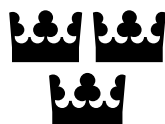


Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

10



Förslag till statens budget för 2015

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	7
2	Lagförslag.....	9
2.1	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	9
3	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	11
3.1	Omfattning.....	11
3.2	Utgiftsutveckling	11
3.3	Mål för utgiftsområdet	12
3.4	Resultatredovisning	12
3.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	12
3.4.2	Resultat	13
3.4.3	Analys och slutsatser	23
3.5	Politikens inriktning.....	24
3.6	Förslag om ändringar gällande antagandeinkomst för sjuk- och aktivitetsersättning	27
3.7	Förslag om höjd sjukpenning vid arbetslöshet	27
3.8	Budgetförslag	29
3.8.1	1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	29
3.8.2	1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	31
3.8.3	1:3 Handikappersättningar	33
3.8.4	1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	33
3.8.5	1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet	34
3.8.6	1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	35
3.8.7	2:1 Försäkringskassan.....	38
3.8.8	2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	39

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	7
Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	11
Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2015–2018. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	12
Tabell 3.3 Ramnivå 2015 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	12
Tabell 3.4 Diagnosfördelning pågående sjukfall, juni 2014.....	15
Tabell 3.5 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	29
Tabell 3.6 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	31
Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	31
Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	32
Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar.....	33
Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:3 Handikappersättningar	33
Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	33
Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	34
Tabell 3.13 1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet.....	34
Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet	35
Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.....	35
Tabell 3.16 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	37
Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	38
Tabell 3.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan.....	38
Tabell 3.19 Uppdragsverksamhet	38
Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:1 Försäkringskassan.....	39
Tabell 3.21 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	39
Tabell 3.22 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	40

Diagramförteckning

Diagram 3.1 Sjukpenningtalet januari 1995–juni 2014	13
Diagram 3.2 Antalet pågående sjukfall, januari 2000–maj 2014.....	13
Diagram 3.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män per län, juni 2014	14
Diagram 3.4 Sjukpenningtalet januari 1995–juni 2014	14
Diagram 3.5 Sjukpenningtalet för kvinnor och män i olika åldersgrupper, juni 2014.....	14
Diagram 3.6 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15	16
Diagram 3.7 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15, kvinnor	16
Diagram 3.8 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15, män	16
Diagram 3.9 Antal nybeviljade sjukersättningar maj 2004–juli 2014	17
Diagram 3.10 Antal nybeviljade aktivitetsersättningar januari 2006–juli 2014.....	17
Diagram 3.11 Ohälsotalet januari 2000–juni 2014.....	17
Diagram 3.12 Ohälsotalet uppdelat på bidraget från sjuk- och aktivitets- ersättning respektive sjukfall	18
Diagram 3.13 Nöjd kund-index för Försäkringskassan	22

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (avsnitt 2.1, 3.6 och 3.7),
2. bemyndigar regeringen att under 2015 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 250 000 000 kronor 2016 och 2017 (avsnitt 3.8.6),
3. bemyndigar regeringen att för 2015 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 100 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder (avsnitt 3.8.7),
4. för budgetåret 2015 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag	
1:1	Sjukpenning och rehabilitering m.m. 34 856 700
1:2	Aktivitets- och sjukersättningar m.m. 50 326 629
1:3	Handikappersättningar 1 351 000
1:4	Arbetsskadeersättningar m.m. 3 358 000
1:5	Ersättning inom det statliga personskadeskyddet 38 244
1:6	Bidrag för sjukskrivningsprocessen 3 142 000
2:1	Försäkringskassan 7 879 695
2:2	Inspektionen för socialförsäkringen 64 219
Summa	101 016 487

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 28 kap. 11 § och 34 kap. 12 § socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

28 kap.

11 §

Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 486 kronor om dagen. Detta gäller dock inte sjukpenning som avses i 27 kap. 6 §.

Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. Detta gäller dock inte sjukpenning som avses i 27 kap. 6 §.

34 kap.

12 §

Hel inkomstrelaterad sjukersättning och aktivitetsersättning lämnas för år räknat med 64 procent av den försäkrades antagandeinkomst.

Hel inkomstrelaterad sjukersättning och aktivitetsersättning lämnas för år räknat med 64,7 procent av den försäkrades antagandeinkomst.

1. Denna lag träder i kraft den 1 maj 2015 i fråga om 28 kap. 11 § och i övrigt den 1 januari 2015.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för förmåner som avser tid före ikraftträdandet.

3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

3.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning omfattar sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall, boendetillägg, närståendepenning, medel för köp av arbetshjälpmedel m.m., aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, ersättning vid

arbetskadorna och inom det statliga personskadeskyddet (tidigare benämnt kroppsskador) samt bidrag för sjukskrivningsprocessen. Utgiftsområdet omfattar även myndigheterna Försäkringskassan och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). Här behandlas även internationellt samarbete på socialförsäkringsområdet.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	Utfall 2013	Budget 2014 ¹	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
<i>Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</i>							
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	27 941	32 500	32 091	34 857	36 900	37 966	39 050
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	52 240	52 028	50 649	50 327	49 818	49 445	48 878
1:3 Handikappersättningar	1 317	1 377	1 333	1 351	1 375	1 419	1 471
1:4 Arbetskadereersättningar m.m.	3 831	3 650	3 583	3 358	3 147	3 028	2 918
1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet	42	41	40	38	37	35	34
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	2 300	3 119	3 022	3 142	3 157	3 152	3 152
Summa Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning	87 671	92 714	90 718	93 073	94 434	95 046	95 503
<i>Myndigheter</i>							
2:1 Försäkringskassan	7 660	7 869	7 796	7 880	7 863	7 965	8 166
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	64	67	65	64	65	66	71
Summa Myndigheter	7 723	7 936	7 861	7 944	7 927	8 031	8 237
<i>Äldre anslag</i>							
2013 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	1 000	0	0	0	0	0	0
Summa Äldre anslag	1 000	0	0	0	0	0	0
Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning	96 395	100 651	98 579	101 016	102 362	103 077	103 740

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2015–2018. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	96 520	96 520	96 520	96 520
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	53	135	275	492
Beslut	475	475	448	442
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar	801	1 873	3 773	6 000
Volymer	2 930	2 600	1 318	44
Överföring till/från andra utgifts- områden				
Övrigt	237	758	743	242
Ny ramnivå	101 016	102 362	103 077	103 740

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Tabell 3.3 Ramnivå 2015 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	2015
Transfereringar ¹	92 423
Verksamhetsutgifter ²	8 576
Investeringar ³	17
Summa ramnivå	101 016

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2013 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

² Med verksamhetsutgifter avses resurser som statliga myndigheter använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

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

3.3 Mål för utgiftsområdet

Målet för utgiftsområdet är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå (prop. 2008/09:1 utg.omr. 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138). Det innebär mer specifikt att:

- sjukfrånvaron inte ska variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer,

- osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma,
- nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med motsvarande system och förmåner inom EU och OECD.

Se vidare om målet under Politikens inriktning, avsnittet Mål för utgiftsområdet.

3.4 Resultatredovisning

3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De centrala indikatorer som används för att redovisa resultaten inom utgiftsområdet är följande:

- Ohälsotalet – hur många heldagar¹ per år personer i åldern 16–64 i genomsnitt uppstår sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning.
- Sjukpenningtalet – hur många heldagar per år som personer i åldern 16–64 år i genomsnitt uppstår sjuk- och rehabiliteringspenning.
- Antal pågående sjukfall.
- Antal nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsersättningar.

Med indikatorerna kan bl.a. även regionala jämförelser göras av sjukfrånvaron. Måtten visar även på hur sjukfrånvaron varierar mellan säsonger. Utöver detta görs även en internationell jämförelse där arbetskraftsundersökningarna (AKU) används för att jämföra hur den svenska sjukfrånvaron förhåller sig länderna i EU-15.²

¹ Innebär att partiella ersättningar räknas samman till hel ersättning. Exempelvis räknas två personer med halv sjukpenning som en hel ersättning.

² I denna benämning ingår följande länder: Frankrike, Österrike, Belgien, Tyskland, Danmark, Spanien, Finland, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Storbritannien samt Sverige.

3.4.2 Resultat

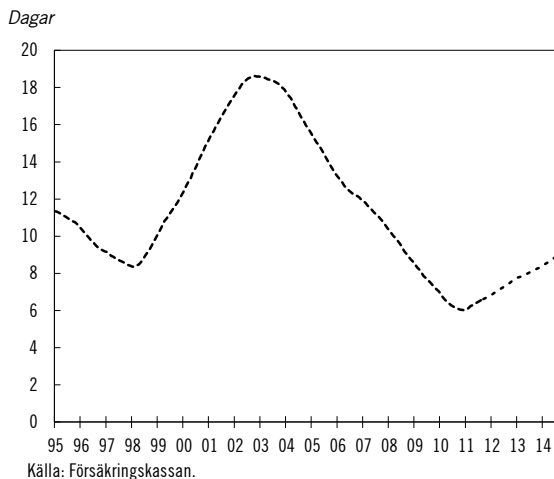
Resultatredovisningen inleds med en redovisning av sjukfrånvarons utveckling, där även Försäkringskassans och övriga aktörers arbete med sjukförsäkringen redovisas. Därefter redovisas resultaten för den samlade verksamheten på Försäkringskassan. Arbetet med internationell samordning av de sociala trygghetssystemen redovisas också här, framförallt vad gäller internationell samordning av sjukförsäkringen och ålderspensioner.

Sjukfrånvarons utveckling

Ökning av sjukpenningtalet

Sedan 2011 stiger frånvaron som ersätts med sjukpenning och rehabiliteringspenning; Sjukpenningtalet var som lägst i december 2010, då det uppgick till 6,0 dagar. I juni 2014 uppgick sjukpenningtalet till 8,8 dagar, se diagram 3.1.

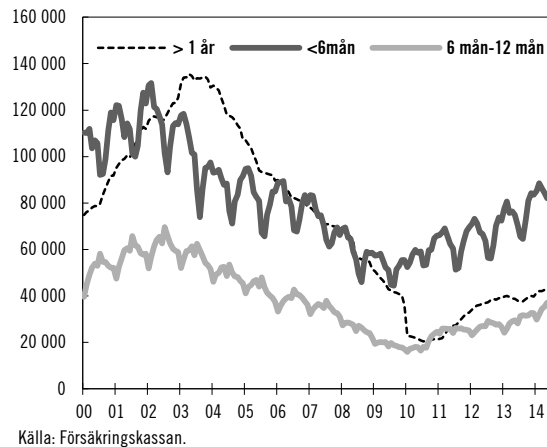
Diagram 3.1 Sjukpenningtalet januari 1995–juni 2014



Ökningen i sjukfrånvaron har skett inom samtliga sektorer och yrkesgrupper. Uppgången beror delvis på att inflödet av nya sjukfall har ökat bland anställda. Detta inflöde är i sin tur en följd av att det under de senaste åren blivit en högre sjukfrånvaro under sjuklöneperioden. Till uppgången bidrar också att varaktigheten för anställdas sjukfall har börjat öka sedan 2012.³ Delvis kan detta förklaras med att andelen sjukfall med psykiska diagnoser har ökat; i genomsnitt har sjukskrivning för psykiska diagnoser längre varaktighet än andra sjukfall.

För arbetslösa sjukskrivna ökar inte inflödet till sjukpenning men däremot har det under en period skett en kraftig ökning av varaktigheten för dessa personers sjukfall.

Diagram 3.2 Antalet pågående sjukfall, januari 2000–maj 2014

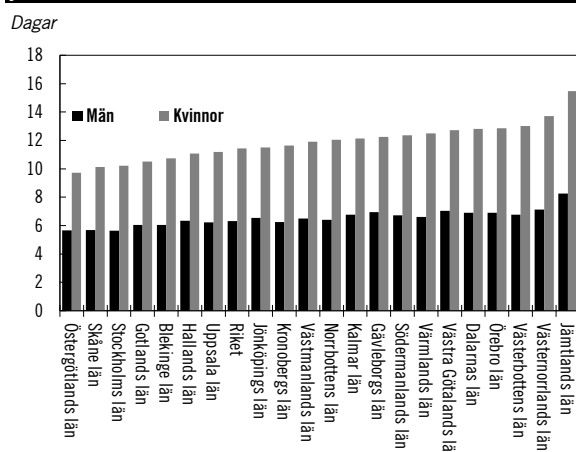


³ Socialförsäkringsrapport 2014:12, Försäkringskassan.

Störst regionala skillnader i sjukfrånvaro för kvinnor

För kvinnor uppgick skillnaden mellan det högsta respektive lägsta länsvisa sjukpenningtalet i juni 2014 till 5,7 dagar och bland män till 2,6 dagar. Således är det bland kvinnorna som de största regionala skillnaderna finns, se diagram 3.3. För både kvinnor och män är sjukfrånvaron högst i Jämtlands och lägst i Östergötlands län. Se vidare under rubriken Fortsatt ökning av kvinnors sjukfrånvaro.

Diagram 3.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män per län, juni 2014

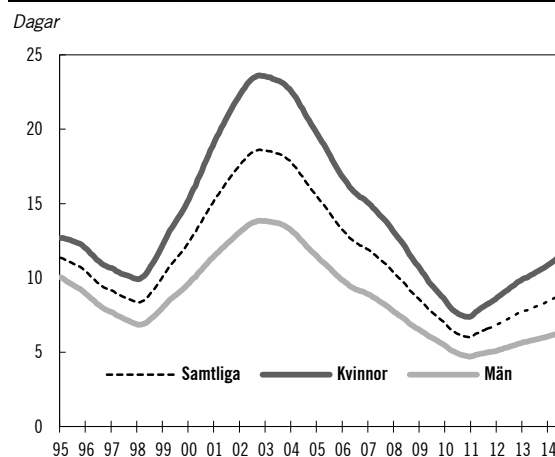


Fortsatt ökning av kvinnors sjukfrånvaro

Kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män. Detta gäller sjukfall i alla längdklasser. Kvinnors andel av sjukfrånvaron har ökat i omfattning de senaste åren, se diagram 3.4. Dessutom är alltså de regionala skillnaderna i kvinnors sjukskrivningstal högre än motsvarande skillnader för män. Högst sjukpenningtal har kvinnor i åldersgruppen 50–59 år, se diagram 3.5. Ett återkommande mönster är att när sjukfrånvaron ökar så gör den det mer för kvinnor än för män. Kvinnor har även ett lägre arbetskraftsdeltagande, lägre genomsnittlig lön och arbetar i större utsträckning deltid än män.⁴ Kvinnor i Sverige har dock högst sysselsättningsgrad och arbetskraftsdeltagande av samtliga länder i EU.

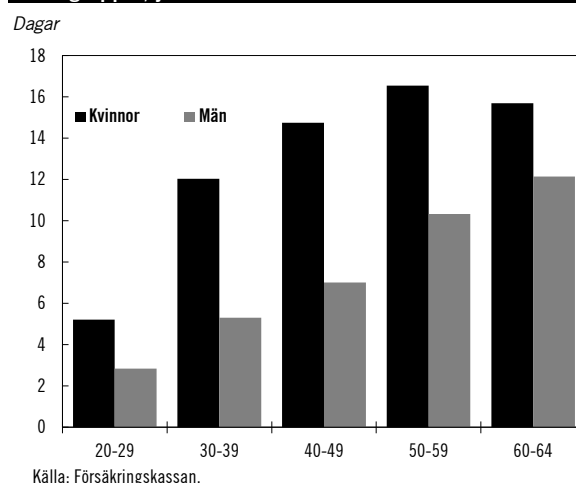
I juni 2014 var sjukpenningtalet för kvinnor totalt sett 81 procent högre än för män.

Diagram 3.4 Sjukpenningtalet januari 1995–juni 2014



Sjukpenningtalet varierar mycket mellan olika åldersgrupper, men kvinnor har genomgående högre sjukfrånvaro än män, se diagram 3.5.

Diagram 3.5 Sjukpenningtalet för kvinnor och män i olika åldersgrupper, juni 2014



Forskning påvisar att det finns ett stort antal faktorer både i och utanför arbetet ökar risken för kvinnor att bli sjukskrivna.⁵ Resultaten indikerar att kvinnors högre sjukfrånvaro i många fall har inslag av såväl medicinska som sociala och ekonomiska aspekter, och att både faktorer i arbetsmiljön och fördelningen av obetalt hem- och omsorgsarbete bidrar till skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen.

⁵ Se bl.a. Försäkringskassans rapport, Kvinnors sjukfrånvaro 2013, och Statens beredning för medicinsk utvärderings rapporter Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar (2013) och Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom (2014).

⁴ 2014 års ekonomiska vårproposition (prop. 2013/14:100, kap. 10).

Det finns skillnader i Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden för kvinnor och män.⁶ Sambandet mellan handläggning och utredning av sjukpenningärenden samt antal personer som är sjukskrivna är emellertid komplext, och skillnaderna behöver inte betyda att Försäkringskassans handläggning sker på ett sätt som medför omotiverade skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män. Oavsett detta är det viktigt att Försäkringskassan uppmärksammar detta i sitt fortsatta arbete med att verka för jämställdhet i sina handläggningsprocesser.

Ökad sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa

Sjukskrivning på grund av psykiska diagnoser har ökat under senare år och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Ökningen av de psykiska diagnoserna bottnar i psykisk ohälsa i form av bl.a. ångest och depressioner, som med åren tycks ha ökat hos befolkningen. I tabell 3.4 redovisas de vanligaste diagnostyperna för kvinnor och män.

Tabell 3.4 Diagnosfördelning för pågående sjukfall, juni 2014

Procent

Diagnos	Samtliga sjukfall			Sjukfall över ett år		
	Kv	Män	Samtl	Kv	Män	Samtl
Psykiska	43	33	40	50	40	46
Muskuloskeletala	21	24	22	20	19	20
Skador/förgiftn.	4	9	6	3	5	4
Tumörer	6	6	6	8	8	8
Cirkulationsorgan	2	6	4	3	8	5
Övriga	15	14	15	14	16	15
Saknas/okänd	8	9	9	3	3	3

Källa: Försäkringskassan.

Den genomsnittliga varaktigheten för sjukfall med psykiska diagnoser är generellt sett längre än för sjukfall som t.ex. beror på sjukdomar i rörelseorganen. Det medför att de psykiska diagnosernas andel av de pågående fallen ökar och sammantaget utgör den största diagnosgruppen både för kvinnor och för män. Risken att påbörja ett sjukfall med psykisk diagnos är högre för kvinnor än för män.⁷ För både kvinnor

och män är risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos som högst i åldern 30–39 år och något högre för personer med barn i åldern 3–12 år. För både kvinnor och män innebär yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (s.k. kallade kontaktyrken) en högre genomsnittlig risk att bli sjukskriven på grund av psykisk diagnos.

ISF genomför för närvarande en studie om hur sjukförsäkringens utformning och tillämpning förhåller sig till de senaste årens utveckling med en stigande andel sjukskrivningar i psykiska diagnoser.⁸ Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd arbetar också med att ta fram en kunskapsöversikt beträffande forskning om psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.⁹

Personer som lämnat sjukförsäkringen på grund av den bortre tidsgränsen

Sedan årsskiftet 2009/10 till och med december 2013 har totalt cirka 75 000 personer lämnat sjukförsäkringen på grund av den bortre tidsgränsen samt på grund av att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats. Av dessa dryga 75 000 personer har sedan cirka 41 000 återvänt och fått sjukpenning.

De personer som lämnar sjukförsäkringen vid den bortre tidsgränsen ges möjlighet att delta i programmet Arbetslivsintroduktion (ALI) hos Arbetsförmedlingen. Programmets syfte är att kartlägga deltagarnas förutsättningar att ta del av Arbetsförmedlingens tjänsteutbud.

Av deltagarna i ALI är ungefär 68 procent kvinnor och en majoritet i åldersgruppen 40–49 år. Generellt är aktivitetsnivån låg och flertalet har en aktivitetsnivå på en eller några timmar i veckan. Vissa deltagare deltar inte alls i aktiva insatser under programtiden. Den främsta orsaken till detta är ohälsa. Den generella bilden är att ju längre tid som gått efter avslutad ALI desto fler personer återvänder till sjukförsäkringen.¹⁰

⁸ Uppdrag att genomföra en analys av sjukförsäkringens utformning och sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, dnr S2013/3783/SF.

⁹ Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

¹⁰ Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, 6b – Arbetslivsintroduktion, Arbetsförmedlingen 2014.

⁶ Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv, ISF 2013:16.

⁷ Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, Försäkringskassan 2013-12-06.

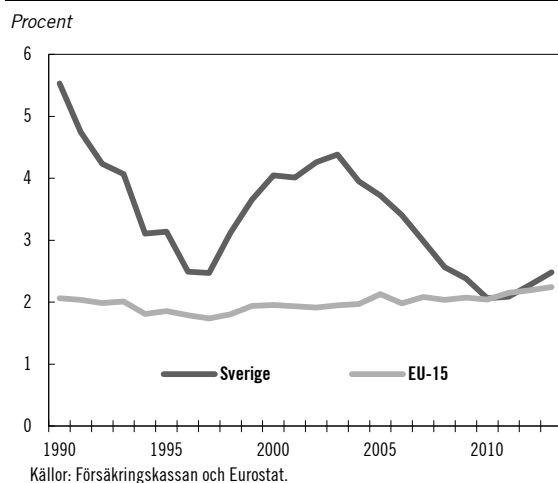
Många av dem som lämnar sjukpenning på grund av den bortre tidsgränsen återvänder således till sjukpenning. Andelen som lämnade sjukförsäkringen och som senare återvände (inom 15 månader) uppgick till närmare 60 procent i årsskiftesgruppen 2009/2010. Bland dem som uppnått den bortre tidsgränsen två gånger är det närmare 70 procent som återvänder ytterligare en gång.

Den bortre tidsgränsen har lett till en försämrad ekonomisk situation för många försäkrade. Bland de personer som tvingades lämna sjukförsäkringen under åren 2010–2012 nästintill fördubblades andelen personer som fått ekonomiskt bistånd från kommunerna efter att de lämnat sjukförsäkringen.¹¹

Svensk sjukfrånvaro i nivå med EU-genomsnittet

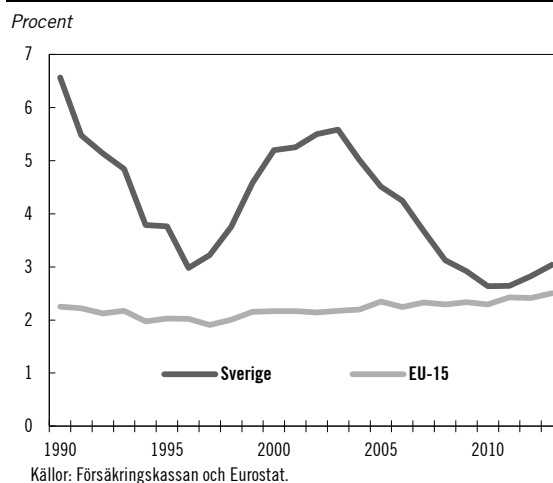
Enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU) ligger den svenska sjukfrånvaron i nivå med EU-genomsnittet, se diagram 3.6. Som framgår av diagrammet har den svenska sjukfrånvaron varierat betydligt över tid jämfört med EU-genomsnittet.

Diagram 3.6 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15



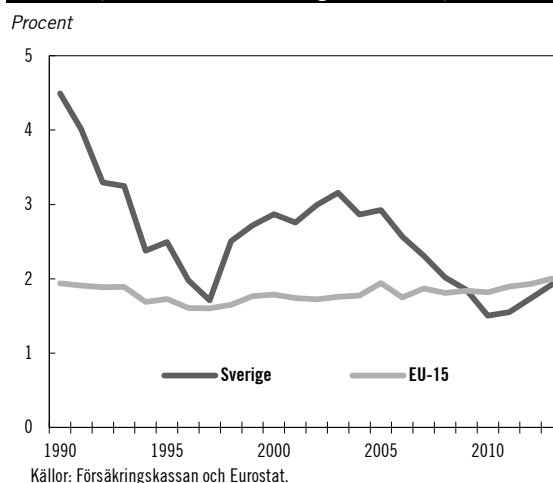
I Sverige har kvinnorna dock högre sjukfrånvaro än genomsnittet inom EU, se diagram 3.7. Detta kan delvis bero på att kvinnor i Sverige har högre arbetskraftsdeltagande.

Diagram 3.7 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15, kvinnor



Till skillnad mot vad som gäller för kvinnor har männen i Sverige lägre sjukfrånvaro än EU-genomsnittet för män, se diagram 3.8.

Diagram 3.8 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2013 för Sverige och EU15, män

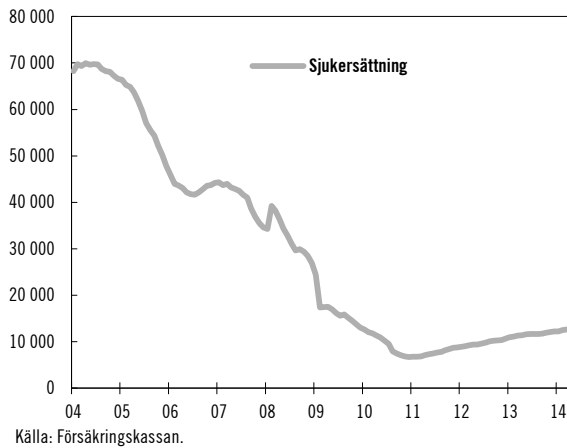


Fler beviljas sjukersättning

Under 2013 beviljades totalt 11 700 personer sjukersättning, varav 55 procent kvinnor och 45 procent män. Sedan mitten av 2011 har nybeviljandet av sjukersättning stigit. Uppgången beror bl.a. på att fler personer har uppnått maximal tid med sjukpenning¹² och sedan återvänt och återigen fått sjukpenning, varpå de har beviljats sjukersättning.

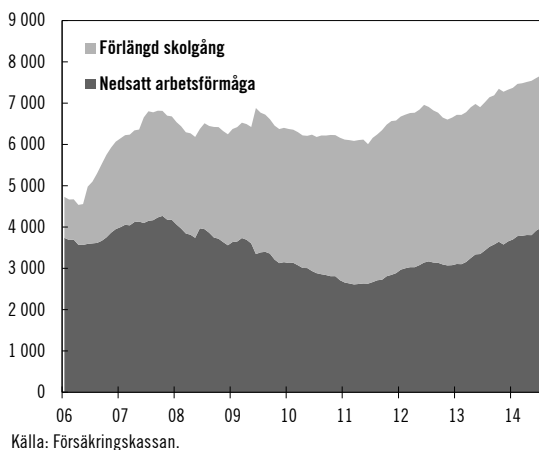
¹² Enligt huvudregeln kan en person få max 914 dagar med sjukpenning. Efter det kan personen efter ett uppehåll på minst 87 dagar återigen få sjukpenning.

¹¹ Sjukfrånvarons utveckling, Delrapport 1, år 2014, Försäkringskassan.

Diagram 3.9 Antal nybeviljade sjukersättningar maj 2004–juli 2014

Fortsatt ökning av nybeviljandet av aktivitetsersättning

Nybeviljandet av aktivitetsersättning fortsätter att öka. Även med beaktande av befolkningsförändringarna i de aktuella åldersgrupperna har nybeviljandet ökat. I kombination med ett relativt lågt utflöde medför detta att det totala antalet personer med aktivitetsersättning också ökar. I december 2013 hade 31 000 personer aktivitetsersättning (varav 47 procent kvinnor och 53 procent män), vilket kan jämföras med 28 800 personer i december 2012 (med samma fördelning mellan kvinnor och män som 2013).

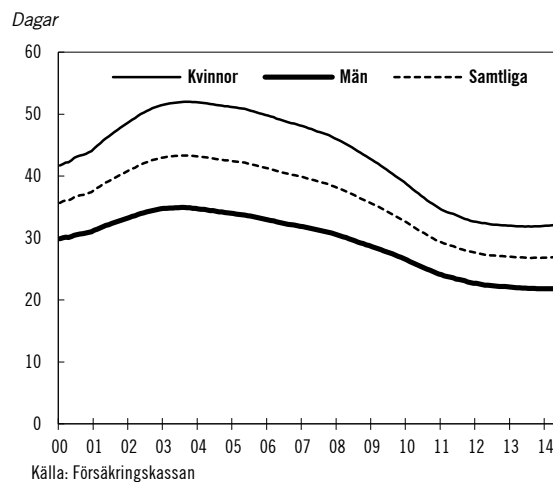
Diagram 3.10 Antal nybeviljade aktivitetsersättningar januari 2006–juli 2014

Försäkringskassan fick i uppdrag av den förra regeringen att arbeta med att öka delaktigheten i arbetslivet och i det övriga samhällslivet för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten har därför definierat indikatorer för att kunna följa utvecklingen. En av indikatorerna

handlar om hur stor andel personer med aktivitetsersättning som året efter att ersättningen upphört har inkomst av förvärvsarbete. När det gäller personer som haft aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga¹³, är det nära hälften (47,8 procent) som året efter ersättningen avslutats har inkomst av förvärvsarbete.¹⁴ Av dem som avslutade en period med aktivitetsersättning för förlängd skolgång under 2005, hade närmare 30 procent av dessa personer fyra år senare en arbetsinkomst.

Ohälsotalets sammansättning i förändring

Den totala sjukfrånvaron mätt som ohälsotalet (dvs. frånvaro med sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning) uppgick i juni 2014 till 27,0 dagar, se diagram 3.11. Sett till kvinnor och män uppgick ohälsotalet i juni 2014 till 32,3 dagar för kvinnor och 21,9 dagar för män. Se vidare under rubriken Fortsatt ökning av kvinnors sjukfrånvaro.

Diagram 3.11 Ohälsotalet januari 2000–juni 2014

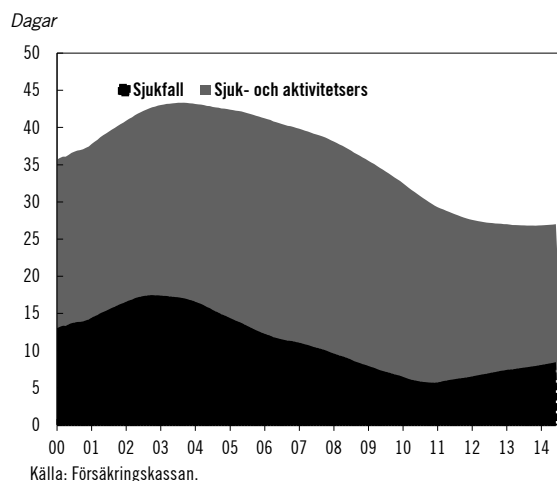
Ohälsotalet uppvisade en kontinuerlig minskning perioden 2003–2013 men därefter har utvecklingen planat ut. Sedan 2013 har ohälsotalets totalnivå varit relativt konstant, men underliggande har sammansättningen mellan

¹³ Aktivitetsersättning beviljas antingen för nedsatt arbetsförmåga eller för förlängd skolgång (om en person p.g.a. funktionsnedsättning behöver längre tid för att avsluta studier t.o.m. gymnasienivå).

¹⁴ Antal individer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga där ersättningen har upphört någon gång under året och som året därefter har en förvärvsinkomst som överstiger 0,24 prisbasbelopp. Försäkringskassan, dnr 42239-2012-FPA.

sjukfall och sjukersättning förändrats. Antalet personer som får sjukersättning har minskat, vilket framför allt beror på att många med sjukersättning har övergått till ålderspension. Samtidigt har nybeviljandet av sjukersättning varit lågt. Däremot har antalet sjukfall ökat. Således har det skett en omfördelning inom ohälsotalet, mellan antalet personer som uppbär sjukpenning respektive sjukersättning, se diagram 3.12.

Diagram 3.12 Ohälsotalet uppdelat på bidraget från sjuk- och aktivitetsersättning respektive sjukfall



Försäkringskassans arbete med sjukförsäkringen

Försäkringskassan är som försäkringsgivare en av sjukskrivningsprocessens centrala aktörer. Myndigheten ska bedöma den försäkrades arbetsförmåga och pröva rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheten ska även klarlägga den sjukskrivnes behov av rehabilitering och samordna de åtgärder som kan behövas. I detta arbete har handläggarna en nyckelroll.

Försäkringskassan har under 2013 påbörjat införandet av en ny handlägningsprocess för sjukförsäkringen, kallad ”En enklare sjukförsäkringsprocess”. Myndighetens ambition är att inom ramen för denna process kunna arbeta mer individfokuserat, differentierat och behovsstyrt. Genom att redan inledningsvis i sjukfallen skilja ut de ärenden som kräver mer respektive mindre utredning och insatser kan resurser frigöras för de sjukfall som är komplexa och där olika insatser bedöms nödvändiga. Utvärderingen av den nya arbetsmetoden kommer att vara vägledande i den fortsatta implementeringen och belysa behovet av eventuella justeringar.

Det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen består av två delar, gemensam kartläggning och aktiva insatser. Gemensam kartläggning är ett arbetssätt för samarbetet mellan myndigheterna som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv.

Under det första halvåret 2014 har 7 504 gemensamma kartläggningar genomförts. Av dessa var 58 procent kvinnor och 18 procent under 30 år. Antalet kan jämföras med 12 292 genomförda kartläggningar mellan januari och maj 2013.¹⁵ Det låga antalet under första halvåret 2014 beror till viss del på att Försäkringskassan inte har kunnat bereda ärenden till gemensam kartläggning i samma omfattning som tidigare. Myndigheterna redovisar också att många individer som har identifierats för att kallas till gemensam kartläggning inte påbörjar den gemensamma kartläggningen samt att en stor andel inte går vidare från kartläggningen till aktiva åtgärder.

För personer som har sjukpenning genomfördes under 2013 cirka 25 procent av kartläggningarna före dag 180, ytterligare cirka 25 procent inom ett års sjukskrivning och resterande därefter. Den samordnade rehabilitering som genomförs inom ramen för samarbetet sker i genomsnitt efter 551 dagars sjukskrivning.

Det finns visst stöd för positiva effekter av rehabiliteringssamarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, både i termer av kortare sjukskrivningstider och individernas närmande till arbetsmarknaden genom övergång till arbete eller utbildning.¹⁶ Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen planerar att framgent fortsätta att utvärdera effekterna av samarbetet. Resultatens tillförlitlighet kommer att öka då

¹⁵ Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete – Rehabiliteringsinsatser i samarbete. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen dnr Af-2013/508922 och FK 3013-2013.

¹⁶ Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter – Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, dnr Af-2011/414101 och FK 5433-2012.

utvärderingarna successivt kommer att omfatta allt längre uppföljningsperioder.

Hälso- och sjukvårdens insatser

Hälso- och sjukvården ansvarar för att bedöma patientens medicinska tillstånd och leverera medicinska utlåtanden som underlag för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Hälso- och sjukvården ansvarar också för att tillhandahålla medicinsk behandling och rehabilitering. God tillgänglighet till vård, behandling och rehabilitering via primärvården är centralt för en väl fungerande sjukskrivningsprocess.

Sjukskrivningsmiljarden

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i syfte att skapa en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, den s.k. sjukskrivningsmiljarden, fokuserar bl.a. på att hälso- och sjukvården ska bidra till en jämställd sjukskrivningsprocess, att det ska ske en utveckling av arbetet med patienter som har psykisk ohälsa samt att samverka mellan hälso- och sjukvården och andra relevanta aktörer i sjukskrivningsprocessen ska ske tidigt. Nuvarande överenskommelse gäller för åren 2014–2015.

De åtgärder som hittills har vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.¹⁷

Rehabiliteringsgarantin

Genom överenskommelsen med SKL om den så kallade rehabiliteringsgarantin stimulerar staten hälso- och sjukvårdens utbud av evidensbaserade behandlingar. De behandlingsmetoder och diagnosgrupper som inkluderas i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR)¹⁸ vid icke specifika rygg- och nackbesvär samt

kognitiv beteendeterapi (KBT) vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.

Utvärdering av behandlingar inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne visar på positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro efter KBT-behandling för de patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades.¹⁹ För samma grupp återfinns också positiva effekter i form av färre antal läkemedelsförskrivningar. För gruppen som redan var sjukskrivna när de fick KBT-behandling kunde någon effekt på sjukfrånvaron eller läkemedelsförskrivning däremot inte konstateras. Multimodal rehabilitering (MMR) uppvisar negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro. Däremot fanns inga tydliga effekter på läkemedelsförskrivning efter MMR. Det finns dock exempel på MMR-team som uppvisar positiva resultat och Karolinska Institutet (KI) har haft i uppdrag att kartlägga vad som kännetecknar de MMR-team vars metoder och arbete ledet till en minskad sjukfrånvaro och ökad arbetsförmåga.²⁰ Resultaten visar att sjukfrånvarons längd före rehabilitering är den enskilt starkaste faktorn tillsammans med rehabiliteringens längd, teamens inställning till hur viktigt det är att patienten återgår i arbete samt huruvida teamen diskuterar evidens på sin arbetsplats. Tillsammans förklarar dessa faktorer 57 procent av resultat i sjukfrånvaro efter rehabilitering.

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har medel reserverats för ny forskning, den så kallade Rehsam-satsningen. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har fått i uppdrag att göra en vetenskaplig bedömning av forskningsresultaten från Rehsam-satsningen.²¹

¹⁷ Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007, Karolinska Institutet 2013.

¹⁸ Innebär en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder, där vårdpersonalen arbetar i team.

¹⁹ Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro, ISF 2014:12.

²⁰ En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport, Karolinska Institutet 2014.

²¹ Forte ska göra en kunskapssammanställning av forskningen inom de områden som Rehsam-satsningen omfattar. Utifrån denna kunskapssammanställning samt nya resultat från Rehsam-satsningen som bedöms hålla tillräckligt god kvalitet, ska Forte löpande utveckla målgruppsanpassad kommunikation av resultaten. Utöver detta ska Forte även lämna förslag på forskningsområden som de, utifrån kunskapssammanställningen, bedömer att det finns behov av att finansiera.

Samspelet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan

Hälso- och sjukvården har en viktig roll för Försäkringskassan, bl.a. genom att de tillhandahåller medicinska underlag till myndigheten.

När det gäller bedömning av arbetsförmåga visar en studie från ISF att Försäkringskassan i mycket stor utsträckning gör samma bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkaren gör i det första läkarintyget i ett sjukfall.²² Dessutom beviljar myndigheten oftast sjukpenning precis för så lång tid som läkaren har sjukskrivit en person.

Inom ramen för sjukskrivningsmiljarden granskar Försäkringskassan kvaliteten i läkarintygen för sjukpenning. Den senaste granskningen visar att andelen läkarintyg av god kvalitet sammantaget ökar i landstingen.²³ Andelen godkända intyg för hela riket uppgår till 57,7 procent, vilket motsvarar en uppgång med cirka 13 procent jämfört med 2010. Det som brister i kvalitet är beskrivning av den försäkrades aktivitetsbegränsning, vilket saknas i 34,9 procent av alla intyg. Den andra bristen är att läkaren inte i tillräcklig utsträckning motiverat avsteg från det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Motivering saknas helt i 37,1 procent av samtliga intyg och motiveringen är bristfällig i ytterligare 10,7 procent av alla intyg.

Finansiell samordning genom samordningsförbund

Genom frivillig finansiell samordning inom ramen för s.k. samordningsförbund har Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner ytterligare möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Målgruppen är individer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärsarbete. I maj 2014 fanns det 84 samordningsförbund som omfattade 230 av landets 290 kommuner.

Under 2013 har cirka 36 900 personer omfattats av samordningsförbundets insatser.²⁴ Under första halvåret 2014 registrerades cirka 17 600 deltagare i någon av samordningsförbundets insatser. Inom ramen för detta samarbete är unga med aktivitetsersättning en prioriterad grupp och hittills under 2014 har cirka 1 300 i denna grupp omfattats av samordningsförbundets insatser. Av dem som omfattats av samordningsförbundets insatser har cirka 35 procent gått vidare till arbete eller utbildning efter avslutad insats. Avsaknaden av effektutvärderingar innebär emellertid att det är svårt att värdera resultaten eller uttala sig om resultatens långsiktiga hållbarhet.²⁵ Den förra regeringen har beviljat ekonomiskt stöd till ett projekt som syftar till att utveckla indikatorer för utvärdering av finansiell samordning, vilket kan bidra till ökad kunskap om resultat och effekter av samordningsförbundets insatser.

Arbetsgivarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Arbetsgivare har en central roll i att förebygga sjukfrånvaro genom en god arbetsmiljö och att stödja sjukskrivna arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Företagshälsovården är i detta sammanhang en viktig resurs för arbetsgivaren.

Arbetsplatsnära stöd

För att stötta och bistå arbetsgivare och sjukskrivna anställda finns sedan april 2014 ett bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete. Den utredande insatsen ska utföras av en godkänd företagshälsovård eller annan likvärdig godkänd aktör. Syftet med bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete är både att förebygga sjukfall och att öka sjukskrivna arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivarna att vidta tidiga och anpassade åtgärder på arbetsplatsen.

²² Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron, ISF 2014:5.

²³ Kvalitet på läkarintyg - En del av sjukskrivningsmiljarden, Försäkringskassan 2014-04-15.

²⁴ Uppföljning av finansiell samordning, 2014-02-21, Försäkringskassan.

²⁵ Uppföljning av finansiell samordning, 2014-06-13, Försäkringskassan dnr 8504-2014.

Skillnader mellan kvinnor och män i beviljandet av arbetsskadelivränta

Under de senaste åren har den andel av ansökningar om arbetsskadelivränta som har beviljats stigit och mellan 2012 och 2013 ökade beviljandefrekvensen från 50,2 till 54,7 procent. Ökningen är störst för män, vilket medför att skillnaden i beviljandefrekvens mellan kvinnor och män har ökat. Antalet ansökningar om arbetsskadelivränta är lågt och trots att andelen ansökningar som beviljas ökar, sjunker det totala antalet nybeviljade arbetsskadelivräntor. 2013 uppgick de till 1 160 jämfört med 1 274 år 2012.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i uppdrag att göra kunskapsammansättningar avseende arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdomar och då särskilt beakta kvinnors arbetsmiljö. Hittills har tre rapporter sammanställts. Den första publicerades 2013 och handlade om sömnstörningar och de två senaste som har publicerats 2014 avser arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av symptom på depression och utmattningsdepression respektive ryggproblem. Försäkringskassan har fått i uppdrag att i samband med årsredovisningen för 2014 redovisa hur kunskapsöversikterna har tagits tillvara inom myndigheten.

Försäkringskassan

Utöver ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning omfattar utgiftsområde 10 även administrationen och arbetet i stort vid Försäkringskassan. Myndighetens ansvarsområde spänner över detta utgiftsområde och omfattar också delar av utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn, delar av utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg samt delar av utgiftsområde 14 Arbetsliv och Arbetsmarknad. Här presenteras resultaten för den samlade verksamheten som spänner över samtliga av de nyss nämnda utgiftsområdena. För mer områdesspecifik information om myndighetens arbete, se respektive utgiftsområde.

Mål för Försäkringskassan

Försäkringskassan har flera mål. Det handlar t.ex. om att myndigheten ska verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som i förlängningen möjliggör för fler att återgå i arbete.

Försäkringskassan ska också effektivisera handläggningen och kontrollen samt öka kvaliteten i utredningarna och besluten inom assistansersättningen. Ytterligare ett mål handlar om att Försäkringskassan ska ha medborgarnas fulla förtroende och bidra till en hög tilltro till socialförsäkringen. Försäkringskassan har vidtagit många åtgärder för att nå vart och ett av dessa mål.

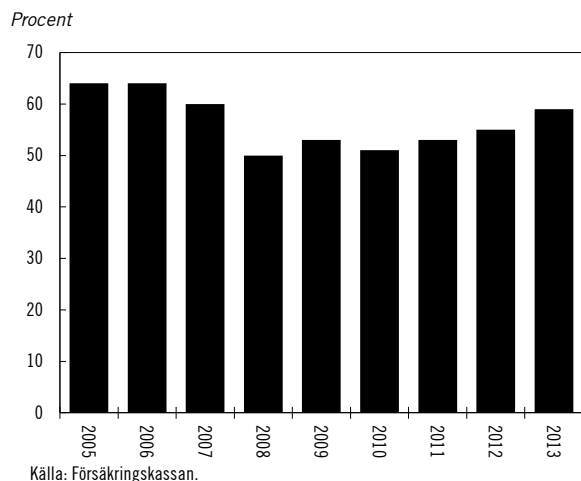
Förtroendet för Försäkringskassan

Ett ökat förtroende har varit Försäkringskassans högst prioriterade fråga och myndigheten bedriver sedan ett par år tillbaka ett omfattande utvecklingsarbete där en rad åtgärder har vidtagits.

Försäkringskassan har bl.a. utvecklat en ny vision och verksamhetsidé samt infört s.k. kundlöften, som ska vara ett verktyg för att fokusera alla insatser på att möta de försäkrades behov och ge verksamheten en klar riktning i arbetet med att öka förtroendet. Vidare fortsätter Försäkringskassan att införa en verksamhetsstrategi som bygger på modellen ”Lean”, vilket bl.a. inkluderar en strävan efter ständiga förbättringar och borttagande av sådant i processerna som inte skapar värde för de försäkrade.

Försäkringskassan har också styrt om sin organisation så att ledning och styrning av verksamheten sker utifrån de försäkrades behov inom sex olika livssituationer, såsom t.ex. att ha varaktigt nedsatt arbetsförmåga, att leva med funktionsnedsättning samt att vänta eller ha barn.

Olika undersökningar indikerar att förtroendet för myndigheten har ökat de senaste åren, även om förtroendet fortfarande är lågt. Försäkringskassans s.k. nöjd kund-index ökade till exempel från 51 till 59 procent mellan 2010 (då förändringsarbetet inleddes) och 2013, se diagram 3.13. Nöjd kund-index har det senaste året förbättrats för både kvinnor och män. Män är emellertid mer nöjda med Försäkringskassan.

Diagram 3.13 Nöjd kund-index för Försäkringskassan

Det s.k. bemötandeindex som mäter om enskilda individer upplever om de har blivit vänligt bemötta, behandlade med respekt och fått den hjälp de behövt, ökade från 71 till 73 procent 2013. Bemötandet har enligt detta mått förbättrats både i relation till barnfamiljer, sjukskrivna och personer med funktionsnedsättning. Kvinnor och män är i princip lika nöjda med bemötandet.

För att medborgarnas förtroende för socialförsäkringen ska vara gott bör försäkringen tillämpas enhetligt och rättssäkert. Det allmänna ombudet för socialförsäkringen har i uppdrag att värna en enhetlig rättstillämpning genom att driva fram vägledande domstolsavgöranden på socialförsäkringens område. Genom det av den förra regeringen beslutade tilläggsdirektivet till Utredningen om tillsyn inom socialförsäkringsområdet (S2013:10) fick utredaren i uppdrag att överväga hur det allmänna ombudet kan ges bättre förutsättningar för att fullgöra sitt uppdrag (dir 2014:49).

Ökande produktivitet

Efter några år av minskande produktivitet har produktiviteten under 2013 ökat inom samtliga större försäkringsområden, vilket innebär att kostnaden per handlagt ärende har minskat inom områdena Ohälsa, Barn och familj respektive Funktionsnedsättning. Produktivitetsökningen förklaras främst av att produktionsvolymen ökat, men även mindre kostnader har bidragit till utvecklingen. Samtidigt som produktiviteten ökat har även kvaliteten i ärendehandläggningen ökat i flera avseenden. Exempel på detta är snabbare beslut och utbetalningar, kortare handläggningstider för flera av de stora förmånerna och ett ökat förtroendet för myndigheten.

Sammantaget har därmed effektiviteten utvecklats positivt under 2013, något som bekräftas i en skrivelse från ISF till den förra regeringen.²⁶

Försäkringskassan har under 2013 arbetat fram ett nytt kvalitetsuppföljningssystem som myndigheten avser att införa under 2014. Detta nya system syftar till att myndigheten på ett mer enhetligt, systematiskt och utvecklingsinriktat sätt än tidigare ska kunna följa kvaliteten i verksamheten.

Försämrad tillgänglighet

Försäkringskassans tillgänglighet per telefon försämrades under 2013. Endast 52 procent av alla inkomna samtal besvarades under året, och väntetiden var i genomsnitt 15 minuter. Detta kan jämföras med en tillgänglighet på 81 procent och en väntetid på drygt 5 minuter 2012. Myndigheten har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med problemen och tillgängligheten har förbättrats under våren 2014.

Ökad digitalisering

Försäkringskassan har både tagit fram nya och vidareutvecklat befintliga självbetjäningstjänster. Exempelvis sjösattes automatisering av handläggning av föräldrapenning, som är ett av de större IT-projekten inom myndigheten, vid årsskiftet 2013/14. Automatiserad handläggning förväntas medföra att kvaliteten i handläggningen ökar, att oavsiktliga fel – och därmed att de felaktiga utbetalningarna – ska minska.

Arbete mot felaktiga utbetalningar

I syfte att förebygga och upptäcka felaktiga utbetalningar har Försäkringskassan utvecklat sitt arbete med att använda myndighetens information på ett mer genomtänkt och systematiskt sätt. Genom att analysera mönster och samband i myndighetens olika system har statistiska modeller utvecklats som bedömer risken för fel, vilket på sikt förväntas bidra till en effektivare kontroll. Korrekta beslut och utbetalningar skapar i sin tur en tilltro och legitimitet till systemen och för myndigheten.

Försäkringskassan fortsätter att prioritera kontroll av de förmåner som är mest kostsamma, dvs. sjukersättning, assistansersättning, sjuk-

²⁶ ISF Skrivelse, dnr 2014-73.

penning och aktivitetsstöd. Sedan 2011 har Försäkringskassans arbete särskilt inriktats mot kontroll av assistansersättningen, och en dryg fjärdedel (ca 40 stycken) av kontrollutredarna arbetade 2013 med denna förmån. Det är också främst inom assistansersättningen som de upptäckta felutbetalningarna har ökat.

Sammantaget har arbetet med att motverka bidragsbrott resulterat i 20 000 kontrollutredningar under 2013. Felaktiga utbetalningar upptäcktes i 4 100 av dessa fall. Det ledde i sin tur till återkrav på 317 miljoner kronor och besparingsbelopp, dvs. belopp som utan upptäckt kunde ha betalats ut felaktigt, på ca 736 miljoner kronor. Både de beslutade återkraven och besparingsbeloppet har ökat jämfört med tidigare år, liksom antalet polisanmälningar. Av återkraven ökade andelen där Försäkringskassan har orsakat felutbetalningen från 40 till 47 procent 2013. Den vanligaste anledningen är felregistreringar eller att myndigheten inte i tid tar hand om de uppgifter som kommer in.

Internationell samordning av sociala trygghetssystem

Sverige är en del av en internationell värld, vilket avspeglas i socialförsäkringssystemen. Ett exempel är det faktum att av de drygt 7,7 miljoner personer som var försäkrade hos Försäkringskassan 2013, var 17 procent födda i ett annat land än Sverige. Av dessa personer var drygt en tredjedel födda inom EU/EES, främst Norden. Ett annat exempel är pensionsområdet. Under 2013 fick 138 000 pensionärer som bor utomlands pension från Sverige. De flesta av dessa personer bor i Finland, Tyskland, Danmark eller i Norge. Sammantaget kan konstateras att rörligheten till och från Sverige är betydande.

För att skapa goda förutsättningar för rörlighet som bidrar till ökad tillväxt tillsatte den förra regeringen en särskild utredare som ska göra en översyn av de svenska sociala trygghetssystemen och dessas tillämpning. Utredningen ska utgå ifrån de nya förutsättningar som globaliseringen ger i en unionsrättslig och internationell kontext. Syftet med utredningen är att ta fram ett tydligt och lättillgängligt regelverk med koppling till försäkringstillhörighet.

Samordningen av de sociala trygghetssystemen har i flera avseenden förbättrats under året

som gått. Den nya nordiska konventionen om social trygghet trädde i kraft den 1 maj 2014. Konventionen innehåller bl.a. en bestämmelse som innebär att gränsarbetare ska kunna få rehabilitering i bosättningslandet, även om personen ifråga är försäkrad i ett annat land. Dessutom ingår en överenskommelse mellan länderna om att avstå från krav på återbetalning av kostnader för sjukvård, arbetslöshetsersättning, rehabilitering samt ersättning för kostnader för hemresa i samband med sjukdom vid tillfällig vistelse i respektive land.

Konventionen om social trygghet mellan Sverige och Indien trädde i kraft den 1 augusti 2014. Konventionen innehåller bestämmelser som samordnar ländernas lagstiftning om ålders- och efterlevandepension samt sjuk- och aktivitetsersättning.

3.4.3 Analys och slutsatser

Sjukfrånvarons utveckling

Sedan 2010 har det skett en ökning av antalet nya sjukfall där sjukpenning beviljas. På senare tid finns även en tendens till att sjukskrivningarna blivit längre. Denna utveckling medför att sjukfrånvaron inte bedöms vara stabil. Bedömningen är sammantaget att målet om en låg och stabil nivå för sjukfrånvaron ännu inte är uppfyllt.

Både i Sverige och internationellt är det sjukskrivningar för psykiska diagnoser som ökar. Dessa sjukskrivningar tenderar att bli längre än andra. Det är därför av yttersta vikt att förbättra särskilt de tidiga och förebyggande insatserna för personer med psykisk ohälsa.

Kvinnors sjukfrånvaro är mycket högre än mäns. En del riskfaktorer förknippade med arbets- och familjeliv har identifierats. Samtidigt är problemet vidare än så och hänger sannolikt ytterst samman med en bristande jämställdhet mellan kvinnor och män i hela samhället. Åtgärder för att öka jämställdheten mellan kvinnor och män har därför betydelse även när det gäller att minska kvinnors sjukfrånvaro. Över huvudtaget behöver kvinnors sjukfrånvaro uppmärksammas och analyseras. Det finns en risk att viktiga orsaker till sjukfrånvaro annars inte upptäcks och blir åtgärdade.

Den nuvarande uppgången av sjukfrånvaron är oroande och tyder på att människor inte får

det stöd som krävs eller att deras arbetsförmåga inte tas tillvara. Mot bakgrund av tidigare erfarenheter av snabbt stigande sjukfrånvaro är det angeläget att åtgärder vidtas.

Det är viktigt att Försäkringskassan aktivt prövar rätten till sjukpenning och bidrar till att öka möjligheterna för alla personer att ta till vara sin arbetsförmåga. För att sjukskrivningsprocessen ska fungera optimalt fordras att hälso- och sjukvården, arbetsgivare, fackliga organisationer, Arbetsförmedlingen och andra aktörer tillsammans med Försäkringskassan arbetar aktivt för att stödja människor tillbaka i arbete och minska sjukfrånvaron.

Försäkringskassan

Försäkringskassan bedriver i dag en verksamhet med en ekonomi i balans. Produktiviteten inom samtliga större försäkringsområden har, liksom kvaliteten i ärendehandläggningen, förbättrats under 2013. Sammantaget har därmed utvecklingen av effektiviteten ökat under 2013.

En kvalitetsaspekt som gått i motsatt riktning under 2013 är tillgängligheten, vilken präglats av stora problem. Försäkringskassan har vidtagit åtgärder och förbättrade resultat kan ses under inledningen av 2014.

Även utvecklingen av sjukfrånvaron har gått i motsatt riktning jämfört med målet om en låg och stabil nivå. Det är viktigt att Försäkringskassan, tillsammans med övriga berörda aktörer, fortsätter arbeta för att fler människor kan återgå i arbete så att målet om en låg och stabil nivå i sjukförsäkringen kan uppnås.

Försäkringskassans övergripande mål 2013 – att ha medborgarnas fulla förtroende och bidra till en hög tilltro till socialförsäkringen – har varit myndighetens högst prioriterade fråga. De positiva resultaten från Försäkringskassans egna undersökningar tillsammans med mer splittrade resultat från externa undersökningar indikerar att förtroendet för Försäkringskassan har ökat under de senaste åren, men att det fortfarande är lågt. Det s.k. nöjd kund-indexet har sedan 2010 ökat från 51 till 59 på en 100-gradig skala. Enligt SOM-institutets undersökning är det emellertid en större andel som har ett lågt än ett högt förtroende för Försäkringskassan.

Det är emellertid viktigt att myndighetens starka fokus på ökat förtroende inte är den allena prioriterade frågan, utan att den balanseras av att

myndigheten samtidigt även fokuserar på en korrekt tillämpning av försäkringen, en effektiv och rättsäker administration samt en omfattande och effektiv kontrollverksamhet. Det finns en risk för att målet om ett ökat förtroende går ut över målet om en korrekt tillämpning av försäkringen. Försäkringskassan har fortsatt att utveckla arbetet med kontroller. Så kallade smarta kontroller utvecklas, samtidigt som åtgärdsfrekvensen ökar och samverkan med andra aktörer förbättras. Den nationella kontrollsatsning för att upptäcka och förhindra felaktiga utbetalningar av assistansersättningen som Försäkringskassan bedriver i samverkan med bl.a. polis, åklagare och Skatteverket, har varit lyckosam och lett till att både återkraven, besparingsbeloppen och polisanmälningarna har ökat under 2013.

3.5 Politikens inriktning

Sjukförsäkringen

Under de senaste åtta åren har sjukförsäkringen genomgått stora förändringar. Tidsgränser har införts i sjukförsäkringen och den mest omdiskuterade av dessa har varit den bortre gränsen för hur länge sjukpenning kan betalas ut. Fram till slutet av 2013 har drygt 75 000 personer tvingats lämna sjukförsäkringen till följd av denna gräns.

Ersättningarna har också urholkats under dessa år. Stöd till individen för rehabilitering och omställning har varit bristfälligt. För många vanliga inkomstagare innebär det att den allmänna sjukförsäkringen inte längre ger den trygghet som de har rätt att förvänta sig.

Mål för utgiftsområdet

Regeringens politik syftar till att göra sjukförsäkringen mer human och förutsägbar. Ersättningen från sjukförsäkringen ska ge trygghet och lämnas under den tid det tar för en person att återfå arbetsförmågan. Arbetslinjen ska gälla inom sjukförsäkringen, dvs. människor ska få rehabilitering och när så behövs stöd för omställning för att kunna ta till vara sin arbetsförmåga. Att alla som kan och har förmåga är i

arbete bidrar till regeringens mål om att Sverige når lägst arbetslöshet i EU år 2020.

Regeringen anser att nuvarande mål för sjukförsäkringen bör ligga fast. Det är eftersträvänt att sjukfrånvaron är stabil och låg.

De insatser som görs för att förebygga sjukfrånvaro och förkorta sjukskrivningsperioder genom omställning och rehabilitering ska syfta till att ta till vara människors arbetsförmåga och på så sätt bidra till att sjukfrånvaron kan hållas på en stabil och låg nivå. En god arbetsmiljö där arbetsgivaren tar sitt fulla ansvar samt en väl fungerande hälso- och sjukvård är av central betydelse för att nå detta syfte. Likaså att Försäkringskassans arbete med sjukförsäkringen målmedvetet bedrivs med detta syfte. Självfallet ska varje person som på grund av sjukdom inte kan arbeta ha rätt till sjukpenning.

Kvinnors sjukfrånvaro är betydligt högre än mäns. Det är därför nödvändigt att ha ett tydligt könsperspektiv både då sjukfrånvaron analyseras och åtgärder planeras och vidtas. Målet om en stabil och låg sjukfrånvaro gäller för både kvinnor och män.

Avskaffad tidsgräns och höjd ersättning

Som ett första steg i en mer human sjukförsäkring kommer den bortre gränsen i sjukförsäkringen att avskaffas. Ett förslag kommer att remitteras under hösten 2014.

Regeringen anser att det är angeläget att förbättra situationen för personer med sjukersättning och aktivitetsersättning. Därför föreslås en ändring för beräkning av andelen av den så kallade antagandeinkomsten för sjukersättning och aktivitetsersättning, se vidare i avsnitt 3.6.

Dessutom föreslår regeringen höjt tak inom arbetslöshetsförsäkringen samt sjukpenningen till de arbetslösa som är sjukskrivna. Ersättningen till arbetslösa sjukskrivna har varit oförändrad sedan 2007. Nu höjs den högsta ersättningen från 486 till 543 kronor per dag från och med den 1 maj 2015. Se vidare i avsnitt 3.7.

Samverkan för minskad sjukfrånvaro

Försäkringskassan ska verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess. En central del i Försäkringskassans utvecklingsarbete är imple-

menteringen av en ny handlägningsprocess i sjukförsäkringen, kallad En enklare sjukskrivningsprocess. Det är viktigt att detta arbete bidrar till att förkorta sjukskrivningarna och att människor som är sjukskrivna kommer tillbaka i arbete.

För att åstadkomma en väl fungerande sjukskrivningsprocess har Försäkringskassan ett viktigt ansvar, men är samtidigt beroende av att övriga berörda aktörer tar sitt ansvar. Genom att alla bidrar med sina respektive resurser, kompetenser och insatser är det möjligt att stödja människor att komma tillbaka i arbete och minska sjukfrånvaron. Regeringen anser att det är viktigt att berörda aktörer samverkar i detta arbete.

Förebyggande insatser, rehabilitering och omställning

Den nuvarande s.k. rehabiliteringskedjan innebär endast prövning av den enskildes arbetsförmåga. Någon motsvarande systematisk rehabilitering eller något omställningsstöd erbjuds inte. Samtidigt sker en oroande ökning av sjukfrånvaron som behöver mötas, bl.a. genom förstärkta insatser för att förebygga sjukfrånvaro.

Regeringen avser att inleda samtal med arbetsmarknadens parter om hur sjukfrånvaro ska kunna förebyggas och hur ett ändamålsenligt stöd för rehabilitering och omställning bör utformas.

Företagshälsovården är en viktig aktör

Företagshälsovården är ett viktigt stöd för både arbetsgivare och arbetstagare i det förebyggande arbetsmiljöarbetet, för att främja hälsa och för att underlätta återgång i arbete vid sjukdom. Regeringen ska ta initiativ till att, i samverkan med arbetsmarknadens parter, skapa en effektiv kvalitetssäkrad företagshälsovård som genom kollektivavtal omfattar fler arbetstagare. Det är av stor vikt att företagshälsovården har tillgång till rätt kompetens. Regeringen avser genomföra en satsning för att främja kompetensförsörjningen i företagshälsovården.

Kvinnors ohälsa

Kvinnor är mer sjukskrivna än män. De lämnar också arbetslivet i större utsträckning på grund av ohälsa. Detta beror i hög grad på den bristande jämställdheten i Sverige. Därför har de insatser som görs inom skilda politikområden för att minska skillnaderna mellan kvinnors och mäns levnadsvillkor även stor betydelse för utvecklingen inom sjukförsäkringen. I denna proposition aviserar regeringen en särskild satsning för ett modernt arbetsliv (se vidare i utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv). Bland annat förstärks forskningen om kvinnors arbetsmiljöproblem och arbetsrelaterade ohälsa.

Vägledande för detta område är det faktum att strävan för att uppnå jämställdhet är en del av alla ordinarie processer och inte något som ska hanteras vid sidan om ordinarie verksamhet.

Ersättning för höga sjuklönekostnader

Regeringen föreslår i denna proposition att det nuvarande högkostnadsskyddet för sjuklönekostnader ersätts av en ny ersättning för höga sjuklönekostnader. En differentierad ersättning föreslås där hänsyn tas till företagsstorlek. Syftet med ersättningen är att minska den börda arbetsgivarnas sjuklönekostnader kan utgöra. Det är särskilt de små företagen med höga sjuklönekostnader som ska avlastas denna börda. Ersättningen till arbetsgivare föreslås vidare hanteras genom kreditering av arbetsgivarens skattekonto. Lagförslagen redovisas i volym 1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor. Förslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2015. Därigenom hanteras delvis riksdagens tillkännagivande avseende sjuklön i moment 10 i betänkande 2005/06:SfU1.

Högre tillägg för förmögenhet vid beräkning av bidragsgrundande inkomst för bostadstillägg

Regeringen föreslår i denna proposition att vid beräkning av den bidragsgrundande inkomsten som ligger till grund för beräkning av bostadstillägg, så ska tilläggsbeloppet för förmögenhet höjas och beräknas till 17,5 procent av förmögenhet som överstiger 100 000 kronor för den som är gift och 200 000 kronor för makar.

Bostadstillägg beviljas till personer som har sjukersättning, aktivitetsersättning eller ålderspension. Cirka 12 000 av dem som har bostadstillägg samt sjuk- eller aktivitetsersättning har också en förmögenhet som överstiger dessa förmögenhetsgränser.

Förändringen bedöms leda till en minskning på anslag 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* om cirka 20 miljoner kronor. Lagförslaget redovisas i utgiftsområde 11 Ekonomisk trygghet vid ålderdom. Förslaget föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.

Översyn av vissa förmåner till personer med funktionsnedsättning

Socialdepartementet tillsatte den 1 januari 2013 en interdepartemental arbetsgrupp med uppgift att göra en översyn av regler och tillämpning av förmånerna bilstöd till personer med funktionsnedsättning, handikappersättning och vårdbidrag (S2012:G). Syftet är att stöden ska göras mer förutsägbara, rättssäkra och hållbara över tid. Målet med översynen är att åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för ersättning och för merkostnader för personer med funktionsnedsättning. Den del som rör bilstödet har redovisats i oktober 2014. Övriga delar ska slutredovisas senast den 30 juni 2015.

Internationell samordning av sociala trygghetssystem

Regeringen anser att en effektiv och ändamålsenlig samordning av sociala trygghetsförmåner mellan länder är en förutsättning för att ta tillvara de möjligheter som globaliseringen ger i form av ökad handel, ekonomiskt utbyte och människors möjligheter att kunna arbeta och bo utanför sina hemländer. Samordningen av de sociala trygghetssystemen ska förenkla för människor att ta med sig sina intjänade socialförsäkringsrättigheter från olika länder. Det underlättar för företag att verka i olika länder, vilket innebär att Sveriges konkurrenskraft stärks.

Inom EU/EES finns ett utvecklat regelverk som syftar till att förverkliga den fria rörligheten genom samordning av medlemsländernas sociala trygghetssystem. Regelverket är under ständig utveckling. Det är viktigt att samordningen av

social trygghet inom EU/EES utvecklas på ett sätt som både värnar om enskildas sociala rättigheter samt medlemsstaternas rätt att själva utforma sina socialförsäkringssystem. Arbetsgivare ska inte kunna missbruka regelverket rörande t.ex. utsändning av arbetskraft. Samtidigt ska samordningen undanröja reella hinder för människor att utnyttja sin rätt till fri rörlighet inom EU.

De gränsöverskridande rörelsemönstren har förändrats även utanför EU/EES. För att ytterligare stärka sin konkurrenskraft och även fortsättningsvis stå sig väl i en global värld bör Sverige därför fortsätta att ingå bilaterala socialförsäkringsavtal med länder utanför EU/EES i situationer där det finns ett behov av samordning av social trygghet. Regeringen verkar för att nya avtal ska ingås och avtalsförhandlingar pågår för närvarande med Filippinerna, Japan och Kina.

Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten har centrala roller för att samordningen inom EU/EES och gentemot länder utanför EU/EES fungerar och utvecklas på ett bra, effektivt och ändamålsenligt sätt. Förutsebarhet för och information till enskilda är nyckelfrågor. Myndigheternas verksamhet bör präglas av kontinuerlig utveckling i dessa avseenden.

3.6 Förslag om ändringar gällande antagandeinkomst för sjuk- och aktivitetsersättning

Ärendet och dess beredning: Förslaget har utarbetats inom Socialdepartementet och beretts under hand med Försäkringskassan.

Regeringens förslag: Hel inkomstrelaterad sjukersättning och aktivitetsersättning ska lämnas för år räknat med 64,7 procent av den försäkrades antagandeinkomst. Ändringen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för förmåner som avser tid före ikraftträdandet.

Skälen för regeringens förslag: Sjuk- och aktivitetsersättning betalas ut dels i form av inkomstrelaterad ersättning, dels som garanterad ersättning. Den inkomstrelaterade sjuk- och

aktivitetsersättningen uppgår till 64 procent av den försäkrades antagandeinkomst. Antagandeinkomsten i sin tur beräknas som genomsnittet av den försäkrades pensionsgrundande inkomster och belopp upp till 7,5 prisbasbelopp med tillägg för den allmänna pensionsavgiften för de tre bästa inkomståren under en viss ramtid. För år 2014 är det maximala belopp som betalas ut i form sjuk- eller aktivitetsersättning 17 760 kronor per månad.

Regeringen anser att det är angeläget att förbättra situationen för denna grupp personer med relativt sett låga inkomster. Därför föreslår regeringen att procentsatsen 64 höjs till 64,7 procent. Detta innebär att hel inkomstrelaterade sjukersättning och aktivitetsersättning för år räknat ska lämnas med 64,7 procent av den försäkrades antagandeinkomst. Ändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2015. Äldre föreskrifter bör fortfarande gälla för förmåner som avser tid före ikraftträdandet.

I september 2014 hade 155 000 personer enbart inkomstrelaterad sjuk- eller aktivitetsersättning och bedöms därmed ha en möjlighet att få en höjd inkomst till följd av förslaget. Inkluderas även de personer som hade lämnat ersättningen före september eller tillkommer därefter är antalet berörda betydligt fler. Enligt beräkningar som har gjorts i SCB:s FASIT-modell innebär förslaget en förbättring för ca 223 000 personer. Av dessa är cirka 60 procent kvinnor. Den maximala höjningen uppgår till ca 200 kronor per månad.

Utgifterna för statens budget beräknas öka med ca 300 miljoner kronor.

3.7 Förslag om höjd sjukpenning vid arbetslöshet

Ärendet och dess beredning: Inom Arbetsmarknadsdepartementet har promemorian Höjd inkomstrelaterad ersättning inom arbetslöshetsförsäkringen (dnr A2014/3522/A) utarbetats. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en remissammanställning finns i Arbetsmarknadsdepartementet (dnr A2014/3522/A). Se även utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, avsnitt 4.5.

Bakgrund

Arbetslöshetsförsäkringen består av en grundförsäkring och en inkomstbortfallsförsäkring. Vid arbetslöshet lämnas ersättning i form av dagpenning. Dagpenning enligt inkomstbortfallsförsäkringen betalas ut med ett belopp per dag som är baserat på tidigare förvärvsinkomster (dagpenning i form av inkomstrelaterad ersättning) och med högst respektive lägst det belopp som regeringen fastställer.

Det fanns tidigare en bestämmelse i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring om att dagpenningen under de första 100 dagarna i en ersättningsperiod kan lämnas med ett högre belopp än under resterande dagar. Den högsta dagpenningen kunde även begränsas i tiden för personer som utförde deltidsarbete. Denna bestämmelse avskaffades den 1 januari 2007.

Så som anges i utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, avsnitt 4.5, anser regeringen att den högsta inkomstrelaterade ersättningen i arbetslöshetsförsäkringen bör uppgå till 910 kronor de första 100 dagarna i ersättningsperioden och till 760 kronor därefter. För att kunna föreskriva om ett förhöjt belopp under ersättningsperiodens början behöver ändringar göras i lagen om arbetslöshetsförsäkring. Beloppen kommer att regleras i förordningen (1997:835) om arbetslöshetsförsäkring.

Regeringens förslag: Till den del en försäkrad är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. De föreslagna ändringarna ska träda i kraft den 1 maj 2015. Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för sjukpenning som avser tid före ikraftträdandet.

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som har yttrat sig över förslaget har tillstyrkt det. *Inspektionen för socialförsäkringen* påpekar dock att någon fullständig harmonisering mellan sjukpenning och ersättning från arbetslöshetsersättning inte har åstadkommit. *Försäkringskassan* anser att det är bra att ett högsta belopp anges för sjukpenning. *Försäkringskassan* anser det också vara möjligt att genomföra denna del av reformen till den 1 maj 2015.

Skälen för regeringens förslag: Med anledning av att regeringen i denna proposition aviserar att dagpenningen från arbetslöshetsförsäkringen ska höjas (se utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, avsnitt 4.5.2) bör även det högsta belopp som kan lämnas som sjukpenning till den som är arbetslös höjas. Dagpenning enligt arbetslöshetsförsäkringen betalas ut för fem dagar per vecka vid hel arbetslöshet, medan sjukpenning enligt socialförsäkringsbalken betalas ut för sju dagar per vecka. Det föreslås att hel sjukpenning till den som är arbetslös ska kunna lämnas med högst 543 kronor per dag, vilket motsvarar en dagpenning från arbetslöshetsförsäkringen om 760 kronor.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har påpekat att den nuvarande regeln i likhet med den nu föreslagna har den bristen att det i lag anges det högsta belopp som hel sjukpenning kan lämnas till den som är arbetslös medan nivån på dagpenning i arbetslöshetsförsäkring anges i förordning. ISF pekar också på att harmoniseringen inte blir fullständig mellan sjukpenning och ersättningen från arbetslöshetsförsäkringen då flera belopp anges i arbetslöshetsförsäkringen och endast ett i högsta belopp för sjukpenning.

Vad gäller fullständig harmonisering av ersättningarna anser regeringen att det inte är möjligt av administrativa skäl. Detta är samma bedömning som gjordes då det nuvarande regelverket infördes 2003. Försäkringskassan har också välkomnat att endast ett högsta belopp anges för sjukpenningen.

Även fortsättningsvis bör bestämmelsen inte gälla sjukpenning i förebyggande syfte m.m. som regleras i 27 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 maj 2015. Äldre föreskrifter bör fortfarande gälla för sjukpenning som avser tid före ikraftträdandet. Några övergångsbestämmelser bedöms i övrigt inte nödvändiga.

Konsekvenser

En höjning av det högsta beloppet som lämnas i form av sjukpenning till personer som har varit arbetslösa innebär att statens utgifter för sjukförsäkringen beräknas öka med 246 miljoner kronor under 2015, 400 miljoner kronor under 2016, 420 miljoner kronor under 2017 och 430 miljoner kronor under 2018.

3.8 Budgetförslag

3.8.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tabell 3.5 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2013	Utfall	27 941 391		-73 168
2014	Anslag	32 500 326 ¹	Utgifts-prognos	32 091 200
2015	Förslag	34 856 700 ²		
2016	Beräknat	36 900 200		
2017	Beräknat	37 966 200		
2018	Beräknat	39 050 200		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 3 128 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2015 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2012 som uppgick till 22 359 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjukpenning, rehabiliteringspenning, närstående-penning och arbetshjälpmedel enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får vidare användas för utgifter för boendetillägg och sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, nämligen den s.k. sjuklönegarantin, det särskilda högrisk-skyddet och det s.k. högkostnadsskyddet mot sjuklönekostnader enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Anslaget får även användas för utgifter för återbetalningspliktiga studiemedel avseende studerandes sjukperioder enligt studiestödslagen (1999:1395). Därtill får anslaget användas för utgifter för ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetshjälpmedel m.m. Anslaget får också användas för utgifter för statliga ålderspensionsavgifter enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Kompletterande information

Bestämmelserna om ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering finns i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i

arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.

Regeringens överväganden

Sjukpenning

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

Det är genuint svårt att prognostisera sjukfrånvarons utveckling. Historiskt har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt samtidigt som det saknas en etablerad teoribildning kring varför sjukfrånvaron är så skiftande och om dess kopplingar till övriga delar av arbetsmarknaden. För att öka kunskapen om vilka bakomliggande faktorer som påverkar sjukfrånvarons utveckling har den förra regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att analysera vilka väsentliga förklaringar – utöver regelförändringar – det finns till de senaste decenniernas upp- och nedgångar i sjukfrånvaron.

Nedan redogörs för regeringens bedömning av utvecklingen framöver som i sin tur ligger till grund för utgiftsprognoserna.

En central bestämningsfaktor för den framtida volymutvecklingen är hur många sjukfall som startar. Inflödet i termer av nya sjukfall som blir minst 30 dagar, har ökat ända sedan 2010 och detta med en relativt hög takt. Antalet nya sjukfall som blev minst 30 dagar var under 2013 cirka 310 000 – vilket exempelvis kan jämföras med 2012 då antalet var nära 30 000 lägre. Ökningen väntas fortsätta framöver men med något lägre takt. År 2014 prognostiseras antalet nya sjukfall öka med cirka fem procent på årsbasis. Inflödet antas sedan gå mot en relativ ökningstakt som motsvarar den som gäller för befolkningen.

Det totala antalet pågående sjukfall väntas öka från cirka 160 000 till 190 000 under perioden 2015–2018.

Hälften av den förväntade ökningen av antalet pågående sjukfall utgörs av sjukfall med en fallängd överstigande ett år. Det totala antalet

sjukfall med en fallängd över ett år väntas öka från cirka 40 000 till 55 000 under perioden 2015–2018.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till 50,3 miljoner nettodagar under 2014 och 53,4 miljoner nettodagar 2015. Medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2014 beräknats till 545 och för 2015 till 553 kronor per dag. Nyckelfaktorer i sammanhanget är hur många sjukfall som kommer att starta framöver samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

Med anledning av förslag i höständeringsbudgeten ökas medlen för sjukpenning med 1 421 miljoner kronor för 2014.

Utgifterna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2015 beräknas till 32 741 miljoner kronor. För åren 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 34 675, 35 665 respektive 36 658 miljoner kronor.

Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering kan Försäkringskassan bevilja rehabiliteringspenning. Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenning styrs till största delen av samma faktorer som sjukpenningutgifterna. Utgiftsutvecklingen påverkas också av i vad mån Försäkringskassan bedömer behovet av rehabilitering och påbörjar samordnade rehabiliteringsinsatser.

För 2014 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till ca 1 315 miljoner kronor. Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till ca 2,5 miljoner nettodagar under 2014 och 2,9 miljoner nettodagar 2015 och medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2014 beräknats till 480 kronor per dag och för 2015 till 488 kronor per dag.

Utgifterna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2015 beräknas till 1 557 miljoner kronor. För 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 1 711, 1 769 respektive 1 842 miljoner kronor.

Arbetshjälpmedel m.m.

Försäkringskassan har särskilda medel för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar samt för särskilt bidrag och för ersättning för resor till och från arbetet. Försäkringskassan har främst använt medlen för köp av arbetstekniska hjälpmedel. I övrigt användes medlen för bl.a. utgifter för läkarutlåtanden samt för bidrag till resor. Försäk-

ringskassans behov av att köpa medicinska underlag och utlåtanden för att bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering har minskat från 2011. Behovet av sådana kompletterande underlag och utlåtanden tillgodoses i stället inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården via en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-
ting.

För 2014 beräknas 152 miljoner kronor att förbrukas. För 2015 tilldelas 163 miljoner kronor.

Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall

Den 1 januari 2012 infördes förmånerna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Förmånerna kan lämnas till en försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning kan betalas ut. Ersättningarna kan också lämnas till försäkrade vars rätt till aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall kan lämnas till en försäkrad som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI), till en försäkrad som har en låg SGI.

Utgifterna för 2014 beräknas uppgå till 54 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall för 2015 beräknas till 53 miljoner kronor. För 2016, 2017 respektive 2018 beräknas utgifterna till 52, 50 respektive 50 miljoner kronor.

Boendetillägg

Den 1 januari 2012 infördes förmånen boendetillägg. Denna förmån kan lämnas till en försäkrad som fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antal månader som sådan ersättning kan lämnas om den försäkrade får sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukpenning i särskilda fall eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Boendetillägg kan även lämnas om den försäkrade deltar i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) och uppbär aktivitetsstöd. Boendetillägg kan även lämnas till en person vars aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Utgifterna för 2014 beräknas uppgå till 89 miljoner kronor. Utgifterna för boendetillägg för 2015 beräknas till 87 miljoner kronor. För

2016, 2017 respektive 2018 beräknas utgifterna till 92, 98 respektive 99 miljoner kronor.

Närståendepenning

Närståendepenning utbetalas till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar och löneutvecklingen. För 2014 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till ca 174 miljoner kronor.

Med anledning av förslag i höständringsbudgeten ökas medlen för närståendepenning med knappt 2 miljoner kronor för 2014.

Utgifterna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2015 beräknas till 189 miljoner kronor. För åren 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 201 miljoner kronor, 209 miljoner kronor respektive 219 miljoner kronor.

Högekostnadsskydd för arbetsgivare

Till följd av regeringens förslag om en ny ersättning för höga sjuklönekostnader som krediteras arbetsgivarnas skattekonto finns det från och med den 1 januari 2016 inget behov av anslagsposten 7 Högekostnadsskydd för arbetsgivare. Lagförslagen redovisas i volym 1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor. Förslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.

För 2015 tilldelas 66,5 miljoner kronor för utbetalning av högekostnadsskydd som avser sjuklönekostnader under 2014.

Tabell 3.6 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	31 078 000	31 078 000	31 078 000	31 078 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	202 500	285 000	300 000	305 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	576 000	1 160 000	1 794 000	2 446 000
Volymer	3 011 450	4 388 450	4 805 450	5 232 450
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	-11 250	-11 250	-11 250	-11 250
Förslag/beräknat anslag	34 856 700	36 900 200	37 966 200	39 050 200

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 34 856 700 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 36 900 200 000 kronor, 37 966 200 000 kronor respektive 39 050 200 000 kronor.

3.8.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2013	Utfall	52 239 783		-1 375 133
2014	Anslag	52 027 832 ¹	Utgifts-prognos	50 648 783
2015	Förslag	50 326 629²		
2016	Beräknat	49 818 417		
2017	Beräknat	49 445 376		
2018	Beräknat	48 877 716		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 7 148 540 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2015 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2012 som uppgick till -5 129 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för aktivitets- och sjukersättning, bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning samt för kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning enligt social-

försäkringsbalken eller lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Regeringens överväganden

Aktivitets- och sjukersättning

Aktivitetsersättning betalas ut till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 30–64 år. Utgiftsutvecklingen för aktivitetsersättning och sjukersättning är framför allt beroende av utvecklingen av antalet sjukskrivningar, den demografiska utvecklingen samt utvecklingen av prisbasbeloppet.

Nuvarande utgiftsutveckling påverkas i hög grad av att många inte längre kommer att få sjukersättning på grund av att de fyller 65 år, i kombination med att nybeviljandet är lågt i förhållande till utflödet. Den del av sjukfrånvaron som ersätts med sjukpenning bedöms öka de närmaste åren. Detta förväntas också påverka utgifterna för sjukersättning och aktivitetsersättning, eftersom en viss andel av personer med sjukpenning övergår till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Med anledning av förslag i höständeringsbudgeten ökas medlen för aktivitets- och sjukersättning med 2 313 miljoner kronor för 2014.

Utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2015 beräknas till 45 638 miljoner kronor. För 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 45 019, 44 534 respektive 43 844 miljoner kronor.

Bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning

Syftet med bostadstillägg för personer med aktivitets- eller sjukersättning (BTP) är att förbättra förutsättningarna för skälig bostadsstandard för dem med låg ersättning. Utgiftsutvecklingen för BTP styrs av antal personer med aktivitets- och sjukersättning. Utöver detta styrs det också av utvecklingen för prisbasbeloppet, boendekostnaderna och av medelersättningen.

Med anledning av förslag i höständeringsbudgeten ökas medlen för bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning med 162 miljoner kronor för 2014.

Utgifterna för 2015 beräknas till 4 660 miljoner kronor. För 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 4 772, 4 883 respektive 5 005 miljoner kronor.

Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Sedan 1999 finns en särskild ersättning till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med begränsad återstående arbetsförmåga om 25 procent. Det ska i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie arbetsmarknaden med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader, ska berörda personer kunna beredas anställning hos Samhall AB. Utvecklingen av utgifterna för detta särskilda stöd styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall AB och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivarna i varje enskilt fall.

Utgifterna för 2015 beräknas till 28 miljoner kronor. För 2016, 2017 och 2018 beräknas utgifterna till 28, 28 respektive 29 miljoner kronor.

Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	49 553 336	49 553 336	49 553 336	49 553 336
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	294 640	295 640	294 640	294 640
Övriga makroekonomiska förutsättningar	186 602	613 448	1 753 560	3 163 172
Volym	43 727	-1 413 697	-2 910 636	-4 386 885
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	248 324	769 690	754 476	253 453
Förslag/beräknat anslag	50 326 629	49 818 417	49 445 376	48 877 716

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 50 326 629 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 49 818 417 000 kronor, 49 445 376 000 kronor respektive 48 877 716 000 kronor.

3.8.3 1:3 Handikappersättningar

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

År	Utfall	Utvald värde	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013	Utfall	1 316 802	-44 080	
2014	Anslag	1 377 080 ¹		1 333 000
2015	Förslag	1 351 000		
2016	Beräknat	1 375 000		
2017	Beräknat	1 419 000		
2018	Beräknat	1 471 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för handikappersättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

Regeringens överväganden

Handikappersättningen är en förhållandevis stabil förmån. Det är små förändringar som sker mellan åren, både vad avser antal och kostnader. Utvecklingen av antalet personer med handikappersättning uppvisar dock en svagt ökande trend. I december 2013 var antalet ca 62 850, varav ca 33 600 är kvinnor och ca 29 250 är män. Antalet beviljanden beräknas hålla en jämn ökningstakt och vid samma tidpunkt 2018 uppgå till ca 65 700.

Med anledning av förslag i höständringsbudgeten ökas medlen för handikappersättningar med 63 miljoner kronor för 2014.

Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014 ¹	1 314 000	1 314 000	1 314 000	1 314 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	3 000	12 000	43 000	84 000
Volymer	34 000	49 000	62 000	73 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	1 351 000	1 375 000	1 419 000	1 471 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 351 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Handikappersättningar* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 1 375 000 000 kronor, 1 419 000 000 kronor respektive 1 471 000 000 kronor.

3.8.4 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

Tusental kronor

År	Utfall	Utvald värde	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013	Utfall	3 830 863	-66 863	
2014	Anslag	3 649 863 ¹		3 583 000
2015	Förslag	3 358 000 ²		
2016	Beräknat	3 147 000		
2017	Beräknat	3 028 000		
2018	Beräknat	2 918 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 286 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2015 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2012 som uppgick till 27 278 tkr.

Ändamål²⁷

Anslaget får användas för utgifter för arbets-skadeersättning enligt 40, 41, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Arbets-skadeersättning kan lämnas i form av bl.a. livränta till den skadade, ersättning för tandvård samt begravningshjälp och livränta till efterlevande.

Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Regeringens överväganden

Utgifterna inom arbetsskadeförsäkringen har de senaste åren reducerats betydligt. Detta beror främst på färre nybeviljade arbetsskadelivräntor i kombination med att ett större antal personer som har livränta uppnått 65 års ålder. Denna utveckling bedöms fortsätta även de kommande åren.

Med anledning av förslag i höständeringsbudgeten ökas medlen för arbets-skadeersättning med 171 miljoner kronor för 2014.

Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:4 Arbets-skadeersättningar m.m.

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	3 479 000	3 479 000	3 479 000	3 479 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	35 000	87 000	182 000	305 000
Volym	-156 000	-419 000	-633 000	-866 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	3 358 000	3 147 000	3 028 000	2 918 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 358 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbets-skadeersättningar m.m.* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 3 147 000 000 kronor, 3 028 000 000 kronor respektive 2 918 000 000 kronor.

3.8.5 1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet

Tabell 3.13 1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet²⁸

Tusental kronor

2013	Utfall	42 205	Anslags-sparande	1 275
2014	Anslag	40 828 ¹	Utgifts-prognos	40 428
2015	Förslag	38 244²		
2016	Beräknat	36 680		
2017	Beräknat	35 427		
2018	Beräknat	34 060		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 944 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2015 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2012 som uppgick till -126 tkr.

Anslaget får användas för utgifter för ersättningar inom det statliga personskadeskyddet enligt 7 kap, 43, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Anslaget får också användas för utgifter för krigsskadeersättning till sjömän enligt 7, 44, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Regeringens överväganden

Ersättningar för det statliga personskadeskyddet beräknas bli något lägre de kommande åren. Detta främst på grund av att livräntor enligt äldre lagstiftning upphör.

²⁷ Beskrivningen av ändamålet har inte ändrats i sak, men har omformulerats för att förtydliga vilka ersättningar som ingår i anslaget.

²⁸ För att öka transparensen ändras namnet på detta anslag till *Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet* (tidigare namn var *Ersättning för kroppsskador*).

Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:5 Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	40 828	40 828	40 828	40 828
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	100	300	800	2 200
Volym	-2 684	-4 448	-6 201	-8 968
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	38 244	36 680	35 427	34 060

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 38 244 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättningar inom det statliga personskadeskyddet* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 36 680 000 kronor, 35 427 000 kronor respektive 34 060 000 kronor.

3.8.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

År	Utfall	2013	Anslags-sparande	2014
2013	Utfall	2 300 438		259 172
2014	Anslag	3 118 500 ¹	Utgifts-prognos	3 021 602
2015	Förslag	3 142 000		
2016	Beräknat	3 157 000		
2017	Beräknat	3 152 000		
2018	Beräknat	3 152 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag och bidrag till berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Medlen avser rehabiliteringsgarantin, bidrag för arbetet med sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården, arbetsplatsnära stöd riktat till arbetsgivare samt till försäkrings-

medicinska utredningar. Medlen avser även rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, finansiell samordning genom samordningsförbund, finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt vissa förvaltningskostnader. Därtill avser medlen utgifter för kunskapsutveckling för sjukskrivningsprocessen och Åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess.

Regeringens överväganden

Rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar löpande för att underlätta övergången från ersättning via sjukförsäkringen till aktivt arbetssökande och nytt arbete. Sedan 2012 har den förra regeringen uppdragit åt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att i samarbete vidareutveckla metoder och arbetssätt för att stödja den enskildes återgång i arbetet och resurserna förstärktes också med 424 miljoner kronor jämfört med 2011. För 2014 avsattes 738 miljoner kronor till samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och dessa bedöms bli förbrukade i sin helhet.

Utgifterna 2015 för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beräknas till 738 miljoner kronor.

Finansiell samordning genom samordningsförbund

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam) infördes 2004 med syfte att ge ytterligare möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning bedrivs av samordningsförbund och är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Av resurserna till den finansiella samordningen ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med var sin fjärdedel. I maj 2014 fanns det 84 samordningsförbund, vilket omfattar 230 av landets 290 kommuner. För 2014 avsattes 280 miljoner kronor till samordningsförbundens verksamhet och dessa medel bedöms bli förbrukade i sin helhet.

Utgifterna för 2015 beräknas till 280 miljoner kronor.

Finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Sedan 2008 är det möjligt att bedriva finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Överenskommelser har ingåtts inom samtliga landsting. Vidtagna insatser syftar till att utveckla en mer effektiv sjukskrivningsprocess mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt förbättra kvaliteten på medicinska beslutsunderlag.

För 2014 avsattes 30 miljoner kronor som bedöms förbrukas i sin helhet. Dessa medel är ett komplement till de medel som avsätts inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden.

Utgifterna för 2015 beräknas till 30 miljoner kronor.

Åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess

Den förra regeringen har avsatt särskilda medel under perioden 2013–2016 för att öka kunskapen om effektiva arbetsmetoder för att stödja personer som står långt ifrån arbetsmarknaden. Medlen används för att förbättra kunskapen om hur insatser enligt metoden supported employment kan påskynda en arbetsmarknadsetablering för unga. Den förra regeringen har också avsatt 1,5 miljoner kronor under 2014 för att fördjupa kunskapen om sambandet mellan psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro

Utgifterna för 2014 beräknas till 36,5 miljoner kronor. Utgifterna för 2015 beräknas till 40 miljoner kronor.

Bidrag till hälso- och sjukvården

Den förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har slutit en överenskommelse för 2014 och 2015 om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess (den s.k. sjukskrivningsmiljarden). Överenskommelsen består av två delar. Den ena innebär att en del av utbetalningen är direkt kopplad till förändringar i sjukfrånvarons utveckling, medan den andra innebär att landstingen måste uppfylla vissa villkor för att få ta del av de avsatta medlen.

Utgifterna för 2015 beräknas till 1 000 miljoner kronor.

Försäkringsmedicinska utredningar

För en rättssäker prövning av rätten till ersättning från sjukförsäkringen behöver Försäkringskassan i vissa fall begära in kompletterande medicinska underlag från hälso- och sjukvården, s.k. försäkringsmedicinska utredningar, utöver det läkarintyg som utfärdats av den försäkrades behandlande läkare. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet. Det kan därigenom ligga till grund för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

Den förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2010 ingått överenskommelser om ersättning till landsting som levererar fördjupade medicinska utredningar till Försäkringskassan. Nuvarande överenskommelse gäller för 2014 och 2015 och omfattar 200 miljoner kronor per år. Den förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har dessutom sedan 2013 ingått överenskommelse om ersättning till landsting som ingår i en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar. Nuvarande överenskommelse gäller för 2014 och omfattar 50 miljoner kronor. Utgifterna för 2014 för de båda överenskommelserna beräknas till 250 miljoner kronor. Utgifterna för 2015 beräknas till 250 miljoner kronor.

Rehabiliteringsgarantin

Den förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för 2014 ingått en överenskommelse om medicinsk rehabilitering i form av evidensbaserade rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt 750 miljoner kronor för 2014, varav 25 miljoner kronor för forsknings- och utvecklingsinsatser. Regeringen avser att även för 2015 ingå en överenskommelse med SKL om rehabiliteringsgarantin. Utgifterna för 2015 beräknas till 750 miljoner kronor.

Arbetsplatsnära stöd

Sedan april 2014 finns ett bidrag riktat till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete (förordning [2014:67] om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete). Syftet med bidraget är att underlätta för arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar så att den anställdes arbetsförmåga tidigt kan tillvaratas på arbetsplatsen och på så sätt öka möjligheterna till att tidigt återgå i arbete.

Utgifterna för 2015 beräknas till 50 miljoner kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2015 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 250 000 000 kronor 2016 och 2017.

Skälen för regeringens förslag: Anslaget används för utgifter för statsbidrag och bidrag till berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Medlen avser rehabiliteringsgarantin, bidrag för arbetet med sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården, arbetsplatsnära stöd riktat till arbetsgivare samt till försäkringsmedicinska utredningar.

Tabell 3.16 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
Ingående åtaganden	4 450 000 ¹	3 250 000		
Nya åtaganden	800 000	2 000 000		
Infriade åtaganden	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-1 250 000
Utestående åtaganden	3 250 000 ¹	3 250 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	3 190 000	3 250 000		

¹ Inklusive åtaganden som ingicks i december 2013 utan stöd av beställningsbemyndigande, men med förbehåll om riksdagens godkännande av budgetpropositionen för 2014, 2015 och 2016 (dnr S2013/8821/SF och S2013/8822/SF).

Regeringen avser att under 2015 ingå nya överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgarantin, sjukskrivningsmiljarden och försäkringsmedicinska utredningar som omfattar högst 2 000 000 000 kronor. Sedan tidigare finns åtaganden om 3 250 000 000 kronor varav åtaganden motsvarande 2 000 000 000 kronor beräknas infrias under 2015.

Regeringen bör mot denna bakgrund bemyndigas att under 2015 för anslaget 1:6 *Bidrag till sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 250 000 000 kronor för åren 2016–2017.

Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	3 118 500	3 118 500	3 118 500	3 118 500
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	23 500	38 500	33 500	33 500
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	3 142 000	3 157 000	3 152 000	3 152 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 142 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 3 157 000 000 kronor, 3 152 000 000 kronor, respektive 3 152 000 000 kronor.

3.8.7 2:1 Försäkringskassan

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2013	Utfall	7 659 563		-80 801
2014	Anslag	7 869 334 ¹	Utgifts-prognos	7 796 052
2015	Förslag	7 879 695		
2016	Beräknat	7 862 540 ²		
2017	Beräknat	7 965 176 ³		
2018	Beräknat	8 165 893 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 7 782 443 tkr i 2015 års prisnivå.

³ Motsvarar 7 750 322 tkr i 2015 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 7 740 689 tkr i 2015 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Försäkringskassans förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för forskning inom socialförsäkringens område.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

För administration av egna resultatområden disponerar Försäkringskassan avgiftsinkomster. Dessa områden avser i huvudsak administration

av ålderspension, familjebidrag/dagpenning till totalförsvarspliktiga och ersättning från affärsdrivande verk.

Försäkringskassan har även andra avgiftsintäkter från bl.a. administration av statlig fordran samt intäkter enligt 4 § avgiftsförordningen (1992:191) och övriga ersättningar. Försäkringskassan får, utöver vad som anges i avgiftsförordningen, utföra datorbearbetningar och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. mot ersättning. Avgifterna disponeras av myndigheten.

Tabell 3.19 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 2013	343 900	344 826	-526
(varav tjänsteexport)	400	926	-526
(varav intäkter från Pensionsmyndigheten)	330 098	330 098	0
Prognos 2014	329 765	329 107	-658
(varav tjänsteexport)	4 363	3 305	1 058
(varav intäkter från Pensionsmyndigheten)	312 000	312 000	0
Budget 2015	319 270	319 270	0
(varav tjänsteexport)	4 200	4 200	0
(varav intäkter från Pensionsmyndigheten)	302 000	302 000	0

Regeringens överväganden

Till följd av regeringens förslag om en ny ersättning för höga sjuklönekostnader ökas anslaget med 11,3 miljoner kronor 2015, 11,1 miljoner kronor 2016 och 11 miljoner kronor per år för 2017–2020. Från och med 2021 förstärks anslaget permanent med 6,7 miljoner kronor. Resurserna ska användas för handläggning och kontroll av den nya ersättningen som krediteras arbetsgivarnas skattekonto. (Se lagförslagen i volym 1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor).

Anslaget föreslås minska med 7,0 miljoner kronor 2015 och beräknas minska med 26,7 miljoner kronor 2016, 26,6 miljoner kronor 2017 och 26,5 miljoner kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar. Vidare föreslås anslaget minskas med ytterligare 1,3 miljoner kronor fr.o.m. 2015. Under åren 2015–2018 används dessa medel för finansiering av gemensam e-förvaltning.

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att för 2015 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 100 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

Skälen för regeringens förslag: Krediten ska användas till att finansiera Försäkringskassans betalning av utländska vårdfakturor. Landstingen och kommunerna övertog kostnadsansvaret för vissa ersättningar vid vård utomlands genom ikraftträdandet av lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet (se även utgiftsområde 9, avsnitt 4.7.7). Försäkringskassan kommer emellertid även fortsättningsvis att betala de utländska vårdfakturorna och först i efterhand kräva ersättning från berört landsting. Ordningen beror på att en viss utredning bör göras av kraven innan utbetalning sker. Krediten ges med stöd av 7 kap. 6 § budgetlagen (2011:203). Den räntekostnad som uppstår ska betalas av landstingen. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2015 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 100 miljoner kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:1 Försäkringskassan

Tusental kronor				
	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014¹	7 869 334	7 869 334	7 869 334	7 869 334
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	52 700	134 234	272 315	487 865
Beslut	-42 339	-141 028	-176 473	-191 306
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	7 879 695	7 862 540	7 965 176	8 165 893

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 7 879 695 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 Försäkringskassan för

2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 7 862 540 000 kronor, 7 965 176 000 kronor, respektive 8 165 893 000 kronor.

3.8.8 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tabell 3.21 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tusental kronor				
2013	Utfall	63 559	Anslags-sparande	3 608
2014	Anslag	66 849 ¹	Utgifts-prognos	65 181
2015	Förslag	64 219		
2016	Beräknat	64 693 ²		
2017	Beräknat	65 805 ³		
2018	Beräknat	70 705 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 64 059 tkr i 2015 års prisnivå.

³ Motsvarar 64 062 tkr i 2015 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 67 058 tkr i 2015 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Under 2013 har Inspektionen för socialförsäkringen lämnat 20 rapporter till regeringen samt en rapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S2010:04). Rapporterna ger ofta ny och utvidgad kunskap som ligger till grund för regeringens bedömningar i samband med regeländringar eller arbetet med att ta fram nya förslag.

För åren 2015–2017 överförs 3 miljoner kronor per år till anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, under utgiftsområdet 9 i syfte att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar, med särskilt beaktande av kvinnors arbetsmiljöer.

Anslaget föreslås minska med 57 000 kronor 2015 och beräknas minska med 220 000 kronor 2016, 220 000 kronor 2017 och 230 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

Tabell 3.22 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014 ¹	66 849	66 849	66 849	66 849
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	427	1 093	2 257	4 085
Beslut	-3 057	-3 249	-3 301	-229
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	64 219	64 693	65 805	70 705

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 64 219 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 64 693 000 kronor, 65 805 000 kronor respektive 70 705 000 kronor.