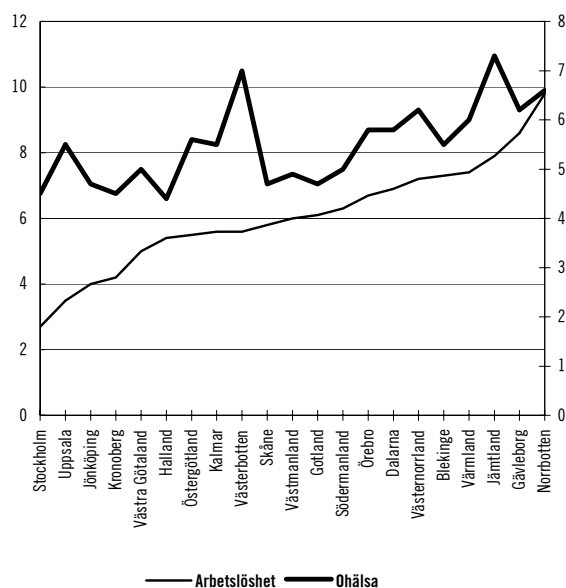
	Antal sjuk-skrivna	Därav inskrivna arbetssökande	Andel inskrivna arbetssökande
Kvinnor	176 867	20 112	11,4%
Män	101 865	13 889	13,6%
<b>Samtliga</b>	<b>278 732</b>	<b>34 001</b>	<b>12,2%</b>

Källa: RFV

### 3.2 Regionala ohälsoskillnader

Det finns relativt stora regionala skillnader i såväl sjukfrånvaro och sjukersättning som arbetslöshet och sysselsättning. En tendens till positivt samband mellan arbetslöshet och ohälsa återfinns i flertalet regioner.

**Diagram 8 Arbetslöshet och ohälsotal för länen 2002**



Källa: RFV och SCB

I RFV:s studier av regionala skillnader i sjuk-skrivningsmönster (RFV Redovisar 2002:8, RFV Analyserar 2003:4, RFV Analyserar 2003:12 och RFV 2004) konstateras att det länge har funnits regionala skillnader när det gäller sjukskrivning, men att de har förändrats över tiden så att ohälsan de senaste 20-30 åren har flyttat från storstäderna till glesbygden. Det positiva sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa som är tydligt i flertalet regioner förklarar RFV med att

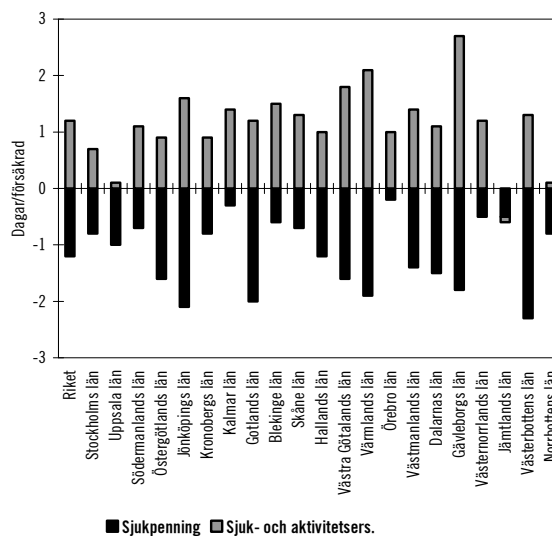
sjukskrivning sannolikt fortfarande används som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd i de län som lider av hög strukturell arbetslöshet. RFV finner det anmärkningsvärt att den ökning av ohälsa som har skett de senaste åren har varit stor framför allt i de län som redan hade höga ohälsotal.

Sjukskrivningspraxis lyfts fram av RFV som en delorsak till de regionala skillnaderna. Analogt har AMS konstaterat att det finns stora regionala skillnader mellan arbetsförmedlingarna vad gäller praxis för beviljande av arbetslöshetsersättning.

Det är inte bara nivån på sjukskrivningarna som varierar mellan länen utan också sjukskrivningarnas längd. Vidare finns skillnader när det gäller diagnosmönster som indikerar även det att sjukskrivningspraxis varierar över landet, precis som förskrivning av läkemedel.

Under 2003 och första halvåret 2004 kan man konstatera att de flesta regioner minskat sina sjuktal, medan antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning ökat.

**Diagram 9 Förändring av ohälsotal (sjukpenning och sjukersättning) länsvis 2002-2004**



Källa: RFV

Förändringarna är genomgående små i förhållande till ohälsotalen och utan synbarliga mönster. Västerbottens och Jönköpings län har minskat sjukskrivningstalen starkast. Jämtlands län och Norrbottens län – de två län med högst ohälsotal – hör tillsammans med Uppsala till de tre län som minskat sina totala ohälsotal (sjukpenning- plus sjukersättningsdagar per försäkrad).



### 3.3 Sjukfrånvaro i olika sektorer på arbetsmarknaden

I olika sammanhang har det lyfts fram att sjukfrånvaron är särskilt hög inom den primärkommunala sektorn. I en sektorsvis jämförelse bör man emellertid beakta att andelen män och kvinnor liksom åldersfördelningen varierar mellan sektorer.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män oavsett sektor. I genomsnitt är kvinnor sjukskrivna 8 dagar mer under ett kalenderår än män. Kvinnors sjukfrånvaro varierar också kraftigt mellan sektorerna. Den högsta sjukfrånvaron, i genomsnitt 27 dagar per sysselsatt, har kvinnor inom den kommunala sektorn. Åldersstandardiserade uppgifter visar emellertid att den höga sjukfrånvaron bland kvinnor i landsting och primärkommuner till betydande del kan förklaras med att medelåldern i denna sektor är högre än i de övriga sektorerna.

Bland män är sjukfrånvaron lägst inom den statliga sektorn, 7 dagar per sysselsatt och år. Män med anställning i den privata sektorn, primärkommuner och landsting har i stort sett lika hög sjukfrånvaro, i genomsnitt 13–14 dagar per sysselsatt och kalenderår.

**Tabell 1.4 Sjukfrånvaro i olika sektorer på arbetsmarknaden**

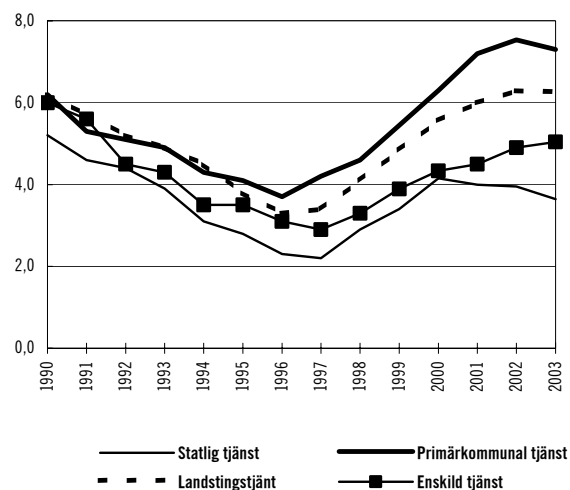
	Antalet dagar per sysselsatt		
	Kvinnor och män	Män	Kvinnor
Privat sektor	15	13	19
Statlig sektor	11	7	16
Kommunal sektor	24	14	27
<b>Samtliga sektorer</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

Anm. antalet dagar med sjukpenning eller sjuklön samt antalet karensdagar  
Källa: RFV, HEK, SCB. Socialdepartementets beräkningar

Sektorsfördelad sjukpenningstatistik är ännu inte tillgänglig för 2003. Den sektorsfördelade sjukfrånvarostatistiken enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU) finns dock även för 2003 och används därför i denna måluppföljning som en indikator på den sektorsvisa utvecklingen.

Sjukfrånvaron har enligt AKU minskat något för anställda inom stat och primärkommuner 2003. Inom landstingssektorn har ökningen avstannat innebärande att sjukfrånvaron låg på en oförändrad nivå 2003. För kvinnor har sjukfrånvaron minskat i alla sektorer utom den privata, medan för män har sjukfrånvaron minskat endast på de statliga arbetsplatserna.

**Diagram 10 Andelen sjukskrivna kvinnor och män efter sektor 1990 -2003**

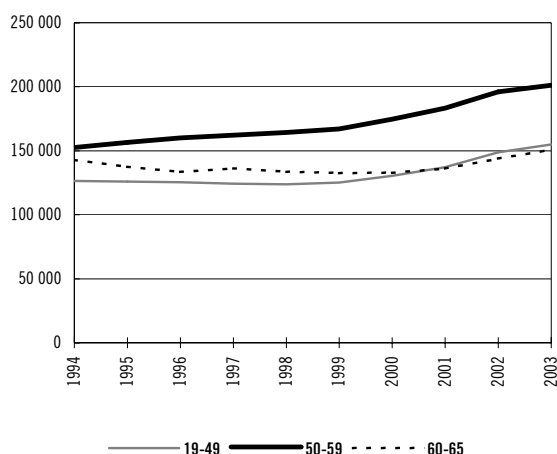


Källa: AKU

## 4. Sjuk- och aktivitetsersättning

Den 1 januari 2003 ersattes förtidspension och sjukbidrag med aktivitets- och sjukersättning. Förändringen var bl.a. avsedd att inte se de nya förmånerna som definitiva. En annan skillnad är att man delade upp förmånen i två, varav aktivitetsersättning utges åt personer 19 – 29 år, sjukersättning till personer mellan 30 – 64 år. Aktivitetsersättningen är alltid tidsbegränsad. Sjukersättningen är det ibland.

Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning har ökat i snabb takt allt sedan slutet av 1990-talet och uppgick i augusti 2004 till närmare 530 000. Detta är cirka 34 000 fler än ett år tidigare och 100 000 fler än i slutet av 1999. Liksom vad gäller sjukskrivningarna, är kvinnor överrepresenterade även i denna grupp, men inte i lika hög utsträckning. Ungefär 58 procent är kvinnor, och 45 procent av gruppen är under 55 år.

**Diagram 11** Antal personer i olika åldersgrupper med aktivitets- eller sjukersättning

Källa: RFV

Under den senaste tioårsperioden har andelen kvinnor ökat något. Under de senaste åren har också medelåldern sjunkit något bland personer med aktivitets- eller sjukersättning.

De statliga utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning var 2003 cirka 58 miljarder kronor. Därtill medförde dessa ersättningar ett produktionsbortfall som är svårt att uppskatta exakt, men som torde uppgå till ca 100 miljarder kronor per år, motsvarande cirka 5 procent av BNP. Till skillnad mot kostnaderna för sjukpenning, som väntas minska, väntas utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning öka med i genomsnitt 3 procent per år i fasta priser fram till 2007.

Mot bakgrund av det relativt stora antalet långtidssjukskrivna blir det troligen svårt att undvika en fortsatt relativt stor övergång från sjukpenning till sjukersättning. Med tanke på att avgången från sjukersättning till ålderspension m.m. bara uppgår till cirka 40 000 personer om året, kommer antalet personer med sjukersättning att fortsätta öka under de närmaste åren, om inte försäkringskassan och andra aktörers åtgärder kan vända utvecklingen så att flera kan rehabiliteras och återgå i arbete – helt eller delvis.

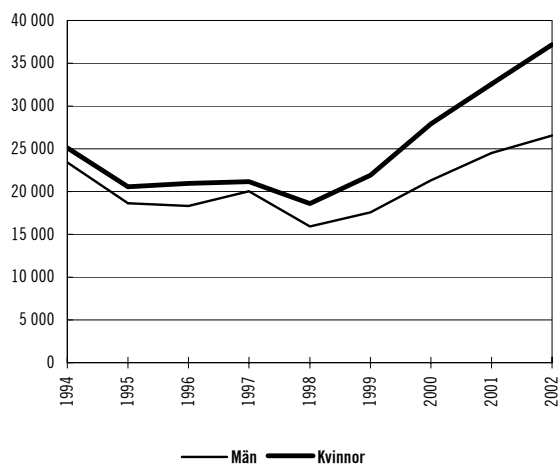
Ca 5 000 personer återgick under 2003 till arbete eller annan förmån, de flesta med vilande sjukersättning.

#### *Nybeviljandet kommer att öka på grund av långtidssjukskrivningarna*

Ett av de två delmålen för ohälsan är att nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar inte skall överstiga ca 64 000 per år i genomsnitt under perioden 2003 – 2008. Detta mål kan sägas

vara något mindre ambitiöst formulerat med tanke på att ett nybeviljande om 64 000 personer – motsvarande nivån år 2002 – var den högsta i modern tid. Eftersom avgången från sjukersättningssystemet bara uppgår till cirka 40 000 personer per år, skulle även ett uppfyllande av målet innebära en relativt kraftig ökning av antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Under 2003 sjönk nybeviljandet till cirka 59 000 personer. Nedgången hade emellertid till viss del rent administrativa orsaker i och med övergången från de gamla till de nya förmånerna, som försenade beslut och utbetalningar under särskilt början av 2003. Under senare delen av 2003 och framför allt under första halvåret 2004 har nybeviljandet legat på en hög nivå. T.o.m. augusti 2004 beviljades 52 000 personer aktivitets- eller sjukersättning.

**Diagram 12** Nytillkomna aktivitets- och sjukersättningar, män och kvinnor

Källa: RFV

#### *Nybeviljandet ökar bland ungdomar*

Andelen personer under 30 år som beviljats aktivitets- och sjukersättning ökade från 4 till 6 procent mellan 1998 och 2003. Denna ökning har skett samtidigt som ungdomsarbetslösheten ökat relativt kraftigt. Enligt en statlig utredning (Unga utanför, SOU 2003:92) har andelen ungdomar som inte har annan försörjning än genom socialbidrag ökat kraftigt under perioden 1992 – 2001.

Från såväl ett individ- som statsfinansiellt perspektiv ter sig ökningen av ungdomar med aktivitetsersättning oroande. Ett beviljande av en aktivitetsersättning för en 25-åring betyder statsfinansiellt och samhällsekonomiskt en lika

stor utgift som pensionering av åtta 60-åringar, givet att ungdomen skulle kvarstå i sjuk- och aktivitetsersättning. Även mot bakgrund av de diskussioner om den framtida arbetskraftsförsörjningen som förs i bl.a. den senaste långtidsutredningen ter sig denna utveckling naturligtvis oroande.

Könsfördelningen bland de ungdomar som beviljas aktivitetsersättning är jämn. Ungefär 85 procent av ungdomar med aktivitetsersättning (mellan 19 och 29 års ålder) har låg utbildningsnivå – antingen endast grundskola eller en kort eller oavslutad gymnasieutbildning.

Bland de ungdomar som var långtidssjuka och/eller beviljats aktivitetsersättning under 2002 har de flesta naturligtvis en kort eller ingen

yrkeserfarenhet. En branschstudie som utförts av Socialdepartementet visar att de flesta i denna grupp som förvärvsarbetat har arbetat inom industrin – till skillnad från den sjukskrivna äldre arbetskraften.

Hypotesen om att högutbildade ungdomar inom s.k. moderna tjänstebranscher far illa förefaller således inte ha satt några avtryck i statistiken om aktivitetsersättningar.

Diagnospanoramats för ungdomar skiljer sig väsentligt från hela gruppen personer med aktivitets- och sjukersättning. Bland ungdomarna dominerar psykiska diagnoser, som uppgår till 63 procent. Detta är naturligtvis till stor del en effekt av att ungdomar inte hunnit bli fysiskt utslitna. Diagnospanoramats för nybeviljandet har varit stabilt åtminstone sedan 1998.

**Tabell 1.5 Nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar efter diagnos 2002**

	Antal			Procentuell fördelning		
	Ungdomar	30–64	Alla	Ungdomar	30–64	Alla
Tumörer	59	1610	1669	1,5	2,7	2,6
Endokrina	55	1389	1444	1,4	2,3	2,3
Psykiska sjukdomar	2561	15104	17665	63,3	25,3	27,8
Nervsystemet	304	2284	2588	7,5	3,8	4,1
Syn- och hörselskador	116	1276	1392	2,8	2,1	2,1
Cirkulationsbesvär	29	4593	4622	0,7	7,7	7,3
Andning	11	1191	1202	0,3	2,0	1,9
Rörelseorganens sjukdomar	265	24500	24765	6,5	41,1	38,9
Skador/förgiftningar	247	3162	3409	6,1	5,3	5,4
Övrigt	401	4481	4882	9,9	7,5	7,7
<b>Summa</b>	<b>4048</b>	<b>59590</b>	<b>63638</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Källa: RFV

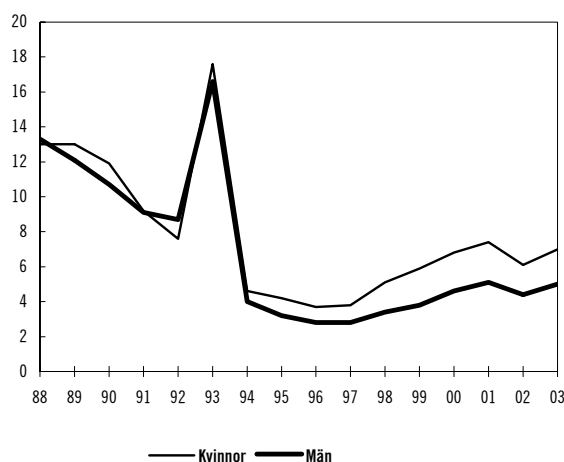
## 5 Arbetsmiljöns utveckling

Förändringar i arbetsmiljön, framför allt ökad arbetsbörda och stress, ofta i förening med minskat eget handlingsutrymme och oklar ledning och arbetsorganisation, är en viktig förklaringsfaktor till de senaste årens ökade sjukskrivningar. Arbetsmiljön har också betydelse för möjligheterna att få människor tillbaka till arbete efter sjukskrivning. En viktig del i regeringens ohälsopolitik är därför åtgärder för att stärka det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

De indikatorer som rör fysisk arbetsmiljö pekar på att det skett förbättringar under åren. Indikatorer inom det psykosociala området pekar i stället på försämringar. Fortfarande är dock belastningsskador en dominerande orsak till ohälsa på grund av arbetsmiljön.

Varannat år beräknas hur stor andel av personer med besvär på grund av arbetet som också är sjukskrivna 14 dagar eller längre. Andelen visar på en successiv ökning sedan början på 1990-talet. Ökningen är inte lika för alla. Det finns ett tydligt samband mellan möjlighet till påverkan, det vill säga handlingsutrymme, och ökad sjukfrånvaro.

**Diagram 13 Anmälda arbetssjukdomar 1988 – 2003**  
Antal per tusen förvärsarbetande; arbetstagare och egenföretagare

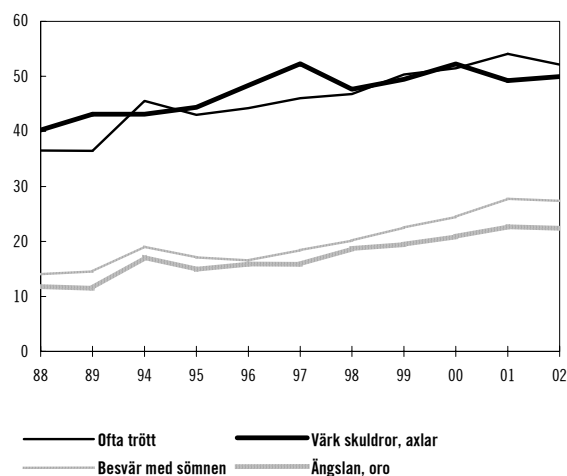


Källa: Arbetsmiljöverket/ISA, SCB/AKU.

Diagram 13 visar på en tydlig uppgång i antalet anmälningar av arbetssjukdomar från 1997 och framåt. Ökningen är störst för kvinnorna. Antalet anmälda arbetssjukdomar var 26 000 under 2003. Av dessa utgjordes 55 procent av kvinnorna och 45 procent av männen.

De vanligaste arbetssjukdomarna för såväl kvinnor som män beror på belastningsfaktorer, följda av organisatoriska eller sociala faktorer. De vanligaste arbetssjukdomarna för män beror också på belastningsfaktorer.

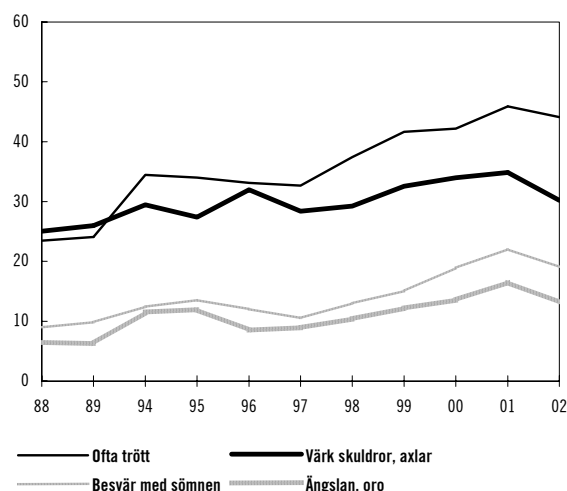
**Diagram 14 Anställda och ohälsa, kvinnor, 1988 – 2002**  
Procent



Källa: SCB/ULF och Arbetslivsinstitutet

Diagrammen 14 och 15 ger en bild av upplevelsen av belastningsskadorna i arbetslivet. Som framgår av diagrammen finns stora skillnader mellan kvinnor (diagram 14) och män (diagram 15), där kvinnor i högre utsträckning anger upplevda besvär för samtliga variabler.

**Diagram 15 Anställda och ohälsa, män, 1988 – 2002**  
Procent



Källa: SCB/ULF och Arbetslivsinstitutet

Under 2002 skedde ett trendbrott i de tidigare uppåtgående kurvorna som beskriver upplevelsen av trötthet, ängslan oro och besvär med sömnen.

Den minskning som sker är kraftigare för män än för kvinnor. För kvinnor har de upplevda problemen med värk i skuldror, nacke och axlar ökat något medan problemen i dessa avseenden har minskat för män.

I diagrammen framskymtar ett visst konjunkturrellt förlopp med en tendens till avmattning, dels i början av 1990-talet, dels runt år 2000. Även om man nu kan se ett visst trendbrott så har besvären när det gäller trötthet, ångslan, oro samt sömnbesvär ökat påtagligt under åren.

Kombinationen av hög belastning och låg kontroll anses som en väsentlig riskfaktor för ohälsa. Andelen med sådana ogynnsamma kombinationer har ökat högst påtagligt över åren. Detta gäller i särskilt hög utsträckning för kvinnor. Situationen för män och kvinnor har under de senaste åren närmast sig varandra, genom att kurvan för män planat ut och kvinnorna i stället uppvisar en förbättrad situation.

När det gäller självskattade upplevelser av faktorer med koppling till psykisk belastning i arbetslivet kan i statistiken skönjas en viss förbättring. Om förbättringarna innebär ett trendbrott är för tidigt att bedöma.

Det behövs forskning och kvalificerade analyser för att få en bättre kunskap om vilken eller vilka förklaringar som ligger bakom förändringar när det gäller den statistik som beskriver upplevelsen av psykisk belastning i arbetslivet.

## 6 Rehabilitering

Som tidigare nämnts omfattas inte personer med rehabiliteringspenning av regeringens halveringsmål. Rehabiliteringsersättning har uteslutits då det kan anses som önskvärt att antalet personer i rehabilitering ökar om detta sker på bekostnad av antalet personer med sjukpenning, eftersom detta för många kan vara vägen tillbaka till arbetslivet. Arbetsträning hos arbetsgivaren är den vanligaste formen av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Enligt RFV:s årsredovisning återfår ca 69 procent av de personer som har deltagit i arbetslivsinriktad rehabilitering arbetsförmågan helt eller delvis. Den statistik som uppgifterna i årsredovisningen baseras på har dock vissa kvalitetsbrister och bör därför beaktas med försiktighet. Resultat från andra studier, bl.a. inom

Socialdepartementet tyder på något sämre resultat än vad som framgår av årsredovisningen. Dock behäftas också dessa studier med vissa tolkningsproblem.

Dessvärre ger inte statistiken om antalet ersatta rehabiliteringsdagar en rättvis bild av antalet personer som deltar i rehabilitering. Eftersom rehabiliteringspenning och sjukpenning fram till juli 2003 var lika höga och beräknades på samma sätt skedde inte alltid en växling från sjukpenning till rehabiliteringspenning, trots att den försäkrade övergick från passiv sjukskrivning till rehabilitering. För närvarande är rehabiliteringspenningen ca 3 procent högre än sjukpenningen. Detta borde ha ökat incitamenten att byta sjukpenning mot rehabiliteringspenning, när den sjukskrivne deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådana förändringar i tillämpningen kan sannolikt delvis förklara att antalet personer som erhåller rehabiliteringspenning har ökat under 2003. Uppgången har fortsatt under 2004. Det är dock fortfarande förhållandevis få personer som uppbär rehabiliteringspenning, i slutet av maj 11 500 personer, vilket är 4 procent av samtliga sjukskrivna vid samma tidpunkt.

**Tabell 1.6 Förändring i antalet personer med rehabiliteringspenning mellan december 2002 och december 2003**

Procent

Kvinnor	18
Män	21
Kvinnor och män	19

Källa:RFV

## 7 Regeringens åtgärder för minskad ohälsa 2003

Regeringens ohälsöarbete har fortsatt under 2003 och 2004. En rad åtgärder har vidtagits för att minska sjukskrivningarna under dessa två år och ytterligare åtgärder planeras för det kommande året.

### *Sjukpenning*

Under våren 2003 lade regeringen fram förslag till riksdagen (prop. 2002/03:89) bl.a. i syfte att öka användningen av deltidssjukskrivning när den enskilde har viss arbetsförmåga kvar. I propositionen föreslogs att deltagande i avstämningarna hos försäkringskassan för bedöm-

ning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan och behovet av rehabilitering skall vara obligatoriskt för den enskilde. Vidare föreslogs att reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar skall skärpas och att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för att betala ut sjukpenning. Även i denna proposition poängterades behovet av att förstärka intygsskrivande läkares utbildning i försäkringsmedicin och att flera försäkringsläkare anställs. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen och de nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

I budgetpropositionen för 2003 tillfördes socialförsäkringens administration ca 450 miljoner kronor per år för arbetet mot ohälsan 2003 och 2004. Resurserna har till stor del använts till att uppfylla de krav och intentioner som presenterades i den ovan nämnda propositionen. Försäkringskassorna har anställt fler handläggare, rehabiliteringssamordnare och försäkringsläkare. Försäkringsläkare har utbildats och utbildningar i försäkringsmedicin har genomförts bland allmänläkare och andra sjukskrivande läkare. Utbildningar i ny metodik kring arbetet med sjukskrivningar har genomförts för försäkringskassapersonalen.

I 2003 års ekonomiska vårproposition föreslog regeringen ytterligare ett antal åtgärder för att minska sjukskrivningarna och för att begränsa kostnaderna för ohälsan. Det föreslogs att sjuklöneperioden för arbetsgivare skall förlängas från 14 till 21 dagar och att den sjukpenninggrundande inkomsten skall multipliceras med faktor 0,97 vid beräkning av sjukpenning. Dessutom skall sjukpenningen för arbetslösa anpassas så att sjukpenning för denna grupp inte utges med högre belopp än det högsta ersättningsbeloppet inom arbetslöshetsförsäkringen. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003. I vårpropositionen föreslogs dessutom att en temporär form av anställningsstöd skall införas för att underlätta för långtidssjukskrivna att återgå i arbete. Regeringen har avsatt 200 miljoner kronor 2003 och 600 miljoner kronor 2004 för stödet.

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

försäkringskassan som skall besluta om rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

En proposition om förstatligande av försäkringskassorna har överlämnats till riksdagen i mars 2004. Förslaget har antagits av riksdagen maj 2004. Därmed har det slagits fast att en ny sammanhållen statlig myndighet kallad Försäkringskassan inrättas den 1 januari 2005.

Under våren 2004 presenterades ett förslag till ökade ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare i departementspromemorian *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro* (Ds 2004:16). Förslaget innebär att arbetsgivaren betalar en särskild sjukförsäkringsavgift. Avgiften uppgår till 15 procent av heltidssjukskrivna anställdas sjukpenningkostnader. Tanken bakom förslaget är att arbetsgivarens intresse att arbeta förebyggande för bättre arbetsmiljö och att medverka till rehabilitering av sjukskrivna anställda ökar genom att arbetsgivaren kan påverka sina kostnader. Promemorians förslag har remissbehandlats och förslaget har lämnats till Lagrådet för bedömning i september 2004. Proposition om förslaget planeras till i början av oktober 2004. Avsikten är att de nya reglerna skall träda i kraft i januari 2005.

#### *Förnyelse av arbetslivsinriktad rehabilitering*

Sedan december 2001 har AMS och RFV haft regeringsuppdrag att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett viktigt inslag i detta arbete är samverkansuppdraget i form av en pilotverksamhet (FAROS-projektet) som bedrivs i fem län under perioden 2002–2004. Den primära målgruppen utgörs av arbetslösa personer som är sjukskrivna. Verksamheten finansieras med särskilt avsatta medel, sammanlagt 70 miljoner kronor per år. Regeringen gav i december 2003 AMS och RFV ett ytterligare uppdrag att inom ramen för pilotverksamheten pröva och utveckla en samordnad organisation för arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med en anställning som de inte kan återgå till. Därvid skall ett särskilt anställningsstöd prövas. Arbetet skall bedrivas t.o.m. 31 december 2004. De metoder och arbetssätt som visat sig fungera väl skall spridas successivt och senast vid utgången av 2004 tillämpas fullt ut i hela landet.

Under 2003 fick försäkringskassorna använda högst 5 procent av de budgeterade kostnaderna för sjukpenning (motsvarande 1,9 miljarder kronor 2003) för samverkan inom rehabiliteringsområdet. Sedan 2003 har regeringen dess-

utom uppdragit åt AMS och RFV att upprätta gemensamma verksamhets- och handlingsplaner för arbetslivsriktad rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna. Detta innebär att högst 5 procent av sjukpenninganslaget får användas för samverkan och finansiell samordning.

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

#### *Aktivitets- och sjukersättning (förtidspension)*

I mars 2003 lämnade regeringen förslag om en utvidgning av den nuvarande möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning från ett till längst två år för att pröva att förvärvsarbete utan att rätten till förmånen går förlorad. Riksdagen godkände förslaget (prop. 2002/03:89, bet. 2002/03:SfU10, rskr. 2002/03:227) och de nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003. En annan åtgärd som föreslogs i sistnämnda proposition och som också efter nämnda riksdagsbeslut gäller fr.o.m. den 1 juli 2003 är att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att tillerkänna den sjukskrivne aktivitets- eller sjukersättning i stället för sjukpenning trots att den sjukskrivne inte ansökt om ersättningen.

#### *Arbetsmiljö*

Regeringen har fört samtal med arbetsmarknadens parter för att skapa samsyn och få till stånd åtaganden från parterna i en utvidgad handlingsplan. Dessa trepartssamtal inleddes hösten 2001 och avslutades i februari 2003. Resultatet av trepartssamtalen redovisades i slutrapporten Ett arbetsliv för alla. Frågor som rör arbetsorganisation, ledarskap på arbetsplatserna, utbildning i arbetsmiljöfrågor, äldre i arbetslivet, ekonomiska drivkrafter, företagshälsovård, rörlighet på arbetsmarknaden och rehabilitering har bl.a. diskuterats. Rapporten utgör ett viktigt underlag för regeringens fortsatta arbete med hälsan i arbetslivet.

De regionala skyddsombudens verksamhet har fått ökat statligt stöd. Utökade medel har vidare getts till metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården. Arbetsmiljöverket har fått resursförstärkningar 2004.

I juni 2003 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppdraget att se över ett antal frågor som rör företagshälsovården. Utredaren skall slutredovisa uppdraget senast den 1 december 2004.

Från den 1 juli 2003 har det i redovisningslagstiftningen införts krav på obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron. Det innebär att uppgifter om sjukfrånvaro skall lämnas i årsredovisningen och att redovisningen skall vara jämförbar för privata företag, kommuner, landsting och statliga myndigheter.

Ett arbete pågår med att utveckla "hälsobokslutens" roll i planering och styrning av verksamheten. Det sker bl.a. inom ramen för den av regeringen stödda försöksverksamheten inom den offentliga sektorn där en utveckling av modeller och metoder för redovisningen sker i samverkan mellan ett antal kommuner och Institutet för personal- och företagsutveckling (IPF).

Det bedrivs särskilda av regeringen stödda försöksprojekt inom den offentliga sektorn för att förebygga och minska sjukfrånvaron och motverka långtidssjukskrivningar. Totalt 70 miljoner kronor har fördelats till 19 projekt inom ramen för denna försöksverksamhet. De pågående projekten avser områdena systematiskt arbetsmiljöarbete, äldre i arbetslivet, stress och psykisk belastning, hälsobokslut samt rehabilitering och tidiga insatser för återgång i arbetet. VINNOVA (Verket för innovationssystem) har regeringens uppdrag att följa och utvärdera försöksverksamheten. En slutlig utvärdering skall redovisas under 2006.

Regeringen har även uppdragit åt VINNOVA att genomföra insatser i syfte att stärka och utveckla metoder och modeller för samverkan mellan flera arbetsgivare. Det har avsatts 14 miljoner kronor för att genomföra uppdraget.

En översyn av vissa bestämmelser i arbetsmiljölagen skall göras. I översynen skall bl.a. utredas behovet av en förbättrad samordning mellan inflytandereglerna i medbestämmandelagen och samverkansreglerna i arbetsmiljölagen.

En nationell arbetsmiljökonferens skall genomföras i slutet av 2004.

Ett särskilt arbetsmiljöråd under ledning av arbetslivsministern har tillsatts med företrädare för samarbetspartierna, skyddsombud och andra företrädare för fackliga organisationer, företrädare för arbetsgivarorganisationer, forskare, företagshälsovården, myndigheter och organisationer aktiva inom området.

Företagshälsovårdens roll skall stärkas och utvecklas.

En översyn av lagstiftningen skall göras för att utreda hur vissa regler skulle kunna göras dispositiva för att ge möjlighet åt arbetsmarknadens parter att genom kollektivavtal reglera vad arbetsgivaren skall göra för att fullgöra sina skyldigheter vad gäller systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabilitering.

Goda exempel på arbete som främjar hälsa skall lyftas fram och spridas.

Arbetsmarknadens parter skall uppmanas att sluta gemensamma arbetsmiljöavtal.

Regeringen inrättade i mars 2003 ett forum för ökad hälsa och lägre sjukfrånvaro i staten – Hälsa i staten (se utgiftsområde 2, avsnitt 7.3).

## 8 Möjligheter och hinder att uppnå målen om minskad ohälsa

Målet om en halvering av sjukskrivningsvolymen är ambitiöst och innebär att vi skulle nå ner till en sjukskrivning som ligger i nivå med t.ex. år 1998, när sjukskrivningarna var låga även i ett historiskt perspektiv. För att diskutera möjligheten att uppnå detta mål måste man dela upp sjukskrivningarna i olika varaktighet (eller längdklasser).

När det gäller de kortaste sjukskrivningarna (kortare än 3 månader) vet vi att nivåerna redan är lägre än vad de varit under de senaste 10 åren, så någon ytterligare kraftig nedgång är inte sannolik. Om sjuklöneperioden som planerat återställs från tre till två veckor från den 1 januari 2005 har ingen betydelse, eftersom sjukskrivning under sjuklöneperioden även innefattas i målet.

Enligt regeringens prognoser kommer arbetsmarknadsläget att förbättras under de kommande åren. Under perioder med låg arbetslöshet brukar de korta sjukskrivningarna öka. En konsekvent tillämpning hos försäkringskassorna skulle kunna innebära att det procykliska sambandet mellan sjukskrivning och arbetslöshet

helt eller delvis bryts under nästa konjunkturuppgång.

Även när det gäller sjukskrivningar med en varaktighet på 3 månader till ett år, har antalet minskat kraftigt under det senaste året och beräknas fortsätta minska främst som en följd av ett minskat tillflöde från de kortare sjukfallen. Huruvida dessa ”medellånga” sjukskrivningar kan komma att öka vid en eventuell ökning av antalet nya sjukfall beror även den till stor del på hantering och uppföljning inom försäkringsadministrationen. Ett aktivt arbete med dessa sjukfall – så att de inte övergår i längre – kan vara avgörande för utvecklingen av sjukskrivningsvolymen när arbetsmarknaden förbättras.

En förutsättning för att en halvering av antalet sjukpenningdagar kan uppnås även under en konjunkturuppgång är således att administrationen i ökad utsträckning både kan förhindra och förkorta sjukfall. Regeringen har vidtagit ett antal åtgärder för att öka precisionen i sjukskrivningsprocessen, höja kvaliteten i handläggningen av sjukfall och att förnya rehabiliteringen. Dessutom har administrationen tillförts ökade medel för uppgiften. Regeringen planerar också att införa ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren genom att arbetsgivaren framöver skall betala 15 procent av de sjukskrivna anställdas sjukpenningkostnaderna. Denna åtgärd förväntas öka arbetsgivarnas intresse för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa och att medverka i de anställdas rehabilitering. Det är ännu för tidigt att avgöra om dessa genomförda och planerade åtgärder är tillräckligt effektiva för att motverka en eventuell ny ökning av antalet sjukskrivna.

Oroande är att kvinnors sjukfrånvaro inte minskar snabbare. I stället ökar andelen kvinnor både i de kortare och i de längre sjukskrivningarna. Måluppfyllelsen kan försvåras om kvinnornas sjukfrånvaro inte kan reduceras snabbare än hittills.

Sammantaget bedömer regeringen att det finns förutsättningar att klara halveringsmålet 2008.

Det andra delmålet – att antalet nybeviljade sjukersättningar skall understiga 64 000 personer i genomsnitt fram till år 2008 torde kunna uppnås trots att många av de långtidssjukskrivna rimligen kommer att beviljas sjukersättning under perioden fram till 2008.