

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10





## Förslag till statsbudget för 2008

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

## Innehållsförteckning

---

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2	Lagförslag.....	9
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	9
3	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	11
3.1	Omfattning.....	11
3.2	Utgiftsutveckling .....	11
3.3	Mål .....	12
3.4	Resultatredovisning .....	12
3.4.1	Indikatorer och tidigare mål.....	12
3.4.2	Resultat .....	12
3.4.3	Analys och slutsatser .....	21
3.5	Revisionens iakttagelser.....	22
3.6	Politikens inriktning .....	22
3.6.1	Utgångspunkter för att få fler tillbaka till arbete.....	22
3.6.2	Åtgärder inom sjukförsäkringen för att bryta ökat utanförskap .....	23
3.6.3	Fler och bättre vägar tillbaka till arbete .....	25
3.6.4	Ytterligare åtgärder .....	27
3.7	Förslag till regeländringar.....	27
3.7.1	Beräkning av den sjukpenninggrundande inkomsten.....	27
3.8	Omfattning.....	28
3.9	Utgiftsutveckling .....	28
3.10	Mål .....	29
3.11	Resultatredovisning .....	29
3.12	Analys och slutsatser .....	32
3.13	Revisionens iakttagelser.....	33
3.14	Politikens inriktning .....	33
3.15	Budgetförslag .....	34
3.15.1	19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	34
3.15.2	19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	39
3.15.3	19:3 Handikappersättningar .....	41
3.15.4	19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	42
3.15.5	19:5 Ersättning för kroppsskador .....	42
3.15.6	19:6 Försäkringskassan .....	43
3.15.7	19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård.....	46

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp .....	7
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet .....	11
3.2 Härledning av ramnivån 2008–2010. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	12
3.3 Ramnivå 2008 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10.....	12
3.4 Antalet sjukskrivna samt antalet med aktivitets- och sjukersättning vid utgången av januari 2007.....	13
3.5 Kostnader för administrationen av socialförsäkringen <sup>1</sup> fördelade på politikområden 2004–2006, exkl. förändring av pensionskulden.....	28
3.6 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	34
3.7 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	38
3.8 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	39
3.9 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättning m.m. ....	41
3.10 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar .....	41
3.11 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:3 Handikappersättningar .....	41
3.12 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	42
3.13 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	42
3.14 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador.....	42
3.15 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:5 Ersättningar för kroppsskador.....	43
3.16 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan .....	43
3.17 Uppdragsverksamhet där intäkterna disponeras.....	44
3.18 Uppdragsverksamhet där intäkterna inte disponeras .....	44
3.19 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	45
3.20 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:6 Försäkringskassan .....	45
3.21 Anslagsutveckling 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård .....	46
3.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2009, för 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården .....	46

## Diagramförteckning

---

3.1	Antalet pågående sjukfall januari 1998–2007.....	13
3.2	Andelen kvarvarande sjukfall av de som pågått över 30 dagar. Startår 2004. ....	14
3.3	Utgiftsutvecklingen av dels antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar 1998–2006, dels antalet utbetalade aktivitets- och sjukersättningar i december 1998–2006 med avseende på kvinnor och män.....	15



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring (avsnitt 2.1 och 3.7.1),
2. bemyndigar regeringen att under 2008 för ramanslaget 19:6 *Försäkringskassan* ingå ekonomiska förpliktelser, som inklusive tidigare gjorda åtaganden, medför behov av framtida anslag på högst 8 900 000 kronor efter 2008 (avsnitt 3.15.6),
3. för budgetåret 2008 anvisar anslagen under utgiftsområde 10 *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* enligt följande uppställning:

### Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag	Anslagstyp	
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	Ramanslag	29 735 081
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	Ramanslag	73 791 231
19:3 Handikappersättningar	Ramanslag	1 199 000
19:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	Ramanslag	5 547 000
19:5 Ersättning för kroppsskador	Ramanslag	57 700
19:6 Försäkringskassan	Ramanslag	6 669 376
19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	Ramanslag	1 000 000
<b>Summa</b>		<b>117 999 388</b>





## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 c § lagen (1962:381) om allmän försäkring<sup>1</sup> ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**3 kap.**

**2 c §<sup>2</sup>**

När den sjukpenninggrundande inkomsten enligt 2 § andra stycket har beräknats, *skall* denna, vid beräkning av sådan ersättning som utges för dag, multipliceras med talet 0,989.

När den sjukpenninggrundande inkomsten enligt 2 § andra stycket har beräknats, *ska* denna, vid beräkning av sådan ersättning som utges för dag, multipliceras med talet 0,97.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008. Äldre bestämmelser gäller fortfarande beträffande beräkning av sjukpenninggrundande inkomst som avser tid före ikraftträdandet.

---

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982:120.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2006:1537.



## 3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 omfattar politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga. Här ingår sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning, aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, ersättning vid arbets- och kroppsskador samt bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården. Utgiftsområdet innefattar även socialförsäkringens administration.

Eftersom utgiftsområdet sammanfaller med politikområdet redovisas de båda nivåerna samlat.

### 3.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 3.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet/politikområdet

*Milljoner kronor*

	Utfall 2006	Budget 2007 <sup>1</sup>	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010
<i>Anslag inom utgiftsområde 10</i>						
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	36 668,0	34 344,4	32 556,2	<b>29 735,1</b>	29 516,6	30 939,3
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	74 140,5	72 321,4	72 774,7	<b>73 791,2</b>	74 413,7	75 715,5
19:3 Handikappersättningar	1 171,0	1 198,0	1 172,0	<b>1 199,0</b>	1 245,0	1 287,0
19:4 Arbetskkadeersättningar m.m.	5 888,2	6 285,0	5 817,0	<b>5 547,0</b>	5 424,0	5 348,0
19:5 Ersättning för kroppsskador	57,5	57,8	55,7	<b>57,7</b>	61,2	62,1
19:6 Försäkringskassan	7 757,1	7 848,0	7 472,6	<b>6 669,4</b>	6 758,6	6 934,9
19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	1,0	1 000,0	791,2	<b>1 000,0</b>	1 000,0	0,0
<b>Totalt för utgiftsområde 10</b>	<b>125 683,3</b>	<b>123 054,7</b>	<b>120 639,3</b>	<b>117 999,4</b>	<b>118 419,0</b>	<b>120 286,8</b>
<b>Totalt för politikområde Ersättning vid arbetsförmåga</b>	<b>125 683,3</b>	<b>123 054,7</b>	<b>120 639,3</b>	<b>117 999,4</b>	<b>118 419,0</b>	<b>120 286,8</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2008–2010.  
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och  
handikapp**

Miljoner kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>122 355</b>	<b>122 355</b>	<b>122 355</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	68	236	428
Beslut	-2 171	-2 816	-3 731
Övriga makroekonomiska förutsättningar	2 318	5 569	9 212
Volym	-4 598	-6 888	-7 940
Överföring till/från andra utgiftsområden	29	-6	-6
Övrigt		-30	-30
<b>Ny ramnivå</b>	<b>117 999</b>	<b>118 419</b>	<b>120 287</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FIU10).  
Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2008 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 10**

Miljoner kronor

	2008
Transfereringar <sup>1</sup>	110 786
Verksamhetskostnader <sup>2</sup>	7 210
Investeringar <sup>3</sup>	0,4
<b>Summa ramnivå</b>	<b>117 999</b>

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

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

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

### 3.3 Mål

I Regeringskansliet pågår ett arbete att ta fram ett underlag för en översyn av målen för den ekonomiska politiken och sysselsättningspolitiken samt indikatorer på full sysselsättning. En politik för full sysselsättning och därmed minskat utanförskap innebär en politik som långsiktigt ökar arbetskraftsutbudet, minskar arbetslösheten samt minskar sjukfrånvaron och inkluderar förändringar i skattesystem, socialförsäkringar och bidrag som ökar drivkrafterna till arbete. Regeringen avser att återkomma med en fördjupad analys under hösten (se finansplanen, 1.11.2).

Inriktningen för politikområdet är att sjukför- säkringen ska ge inkomsttrygghet för den som

drabbas av sjukdom eller skada. Samtidigt ska den ge motiv och möjlighet att återgå till arbete. Försäkringshandläggningen ska präglas av kvalitet och likformighet. Arbetslinjen och tillvarata- gande av arbetsförmåga ska vara vägledande i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan ska främja insatser som syftar till att motverka lång- tidssjukskrivning och utanförskap genom aktiva och tidiga insatser. En väl fungerande rehabili- teringskedja samt en rehabiliteringsgaranti ska införas och en vidareutveckling av företagshälso- vården främjas.

## 3.4 Resultatredovisning

### 3.4.1 Indikatorer och tidigare mål

#### Politikområdesmål

*Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskriv- ning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.*

Detta mål var den tidigare regeringens mål för politikområdet för 2006 som genom riksdagens beslut utvecklades fr.o.m. 2007 efter förslag i budgetpropositionen för 2007.

### 3.4.2 Resultat

Ett antal verksamhetsmål ligger till grund för resultatredovisningen. Inledningsvis redovisas det samlade resultatet för verksamhetsområdet, sedan följer en mer detaljerad redovisning av utvecklingen av sjukfrånvaron och aktivitets- och sjukersättning följt av resultaten utifrån respektive verksamhetsmål.

Den sammanlagda frånvaron till följd av ohälsa i arbetslivet minskade under 2006 och denna utveckling har fortsatt under första halv- året 2007. Minskningen av såväl inflödet av nya sjukfall som antalet sjukskrivningsdagar fortsatte fast i något långsammare takt. Även om de långa sjukfallen minskade betydligt under 2006, så ligger de ändå alltför kvar på en alltför hög nivå.

Under 2006 har det totala antalet aktivitets- och sjukersättningar börjat minska marginellt,

om än från en mycket hög nivå. För närvarande är antalet personer med dessa ersättningar ca 553 000 personer. Antalet personer som lämnar aktivitets- eller sjukersättning för att återgå till arbete är fortsatt mycket litet. Däremot har nybeviljandet i samtliga åldersgrupper utom bland de allra yngsta minskat. Under 2004 beviljades 73 200 nya aktivitets- och sjukersättningar. För 2006 var motsvarande siffra 48 200.

Utvecklingen i fråga om beviljandet av nya aktivitets- och sjukersättningar under återstoden av 2007 är något osäker men inget verkar tyda på att situationen kommer att förändras väsentligt.

De sammanlagda utgifterna för sjukpenning och aktivitets- och sjukersättning sjönk under 2006.

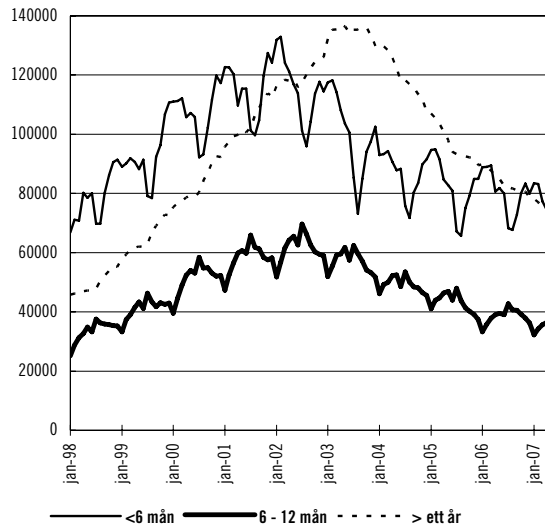
**Tabell 3.4** Antalet sjukskrivna samt antalet med aktivitets- och sjukersättning vid utgången av januari 2007

	Totalt antal	Antal med hänsyn till deltid
Sjukskrivna >90 dagar	144 156	110 065
Aktivitets- och sjukersättning	554 181	471 944
<b>Summa</b>	<b>698 337</b>	<b>582 009</b>

### Utveckling av sjukfrånvaron

Nedgången i sjukfrånvaron som startade under 2002 har fortsatt även under 2006 och 2007. Vid utgången av 2006 var cirka 195 000 personer sjukskrivna varav 78 000 längre än ett år. Under 2006 minskade sjukfrånvaron med 8 procent. Minskningen har ökat ytterligare under första halvåret 2007. Bortsett från de längre sjukfallen är sjukfrånvaron nu låg sett i ett historiskt perspektiv, även om den fortfarande är hög jämfört med andra länder.

**Diagram 3.1** Antalet pågående sjukfall januari 1998–2007



Källa: Försäkringskassan

Minskningen av sjukfrånvaron har varit i princip lika stor för män och kvinnor, vilket innebär att kvinnor fortfarande har i stort sett dubbelt så hög sjukfrånvaro som män.

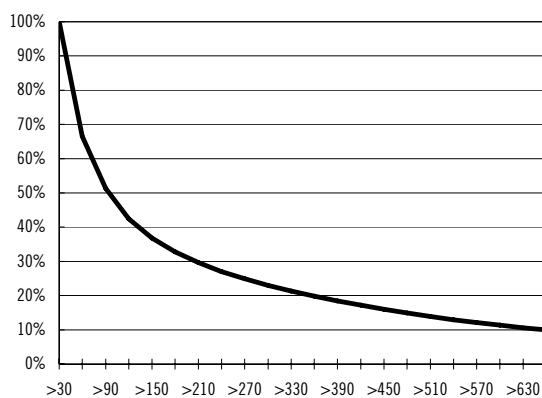
Till viss del sker minskningen av antalet långa sjukfall fortfarande till priset av en övergång till aktivitets- och sjukersättning. Även om antalet sjukskrivna nu sjunker snabbt är ohälsoutgifterna betydligt större än för tio år sedan eftersom antalet personer med aktivitets- och sjukersättning har ökat med cirka 150 000 personer sedan 1997.

Deltidssjukskrivningar har blivit allt vanligare och i juni 2007 utgjorde andelen deltidssjukskrivna 40 procent av alla sjukfall – något högre för kvinnor än för män.

De psykiska diagnoserna fortsätter att öka sin andel av sjukskrivningarna och uppgår nu till cirka 35 procent för kvinnor mot 30 procent för män. Eftersom det totala antalet sjukskrivna minskat väsentligt, betyder detta att antalet sjukskrivna i den andra stora diagnosgruppen – sjukdomar i rörelseorganen – minskat kraftigt under de senaste fem åren.

Risken för att ett sjukfall ska fortsätta ytterligare en månad är högre ju längre tid det pågår. Redan på ett tidigt stadium etableras skillnader i detta avseende. Sett till sjukfall som pågått längre tid än 30 dagar är de två kommande månaderna mycket kritiska för om en relativt snabb återgång i arbetet ska kunna ske.

**Diagram 3.2 Andelen kvarvarande sjukfall av de som pågått över 30 dagar. Startår 2004.**



Källa: Försäkringskassan

Som framgår av diagram 3.2 är sannolikheten att ett sjukfall avslutas starkt avtagande efter det att sjukfallet pågått i över 90 dagar. Av de fall som pågått över 90 dagar har hälften avslutats ett halvår senare. Halveringen av sistnämnda volym sker först efter ytterligare 12 månader. Antalet långa sjukfall på sikt är främst beroende av det totala antalet nystartade sjukfall samt hur snabbt dessa kan avslutas. I samband med att sjukfrånvaron började öka 1997 sammanföll ett ökat antal nystartade sjukfall med att den genomsnittliga falllängden ökade. Denna volymökning av nya fall kan i sig vara en av många förklaringar till varför den genomsnittliga sjukfallslängden steg.

Sett i ett internationellt perspektiv har Sverige långa sjukfall. En jämförelse mellan de svenska sjukfallslängderna och ett internationellt sjukfallsregister med data från trettio länder (MDA-registret "Medical Disability Advisor" som utarbetats av det amerikanska företaget Reed Group) visar att de svenska tiderna, för i stort sett varje diagnosgrupp, är avsevärt längre än i andra länder. Sverige är närmast unikt i sjukförsäkrings-sammanhang genom att sakna en tidsgräns för hur länge någon kan uppbära sjukpenning. En konsekvens av detta är att sjukfallen tenderar att bli långa.

#### *Avslag/indragning av sjukpenning*

Antalet ärenden där Försäkringskassan beslutat att sjukpenning inte ska betalas ut (avslag samt indragning) uppgick till 15 561 under 2006, vilket är ca 1,2 procent av alla startade och pågående ärenden under detta år. För 2005 var motsvarande siffror 12 529 respektive ca 1 procent.

Fördelningen mellan kvinnor och män är 60 respektive 40 procent vilket är proportionerligt mot andelarna kvinnor och män för pågående sjukfall totalt, där 63 procent utgörs av kvinnor och 37 procent av män.

Försäkringskassans beslut att inte betala sjukpenning består i huvudsak av dels ärenden där sjukpenning avslås från början på grund av att arbetsförmågan inte anses nedsatt till följd av sjukdom, dels ärenden där sjukpenning har betalats ut under en viss tid men där Försäkringskassan bedömt att arbetsförmåga på grund av sjukdom inte längre föreligger (indragning). Av de sammanlagt 15 561 ärenden som beslutades om 2006 utgjorde den grupp där sjukpenning inte alls beviljades 9 184 ärenden (59 procent) och övriga ärenden 6 377. Av det totala antalet om 15 561 ärenden avsåg 2 022 (13 procent) ärenden där den försäkrade fått delvis avslag eller Försäkringskassan beslutat att delvis inte betala sjukpenning i ett pågående sjukpenningfall.

#### **Utveckling av aktivitets- och sjukersättning**

##### *Inflödet till aktivitets- och sjukersättning*

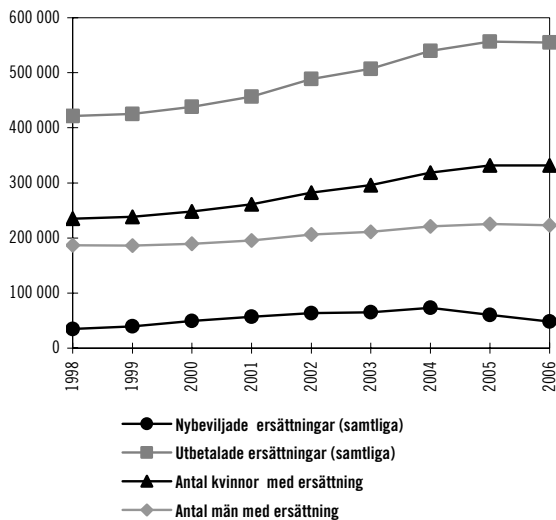
Utvecklingen 1998–2006 av antalet nybeviljade och utbetalade aktivitets- och sjukersättningar med avseende på kvinnor och män framgår av diagram 3.3. Under 2006 skedde en positiv förändring av utvecklingen i och med att totala antalet aktivitets- och sjukersättningar började minska, om än marginellt. Minskningen berodde till stor del på att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar minskade kraftigt och uppgick till 48 200 under året. Av de nya aktivitets- och sjukersättningarna 2006 avsåg ca 27 800 kvinnor och ca 20 400 män. Av de nya ersättningarna 2006 var ca 27 600 tidsbegränsade och dessa beviljades ca 62 procent till kvinnor och ca 38 procent till män.

Nybeviljandet minskade i samtliga åldersgrupper utom bland de yngsta. Försäkringskassan har nyligen i två rapporter analyserat ökningen av antalet unga personer som beviljats aktivitets- och sjukersättning. Analysen visar att de personer i åldrarna 20–39 år som beviljats ersättning i relativt stor utsträckning har en omfattande erfarenhet av såväl sjukskrivning som arbetslöshet långt innan beslutet om aktivitets- och sjukersättning fattats. Vidare visar analysen att antalsutvecklingen bland de yngsta

också är en följd av att det under de senaste åren skett en oväntat stor ökning av unga personer som beviljats aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång på grundskole- och gymnasienivå beroende på funktionshinder. Den oroväckande antalsutvecklingen bland de yngre kräver dock ytterligare analys och särskilda åtgärder.

Av beståndet har ca 113 000 partiell aktivitets- eller sjukersättning. Det betyder att antalet heltidsfrånvarande personer uppgår till närmare 475 000. Utvecklingen av beståndet är för närvarande något osäker men inget tyder på att situationen kommer att ändras väsentligt under återstoden av 2007. En mindre nedgång av beståndet förväntas dock ske under 2008 och denna utveckling beräknas fortsätta i en något snabbare takt åren därefter.

**Diagram 3.3** Utgiftsutvecklingen av dels antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar 1998–2006, dels antalet utbetalade aktivitets- och sjukersättningar i december 1998–2006 med avseende på kvinnor och män



Den successiva ökningen av andelen kvinnor med aktivitets- och sjukersättning avspeglar utvecklingen på sjukpenningområdet.

Diagnosgrupperna psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen låg tillsammans bakom 65 procent av det sammanlagda nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättning mellan 1987 och 2005. De psykiska sjukdomarna var under 2005 för första gången den vanligaste orsaken till nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar. De psykiska sjukdomar som har ökat mest under de senaste tio åren är främst stressrelaterade syndrom och depressioner. Nybeviljandet inom dessa diagnoser mångdubb-

lades inom loppet av några år och det avsåg i huvudsak unga kvinnor.

En av Försäkringskassan företagen studie visar att av samtliga ca 4 000 personer som beviljades aktivitetsersättning under 2004 cirka har 41 procent deltagit i aktiviteter. I genomsnitt motsvarar detta 2,2 aktiviteter per person. Kvinnor deltar i något högre utsträckning än män i aktiviteter. Utrikes födda kvinnor och män har ett lägre deltagande än personer födda i Sverige. Deltagandet varierar mellan olika diagnosgrupper. Störst är deltagandet för personer med psykiska diagnoser. Deltagandet i aktiviteter visar också stora regionala skillnader. De vanligaste aktiviteterna är kurser och idrottsaktiviteter. Försäkringskassan framhåller att det är mycket svårt att göra en bedömning av i vilken utsträckning aktiviteterna i sig har ökat unga personers förutsättningar att uppnå eller förbättra arbetsförmågan. Försäkringskassan bedömer att det finns brister i rutinerna för hur den försäkrade ska erbjudas möjlighet att delta i aktiviteter. Därför införs fr.o.m. den 1 juli 2007 en enhetlig handlägningsprocess för att planera och samordna aktiviteter och under 2008 införs personliga handläggare för att ge bättre stöd åt de unga.

#### Avslag/indragning helt eller delvis

Under 2006 ökade både antalet avslagsbeslut och beslut om helt eller delvis indragna aktivitets- och sjukersättningar. Denna utveckling verkar fortsätta även under 2007.

Sammanlagt beslutade Försäkringskassan att avslå ca 5 700 ansökningar om ersättningar jämfört med ca 4 600 under 2005. Antalet indragna ersättningar uppgick 2006 till ca 1 100, medan antalet beslut om minskad grad av aktivitets- och sjukersättning ökade till 4 800 jämfört med 4 500 år 2005. En förhållandevis större andel kvinnor har fått sin ersättning indragen eller nedsatt, medan det inte finns någon större andelsmässig skillnad mellan män och kvinnor när det gäller beslut om avslag.

#### Mål 1

*Försäkringskassan skall bidra till att förebyggande åtgärder vidtas för minskad sjukfrånvaro.*

Försäkringskassan har bidragit med förebyggande åtgärder genom opinionsbildning kring den höga sjukfrånvaron och informationsinsatser gentemot allmänheten, arbetsgivare och

hälso- och sjukvården för att öka kunskapen om sjukförsäkringen. Målet är uppfyllt.

## Mål 2

*Försäkringskassan skall verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som ger rätt ersättning i rätt tid och syftar till att arbetsförmåga tillvaratas och återgång i arbete underlättas på likvärdiga villkor för kvinnor och män.*

### *Handläggningstider i sjukpenningärenden*

Försäkringskassan arbetar utifrån att handläggningen av ett sjukpenningärende ska påbörjas inom tre dagar från det att begäran om sjukpenning har inkommit. Andelen sjukpenningärenden som påbörjats inom tre dagar och andelen sjukpenningärenden där en första utbetalning gjorts senast dag 30 ökade under 2006. I december 2006 fattades beslut inom 30 dagar i 94 procent av ärendena.

Sett till andelen beslut om utbetalning av sjukpenning som har lämnats inom 30 dagar från det att den försäkrade begärt sjukpenning framgår att Försäkringskassan har fattat betydligt fler beslut inom 30 dagar i de ärenden där sjukpenning har beviljats jämfört med de ärenden där sjukpenning har nekats. Bland sjukpenningärenden där Försäkringskassan har beslutat att neka ersättning har beslutet fattats inom 30 dagar i 28 procent av fallen. Fler tidskrävande arbetsmoment uppges vara förklaringen till den längre handläggningstiden bland avslagsärenden.

### *Handläggningstider för aktivitets- och sjukersättning*

Försäkringskassan har fastställt ett mål om att handläggningstiden för ansökningsärenden om aktivitets- och sjukersättning ska vara högst 120 dagar. Under 2006 förbättrades handläggningstiderna påtagligt för ärenden om aktivitets- och sjukersättning jämfört med föregående år samtidigt som den regionala spridningen i fråga om handläggningstider minskade. Orsakerna är i huvudsak en starkare produktionsstyrning där länen fått individuella resultatmål, enhetliga arbetsprocesser som implementerades under 2006 samt resursförstärkning till området.

Andelen ansökningsärenden om sjukersättning som handlagts inom 120 dagar uppgick i juni 2007 till 64,4 procent. För aktivitetsersättning var motsvarande andel 74,6 procent.

### *Avstämningsmöte och rehabiliteringsplan*

Under 2006 har Försäkringskassan dubblerat antalet avstämningsmöten till över 100 000 möten. Försäkringskassan konstaterar dock att avstämningsmötena genomförs alldeles för sent i sjukfallen. Försäkringskassan avläste tidigare antalet avstämningsmöten inom 90 dagar med utgångspunkt från sjukanmälningdagen. Från januari 2007 mäts nu istället avstämningsmöten inom 90 dagar från det att begäran om sjukpenning inkommit, vilket ger en mer rättvisande bild av den tidsram inom vilken Försäkringskassan har möjlighet att på eget initiativ påverka handläggningstiderna. I april 2007 uppgick andelen avstämningsmöten inom 90 dagar till 28,2 procent.

I en analys av orsakerna till att antalet personer som får rehabiliteringspenning har minskat sedan 2004 konstaterar Försäkringskassan att rehabiliteringspenning främst beviljas i långa sjukfall med hel omfattning. Enligt Försäkringskassan beror minskningen till stor del på att färre sjukfall pågår, att andelen långa sjukfall minskar samt att andelen deltidssjukskrivningar ökar. Vidare menar Försäkringskassan att den striktare tillämpningen av stegmodellen sedan 2004 bör ha bidragit till att fler är sjukskrivna på deltid och att rehabiliteringspenning då betalas ut mer sällan. I vissa län kan den striktare tillämpningen dessutom ha bidragit till att personer som tidigare hade fått rehabiliteringspenning nu får aktivitetsstöd istället. Enligt Försäkringskassan finns det emellertid stora regionala skillnader i försäkringstillämpningen, vilket bidrar till att utbetalningar av rehabiliteringspenning är ett osäkert mått på den faktiska omfattningen av rehabiliteringsåtgärder.

### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*

För att få fler personer med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser att återgå i arbete bedrivs insatser i samverkan mellan Försäkringskassan och andra aktörer inom rehabiliteringsområdet. För detta ändamål får 5 procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas.

#### *– Samverkan mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen*

Den enskilt största målgruppen för samverkan är arbetslösa sjukskrivna och dessa insatser bedrivs främst inom ramen för den nationella handlingsplanen mellan Försäkringskassan och AMS. Denna verksamhet omfattar även personer med



tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning och sjukskrivna anställda som behöver byta anställning på grund av ohälsa. Under 2006 omfattades cirka 12 000 personer av denna samverkan och i genomsnitt går 36 procent av deltagarna till arbete eller utbildning. Det första halvåret 2007 omfattade verksamheten 6 200 personer och målsättningen för hela 2007 är att verksamheten ska omfatta 15 000 personer. Resultatet för det första halvåret 2007 var att 37 procent gick till arbete eller utbildning. Försäkringskassan och AMS anser att denna verksamhet har lett till en ökad samsyn och ett förbättrat samarbete mellan myndigheterna. Samtidigt anser de att det finnas hinder som försvårar en effektiv samverkan mellan myndigheterna. Inom Regeringskansliet pågår en granskning av de hinder myndigheterna fört fram. Försäkringskassan och AMS anser dock att samarbetet har vidareutvecklats genom de överlämningsmöten/avstämningsmöten som myndigheterna genomför i samband med att en person övergår från att vara sjukskriven till att vara arbetsökande.

Förstärkta insatser för dem som varit sjukskrivna i mer än två år samt personer med tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning (totalt 154 000 personer) bedrivs inom ramen för det s.k. Pila-projektet. Under 2006 bedrevs Pila i de två pilotlänen Västra Götaland och Västmanland. Utifrån erfarenheterna från de båda pilotlänen har myndigheterna beslutat att utvidga Pila till resten av landet fr.o.m. den 1 mars 2007. Regeringen fattade i maj 2007 beslut om ett uppdrag till myndigheterna att i augusti 2007 redovisa vilka resultat som uppnåtts i Pila innan ställning tas till om Pila-verksamheten ska fortsätta. Av denna redovisning framgår att den arbetsmodell som utvecklats i försökslänen sedan den 1 mars 2007 används i hela landet med starkare betoning på arbetslinjen och med tidssatta processer för att minimera ledtiderna. Fram till mitten av juni 2007 har Pila-projektet granskat 37 000 ärenden och till årets slut uppskattas ytterligare 49 000 ärenden ha passerat Pila. Projektet har inneburit ett utökat samarbete med arbetsförmedlingen när det gäller insatser för dem som saknar arbete, vilket gällt drygt hälften av målgruppen. Myndigheterna bedömer att omkring 30 000 personer av den totala målgruppen på 154 000 personer kan komma i arbete eller söka arbete. Av de 30 000 personerna bedöms drygt hälften vara en mer renodlad effekt av Pila. Effekten av Pila bedöms

vara betydligt större för den grupp som uppstår tidsbegränsad sjukersättning än bland dem som har sjukpenning.

#### – *Finansiell samordning*

Samverkan inom ramen för finansiell samordning (Finsam) bedrevs i juni 2007 i 16 län och 107 kommuner. Under 2006 omfattade verksamheten ca 10 000 personer. Statskontoret, som har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning, är dock kritiskt till att Försäkringskassan, AMS och Socialstyrelsen inte ger tillräckligt stöd för denna verksamhet och anser att regeringen bör ge ett tydligare uppdrag till myndigheterna samt tydliggöra vilka resultat som förväntas av Finsam (Finsam rapport 3, Uppföljning av finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, 2007:6). Statskontoret anser också att behovet av samordnade rehabiliteringsinsatser behöver tydliggöras och föreslår därför att regeringen initierar en kartläggning av behovet av sådana insatser. Statskontoret är dessutom kritiskt till att det nationella systemet för uppföljning av samverkansinsatser (SUS) inte fungerar.

Sedan 1994 har lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam) prövats i åtta försöksområden. Vissa områden har sedan 2004 övergått till att bedriva finansiell samordning enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Stenungsund, Grästorp och Finspång har fortsatt med Socsam t.o.m. 2006, då försöksverksamheten upphörde, och en utvärdering har gjorts i dessa försöksområden. Utvärderingen visar att Socsam har skapat en medvetenhet kring vinsterna med att samverka kring individer med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Nya arbetssätt har prövats och gemensamma utbildningar har ökat förståelsen mellan olika personalgrupper, vilket förstärkt samarbetet. Utvärderingen pekar samtidigt på flera oklarheter i Socsam-lagen som har utgjort hinder i det dagliga arbetet.

#### – *Övrig samverkan*

Övrig samverkan bedrivs mellan Försäkringskassan och andra aktörer enligt proposition 1996/97:63. Den dominerande parten i denna samverkan är hälso- och sjukvården. Det har t.ex. skapats rehabiliteringsteam och resursteam inom primärvården i syfte att förbättra det tvärprofessionella samarbetet för personer med

fysisk och/eller psykisk ohälsa. Enligt Försäkringskassan har denna samverkan bl.a. bidragit till att människor får rätt ersättning, ökad förståelse för varandras yrkesroller samt ökad kvalitet i läkarutlåtandena. Det saknas dock en samlad resultatredovisning, eftersom det sektorsövergripande uppföljningssystemet (SUS) inte fungerar. Vad gäller bristerna i SUS arbetar Försäkringskassan, AMS och Socialstyrelsen med att åtgärda de problem som framkommit.

Lokala utvecklingsavtal har träffats mellan staten och tjugo kommuner i syfte att bryta utanförskap och minska antalet stadsdelar som präglas av utanförskap. Försäkringskassan har utifrån sitt ordinarie uppdrag samverkat med kommuner med lokalt utvecklingsavtal för att bidra till avtalens måluppfyllelse och upprättat samverkansöverenskommelser för detta ändamål. Fram till augusti 2007 har 9 överenskommelser redovisats. Försäkringskassan kommer att redovisa hur samverkan med kommuner med lokalt utvecklingsavtal har utvecklats och genomförts.

Enligt Försäkringskassans uppföljning av hur samverkansmedlen används är de avtal som tecknas vid samverkan och finansiell samordning ofta vagt formulerade, vilket försvårar uppföljning och utvärdering. Försäkringskassan kommer under hösten att utarbeta nya rutiner och riktlinjer för kommande avtal och följa de personer som deltar i samverkansinsatser och uppbär ersättning från sjukförsäkringen. En slutlig redovisning av effekter av samverkan ska lämnas i anslutning till Försäkringskassans årsredovisning för 2007.

#### *Utflödet från aktivitets- och sjukersättning*

Sedan augusti 2006 har utflödet från aktivitets- och sjukersättning varit något större än inflödet. Utflödet ökade under 2006 med ca 4 500 personer jämfört med 2005 och ökningen har hittills fortsatt under 2007. Under 2006 lämnade sammanlagt ca 51 500 personer sin aktivitets- och sjukersättning. Av dessa övergick 34 200 till ålderspension, ca 5 800 avled och ca 11 500 återvände till arbetsmarknaden eller försörjdes på annat sätt. Utflödet är således främst demografiskt betingat. Det är dock angeläget med en bättre analys av den del av utflödet som inte är demografiskt betingat och Försäkringskassan kommer att ta fram mer precisa uppgifter om utflödets sammansättning. I övrigt kan nämnas att under 2006 löpte ca 75 500 tidsbegränsade

ersättningar ut och i endast 10 procent av dessa fall följde inte någon ny ersättningsperiod.

Under de första elva månaderna 2006 utnyttjade sammanlagt närmare 3 500 personer med aktivitets- och sjukersättning möjligheten att förvärvsarbeta med ersättningen vilande. Ca 55 procent av dessa gjorde detta med ersättningen partiellt vilande. Närmare 2 300 personer utnyttjade endast möjligheten att arbeta under de tre första månaderna. Ungefär 200 personer beräknas under 2006 ha lämnat sin aktivitets- och sjukersättning efter att ha haft den vilande.

#### *Kvinnors ohälsa*

Det är fortfarande fler kvinnor än män som är sjukskrivna och som har aktivitets- och sjukersättning, även om skillnaderna är mindre bland de nybeviljade ersättningarna.

I Försäkringskassans studie från 2005 (Analyser 2005:6 Alltjämt ojämnt: hur kvinnor och män nyttjar socialförsäkringen) konstateras att socialförsäkringens regelverk i stort är könsneutralt. När det gäller tillämpningen av socialförsäkringens regelverk tenderar dock Försäkringskassans handläggare att vara präglade av de normer och värderingar som finns om kvinnor och män. Det finns en risk att dessa värderingar påverkar tillämpningen av försäkringen.

Som en åtgärd för att minska kvinnors ohälsa har Försäkringskassan genomfört obligatoriska utbildningar för handläggarna. Inom sjukpenninghandläggningen infördes i juni 2006 ett handläggarstöd där hänsyn har tagits till att kvinnor och män har olika orsaker till sjukfrånvaro. Försäkringskassan har även vidtagit åtgärder som samverkan med landsting samt riktade insatser och kontaktpersoner gentemot arbetsgivare med stor andel kvinnor anställda.

#### *Samlad bedömning av måluppfyllelsen*

Målet är omfattande och består av ett antal centrala delar i sjukskrivningsprocessen. Måluppfyllelsen för dessa delar är givetvis på varierande nivå men regeringens samlade uppfattning är att målet inte är uppfyllt. En starkt vägande anledning till denna bedömning är att sjukfallen fortfarande i allt för stor utsträckning präglas av passivitet och väntan. Insatser för att få tillbaka människor i arbete sätts in i för liten utsträckning och alltför sent i sjukfallet.

Det bedrivs en omfattande samverkan mellan Försäkringskassan och andra aktörer inom rehabiliteringsområdet. Särskilt samverkan med

arbetsförmedlingen har utvecklats under senare år. Ännu saknas dock en mer samlad resultatredovisning av detta vilket medför att det är svårt att bedöma insatsernas betydelse för att uppfylla målet.

Stora satsningar görs för att förbättra sjukskrivningsprocessen vilket innebär att regeringen har förhoppningar om förbättrade resultat de närmaste åren. Försäkringskassan sätter stor tilltro till den handlingsplan för sjukförsäkringsadministrationens utvecklingsinsatser som tagits fram. Handlingsplanen planeras att genomföras successivt under 2007 och innebär bl.a. att kapacitet sätts in tidigare i sjukskrivningsprocessen genom omDispositionering av personalresurser.

### Mål 3

*Försäkringskassan skall bidra till ökad kunskap om resultat av vidtagna åtgärder för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.*

Under 2004 påbörjades ett informationsarbete som ska vara långsiktigt och konsekvent över flera år. Det övergripande budskapet i detta kampanjarbete är att sjukförsäkringen är en försäkring som ger ersättning i den utsträckning arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Syftet med informationen är att öka kunskaperna om sjukförsäkringen, vidta förebyggande åtgärder för att sänka sjukfrånvaron samt skapa rätt förväntningar på Försäkringskassan.

Måluppfyllelsen är svår att verifiera. Åtgärder är genomförda, men det är inte möjligt att härleda resultatutveckling till respektive åtgärd. Regeringen, i likhet med Försäkringskassan, anser därför att målet endast delvis är uppfyllt.

### Arbetskademål

*Likformigheten i beslut om livränta till följd av arbetssjukdom skall öka. Osakliga skillnader i utfall vid prövning av arbetsskada för kvinnor och män skall minska.*

Andelen bifall på ansökan om arbetsskadelivränta har sjunkit 2006 jämfört med 2005. Bifallsfrekvensen 2006 var 27,4 procent jämfört med 31,8 procent 2005. Variationen mellan olika län är stor. I Värmland var bifallsfrekvensen 36,6 procent jämfört med 26,9 i det närbelägna Örebro län.

Skillnaden i utfall för kvinnor och män är också betydande. Bifallsfrekvensen för kvinnor är 21,5 procent jämfört med 33,8 procent för männen. Ett syfte med den ändring av bevisregeln i arbetsskadeförsäkringen som gjordes 2002 var att minska skillnaderna i utfall av försäkringen mellan kvinnor och män. En studie som Försäkringskassan genomfört av ärenden avseende besvär från rörelseorganen som beslutats enligt dessa regler under perioden januari 2005 till mars 2006 ger visst stöd för att ett något jämnare utfall åstadkommit.

Även om en viss variation i beviljandefrekvens kan förklaras med skillnader i näringslivsstruktur, befolkningens sammansättning osv. så är variationerna för stora och målet har därför inte uppnåtts.

Den svenska arbetsskadeförsäkringens konstruktion med ett generellt skadebegrepp har den fördelen att nya kunskaper om arbetsmiljöns betydelse för hälsan kan beaktas vid prövning av ärenden. Nackdelen är dock svårigheten att åstadkomma en rättvis och likformig tillämpning av försäkringen. Det är väsentligt att Försäkringskassan vidtar ytterligare åtgärder i syfte att åstadkomma en bättre likformighet.

Försäkringskassan har tagit initiativ till en fördjupad analys av orsakerna till skillnaderna i beviljandefrekvens mellan kvinnor och män.

*Senast vid utgången av 2006 skall 75 procent av dem som ansökt om arbetsskadelivränta få beslut inom 365 dagar från ansökningsdagen.*

Försäkringskassan har under 2006 delat upp handläggningen av arbetsskadeärenden i två grupper, ansökningar inkomna före respektive efter den 1 januari 2006. Handläggningen av den första gruppen ärenden har koncentrerats till fem enheter i landet och övriga ärenden hanteras på en enhet i respektive län. Genomströmningstiderna för samtliga ärenden har sjunkit under året med 50 dagar om man mäter värdet vid tredje kvartilen. Försäkrade vars ansökan kommit till Försäkringskassan efter den 1 januari 2006 har i 75 procent av fallen fått beslut inom 145 dagar. Under de senaste två åren har antalet ärenden som inte beslutats sjunkit kraftigt från cirka 25 000 till cirka 11 000 vid utgången av 2006. Ärendebalansen har därefter sjunkit ytterligare. Detta har delvis varit möjligt genom att antalet ansökningar om arbetsskadelivränta minskat som en följd av den minskade sjukfrånvaron.

Utvecklingen har varit positiv men målet har inte uppnåtts. Genomströmningstiderna för arbetsskadeärenden har under 2007 förkortats och förmodas bli 120 dagar till årsskiftet 2007/08.

### Integrationspolitiskt mål

*Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan utrikes födda och födda i Sverige skall minska.*

Antalet utbetalda sjukpenningdagar i befolkningen är högre bland utrikes än inrikes födda vid en gruppjämförelse och en större andel av utrikes födda får aktivitets- eller sjukersättning än födda i Sverige. Skillnaderna inom gruppen utrikes födda är dock stora beroende på t.ex. nationalitet, ålder och kön.

När det gäller sjukpenning får svenskfödda kvinnor något fler sjukpenningdagar utbetalda än utrikes födda kvinnor. Sett över tid är det för de svenskfödda kvinnorna som antalet utbetalda sjukpenningdagar ökat mest. En orsak till denna skillnad är en lägre förvärvsfrekvens för de utrikes födda kvinnorna. Sett över tid har nybeviljandet av förtidspension, sjukbidrag – fr.o.m. 2003 aktivitets- eller sjukersättning – utvecklats på liknande sätt bland utrikes- och inrikes födda. I båda grupperna har könsskillnaderna dessutom ökat under de senaste 10 åren, men betydligt snabbare i den svenskfödda befolkningen än i den utrikes födda.

Gruppen utrikes födda är överrepresenterade bland dem som får avslag på begäran om sjukpenning eller som får sin ersättning indragen. En förklaring till detta är att personer i denna grupp är arbetslösa i högre utsträckning än genomsnittet. Därmed prövas arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden.

Målet är inte uppfyllt, skillnaderna i sjukfrånvaro mellan utrikes födda och inrikes födda är ungefär lika stora som de varit tidigare år.

### *Ungdomars hälsa i arbetslivet*

Totala antalet nettodagar (sjukpenning, rehabiliteringspenning och aktivitetsersättning) för ungdomsgrupperna vilket utgörs av personer mellan 19–30 år, följer i stort sett samma utveckling som åldersgruppen 30–64 år. Undantaget är dock gruppen 20–24 år. Den gruppens antal nettodagar med aktivitetsersättning har ökat

samtidigt som den har den lägsta minskningen när det gäller nettodagar med sjukpenning.

Antalet unga individer per 1 000 försäkrade med sjukpenning följer samma utveckling som övriga åldersgrupper i fråga om nettodagar. Orsakerna till sjukskrivning har till viss del förskjutits från somatiska besvär till psykiska sjukdomar, främst bland yngre och kvinnor.

Nybeviljandet av aktivitetsersättning bland 19-åringar har under de senaste åren ökat påtagligt, eftersom i denna åldersgrupp numera ingår de personer som på grund av regeländringen 2003 aldrig hade möjlighet få aktivitetsersättning när de var 16–18 år gamla, men ökningen beror till stor del på att fler i den åldern har beviljats aktivitetsersättning med anledning av förlängd skolgång på grundskole- eller gymnasienivå på grund av funktionshinder.

När det gäller indikatorn andelen unga med handikappförmåner som också har aktivitetsersättning skedde en betydande ökning av andelen.

När samtliga indikatorer studeras utifrån ett könsperspektiv framgår att kvinnorna vanligen står för den största andelen med ersättning, med undantag för aktivitetsersättning i de yngsta åldersgrupperna.

Om indikatorerna studeras från ett geografiskt perspektiv följer länen i stort sett samma utveckling, förutom indikatorn nya aktivitetsersättningar per 1 000 försäkrade. Här råder stora variationer bland länen i alla åldersgrupper.

Försäkringskassan konstaterar i rapporten Unga med aktivitets- och sjukersättning – vilka är det? (Analyserar 2007:8) att det sedan slutet av 1990-talet har skett en påtaglig ökning av antalet personer i åldrarna 20–39 år som varje år beviljas förtidspension, fr.o.m. 2003 ersatt av aktivitets- och sjukersättning.

Rapporten visar sammanfattningsvis att de unga personer som under senare år beviljats aktivitets- eller sjukersättning har omfattande erfarenhet av såväl sjukskrivning som arbetslöshet. Jämförelsen över tid visar att det framför allt är erfarenheten av lång arbetslöshet som skiljer dagens unga med aktivitets- eller sjukersättning från gårdagens. Dessutom framstår låg utbildning som en tydlig riskfaktor. Kvinnor är överrepresenterade i den studerade gruppen.

Rapporten är i första hand beskrivande, varför det kan finnas anledning att vara försiktig med vilka slutsatser som ska dras när det gäller rena orsakssamband, men den visar att den studerade

gruppen haft problem med sjukskrivning och arbetslöshet långt innan beslutet om aktivitets- och sjukersättning fattades.

Resultaten visar dels att det krävs breda insatser för att bättre kunna förebygga utslagningen av unga människor från arbetsmarknaden, dels att en djupare analys av personer med hög grad av både arbetslöshet och lång sjukskrivning borde göras med avseende på i vilken utsträckning det är fråga om samverkande faktorer.

### 3.4.3 Analys och slutsatser

Historiskt sett har det funnits ett starkt samband mellan sysselsättning och sjukfrånvaro. När sysselsättningen har ökat har även sjukfrånvaron ökat. Minskningen av sjukfrånvaron den senaste tiden är därför särskilt intressant mot bakgrund av den positiva utveckling som skett på arbetsmarknaden. Att sjukfrånvaron sjunker trots ökat antal arbetstillfällen har troligen flera förklaringar, bl.a. kan Försäkringskassans insatser för att minska sjukfrånvaron ha haft stor betydelse.

Försäkringskassan har bl.a. förbättrat den försäkringsmässiga tillämpningen, ett arbete som regeringen förutsätter även fortsättningsvis kommer att bedrivas långsiktigt och med hög intensitet. Trots Försäkringskassans insatser finns det emellertid fortfarande brister som måste rättas till. Det råder fortsatt stora variationer i sjukfrånvaron både över tid och mellan olika delar av landet vilket bl.a. kan bero på otydliga bedömningsgrunder för arbetsförmåga. Antalet avstämningmöten har ökat men det är fortfarande från en låg nivå och de sker i regel alltför sent i sjukskrivningsperioden. Stödet till såväl arbetsgivare som sjukskrivna kan förbättras. En plan för återgång i arbete upprättas både för sent och i alltför få fall vilket medför att rehabiliteringsinsatser vidtas alltför sent i processen. Däremot har handläggningstiderna för samtliga ärendeslag förbättrats.

Regeringen anser att det är av yttersta vikt att åtgärder för att en sjukskriven ska komma tillbaka i arbete startar så snart det är möjligt. En kritisk gräns har visat sig gå vid cirka tre månaders sjukskrivning. Det är därför oroande att det i endast tre procent av alla sjukfall som passerar denna tidpunkt finns en plan för återgång i arbete. Långa, passiva sjukskrivningar innebär risk för att den rehabiliteringspotential som

finns hos en individ går förlorad och att frågan om individen skulle kunna utföra andra arbetsuppgifter än dem som han eller hon inte längre klarar aktualiseras alltför sent. Regeringen anser att det behövs kraftfulla åtgärder för att åstadkomma en bättre fungerande sjukskrivningsprocess.

Antalet personer med aktivitets- och sjukersättning ökar inte längre. Prognoserna för 2008 och framåt visar på en successiv minskning av beståndet. Det beror främst på att allt fler övergår till ålderspension, men det finns också skäl att anta att fler kommer att återgå till arbetsmarknaden. Regeringen anser emellertid, trots den senaste utvecklingen, att alltför många personer har aktivitets- och sjukersättning i dag och att det därför måste vidtas ytterligare åtgärder för att minska detta utanförskap.

Nybeviljandet av aktivitetsersättning visar på en ökning i de yngsta åldersgrupperna, vilket är oroande och kräver närmare analys. Främst ökar antalet nybeviljade aktivitetsersättningar bland gruppen unga som varit ute i arbetslivet. Dessutom ökar antalet nybeviljade aktivitetsersättningar kraftigt för den grupp som till följd av funktionshinder har förlängd skolgång på grundskole- och gymnasienivå. Det som är särskilt oroande är ökningen av psykiska besvär hos de yngre och inte minst bland unga kvinnor.

Sannolikheten att komma tillbaka till arbete för en person som beviljats aktivitets- eller sjukersättning är erfarenhetsmässigt liten. Det är därför av största vikt att motverka inflödet till aktivitets- och sjukersättning och ge de personer som är långtidssjukskrivna ett ökat och bättre stöd att återgå i arbete i stället för att bli beviljade aktivitets- eller sjukersättning.

Det är angeläget att eventuell arbetsförmåga tas tillvara hos dem som är långtidssjukskrivna och att dessa människor ges stöd för återgång i arbete. Pilotverksamheten med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna (Pila), som numera bedrivs i hela landet, har hittills inte visat på några entydiga resultat, bl.a. beroende på att alltför få av dem som gått vidare till rehabiliteringsinsatser har lämnat sjukförsäkringen. För närvarande är det därför oklart vad Pila ger för resultat. Försäkringskassan har initierat en utvärdering av Pila som kommer att vara klar i slutet av 2007. Regeringen anser att denna utvärdering utgör ett viktigt underlag för hur Försäkringskassan och AMS bedömer att Pila bör fortsätta under 2008. Regeringen förutsätter att de

metoder och arbetssätt i Pila som bedöms vara effektiva implementeras i den reguljära ärendehandläggningen senast vid utgången av 2008.

Finansiell samordning syftar till att genom samordnade rehabiliteringsinsatser minska utanförskapet och ge fler personer möjlighet att återgå i arbete. Regeringen ser positivt på att det bildas allt fler samordningsförbund i landet. Finansiell samordning förutsätter emellertid att det ges legitimitet för insatser som kräver samarbete över sektorsgränserna. I detta avseende har de centrala myndigheterna en viktig uppgift. Statskontoret anser att regeringen bör ge myndigheterna ett utökat och tydligare uppdrag att stödja utvecklingen av finansiell samordning. SKL anser att myndigheterna bör bilda ett nationellt råd för detta ändamål. Regeringen vill betona att myndigheterna redan har i uppdrag att stödja utvecklingen av finansiell samordning. I detta ingår t.ex. att informera och sprida erfarenheter samt vara ett stöd i administrativa, ekonomiska och juridiska frågor angående finansiell samordning. Det är därför en fråga för berörda myndigheter att avgöra om det krävs ett mer formaliserat samarbete, t.ex. i form av ett nationellt råd, för att ge nödvändigt stöd åt finansiell samordning.

Det bedrivs en omfattande samverkan mellan Försäkringskassan och andra aktörer såsom arbetsförmedling, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Eftersom det fortfarande saknas en samlad resultatredovisning av olika samverkansinsatser går det inte att fastställa i vilken utsträckning samverkan underlättar återgång i arbete. Regeringen ser allvarligt på detta och förutsätter att Försäkringskassan och andra berörda aktörer vidtar åtgärder för att kunna redovisa resultat och effekter av samverkansinsatser.

### 3.5 Revisionens iakttagelser

Regeringens bedömning och vidtagna åtgärder med anledning av revisionens iakttagelser redovisas samlat under avsnitt 3.13.

## 3.6 Politikens inriktning

### 3.6.1 Utgångspunkter för att få fler tillbaka till arbete

Det är av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete, framför allt för deras eget välbefinnande, men även för att bibehålla välfärden. Därför är det angeläget att minska antalet människor i utanförskap. Detta är en mycket svår uppgift som kräver nya lösningar och förhållningssätt. Under de senaste åren har visserligen både den kortare sjukfrånvaron och antalet sjukpenningfall som varar mer än ett år minskat, men samtidigt kvarstår problemet att de som blir sjukskrivna förblir det under lång tid och ofta hamnar i permanent utanförskap. Jämfört med andra länder är sjukfrånvaron fortfarande hög. Det är därför angeläget att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser för att individernas arbetsförmåga i högre utsträckning ska tas tillvara. Det är också viktigt att ersättning bara betalas ut till dem som inte kan arbeta på grund av sjukdom.

Det finns enligt regeringens mening tydliga brister i de principer som styr försäkringssystemens utformning, vilket även bl.a. Socialförsäkringsutredningen har framhållit i sitt betänkande (SOU 2006:86). Det finns behov av att strukturellt reformera bl.a. sjukförsäkringen. Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2007 (prop. 2006/07:1) att en parlamentarisk utredning av socialförsäkringen skulle tillsättas. Ett sådant långsiktigt arbete bör enligt regeringens mening komma igång så snart som möjligt.

Detta strukturella arbete kan dock inte tillåtas begränsa regeringens handlingsutrymme att vidta nödvändiga förändringar under arbetets gång. Redan nu måste enligt regeringens mening olika insatser initieras. Det är särskilt viktigt att genomföra insatser som motverkar att personer via långvarig sjukskrivning hamnar i permanent utanförskap. Likaså måste de som redan är långtidssjukskrivna eller har aktivitets- eller sjukersättning om möjligt stödjas till återgång i arbete. Det är även angeläget för försäkringens trovärdighet att obehörigt nyttjande av försäkringen förhindras (se vidare Administrationen av socialförsäkringen).

Regeringen presenterar nu ett samlat åtgärds-paket för att få en välfungerande sjukförsäkring med fler vägar tillbaka till arbete. Delar av åtgärds-paketet kan påbörjas eller genomföras redan under hösten 2007 eller fr.o.m. den 1 januari 2008, medan andra åtgärder kräver ytterligare utredningsinsatser innan slutliga förslag kan lämnas. Ambitionen är att förslagen i åtgärds-paketet ska kunna redovisas i sin helhet under hösten 2007 så att de kan träda i kraft under 2008 och i början av 2009. I det följande redovisas huvuddragen i åtgärds-paketet.

### 3.6.2 Åtgärder inom sjukförsäkringen för att bryta ökat utanförskap

Sjukförsäkringen måste bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. Den försäkrade måste även känna ett eget tydligt ansvar för att försöka komma tillbaka till arbete. Aktiva rehabiliteringsinsatser och förbättrat stöd kombinerat med individens motivation och engagemang är avgörande för att återgång i arbete ska lyckas. Ju längre tid ett sjukfall pågår, desto mindre är sannolikheten att den sjukskrivne kan komma tillbaka till arbete. Det är därför särskilt viktigt med tidiga insatser.

Åtgärderna måste vara väl anpassade till problembilden. Inte minst krävs en nära anknytning till arbetsmarknaden för att insatser som stödjer återgång i arbete ska lyckas. Rehabilitering kan bestå av social rehabilitering, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan i sin tur delas upp i arbetsplatsinriktad rehabilitering och arbetsmarknadsinriktad rehabilitering. Nedan redovisas åtgärder för att förbättra framför allt den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen och den medicinska rehabiliteringen. Regeringen föreslår att sammantaget 3,4 miljarder kronor avsätts för dessa ändamål under åren 2008–2010.

#### *En rehabiliteringskedja införs – förbättrar sjukskrivningsprocessen och bedömningen av arbetsförmåga*

Vid ett sjukfall ska arbetsförmågan enligt gällande regler prövas i första hand mot det arbete som den försäkrade är sjukskriven från. Därefter prövas först möjligheterna till andra arbetsuppgifter hos den egna arbetsgivaren och slutligen till annat arbete på arbetsmarknaden. Detta har kommit till tillämpning så att en återgång i tidigare

arbete i det närmaste måste uteslutas innan nästa steg i processen prövas. Processen går därigenom så långsamt att den rehabiliteringspotential som inledningsvis finns ofta hinner gå förlorad med långtidssjukskrivning, aktivitets- och sjukersättning och i värsta fall permanent utanförskap som följd.

Den nuvarande processen ska därför ersättas med en rehabiliteringskedja med preciserade tidsgränser för de olika momenten vid prövningen av arbetsförmågan och med en tydligare utgångspunkt i individens förmåga och behov. Härigenom klargörs också behovet av tidiga insatser liksom arbetsgivarens ansvar.

Det är viktigt att så tidigt som möjligt uppmärksamma sjukfall där arbetsoförmågan inte är av tillfällig och övergående natur. Därför bör en plan för återgång i arbete upprättas i de fall det finns risk för en längre tids sjukfrånvaro. I denna bör behovet av åtgärder och insatser preciseras. Ökade krav kommer att ställas på den försäkrade att förse Försäkringskassan med de underlag som behövs för bedömningarna. Senast efter tre månaders sjukfrånvaro ska prövas om den försäkrade kan utföra andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren än sina vanliga. Om arbetsgivaren inte kan erbjuda lämpliga arbetsuppgifter och sjukfallet riskerar att bli långvarigt ska kontakt etableras med Arbetsförmedlingen om sjukdomen inte är sådan att allt arbete är uteslutet. Därigenom ges den sjukskrivne möjlighet att finna andra vägar tillbaka till arbete. Senast efter sex månaders sjukskrivning bedöms arbetsförmågan efter om den försäkrade kan utföra något arbete på arbetsmarknaden.

Undantag från en sådan regel måste dock göras för den som väntar på eller nyligen fått en medicinsk behandling eller väntas självlåka, och efter detta med stor sannolikhet kan återgå i arbete hos arbetsgivaren.

Regeringen avser även att föreslå en fast tidsgräns för rätten till sjukpenning. Förmånen ska endast i undantagsfall kunna betalas ut i längre tid än 12 månader. För personer som genomgår medicinsk behandling för mycket allvarliga sjukdomstillstånd ska sjukpenning kunna utges för längre tid.

Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt efter 12 månaders sjukskrivning ska en ny förmån, förlängd sjukpenning, kunna beviljas efter särskild ansökan. Förlängd sjukpenning ska i normalfallet kunna betalas ut som längst under 18 månader. Ersättningen från den förlängda

sjukpenningen ska utgöra 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till inkomsttaket på 7,5 prisbasbelopp. Den samlade ersättningen från förlängd sjukpenning och eventuella kompletterande avtalsförsäkringar ska inte kunna överstiga 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten/lönen beräknad utan beaktande av inkomsttaket. En minskningsregel som reglerar detta kommer att införas.

Regeringen anser att de stora variationerna i sjukfrånvaron över tid och i olika delar av landet visar att sjukförsäkringen används även när det inte är medicinskt motiverat. Regeringen anser vidare att individens funktionsförmåga ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmåga. De bedömningskriterier som används inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken liksom metoder för att bedöma funktions- och arbetsförmåga måste också bli mer enhetliga. Sådana metoder har utvecklats i andra länder. Regeringen kommer snarast att göra en översyn för att dels fastställa metoder för bedömning av arbetsförmåga/funktionsförmåga, dels tydliggöra det sjukdomsbegrepp som ska gälla i sjukförsäkringen. Avsikten är att redan under våren 2008 kunna redovisa ett första resultat av översynen.

#### *Vidareutvecklad företagshälsovård*

Socialförsäkringsutredningen framhöll att en vidareutvecklad företagshälsovård kan medverka till att förbättra stödet till såväl arbetsgivare som sjukskrivna förvärsarbetande. Även kommittén som ser över framtidens företagshälsovårdsutbildning (S 2007:01) har diskuterat företagshälsovårdens framtida roll. Kommittén har därvid bl.a. pekat på att utöver det arbetsmiljöarbete som nu är grundläggande för företagshälsovårdens verksamhet kan stödet till sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsarbetet utvecklas.

Företagshälsovården skulle t.ex. kunna ta mer aktiv del i att identifiera fall där tidiga insatser behövs och bistå arbetsgivare och anställda med insatser som behövs för att underlätta återgång i arbete. Försäkringskassan skulle därmed få ett förbättrat stöd i bedömningen av arbetsförmåga. Detta förutsätter att företagshälsovården också kan fungera som en del av samhällets sjukvårdsorganisation, vilket i sin tur kan medföra att landstingen får en sjukvårdsmässig avlastning. Sena insatser och bristande stöd från hälso- och sjukvården riskerar att bidra till att sjukfallen blir

längre. Det är inte rimligt att personer i avvaktan på behandling förlorar möjlighet att återfå arbetsförmågan. En vidareutvecklad företagshälsovård som inkluderar sjukvårdsinsatser kan öka tillgängligheten och förbättra resursavvägningen mellan samhällets vårdapparater. Vidare bör en förändrad roll för företagshälsovården kunna underlätta partssamverkan kring ohälsorabete, rehabilitering och förebyggande arbete.

Regeringen, som diskuterat dessa frågor med berörda parter, ser positivt på en framtida roll för företagshälsovården av det slag som ovan redovisats. Regeringen ser under vissa betingelser det naturligt att ekonomiskt stödja en sådan utveckling. Detta redovisas under avsnitt 3.15.1 Vidareutveckling av företagshälsovården.

#### *Tydligare ansvarsfördelning*

Försäkringskassan ska verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess. Försäkringskassans roll är att vara försäkringsgivare och att initiera åtgärder som kan förebygga eller förkorta sjukfrånvaron. I Försäkringskassans uppgift ingår att se till att den försäkrade är välinformerad om de försäkringsmässiga konsekvenserna som kan uppstå under sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan ska däremot inte vara en rehabiliteringsaktör i sjukskrivningsprocessen. Det är hälso- och sjukvården, där företagshälsovården utgör en viktig del, som ska svara för de medicinska insatserna, socialtjänsten för de sociala insatserna, medan arbetsgivaren svarar för de arbetsplatsinriktade och arbetsförmedlingen för de arbetsmarknadsinriktade insatserna. Försäkringskassan ska hänvisa och vägleda den försäkrade till sådana åtgärder, men ansvaret för att åtgärderna genomförs vilar på de ovan nämnda aktörerna.

Försäkringskassans medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster är avsedda som komplement till övriga aktörers insatser. Användningen av medlen har dock medfört att ansvarsfördelningen för rehabiliteringsinsatserna har blivit otydlig och detta har i vissa fall lett till att dessa sätts in sent eller helt uteblir. Regeringens strategi innebär att de olika aktörerna ska få det stöd de behöver för att tillsammans med den försäkrade kunna ta sitt ansvar. Därför avser regeringen att bl.a. minska medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster och i stället föra över dessa till hälso- och sjukvården så att sjukskrivna ges ett bättre stöd och att ris-



ken minskar för att åtgärder uteblir till följd av tydlig ansvarsfördelning.

#### *En rehabiliteringsgaranti införs – tillgången på medicinsk rehabilitering förbättras*

Ett sätt att stärka den enskildes ställning i sjuk-skrivningsprocessen är att utveckla samt förstärka de insatser som utförs inom respektive verksamhet. Regeringens avsikt är att komplettera den nuvarande vårdgarantin inom hälso- och sjukvården med en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång till arbete. Som ett första steg i att införa denna garanti föreslår regeringen att avtal om detta sluts med hälso- och sjukvården under 2008 som innebär att hälso- och sjukvården tillförs ökade resurser för sådana rehabiliteringsinsatser. Dessutom avser regeringen att ge möjlighet till regionala satsningar genom finansiell samordning mellan Försäkringskassan och landstingen. Rehabiliteringsgarantin avses träda i kraft under 2008. Garantin förutsätter naturligtvis den enskildes medverkan i rehabiliteringsinsatserna, uteblir den ska ersättningen dras in. Regeringen avser att utreda en eventuell lagreglering av en sådan garanti.

#### *Mer flexibel finansiell samordning*

I budgetpropositionen för 2007 angav regeringen att samarbetet mellan olika huvudmän måste förbättras och den finansiella samordningen göras mera flexibel samt kunna anpassas till lokala förhållanden. Riksdagen har ställt sig bakom denna inriktning (2006/07:SfU1).

Det är angeläget med en finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Försäkringskassan och landstingen ska kunna göra satsningar för att förbättra behandling och rehabilitering så att den försäkrades arbetsförmåga kan återställas. Särskilt viktigt är att det utvecklas behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården för personer med lättare psykiska besvär eller smärtor i rörelseorganen. Det är också angeläget att göra den nuvarande Finsam-lagstiftningen mer flexibel för att i större utsträckning kunna bedriva denna form av finansiell samordning utifrån lokala förutsättningar. Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (SFS 2003:1210) bör därför ändras så att det inte är nödvändigt att parterna bidrar med lika mycket av resurserna till samordningsförbunden. Det bör underlätta för parterna

att komma överens och möjliggöra mer kraftfulla satsningar utifrån lokala förutsättningar, bl.a. i stadsdelar som präglas av utanförskap.

#### *Bättre prövning av ersättning*

Andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom ska inte kunna påverka rätten till ersättning. Förändringar som tydliggör kvalifikationskraven för att vara berättigad till sjukpenning ska därför övervägas, t.ex. bör inte längre hänsyn kunna tas till bosättning och utbildning vid bedömning av rätten till ersättning.

Ett eventuellt framtida system för sammanhållen vårdjournal bör också kunna användas bl.a. för att minska risken för s.k. läkarshopping där personer som har nekats sjukintyg från en läkare vänder sig till ytterligare läkare till dess ett sjukintyg har utfärdats. Patientens möjlighet att i en framtida sammanhållen vårdjournal spärra vissa uppgifter från åtkomst för andra läkare bör därför inte kunna omfatta begäran om sjukintyg.

De försäkringsmässiga riktlinjerna kommer att bidra till att förbättra sjukskrivningsprocessen. Tillämpningen av riktlinjerna bör utvärderas fortlöpande. I den mån tillämpningen leder till icke önskade effekter bör ytterligare möjligheter övervägas exempelvis att införa krav på läkarintyg från två olika läkare.

Bland de långa sjukfallen är det troligt att det är en högre andel som har ett missbruk jämfört med övriga befolkningen. Ett eventuellt missbruk försvårar rehabiliteringen och återgången till arbete. Det är därför angeläget att förekomsten av missbruk identifieras tidigt i sjukfallen för att undvika sjukskrivning som i de flesta fall leder till ökat missbruk.

### **3.6.3 Fler och bättre vägar tillbaka till arbete**

I dag kan en person med aktivitets- eller sjukersättning pröva på att arbeta under en tvåårsperiod med ersättningen vilande. Under de tre första månaderna av arbetsförsöket får den försäkrade utöver lönen även behålla sin ersättning. Under hela perioden med vilande ersättning har den försäkrade rätt till bostadstillägg.

Trots de ekonomiska fördelarna är det få personer med aktivitets- eller sjukersättning som prövar att arbeta med vilande ersättning. Ännu färre lämnar försäkringen och återgår till arbets-

livet. Två viktiga förklaringar till detta kan vara svårigheterna att finna ett lämpligt arbete och att de ekonomiska incitamenten gäller för kort tid. Regeringen avser därför att ändra dessa förhållanden. Dessutom planeras särskilda insatser för ungdomar med aktivitetsersättning.

#### *Ökade möjligheter för återgång till arbete*

Den period då den försäkrade kan pröva att förvärvsarbeta med både ersättning från försäkringen och lön ska förlängas. Det totala beloppet som utbetalas ska dock vara detsamma, dvs. ett lägre belopp betalas ut under en längre tid.

För personer med icke tidsbegränsad sjukersättning är den framtida försörjningen oftast garanterad. För dessa personer innebär återgång till ett arbete visserligen en ekonomisk vinst, men också en osäkerhet om den framtida försörjningen. Rädslan att förlora förmånen kan också påverka viljan att börja arbeta. Endast ett fåtal av de försäkrade lämnar försäkringen för att arbeta. För att förbättra situationen avser regeringen att ge de personer som den 31 augusti 2007 hade en icke tidsbegränsad sjukersättning mer långtgående möjligheter att pröva sin restarbetsförmåga genom att börja arbeta. Rätten till sjukersättning kommer att kvarstå trots att en person börjar arbeta, oavsett om arbetet sker under en längre tid eller under återkommande perioder och individen uppvisar förbättrad arbetsförmåga. För att öka den berörda gruppens möjligheter att finna ett arbete, bör personer med sjukersättning kunna arbeta även i annan omfattning än de i dag gällande 25, 50 eller 75 procent av arbetstiden. Detta möjliggörs genom att sjukersättningen minskas med en viss procent av arbetsinkomsten (steglös avräkning). Avtrappningen bör konstrueras så att marginal-effekterna blir låga och kommer tillsammans med övriga frågor avseende den närmare utformningen att övervägas vidare.

För att de nya ekonomiska incitamenten ska kunna få effekt gäller att den som vill pröva sin arbetsförmåga hittar ett arbete. Regeringen avser därför att initiera en försöksverksamhet med alternativa insatser för långtidssjukskrivna som kommer att utgöra ett viktigt komplement till de nya möjligheter som ska införas för personer med aktivitets- och sjukersättning. Ett utökad stöd för återgång i arbete kan också erbjudas inom ramen för de insatser som sker inom ramen för samverkan och finansiell samordning.

Andelen sjukförsäkrade med partiell ersättning har ökat kraftigt. Detta är positivt eftersom det innebär att arbetsförmåga som annars hade gått förlorad kan tas till vara. Det finns dock indikationer på att partiell ersättning i vissa fall blivit ett sätt att reducera arbetstiden. Regeringen kommer därför att närmare pröva om arbetet normalt bör förläggas till hela arbetsdagen vid partiell aktivitets- eller sjukersättning. Därigenom bör personer med reducerad arbetsförmåga kunna arbeta i en takt som motsvarar förmågan.

#### *Försöksverksamhet med alternativa insatser för långtidssjukskrivna och personer med aktivitets- eller sjukersättning*

Många långtidssjukskrivna och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning bedöms ha en viss arbetsförmåga kvar. Det finns anledning att pröva nya åtgärder i syfte att ge fler personer förutsättningar att återfå arbetsförmåga och återgå i arbete. En sådan åtgärd kan vara att låta privata företag medverka till att hjälpa denna grupp av personer att återfå arbetsförmåga och få arbete. Dessa företag bör ges stort utrymme att välja de insatser som man anser nödvändiga i de enskilda fallen. Det kan handla om t.ex. stödjande terapiinsatser eller renodlad jobbförmedling. Ekonomiska drivkrafter som bygger på resultat bör gälla för företagen. Regeringen avser att starta en sådan försöksverksamhet snarast möjligt.

#### *Nyfriskjobb*

En ytterligare viktigt åtgärd som underlättar för de långtidssjukskrivna att återvända till arbetsmarknaden är de särskilda nystartsjobb, s.k. nyfriskjobb, som införs för arbetsgivare som anställer individer som sedan minst ett år på heltid fått sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Kompensationen i nyfriskjobben blir i princip den dubbla jämfört med nystartsjobben. De nya reglerna föreslås i volym 7, avsnitt 6.7 och gäller från och med 1 januari 2008.

#### *Särskilda insatser för ungdomar*

Antalet ungdomar med aktivitetsersättning har ökat under de senaste åren. Ungdomar har ofta begränsad eller ingen erfarenhet från arbetslivet. Den bristande arbetslivserfarenheten gör det särskilt svårt för ungdomar att lämna aktivitetsersättningen och övergå till arbete. Det kan inte

accepteras att en växande grupp ungdomar hamnar i ett livslångt utanförskap på grund av medfödda funktionshinder eller psykisk ohälsa. Särskilda insatser för ungdomar ska prövas och utvärderas i den ovannämnda försöksverksamheten. Bl.a. ska ett system med personliga coacher prövas. Regeringen avser dessutom att ge Försäkringskassan i uppdrag att följa upp de insatser som redan bedrivs för unga med aktivitetsersättning.

#### *Bättre prövning av aktivitets- och sjukersättning*

Det stora antalet personer med sjukersättning visar tydligt att en bättre prövning krävs inför ett eventuellt beviljande av sjukersättning. Sjukersättning ska fortsättningsvis endast beviljas individer som har en sådan sjukdom att arbetsförmågan är väsentligt och varaktigt nedsatt och där möjligheten till att återfå arbetsförmågan genom rehabiliteringsinsatser har uttömts. Andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom ska inte kunna påverka rätten till ersättning. Därför ska kvalifikationskraven för att vara berättigad till sjukersättning tydliggöras, genom att t.ex. överväga om bosättningsort, ålder och utbildning ska beaktas vid bedömning av rätten till sjukersättning. Även när det gäller aktivitetsersättning avser regeringen att samlat se över kvalifikationskraven.

För närvarande gäller att sjukersättning kan omprövas endast om det skett en väsentlig förbättring av arbetsförmågan hos den försäkrade. Det kan många gånger vara svårt för FK att visa att en sådan väsentlig förändring har skett.

Regeringen anser även att möjligheterna att vid hel aktivitets- eller sjukersättning arbeta motsvarande en åttondel av normal arbetstid ska avgränsas och kontrolleras bättre.

### 3.6.4 Ytterligare åtgärder

#### *Beräkning av sjukpenninggrundande inkomst*

Reglerna för beräkning av sjukpenninggrundande inkomst behöver ses över. Reglerna medger i dag godtyckliga bedömningar av den sjukpenninggrundande inkomsten och förutsägbarheten är bristande. Reglerna måste ändras så att systemet blir rättssäkert och främjar arbetslinjen. Den sjukpenninggrundande inkomsten ska därför grunda sig på historiska inkomster. Frågan måste dock utredas. Redan fr.o.m. den 1 januari 2008 kommer dock beräkningen av dagersätt-

ningar som relateras till den sjukpenninggrundande inkomsten att multipliceras med faktorn 0,97 (se vidare 3.7 Förslag till regeländringar).

#### *Socialt råd*

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet, en åldrande befolkning och den medicinsktekniska utvecklingen ställer hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna att behandla sjukdomar och en större del av befolkningen lever ett längre liv i hälsa. För att möta de utmaningar och möjligheter som vi står inför är det viktigt att välfärdspolitiken är effektiv och då det är möjligt evidensbaserad. Kunskap från forskning inom social- och hälsoområdet behöver implementeras på ett mer effektivt och systematiskt sätt än tidigare. Regeringen avser därför att inrätta ett socialt råd med syfte att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i sociala frågor och sprida kunskap om forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitiken.

## 3.7 Förslag till regeländringar

### 3.7.1 Beräkning av den sjukpenninggrundande inkomsten

---

**Regeringens förslag:** Den sjukpenninggrundande inkomsten ska multipliceras med faktorn 0,97 vid beräkning av dagersättning.

---

**Ärendet och dess beredning:** Lagförslag i ärendet finns i avsnitt 2.1. Förslaget har utarbetats inom Regeringskansliet och beretts med Försäkringskassan.

**Skälen för regeringens förslag:** Den sjukpenninggrundande inkomsten används som ersättningsunderlag vid beräkning av sjukpenning, föräldrapenning m.fl. dagersättningar som är avsedda att ge den enskilde individen kompensation vid inkomstförlust.

I avvaktan på att ett regelsystem som baseras på historiska inkomster genomförs föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2007 att den sjukpenninggrundande inkomsten skulle reduceras på så sätt att denna fr.o.m. 1 januari 2007 skulle multipliceras med faktorn 0,989 vid beräkning av dagersättningar. Reglerna om sjukpenninggrundande inkomst är mycket komplexa. Ett helt nytt regelsystem behöver utredas grundligt, dels hur det tekniskt och administrativt ska fungera, dels författningsmässigt. I avvaktan på att den sjukpenninggrundande inkomsten baseras på historiska inkomster föreslår regeringen nu därför att den sjukpenninggrundande inkomsten ska multipliceras med faktorn 0,97, i stället för som i dag 0,989, vid beräkning av sjukpenning och föräldrapenning samt vid beräkning av övriga dagersättningar som beräknas på den sjukpenninggrundande inkomsten t.ex. rehabiliteringspenning och havandeskapspenning. Justeringen avser att bättre motsvara den genomsnittliga faktiska löneutvecklingen för försäkrade vid en jämförelse mellan det nuvarande regelsystemet och ett framtida system som utgår från historiska inkomster. Reglerna om ersättning från Försäkringskassan vid tvist om sjuklön och särskild arbetsskadeersättning omfattas emellertid inte av regeringens förslag.

Regeringens förslag föreslås träda i kraft den 1 januari 2008 och gälla dagersättningar som avser tid från och med detta datum.

Förslaget innebär en minskning av utgifterna för anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* som beräknas till 585 miljoner kronor och för anslaget 21:2 *Föräldraförsäkringen* som beräknas till 531 miljoner kronor 2008.

### Administrationn av socialförsäkringen

Socialförsäkringen administreras sedan 2005 av Försäkringskassan. Myndigheten leds av en styrelse med fullt ansvar. För att tilltron till socialförsäkringen ska bibehållas och stärkas måste administrationen fungera väl. Handläggningen ska vara rättssäker och kompetent utförd och organisationen effektiv. Myndigheten ska ha en god personalpolitik.

## 3.8 Omfattning

Under 2006 kostade administrationen av socialförsäkringen totalt 9,3 miljarder kronor, vilket är en ökning med nio procent jämfört med 2005. Av dessa finansierades 7,6 miljarder kronor genom Försäkringskassans förvaltningsanslag, 0,8 miljarder kronor genom medel från Allmänna pensionsfonderna och Premiepensionsmyndigheten (PPM) samt 0,6 miljarder kronor från anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.*, utgiftsområde 10. Kostnaderna för administrationen motsvarade drygt två procent av de totala kostnaderna för socialförsäkringen (435,7 mdkr).

Vid utgången av 2006 var antalet anställda vid Försäkringskassan drygt 17 000 personer, varav 13 300 kvinnor och 3 700 män. Under året fattades 15 miljoner beslut om ersättning och 60 miljoner utbetalningar av ersättning gjordes från socialförsäkringen till enskilda.

## 3.9 Utgiftsutveckling

I tabell 3.5 redovisas kostnaderna för socialförsäkringens administration, fördelade per politikområde under perioden 2004–2006. För jämförbarhet mellan åren har kostnader för förändringen av pensionsskulden utelämnats.

**Tabell 3.5 Kostnader för administrationen av socialförsäkringen<sup>1</sup> fördelade på politikområden 2004–2006, exkl. förändring av pensionsskulden**

Miljoner kronor			
Politikområde	Utfall <sup>2</sup> 2004	Utfall 2005	Utfall 2006
13 Hälso- och sjukvårdspolitik	256	253	288
16 Handikappolitik	133	131	160
19 Ersättning vid och åtgärder mot arbetsoförmåga	4 331	4 362	5 012
20 Ekonomisk äldrepolitik	790	720	688
21 Ekonomisk familjepolitik	1 835	2 001	2 249
Ålderspensionssystemet vid sidan av statsbudgeten	796	787	634
Övriga/andra utbetalningar	204	207	220
<b>Totalt</b>	<b>8 346</b>	<b>8 462</b>	<b>9 251</b>

<sup>1</sup> Administrationskostnaderna beräknas exkl. Försäkringsmedicinskt centrum (FMC), Stressinstitutet, tjänsteexport och externa beställningar.

<sup>2</sup> Avser Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna.

Under perioden 2004–2006 har kostnaderna för administrationen av socialförsäkringen ökat med ca elva procent (nio procent sedan 2005). År 2006 svarade politikområdena Ersättning vid och åtgärder mot arbetsförmåga och Ekonomisk familjepolitik tillsammans för 78 procent (54 respektive 24 procent) av de totala administrationskostnaderna.

En betydande del (230 mnkr) av de ökade förvaltningskostnaderna för 2006 kan hänföras till retroaktiva avgifter för ålderspension till anställda, som avser perioden 2004 och tidigare.

Ökningen av förvaltningskostnaderna inom politikområdet Ekonomisk familjepolitik härrör främst från stigande kostnader inom föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning och allmänna barnbidrag, bl.a. till följd av ökade insatser mot felaktiga utbetalningar och bidragsbrott samt nya administrativa rutiner till följd av regelförändringar. Inom politikområdet Ersättning vid arbetsförmåga förklaras de ökade kostnaderna bl.a. av utökad samverkan med andra aktörer, såsom AMS, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen, samt förstärkningar av personalstyrkan och utökade försäkringsläkarresurser. Politikområdet Ekonomisk äldrepolitik uppvisar 2006 fortsatt minskade förvaltningskostnader. Främst gäller detta administrationen av bostadstillägg till pensionärer och ålderspension.

Försäkringskassan har bedrivit ett omfattande förändrings- och utvecklingsarbete sedan myndigheten bildades. Under 2006 genomfördes rationaliseringar motsvarande 370 miljoner och under 2007 beräknar myndigheten att rationaliseringarna kommer uppgå till ca 600 miljoner, totalt ca 1 miljard kronor per år. Försäkringskassan har omfördelat dessa resurser till prioriterade områden, bl.a. till att stärka administrationen inom ohälsoområdet, övergången till en modern organisation och lönesattningar.

### 3.10 Mål

Regeringen har beslutat om tre övergripande mål för Försäkringskassan. Det första målet är att tilltron till försäkringen och dess administration ska vara hög. Det andra målet är att administrationen av socialförsäkringen ska vara effektiv, rättssäker och ha hög kvalitet. Det tredje målet anger att Försäkringskassan ska ha en god personalpolitik. Målen ska genomsyra hela Försäk-

ringskassans verksamhet. Detta innebär att handläggningen av samtliga förmåner bidrar till måluppfyllelsen av de övergripande målen. Det innebär vidare att uppfyllelsen av dessa mål inom ramen för handläggningen av de enskilda förmånerna, är en viktig del av resultatanalysen.

#### *Fortsatt förnyelse*

Försäkringskassans styrelse har våren 2007 fattat beslut om ett fortsatt förnyelsearbete. Inom ramen för verksamhetsstrategin ska myndigheten fullfölja och vidareutveckla det förnyelsearbete man hittills bedrivit. Strategin är initierad utifrån Försäkringskassans övergripande mål. Myndigheten har inom ramen för dagens organisation, med utgångspunkt i en länsbaserad organisation, inte förutsättningar att svara upp mot de försäkrades behov. Avsikten är att skapa *enkla* kontaktvägar, *snabb* handläggning och att leverera *rätt* beslut. Önskade resultat ska levereras på ett mer kostnadseffektivt sätt. Förutom ökad effektivitet, rättssäkerhet och kundnytta ska förändringsarbetet också leda till besparingar.

## 3.11 Resultatredovisning

### Tilltron till Försäkringskassan

Försäkringskassans samlade kundbetyg har sjunkit jämfört med 2005. De försäkrade anser att det finns brister i tillgänglighet och enkelhet. Samtidigt anser man att bemötande är bra och att Försäkringskassan följer lagar och regler. Det finns en avsevärt mer positiv bild av Försäkringskassan hos utrikes födda jämfört med personer som fötts i Sverige.

Statistiska centralbyrån har mätt allmänhetens syn på Försäkringskassans arbete. Deras mätningar bekräftar de långsiktiga tendenserna till att inställningen till myndigheten blivit sämre. Däremot har tilltron till socialförsäkringen stärkts jämfört med 2003.

### Effektivitet

Den nya samlade organisationen har inneburit förbättrade förutsättningar för att åstadkomma en mer enhetlig och ändamålsenlig styrning. Försäkringskassan har genomfört snabbare för-

ändringar av handläggningsrutiner än vad som skulle ha varit möjligt i den tidigare organisationen. När det gäller t.ex. arbetsskadeärenden har ärendemängder flyttats mellan län för en effektivare handläggning. Myndigheten har tagit fram nya mål som tar hänsyn till länens olika förutsättningar; län med svaga resultat har avkrävt större förbättringar. De nya arbetsmetoderna har lett till en ökad effektivitet och minskad spridning i resultat mellan länen.

Försäkringskassans arbete med självbetjäningstjänster och internettjänster har bidragit till att allt fler personer använder sig av dessa kanaler för att kontakta myndigheten. Bland annat har ökningen av e-underskrifter under 2007 för föräldrapenning varit större än vad som beräknats.

Den plan som tagits fram för förändringsarbetet i samband med förstatligandet löper till och med 2007. Under denna period kommer enligt Försäkringskassans beräkning resurser motsvarande 1 000 miljoner kronor att kunna omfördelas till prioriterade områden som en följd av de effektiviseringar som genomförs.

#### *Handläggningstider*

Handläggningstiderna har förbättrats för fjorton av sexton administrativt tunga förmåner eller förmånsgrupper. Endast i ett fall har handläggningstiden ökat, och den ökningen är marginell. Handläggningstiden har inte bara förkortats jämfört med föregående år utan även i ett längre perspektiv. Under 2007 har handläggningstiderna fortsatt minska.

Under 2006 minskade den regionala spridningen i handläggningstider. För flera förmåner har de län med bäst resultat redan överträffat myndighetens interna målnivå. Under 2007 har denna utveckling fortsatt med en minskad regional spridning för bland annat sjukpenning och tillfällig föräldrapenning.

#### **Rättsäkerhet**

Grundläggande för rättsäkerheten i Försäkringskassans verksamhet är korrekta beslut och utbetalningar. Detta innebär en korrekt och likformig handläggning av ärenden med rimliga handläggningstider. Utfallet av ett ärende ska vara oberoende av var i landet en person bor, om det är en man eller kvinna som ansöker om ersättning och om personen är född i Sverige eller utomlands.

Statskontoret som på regeringens uppdrag granskar Försäkringskassans förändringsarbete har noterat att det finns en obalans mellan de tre benen i regeringens mål för förändringsarbetet – enhetlig rättstillämpning, effektiv verksamhet samt god personalpolitik. Denna obalans tar sig inte bara uttryck i Försäkringskassans styrdokument, utan även i den verksamhet som myndigheten utövar. Det finns ett stort fokus på produktivitet och kortare handläggningstider. Regeringens krav på enhetlig rättstillämpning har enligt Statskontoret däremot inte uppmärksamats lika tydligt.

Försäkringskassans interna kvalitetskontroll pekar på att kvalitén i ärendehandläggningen överlag är relativt god. 21 av 26 förmåner når upp till målen om tillräckligt beslutsunderlag. Brister i beslutsunderlag finns bland annat inom sjukpenninghandläggningen. Resultaten från Försäkringskassans kvalitetskontroll visar att bristerna i beslutsunderlagen när det gäller sjukpenning främst består i att utredningar om arbetsförhållanden/kompetens hos de försäkrade inte är tillräckliga. Det gäller främst utredningar om arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning. Brister finns även i de medicinska underlagen och i utredningar om sociala förhållanden. Försäkringskassan har satt in särskilda insatser för att förbättra beslutsunderlagen för sjukpenning. Vidare konstateras att de län som håller en hög kvalitet avseende tillräckligt beslutsunderlag i stor utsträckning präglas av en aktiv handläggning i form av tidiga och kontinuerliga kontakter med den försäkrade, läkare och arbetsgivare.

#### *Överklagade beslut*

Antalet överklaganden till Länsrätten ökade under 2006 till totalt 3472 ärenden jämfört med 2783 överklagande ärenden 2005. Länsrätten ändrade Försäkringskassans beslut i 18 procent av de överklagande ärendena. Den högsta ändringsfrekvensen hade de ärenden som gällde beslut om sjukpenning. I dessa ärenden ändrade länsrätten Försäkringskassans beslut i 25 procent av de överklagande ärendena.

#### *Justitieombudsmannen*

Under 2006 fick Justitieombudsmannen (JO) in 558 anmälningar mot Försäkringskassan vilket innebär en ökning av antalet ärenden jämfört med 433 inkomna ärenden 2005. Andelen ärenden med kritik minskade dock i förhållande till

2005. En vanlig orsak till att JO riktar kritik mot Försäkringskassan är långa handläggningstider. I ungefär 35 procent av de kritiserade ärendena är det någon form av dröjsmål som orsakat kritiken.

#### *Brott mot socialförsäkringen och felaktigheter*

Försäkringskassan hade under 2006 som mål att fusk inte ska förekomma. Målet kan inte anses uppnått givet resultaten av de kontroller som Försäkringskassan har genomfört. Myndigheten har under 2006, utifrån slumpmässiga kontroller av utbetalningar, gjort en skattning av omfattningen av de misstänkta bidragsbrotten i socialförsäkringen. Beräkningen visar att minst en miljard kronor för mycket betalas ut på årsbasis. De 16 000 utredningar av misstänkta brott som Försäkringskassan har genomfört under året visar att närmare hundra miljoner kronor har utbetalats felaktigt under 2006 till följd av misstänkta brott. Antalet utredningar har ökat med över 60 procent jämfört med 2005.

Nya beräkningar (augusti 2007) visar att den totala omfattningen av felaktiga utbetalningar inom socialförsäkringarna kan uppskattas till 1,2–3,6 miljarder kronor per år. Av dessa beräknas 0,5–1,5 miljarder kronor härröra från misstänkt brott. Bland de förmåner som varit föremål för den slumpmässiga kontrollen, på vilken beräkningarna är baserade, finns den största andelen felaktiga utbetalningar och misstänkta brott inom förmånerna aktivitetsstöd, tillfällig föräldrapenning (TFP) och föräldrapenning. Antalet upptäckta felaktiga utbetalningar samt genomförda polisanmälningar har mer än tredubblats mellan 2006 och 2007. Försäkringskassans särskilda kontroll av TFP står för en stor andel av ökningen av antalet polisanmälningar.

FUT-delegationen har under 2007 lämnat en rapport *Varför blir det fel? Orsaker till felaktiga utbetalningar från trygghetssystemen*. Bland annat uppges snabbhet och kvantitet av utbetalningar ha prioriterats framför kvalitet och korrekthet.

#### *Mänskliga rättigheter*

Försäkringskassan har påbörjat ett omfattande arbete för att nå full respekt för de mänskliga rättigheterna och ett aktivt skydd mot diskriminering inom hela socialförsäkringen. Detta sker med utgångspunkt i regeringens skrivelse *Den nationella handlingsplanen för mänskliga rättigheter 2006–2009*. Försäkringskassan har tagit fram en handlingsplan för insatser som syftar till

att förverkliga myndighetens policy för mänskliga rättigheter inom socialförsäkringen. Enligt policyn ska Försäkringskassan verka för att alla barn och vuxna, oavsett kön, etnisk bakgrund samt trosuppfattning, ålder, funktionshinder eller sexuell läggning bemöts professionellt och får service och stöd utifrån sina förutsättningar och behov. En första avrapportering av arbetet ska ske i samband med årsredovisningen för 2007.

#### **En god personalpolitik**

Genomsnittsåldern bland medarbetarna inom Försäkringskassan har under 2006 sjunkit från 47 till 46 år. Med anledning av stora förestående pensionsavgångar och kommande omställningsarbete förbereder myndigheten sig för att hantera kompetensförsörjningen på lång sikt. I jämförelse med 2005 har myndigheten nyanställt mer än dubbelt så många medarbetare 2006. Likaså har antalet som slutat sin anställning ökat med över 500 medarbetare.

Könsfördelningen inom Försäkringskassan är fortfarande ojämn; 78 procent av medarbetarna är kvinnor och 22 procent är män. Personalens sjukfrånvaro fortsätter att sjunka, men är fortfarande relativt hög jämfört med staten i övrigt.

Försäkringskassan har genomfört en medarbetarundersökning i syfte att få en bild av hur nöjda medarbetarna är med sin arbetsplats och hur de upplever ett antal arbetsmiljöfaktorer. Undersökningen visar att medarbetarna är mer nöjda med sin arbetsplats 2006, jämfört med föregående år. Den faktor som får högst betyg är samarbetsklimat tätt följd av ledarskap. Hela 72 procent är nöjda med ledarskapet. Liksom föregående år är upplevelsen av arbetsbelastning den faktor som medarbetarna är minst nöjda med, men även här har en förbättring skett. Den interna sjukfrånvaron har också minskat under 2006 och första halvåret 2007 jämfört med 2005.

Enligt Statskontorets granskning av förändringsarbetet upplever medarbetarna inom Försäkringskassan att de har liten möjlighet att påverka verksamheten. Statskontorets intryck från intervjuer med personalen är att vissa känner oro, främst för minskande resurser, men också för innehållet i förändringsarbetet.

### 3.12 Analys och slutsatser

Försäkringskassan utvecklas positivt och möjligheterna i och med förstatligandet av de allmänna försäkringskassorna och bildandet av en nationellt sammanhållen myndighet tas till vara. Utvecklingstakten är dock otillräcklig i förhållande till flera av regeringens mål. Verksamheten har inte utvecklats tillräckligt positivt i förhållande till målen om tilltro, rättssäkerhet, effektivitet och kvalitet.

#### Tilltron till Försäkringskassan

Regeringen ser positivt på att förtroendet för socialförsäkringen stärkts under 2006. Det är dock samtidigt negativt att Försäkringskassans kundbetyg har försämrats. Resultaten pekar därmed i olika riktningar. För att bilden av Försäkringskassan ska bli bättre är det viktigt att myndigheten fortsätter arbetet med att förbättra tillgängligheten och servicen till medborgarna.

#### Effektivitet

Regeringens bedömning är att den nya myndigheten har givit Försäkringskassans ledning avsevärt förbättrade förutsättningar att styra verksamheten. Detta har bland annat medfört effektiviseringar motsvarande 1 000 miljoner kronor som till största delen kommer att ha omfördelats till prioriterade områden fram till och med utgången av 2007.

De förbättrade styrmöjligheterna har också lett till minskade handläggningstider för i stort sätt alla förmåner. Försäkringskassans utvecklingsarbete kommer också att ytterligare effektivisera verksamheten. Det finns ett stort behov av att utveckla och modernisera socialförsäkringsadministrationen. Den nya organisationen ska medföra en effektivare administration, en bättre service till medborgarna och inte minst en ökad rättssäkerhet för den enskilde.

#### Rättssäkerhet

Regeringen konstaterade i budgetpropositionen för 2007 att det har funnits en osäkerhet om hur rättssäkerheten i handläggningen har utvecklats. Försäkringskassan har under 2006 och 2007 fått

kritik från Statskontoret för att myndigheten inte tillräckligt tydligt prioriterat rättssäkerhetsfrågorna. Regeringen anser att den osäkerhet som funnits tidigare gällande kvalitén i ärendehandläggningen till viss del kvarstår. Regeringen anser att det är nödvändigt att Försäkringskassan skapar en kvalitetskontroll som medför att det går att uttala sig om kvalitén i ärendehandläggningen på ett bättre sätt än i dag.

Det är positivt att myndigheten har arbetat aktivt med kontrollfrågor och därigenom både upptäckt fler felaktiga utbetalningar och genomfört fler polisanmälningar.

Felaktiga utbetalningar innebär bristande rättssäkerhet. En viktig aspekt på rättssäkerhet är att det måste gå att kunna lita på att systemen når dem som är berättigade, samtidigt som misstag och brott förebyggs och bekämpas. Om inte detta sker riskeras systemens trovärdighet. Regeringen ser mycket allvarligt på omfattningen av de felaktiga utbetalningarna och förekomsten av utbetalningar till ickeberättigade.

Det är viktigt att systemen är enkla för den enskilde medborgaren. En felaktig utbetalning, särskilt om den pågår under en lite längre tid, kan allvarligt skuldsätta en person. Också av det skälet är det viktigt att systemen får högre precision och inte är alltför krångliga. Det är Försäkringskassans ansvar att regeringens tydliga prioritering av rättssäkerhet och korrekta utbetalningar får genomslag i hela organisationen. Kontroller måste integreras i den ordinarie handläggningen och i myndighetens uppföljningssystem.

#### En god personalpolitik

Försäkringskassan har vidtagit flera åtgärder för att förbättra myndighetens personalpolitik. Regeringen konstaterar att myndigheten har agerat på framtida utmaningar, däribland den höga snittåldern på medarbetarna, och vidtagit åtgärder.

I den organisationsförändring som sker inom Försäkringskassan är det viktigt att medarbetarna får insyn i förändringsarbetet och känner sig delaktiga i den pågående processen. Myndigheten ska uppfattas som en attraktiv arbetsgivare. I detta sammanhang är det positivt att Försäkringskassans egna mätningar av medarbetarnas upplevda trivsel visar på ett bättre arbetsklimate under 2006 jämfört med 2005.



### 3.13 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat Försäkringskassans årsredovisning och underliggande redovisning avseende räkenskapsåret 2006 och bedömer att den i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och Försäkringskassan.

Ekonomistyrningsverket (ESV) genomför årligen en ekonomiadministrativ värdering (EA-värdering) avseende myndigheter under regeringen. EA-värderingen mäter hur väl kraven i de statliga ekonomiadministrativa reglerna uppfylls. Det samlade EA-värdet för Försäkringskassan 2006 fastställdes till AA som är det högsta värdet på en niogradig skala.

*Styrning och kontroll av regeltillämpningen inom socialförsäkringen (RiR 2006:20)*

Riksrevisionen har granskat regeringens och Försäkringskassans insatser för att förbättra kunskapen om omfattningen av fel och fusk samt deras åtgärder för att rätta till brister i regeltillämpning. Riksrevisionen konstaterar att regeringen tydligt betonat vikten av god kvalitet i handläggningen och att fusk ska motverkas. Enligt Riksrevisionen har regeringen dock först på senare tid med kraft tagit initiativ till insatser för att motverka fusk inom socialförsäkringen. Försäkringskassan har till exempel tillförts extra resurser för sin kontrollverksamhet. Riksrevisionen konstaterar att någon motsvarande satsning för att minska felen i regeltillämpningen inte har kommit till stånd. Riksrevisionen anser att Försäkringskassan ännu inte utnyttjat de möjligheter till gemensamma riktlinjer och enhetlig organisation som den sammanhållna myndigheten ger och bedömer att myndighetens ledning hittills har ställt tydligare krav på åtgärder när produktionsmålen inte uppfylls än när målen för kvaliteten i handläggningen brister. Riksrevisionens sammantagna bedömning är att myndighetsledningen saknar den överblick om problemens omfattning och kontrollinsatsernas effektivitet, som krävs för att kunna styra inriktningen på sin kontrollverksamhet.

*Granskning av Försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.*

Vid en granskning av Försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster ansåg Riksrevisionen att Försäkringskassan inte har förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt, eftersom det är oklart för vilka syften som medlen ska användas (Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering, RiR 2004:21).

I avsnitt 3.6 ovan redovisar regeringen ett samlat åtgärds paket för en väl fungerande sjukförsäkring. Regeringens strategi innebär bl.a. att regeringen avser att förändra användningen av Försäkringskassans medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Regeringen bedömer att ytterligare åtgärder med anledning av Riksrevisionens rapport inte erfordras. Rapporten bedöms därför vara slutbehandlad.

### 3.14 Politikens inriktning

Försäkringskassans organisation har varit uppbyggd för en annan tid. Den behöver anpassas och moderniseras efter samhällets och de försäkrades förändrade krav och förutsättningar. Bildandet av den nationellt sammanhållna myndigheten Försäkringskassan 2005 har möjliggjort stora förändringar och rationaliseringar. Den nya organisationen medför möjligheter till en effektivare administration, bättre service till medborgarna och inte minst en ökad rättssäkerhet för den enskilde. Myndigheten har ett stort eget ansvar för detta utvecklingsarbete.

Regeringen har förtroende för Försäkringskassan och dess pågående förändringsarbete. Regeringen anser dock att fokus på rättssäkerhet och enhetlig handläggning behöver stärkas. Regeringen konstaterar vidare att den osäkerhet som funnits tidigare gällande kvalitén i ärendehandläggningen till viss del kvarstår.

Försäkringskassans förändringsarbete har medfört att myndigheten har effektiviserats och resurser har frigjorts. I en organisationsförändring är det viktigt att medarbetarna får insyn i förändringsarbetet och känner sig delaktiga i den pågående processen. Detta gäller också Försäkringskassan.

För att stärka rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet är det angeläget att stärka tillsynen inom socialförsäkringsområdet. Regeringen har tillsatt en utredning som ska se över och lämna förslag till hur systemtillsyn och effektivitetsgranskning inom socialförsäkringsområdet kan utformas. Det är regeringens bestämda uppfattning att en oberoende tillsyn är nödvändig för att medborgarna ska känna ökad tilltro till att socialförsäkringen hanteras rättssäkert och effektivt.

För tilltron till socialförsäkringen och för systemets legitimitet är det viktigt att endast de som är berättigade till en förmån erhåller ersättning. Försäkringskassans kontroller är av avgörande betydelse i sammanhanget. Regeringen ser positivt på det fokus som myndigheten under det senaste året lagt på kontroller inom sjukförsäkringen samtidigt som fortsatta insatser på området är önskvärda. Regeringen anser att emellertid det arbete som myndigheten har bedrivit för att minska och förhindra bidragsbrott och felaktiga utbetalningar behöver förstärkas ytterligare. Regeringen avser också att vidta en rad åtgärder (se vidare denna proposition finansplan m.m. avsnitt 1.7.2).

Regeringen presenterar i denna proposition ett omfattande åtgärds paket för att minska sjukfrånvaron och underlätta återgången i arbete. Vidare ska insatser för att minska förekomsten av felaktiga utbetalningar förstärkas väsentligt i förhållande till nuvarande nivå. Detta kommer att ställa stora krav på omställningar i Försäkringskassans verksamhet och kräver rimliga planeringsförutsättningar. Mot denna bakgrund föreslår regeringen i tilläggsbudget i samband med denna proposition att Försäkringskassan tillförs 700 miljoner kronor.

### 3.15 Budgetförslag

#### 3.15.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

**Tabell 3.6 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

*Tusental kronor*

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Utfall	36 667 962	1 232 631	
2007	Anslag	34 344 419 <sup>1</sup>		32 556 169
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>29 735 081 <sup>2</sup></b>		
2009	Beräknat	29 516 607		
2010	Beräknat	30 939 271		

<sup>1</sup> Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 1 980 781 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2008 varav -326 736 tkr avser regleringsbelopp för 2005.

Anslaget används för utgifter för sjukpenning inklusive de utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, s.k. sjuklönegaranti och särskilt högkostnadsskydd. Anslaget ska även täcka kostnader för återbetalningspliktiga studiemedel avseende studerandes sjukperioder samt finansiering av den frivilliga sjukpenningförsäkringen. Av anslaget får högst fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Anslaget får även användas för att finansiera vad som föreslagits i fråga rehabiliteringsgaranti samt utveckling av företagshälsovård. Därtill används anslaget för utgifter avseende rehabiliteringspenning, köp av arbetslivsriktade rehabiliteringstjänster m.m. samt för närståendepenning som utges till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person.

## Regeringens överväganden

De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2008 och tiden därefter är osäkra. Arbetet med att minska kostnaderna för sjukfrånvaron fortsätter. Regeringen anger under avsnittet 3.6 Politikens inriktning de åtgärder som avses att vidtas för att minska sjukfrånvaron.

## Sjukpenning

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

Den förbrukning av medel som skett t.o.m. augusti 2007 ger en prognos för utgiften för sjukpenning som visar att tilldelade medel kommer att underskridas 2007.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till 55,4 miljoner nettodagar under 2007 och medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2007 beräknats till 482 kronor per dag.

I beräkningen av utgiftsutvecklingen för åren 2008–2010 ingår regeringens förslag om att den sjukpenninggrundande inkomsten ska multipliceras med faktorn 0,97 vid beräkning av dag-ersättning. Detta beräknas minska utgifterna med 585 miljoner kronor per år under åren 2008–2010.

Vid beräkningen av anslaget har också beaktats effekter av det aviserade åtgärds paketet inom sjukförsäkringen samt de åtgärder som regeringen avser att vidta för att motverka fusk, missbruk och överutnyttjande inom sjukförsäkringen.

För 2008 beräknas kostnaderna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 27 020 miljoner kronor, för 2009 till 26 253 miljoner kronor och för 2010 till 27 455 miljoner kronor.

## Samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Fem procent av anslaget för sjukpenning får användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Dessa medel är statens resurser för såväl Försäkringskassans som Arbetsmarknadsverkets kostnader för samverkan och finansiell samordning.

Under 2006 användes totalt 1 250 miljoner kronor för dessa ändamål, vilket var 79 procent av de tillgängliga medlen (ca 1 585 miljoner kronor). Det innebär en ökning med 31 procent jämfört med 2005 då 954 miljoner kronor användes och med 54 procent jämfört med 2004 då 813 miljoner kronor användes. För 2006 har drygt hälften av förbrukade medel använts för samverkan enligt nationella handlingsplanen mellan Försäkringskassan och AMS. Verksamheten omfattade under 2006 totalt 628 miljoner kronor, varav länsarbetsnämndernas kostnader var 441 miljoner kronor och Försäkringskassans 187 miljoner kronor. Cirka 475 miljoner kronor har använts för övrig samverkan enligt proposition 1996/97:63 mellan Försäkringskassan och andra aktörer, främst hälso- och sjukvården. Försäkringskassans egna administrations- och personalkostnader för samverkan enligt nationella handlingsplanen samt proposition 1996/97:63 uppgick till 533 miljoner kronor. Slutligen har cirka 125 miljoner kronor använts för finansiell samordning.

Under 2007 beräknas de totala kostnaderna uppgå till ca 1 440 miljoner kronor, vilket innebär att de tillgängliga medlen kommer att förbrukas i sin helhet. 918 miljoner kronor beräknas användas för samverkan enligt den nationella handlingsplanen mellan Försäkringskassan och AMS samt för pilotverksamheten med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna (Pila-projektet). Knappt 350 miljoner kronor beräknas användas för samverkan mellan Försäkringskassan och andra aktörer för övriga samverkansaktiviteter enligt proposition 1996/97:63. För finansiell samordning beräknas ca 175 miljoner kronor användas.

Under 2008 beräknas de tillgängliga medlen uppgå till 1 193 miljoner kronor. Dessa medel beräknas bli förbrukade. Det är därför nödvändigt att ange en prioriteringsordning för de åtgärder som får finansieras via dessa medel. Regeringen anser att finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, samverkan mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen samt den aviserade försöksverksamheten med alternativa insatser för långtidssjukskrivna är viktiga för att ta tillvara den enskildes arbetsförmåga, liksom finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård. Dessa verksamheter ska prioriteras. I enlighet med regeringens avsikt att ge utökade möjligheter till mer flexibel finansiell samordning anser regeringen att Försäkringskassan och landstingen ska kunna göra satsningar för att förbättra behandling och rehabilitering så att den enskildes arbetsförmåga ska återställas. Det innebär att medlen ska kunna användas på samma sätt som i den försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård som bedrevs under åren 1993–1997.

För 2009 och 2010 bedömer regeringen att en del av de tillgängliga medlen bör användas för att finansiera rehabiliteringsgarantin för medicinsk rehabilitering och vidareutvecklingen av företagshälsovården enligt vad som redovisas i avsnitt 3.6 Politikens inriktning.

### Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering ska 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.

Kostnaderna för rehabiliteringspenning har minskat under 2005 och 2006, och beräknas minska ytterligare under 2007. För 2006 uppgick kostnaderna för rehabiliteringspenning till 1 652 miljoner kronor. För 2007 beräknas kostnaderna uppgå till cirka 1 500 miljoner kronor. Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till 2,9 miljoner nettodagar under 2007 och medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2007 beräknats till 509 kronor per dag.

För 2008 beräknas kostnaderna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 1 392 miljoner kronor, för 2009 till 1 487 miljoner kronor och för 2010 till 1 606 miljoner kronor.

### Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

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

Förbrukningen av medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster har minskat under senare år. Av de tilldelade medlen för 2006, som uppgick till 935,5 miljoner kronor, förbrukades 679 miljoner kronor. Försäkringskassan har främst använt medlen för att köpa de utredningar som behövs för att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning respektive behovet av rehabilitering. Under 2006 köptes försäkringsmedicinska utredningar för 284 miljoner kronor och arbetslivsinriktade utredningar för 157 miljoner kronor, vilket tillsammans motsvarar hälften av de totala kostnaderna för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Aktiva rehabiliteringsinsatser köptes för 90 miljoner kronor, vilket är 13 procent av de totala kostnaderna. I övrigt användes medlen för bl.a. köp av arbetstekniska hjälpmedel samt bidrag för resor. För 2007 tilldelades 935,5 miljoner kronor och kostnaderna beräknas uppgå till 902 miljoner kronor.

Regeringen anser att medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster under 2008 ska minskas med 200 miljoner kronor för att inom ramen för rehabiliteringsgarantin förbättra den medicinska rehabiliteringen för sjukskrivna. För 2008 beräknas medelsbehovet uppgå till 735,5 miljoner kronor. Dessa medel bör användas för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbete. Dessutom bör medlen användas för att köpa försäkringsmedicinska och arbetslivsinriktade utredningar. I avvaktan på att förbättrade medicinska åtgärder kan vidtas inom hälso- och sjuk-

vården bör Försäkringskassan för 2008 avsätta medel för att kunna köpa aktiva rehabiliteringsåtgärder. Därefter bör emellertid Försäkringskassans medel för aktiva rehabiliteringsåtgärder fasas ut.

För 2009 beräknas medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster minskas med 500 miljoner kronor samt 2010 med 800 miljoner kronor. Dessa medel ska istället användas till att finansiera rehabiliteringsgarantin samt till en vidareutveckling av företagshälsovården. I och med regeringens satsningar på en rehabiliteringsgaranti och vidareutvecklad företagshälsovård bedömer regeringen att Försäkringskassans behov av medicinska underlag för att kunna bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering kommer att tillgodoses.

### Närståendepenning

Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar, löneutvecklingen och regelverket.

Antalet ersatta dagar räknat i hela dagar uppgick 2005 respektive 2006 till 97 505 respektive 95 127 dagar. Av de 9 891 personer som vårdade en närstående under 2006 var 71 procent kvinnor. Av de 8 277 personer som vårdades var 53 procent kvinnor.

Prognosen för 2008–2010 är beräknad på att antalet ersatta dagar ökar något per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2008 beräknas kostnaderna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 83 miljoner kronor, för 2009 till 87 miljoner kronor och för 2010 till 89 miljoner kronor.

### Vidareutveckling av företagshälsovården

Regeringen avser att öppna möjligheten att genom företagshälsovården få en fullvärdig första linjens kontakt med sjukvården och att landstingen, staten och arbetsgivarna bör stå för kostnaden för anställda med godkänd eller certifierad företagshälsovård. Varje landsting väljer om man vill ansluta sig till modellen. Arbetsgivaren i samverkan med de anställda väljer om man vill upphandla företagshälsovård med sjukvård. Individen väljer om han/hon vill anlita sin företagshälsoenhet för första linjens sjukvård. Sta-

tens intresse via sjukförsäkringen motiverar visst finansieringsstöd om bl. a. viktiga uppgifter som prövning av arbetsförmåga och koordinering av insatser kan förbättras. Koordineringen gäller i första hand åtgärder från sjukvård, arbetsplats och Försäkringskassa. Individen skulle därmed få tillgång till en personlig koordinator som genom tidiga sjukvårdskontakter väl känner personen.

Regeringen anser att företagshälsovården bör vidareutvecklas enligt ovan så att stödet till arbetsgivare och sjukskrivna förvärvsarbetande kan stärkas. Därigenom kan primärvården avlastas samtidigt som Försäkringskassans arbete kan få ökad kvalitet och sjukskrivningsprocessen stärkas. Det är viktigt att vidareutvecklingen av företagshälsovården sker på ett sådant sätt att en bra balans mellan det grundläggande arbetsmiljöarbetet som företagshälsovården bedriver och det nytillkommande uppgifterna skapas. Den framtida företagshälsovården kommer liksom dagens att bygga på frivillig anslutning. Dess omfattning kommer därför ytterst att vara beroende av kvaliteten i och efterfrågan på de tjänster den kan erbjuda. För arbetsgivare och anställda kommer valet att upphandla företagshälsovård att avgöras av om den kan bidra till minskade kostnader för sjukfrånvaro och sjukvård. För landstingens del handlar valet om att en anslutning till företagshälsovården ska kunna frigöra resurser och förbättra möjligheterna att realisera prioriteringsordningar inom vården. Statens långsiktiga finansiella åtagande kommer att betingas av behovet av att köpa kvalificerade arbetsförmågebedömningar och att få till stånd en fungerande koordinering av aktörernas insatser i sjukskrivningsprocessen. De tre primära intressenterna för en utvecklad företagshälsovård, dvs. arbetsgivarna, landstingen och staten, måste således bidra till den långsiktiga finansieringen av en utvecklad företagshälsovård. Ramen för statens långsiktiga finansiella åtagande kommer att avgöras av kvaliteten i de kvalificerade arbetsförmågebedömningar och koordinerande insatser som staten har behov av. Regeringen gör nu bedömningen att sammantaget 3,4 miljarder kronor bör kunna avsättas för satsningar på en utvecklad företagshälsovård och inrättandet av en rehabiliteringsgaranti för medicinsk rehabilitering i hälso- och sjukvårdens regi för treårsperioden 2008–2010. Av de medel som avsätts för åren 2008–2010 utgör 2 200 miljoner kronor omfördelning av medel från samverkan och

finansiell samordning samt köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

Försäkringskassan bör utifrån försäkringsmedicinsk kompetens svara för godkännande/certifiering av företagshälsovården i sådana delar som krävs för statens medverkan i finansieringen. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att utforma regler för sådant godkännande. För kvalitetssäkring i stort svarar branschens eget certifieringssystem som utformas och utvärderas i samverkan med bl. a. parterna på arbetsmarknaden.

Denna vidareutveckling av företagshälsovården förutsätter enligt regeringen att en överenskommelse träffas mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Överenskommelsen ska utformas så att den medverkar till att tillgodose såväl statens intresse av en bättre fungerande sjukförsäkring som landstingens intresse av en väl fungerande primärvård. Överenskommelsen ska garantera konkurrens på lika villkor mellan företagshälsovårdens primärvård och annan primärvård, så att den utökade valfrihet i primärvården som regeringen avser införa inte snedvrids. Det får inte uppstå sådana systematiska skillnader i tillgänglighet och kvalitet mellan företagshälsovårdens primärvård och annan primärvård så att personer med anställning får bättre offentligfinansierad vård än personer utan anställning. Den ska inte heller inskränka landstingens möjligheter att själva utforma primärvården. Överenskommelsen ska klargöra finansieringsprinciper och bör också innefatta att ett regionalt råd inrättas i respektive landsting för att hantera de detaljutformningar som behövs i respektive landstingsområde med hänsyn till de regionala förutsättningarna. Landstinget bör ansvara för rådet och i rådet bör även Försäkringskassan och företagshälsovårdsbranschen vara företrädna. I rådet bör bl. a. diskuteras kriterier för kvalitet, regler för samverkan, faktisk uppgiftsfördelning och hur finansieringslösningar utformas i praktiken.

För att kvalificerad företagshälsovård ska finnas i hela landet också för mindre företag kommer utbudet av företagshälsovård att behöva öka. Regeringen har tillsatt en utredning med uppdrag att lämna förslag till lagreglering som

stärker patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren även föreslå hur fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Det kan förutses att en del av de privata primärvårdsenheter som nu i snabb takt etableras över landet kommer att lägga företagshälsovård till sina tjänster. Regeringen avser också att överväga möjligheterna att öppna för att landstingsdriven primärvård efter kvalitetscertifiering och godkännande får driva företagshälsovård. Den fria etableringsrätten i primärvården kommer också att öppna för att företagshälsovården kan erbjuda primärvård. Även andra frågor av formell karaktär som berör nu aktuella frågor kan behöva ses över.

Regeringens ambition är att de överenskommelser som behövs ska träffas så snart som möjligt så att modellen kan börja tillämpas redan under 2008.

**Tabell 3.7 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>34 344 419</b>	<b>34 344 419</b>	<b>34 344 419</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 867 000	-2 498 000	-2 398 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 050 000	2 216 000	3 490 000
Volym	-3 792 338	-4 545 812	-4 497 148
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>29 735 081</b>	<b>29 516 607</b>	<b>30 939 271</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 735 081 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering, m.m.* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 29 516 607 000 respektive 30 939 271 000 kronor.

### 3.15.2 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 3.8 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	Utfall	74 140 530		1 748 345
2007	Anslag	72 321 445 <sup>1</sup>		72 774 678
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>73 791 231<sup>2</sup></b>		
2009	Beräknat	74 413 652		
2010	Beräknat	75 715 541		

<sup>1</sup> Inklusiv tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 10 631 412 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2008 varav -277 414 tkr avser regleringsbelopp för 2005.

Anslaget används för aktivitets- och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter, bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättningar samt kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning.

#### Regeringens överväganden

##### Aktivitets- och sjukersättning

Under anslaget redovisas utgifter för aktivitets- och sjukersättning. De statliga ålderspensionsavgifterna ingår i anslaget. I budgetpropositionen för 2007 föreslog regeringen att ålderspensionsrätten för personer med inkomstrelaterad aktivitets- och sjukersättning skulle sänkas genom att antagandeinkomsten i samband med att det pensionsgrundande beloppet reducerades från 93 till 80 procent. Riksdagen godkände förslaget som innebär att utgifterna för statlig ålderspensionsavgift fr.o.m. 2007 minskar med ca 1 700 miljoner kronor årligen. Detta har tidigare beaktats i anslagsberäkningarna.

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 beroende av utvecklingen av antalet långa sjukskrivningar, de demografiska förhållandena, regeltillämpningen, praxisutvecklingen samt inkomst- och prisbasbeloppsutvecklingen.

Volymökningen har medfört att försäkringsutgifterna för de utbetalade ersättningarna stigit kraftigt, men en betydande del av ökningen

beror på genomförandet av det reformerade förtidspensionssystemet i vilket bruttoersättningarna höjdes för att ge kompensation för att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) slopades.

Regeringen bedömer att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar kommer att vara fortsatt förhållandevis lågt under de närmaste åren även om utvecklingen är något osäker. Samtidigt förväntas både den demografiska situationen och en ökad återgång till arbetsmarknaden innebära ett ökande utflöde från försäkringen. Sammantaget bedöms detta medföra att vid utgången av 2007 kommer antalet personer som uppbär dessa förmåner, att vara i stort sett oförändrat jämfört med utgången av 2006 för att efter 2008 successivt minska. Denna utveckling har beaktats vid anslagsberäkningarna. I motsatt riktning verkar prisbasbeloppets utveckling. Utgifterna ökar samtliga år på grund av prisbasbeloppsförändringar.

Regeringens bedömning är att det åtgärds paket som presenteras i denna proposition kommer att minska utgifterna. De närmare effekterna är dock osäkra.

För 2008 beräknas utgifter för aktivitets- och sjukersättning, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 69 305 miljoner kronor, för 2009 till 69 714 miljoner kronor och för 2010 till 70 909 miljoner kronor.

##### Bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning

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

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

I 2007 års ekonomiska vårproposition föreslogs en ändrad viktning av arbetsinkomster vid

beräkning av BTP. Ändringen innebär att vid beräkning av bostadstillägg ska 50 procent av arbetsinkomsten i stället för 80 procent av denna tas med i den reduceringsinkomst som minskar BTP. Detta förväntas kunna stimulera personer med BTP till arbete samtidigt som bostadstillägget förbättras. Riksdagen godkände förslaget. Ändringen genomförs den 1 januari 2008 och beräknas öka de årliga utgifterna med ca 270 miljoner kronor.

Med hänsyn till ökningen av antalet personer med aktivitets- och sjukersättning som beräknas bli beviljade BTP, prisutvecklingen, de ökande bostadskostnaderna samt effekterna av den beslutade regeländringen bedöms utgifterna fr.o.m. 2008 komma att öka i förhållande till vad som tidigare beräknats. För år 2007 beräknas dessa till 4 112 miljoner kronor och för 2008–2010 till 4 442, 4 654 respektive 4 758 miljoner kronor.

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

Sedan 1999 finns ett särskilt försäkringsstöd för att finansiera ersättning som utbetalas till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med avseende på återstående arbetsförmåga om 25 procent. Det ska i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie arbetsmarknaden, eventuellt med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader, ska berörda personer kunna beredas anställning vid Samhall AB.

Utvecklingen av utgifterna för detta särskilda stöd styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivaren i varje enskilt fall. Utgifterna har ökat successivt och uppgick 2006 till närmare 32 miljoner kronor.

Försäkringskassan har nyligen i en rapport till regeringen redovisat att av de ca 16 000 personer som under 2006 uppbar tre fjärdedels aktivitets- eller sjukersättning tog ca 925 del av särskilda insatser, dvs. knappt 6 procent. Sedan reglerna infördes 1999 har knappt 1 500 personer tagit del av det särskilda stödet. Ökningen av antalet per år har skett successivt. I genomsnitt har personerna tagit del av stödet under 2,4 år.

Nästan hälften av dem som tog del av stödet under 2006 var anställda vid enskilda företag. Det var också vanligt med anställning vid Samhall AB, kommun eller allmännyttig organisation.

Det särskilda stödet var vanligare bland yngre än äldre och bland män. Antalet kvinnor som tar del av stödet var dock högre än antalet män, eftersom fler kvinnor hade tre fjärdedels aktivitets- och sjukersättning. Stödet är relativt vanligt bland kvinnor födda på 1970-talet. Inrikes födda personer tog under 2006 i högre grad än utrikes födda personer del av stödet.

Andelen personer som tagit del av stödet skiljer sig betydligt mellan länen. Orsakerna till detta är troligen att kunskaperna om det varierar samt att arbetsmarknaden i de olika länen varierar.

Försäkringskassan bedömer att behovet av stödet kommer att öka framöver, inte minst för att fler personer beviljas tre fjärdedels aktivitets- och sjukersättning. För att öka kunskaperna om stödet planerar Försäkringskassan olika informationsinsatser till alla berörda parter, dvs. försäkrade, handläggare och ledning inom Försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Försäkringskassan anser att det finns anledning att överväga vissa regeländringar bl.a. vad gäller ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen och avser att återkomma med förslag.

Med anledning av den förväntade volymutvecklingen beräknas utgifterna för åren 2008–2010 till 44, 46 respektive ca 48 miljoner kronor.



**Tabell 3.9 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:2 Aktivitets- och sjukersättning m.m.**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>72 321 445</b>	<b>72 321 445</b>	<b>72 321 445</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	271 000	271 000	271 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 076 746	2 880 933	5 012 111
Volymer	122 040	-1 059 726	-1 889 015
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>73 791 231</b>	<b>74 413 652</b>	<b>75 715 541</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 73 791 231 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Aktivitets- sjukersättningar m.m.* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 74 413 652 000 respektive 75 715 541 000 kronor.

### 3.15.3 19:3 Handikappersättningar

**Tabell 3.10 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2006	1 170 969		6 031
2007	1 198 000 <sup>1</sup>		1 172 000
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 199 000</b>	
2009	Beräknat	1 245 000	
2010	Beräknat	1 287 000	

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

### Regeringens överväganden

Utgiftsutvecklingen styrs främst av prisbasbeloppsutvecklingen, andelen retroaktiva utbetalningar och utvecklingen av antalet personer med handikappersättning.

Antalet handikappersättningar har haft en långsamt ökande trend. En av förklaringarna till detta är demografisk. En annan förklaring är att det i de flesta åldersgrupper blir allt vanligare med handikappersättning, detta gäller både för män och kvinnor. I år beräknas dock en viss nedgång i antalet ersättningar. En fortsatt svag nedgång beräknas även för åren 2008 och 2009. En viktig förklaring till detta är demografisk.

Under budgetåret 2006 uppgick utgifterna för handikappersättning till 1 171 miljoner kronor. För innevarande budgetår beräknas utgifterna till cirka 1 172 miljoner kronor. Utgifterna beräknas vara på liknande nivå de närmaste åren.

**Tabell 3.11 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>1 198 000</b>	<b>1 198 000</b>	<b>1 198 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	24 000	60 000	93 000
Volymer	-23 000	-13 000	-4 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 199 000</b>	<b>1 245 000</b>	<b>1 287 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 199 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 1 245 000 000 respektive 1 287 000 000 kronor.

### 3.15.4 19:4 Arbetskadeersättningar m.m.

**Tabell 3.12 Anslagsutveckling 19:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor				
2006	Utfall	5 888 151	Anslags-sparande	551 765
2007	Anslag	6 285 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	5 817 000
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 547 000</b>		
2009	Beräknat	5 424 000		
2010	Beräknat	5 348 000		

<sup>1</sup>Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup>416 000 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2008 varav -19 759 tkr avser regleringsbelopp för 2005.

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

#### Regeringens överväganden

Utgifterna inom arbetskadeförsäkringen har de senaste åren varit tämligen stabila. En viss nedgång har skett mest som en följd av att en mindre andel av ansökningarna om livränta beviljas.

Försäkringskassan har under ett antal år haft stora mängder ärenden som inte beslutats. Kassen har dock vidtagit åtgärder och de senaste åren har antalet avgjorda ärenden betydligt överstigit antalet nya ansökningar. Antalet inte beslutade ärenden har därmed sjunkit kraftigt. Redan 2008 kommer behovet av särskilda insatser inom arbetskadeområdet att bortfalla och därmed kommer också nybeviljandet av arbetskadelivräntor att minska.

Sammantaget bedömer regeringen att anslagsbelastningen kommer att vara i stort sett oförändrad.

**Tabell 3.13 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor			
	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>6 285 000</b>	<b>6 285 000</b>	<b>6 285 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	164 000	405 000	609 000
Volymer	-902 000	-1 266 000	-1 546 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 547 000</b>	<b>5 424 000</b>	<b>5 348 000</b>

<sup>1</sup>Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 547 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetskadeersättningar m.m.* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 5 424 000 000 kronor respektive 5 348 000 000 kronor.

### 3.15.5 19:5 Ersättning för kroppsskador

**Tabell 3.14 Anslagsutveckling 19:5 Ersättning för kroppsskador**

Tusental kronor				
2006	Utfall	57 537	Anslags-sparande	3 950
2007	Anslag	57 800 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	55 700
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>57 700<sup>2</sup></b>		
2009	Beräknat	61 200		
2010	Beräknat	62 100		

<sup>1</sup>Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup>1 400 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2008 varav -215 tkr avser regleringsbelopp för 2005.

Anslaget används för att bekosta ersättningar enligt lagen (1977:265) om statlig personskadeskydd, t.ex. ersättning för kroppsskador som uppkommit vid tjänstgöring inom civilförsvaret, vid medverkan i räddningstjänst och vid vård på kriminalvårdsanstalt. Anslaget finansierar även krigsskadeersättning till sjömän samt yrkesskadeersättningar som avser ersättning för vissa skador som beror på annat än arbete. Anslaget finansierar även ålderspensionsavgifter.

## Regeringens överväganden

Ersättningar för kroppsskador beräknas bli något lägre 2007 än vad som tidigare prognostiserats. I stort beräknas dock utgifterna vara på liknande nivå de närmaste åren.

**Tabell 3.15 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:5 Ersättningar för kroppsskador**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>57 800</b>	<b>57 800</b>	<b>57 800</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	2 800	7 100	8 500
Volymer	-2 900	-3 700	-4 200
<b>Överföring till/från andra anslag</b>			
<b>Övrigt</b>			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>57 700</b>	<b>61 200</b>	<b>62 100</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 57 700 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Ersättning vid kroppsskador* för 2008. För 2009 och 2010 beräknas anslaget till 61 200 000 kronor respektive 62 100 000 kronor.

### 3.15.6 19:6 Försäkringskassan

**Tabell 3.16 Anslagsutveckling 19:6 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2006	Utfall	7 757 117		62 282
2007	Anslag	7 848 024 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	7 472 613
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 669 376</b>		
2009	Beräknat	6 758 550 <sup>2</sup>		
2010	Beräknat	6 934 937 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 6 604 997 tkr i 2008 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 6 604 997 tkr i 2008 års prisnivå.

Verksamheten inom Försäkringskassan finansieras i huvudsak genom anslag på statsbudgeten, men även via avgiftsintäkter avseende egna resultatområden. Försäkringskassan hade vid utgången av 2006 ett anslagssparande på drygt 62 miljoner kronor. Av dessa medel disponeras 53 miljoner kronor.

Regeringen har på tilläggsbudget i samband med denna proposition föreslagit att anslaget ökas med 700 miljoner kronor under 2007 för omställningar i Försäkringskassans verksamhet till följd av regeringens åtgärdsprogram för att minska sjukfrånvaron och underlätta återgången i arbete (se avsnitt 3.6), samt för att väsentligt förstärka myndighetens insatser för minskad förekomst av felaktiga utbetalningar.

Förutom förvaltningsanslaget 19:6 *Försäkringskassan* disponeras även del av anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för kostnader avseende samverkan inom rehabiliteringsområdet. År 2006 finansierades 642 miljoner kronor av myndighetens verksamhetskostnader av dessa medel, vilket är 190 miljoner kronor mer än under 2005.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Försäkringskassan disponerar avgiftsintäkter för finansiering av egna resultatområden. Dessa är bl.a. administration av ålderspension, familjebidrag, småföretagarförsäkring och Försäkringsmedicinskt centrum, FMC, samt ersättning från affärsdrivande verk och ADB-bearbetningar. Försäkringskassan överlåter hösten 2007 sin verksamhet vid FMC till annan huvudman.

Administration av inkomstgrundande ålderspension inklusive premiepension, finansieras med ersättning från Allmänna Pensionsfonderna och sedan 2005 även med medel från Premiépensionsmyndigheten, PPM. Förvaltningskostnaderna för ålderspensionssystemet har minskat betydligt under senare år och förväntas minska ytterligare framgent. De minskade kostnaderna förklaras delvis genom lägre utgifter för IT-system och en enhetlig och mer kostnadseffektiv arbetsprocess för handläggning av ålderspension (ENSA). Kostnaderna för administrationen under 2008 beräknas av Försäkringskassan uppgå till totalt 322 miljoner kronor, exklusive pris- och löneomräkning (dnr S2007/1944/SF). Häri ingår ett oregerat överskott från 2006 års bokslut på 214 miljoner kronor. Av de beräknade kostnaderna avser drygt sju miljoner kronor administration av premiepension som ersätts av PPM.

Försäkringskassan kan vidare bedriva export av tjänster mot betalning. Den EU-finansierade tjänsteexportens omsättning 2006 var två miljoner kronor. Försäkringskassan avslutade ett s.k.

Twinningprojekt i Lettland och påbörjade ett motsvarande i Bulgarien. Projektens syfte är att öka nya medlemsstaters kunskap om samordningsregler för socialförsäkringen inom EU.

Försäkringskassans administration av arbets-skador som regleras före den 1 juli 1995 ska, såvitt avser de affärsdrivande verken, finansieras med avgifter. Försäkringskassan får dessutom, utöver vad som anges i avgiftsförordningen (1992:191), utföra vissa datorbehandlingar och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. mot ersättning. Avgiftsintäkterna disponeras av myndigheten.

Övriga avgiftsintäkter kommer från administration av småföretagarförsäkring m.m., administration av familjebidrag samt intäkter enligt 4 § avgiftsförordningen och övriga ersättningar.

**Tabell 3.17 Uppdragsverksamhet där intäkterna disponeras**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
<b>Utfall 2006</b>	<b>866 449</b>	<b>695 883</b>	<b>170 566</b>
(varav	(2 365)	(1 939)	
tjänsteexport)	(806 059)	(633 619)	
(varav AP-fonden och PPM)			
<b>Prognos 2007</b>	<b>580 643</b>	<b>656 300</b>	<b>-75 657</b>
(varav	(2 400)	(2 400)	
tjänsteexport)	(520 343)	(596 000)	
(varav AP-fonden och PPM)			
<b>Budget 2008</b>	<b>382 300</b>	<b>596 300</b>	<b>-214 000</b>
(varav	(2 400)	(2 400)	
tjänsteexport)	(322 000)	(536 000)	
(varav AP-fonden och PPM)			

#### *Frivillig sjukpenningförsäkring*

Den avgiftsfinansierade frivilliga sjukpenningförsäkringen var tidigare en del av de allmänna försäkringskassornas verksamhet och avgifterna fonderades. Fonderna upphörde i samband med att Försäkringskassan bildades. Finansieringen sker sedan 2005 via anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.*, (utgiftsområde 10).

**Tabell 3.18 Uppdragsverksamhet där intäkterna inte disponeras**

Tusental kronor

Frivillig sjukpenningförsäkring	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2006	453	785	- 332
Prognos 2007	350	500	- 150
Budget 2008	0	50	- 50

Regeringen har föreslagit att den frivilliga sjukpenningförsäkringen ska upphöra att gälla fr.o.m. den 1 januari 2008. För försäkringstagare som den 31 december 2007 har ett pågående ersättningsärende föreslås försäkringen fortsätta att gälla. Någon avgift ska dock inte erläggas.

#### **Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Med syfte att stödja forskningsbehov av betydelse ur socialförsäkringsadministrationens perspektiv fastställdes i budgetpropositionen för 2007 ramen för forskning inom Försäkringskassans anslag till 11 miljoner kronor per år. Samtidigt bemyndigades myndigheten att ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet som innebär utgifter om högst 12 miljoner kronor efter 2007.

För att finansiera uppbyggnaden av en verksamhet för utvärderingar av socialförsäkringar vid Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering IFAU (se anslaget 22:8 *Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering*, utgiftsområde 13), minskas Försäkringskassans forskningsmedel med 3,1 miljoner kronor till 7,9 miljoner kronor fr.o.m. 2008. Samtidigt bör Försäkringskassans bemyndigande att ingå åtaganden inom forskningsområdet uppgå till högst 8,9 miljoner kronor, inklusive tidigare åtaganden, efter 2008. Som en konsekvens av detta har regeringen beslutat om motsvarande minskning av nu gällande bemyndiganderam (dnr S2007/5929/SF).

**Tabell 3.19 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2006	Prognos 2007	Förslag 2008	Beräknat 2009	Beräknat 2010–
Ingående åtaganden	12 000	12 000	8 900		
Nya åtaganden	11 000	7 900	7 900		
Infriade åtaganden	-11 000	-11 000	-7 900	-8 000	-900
Utestående åtaganden	12 000	8 900	8 900		
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>12 000</b>	<b>8 900</b>	<b>8 900</b>		

## Regeringens överväganden

**Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2008–2010, för 19:6 Försäkringskassan**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>7 148 024</b>	<b>7 148 024</b>	<b>7 148 024</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	67 929	235 686	428 388
Beslut	-575 491	-588 870	-604 239
Överföring till/från andra anslag	28 914	-6 228	-6 390
Övrigt		-30 062	-30 847
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>6 669 376</b>	<b>6 758 550</b>	<b>6 934 937</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2007 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Regeringen beräknar anslaget utifrån en pris- och löneomräkning. Minskade utgifter till följd av beslut m.m. avser till övervägande del anpassningar av anslaget till följd av att tillfälliga tillskott som tilldelats 2007 inte utgår 2008. Till följd av att Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering får ett utökat uppdrag när det gäller utvärdering av socialförsäkringarnas arbetsmarknadseffekter förs 3 100 000 kronor från och med 2008 till anslaget 22:8 *Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering* (utgiftsområde 13). Vidare förs 830 000 kronor till anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* (utgiftsområde 9), för genomförande av undersökningar av levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF). Dessutom minskas anslaget med 2 000 000 kronor per år 2008–2010 för inrättande av ett socialt råd med syfte att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området (se avsnitt 3.6.4). Anslaget 90:5 *Regeringskansliet* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen har tidigare aviserat avsikten att införa ett nytt tandvårdsstöd med ikraftträdande under 2008 (se anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.*, utgiftsområde 9). Reformen har administrativa konsekvenser för Försäkringskassan, med åtföljande behov av resurstillskott fr.o.m. innevarande budgetår. Särskilda insatser fordras från myndighetens sida, bl.a. för utveckling av nytt IT-stöd, omstrukturering av administrationen, utbildning och information. Kostnader som uppkommer under 2007 för Försäkringskassans förberedelsearbete, och som inte belastar låneramen, finansieras via den anslagskredit som gäller för myndighetens anslag under året. Försäkringskassan kompenseras för dessa kostnader – som preliminärt beräknats till 6,5 miljoner kronor – genom att medel för tandvårdsreformen förs över till Försäkringskassans förvaltningsanslag 2008. Även när det gäller myndighetens reformkostnader för 2008, som preliminärt beräknats till 28,5 miljoner kronor, förs reformmedel till Försäkringskassan. Regeringen avser att återkomma med en slutlig reglering, då den samlade kostnadsbilden har klarlagts.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 669 376 000 kronor anvisas under anslaget 19:6 *Försäkringskassan* för 2008. För åren 2009 och 2010 beräknas anslaget till 6 758 550 000 respektive 6 934 937 000 kronor.

### 3.15.7 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård

**Tabell 3.21 Anslagsutveckling 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

2006	Utfall	1 000	Anslags-sparande	0
2007	Anslag	1 000 000	<sup>1</sup> Utgifts-prognos	791 186
<b>2008</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2009	Beräknat	1 000 000		
2010	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudget i samband med 2007 års ekonomiska vårproposition (bet. 2006/07:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Efter bemyndigande av riksdagen godkände regeringen den 12 januari 2006 en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Utgifter som är kopplade till denna överenskommelse ska utbetalas från anslaget.

#### Regeringens överväganden

Avtalet mellan staten och Landstingsförbundet innebär att staten för åren 2006–2009 i efterhand utbetalar ett bidrag till landstingen på högst en miljard kronor för insatser som syftar till att minska sjukfrånvaron. Bidrag består av två delar, dels en fast del som fördelas till landstingen efter invånarantal i arbetsför ålder och dels en rörlig del vars storlek är beroende av hur sjukfrånvaron har utvecklats under respektive år i det enskilda landstingsområdet. För 2007 är den fasta delen 250 miljoner kronor och den rörliga delen maximalt 750 miljoner kronor.

För att ett landsting ska få ta del av bidraget krävs att landstingen gör en handlingsplan som godkänns av Försäkringskassan. Samtliga landsting har gjort sådana handlingsplaner.

**Tabell 3.22 Härledning av anslagsnivån 2008–2009, för 19:7 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården**

Tusental kronor

	2008	2009	2010
<b>Anvisat 2007<sup>1</sup></b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			-1 000 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2006 (bet. 2006/07:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:7 *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården* för 2008. För 2009 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor.