

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10



Förslag till statsbudget för 2003

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.....	7
2.1	Omfattning.....	7
2.2	Utgiftsutveckling.....	8
2.3	Mål.....	8
2.4	Politikens inriktning	8
2.5	Insatser.....	9
2.5.1	Insatser inom politikområdet	10
2.5.2	Insatser utanför politikområdet	12
2.6	Resultatbedömning	14
2.6.1	Resultat	15
2.6.2	Analys och slutsatser.....	20
2.6.3	Den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet	26
2.6.4	Utökade möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet	32
2.7	Omfattning.....	33
2.8	Utgiftsutvecklingen.....	34
2.9	Mål.....	34
2.10	Insatser.....	35
2.11	Resultatbedömning	39
2.11.1	Analys och slutsatser.....	41
2.12	Revisionens iakttagelser	42
2.13	Budgetförslag.....	43
2.13.1	19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	43
2.13.2	19:2 Aktivitets- och sjukersättningar.....	44
2.13.3	19:3 Handikappersättningar	46
2.13.4	19:4 Arbetsskadeersättningar	47
2.13.5	19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning	48
2.13.6	19:6 Ersättning för kroppsskador.....	49
2.13.7	19:7 Riksförsäkringsverket	49
2.13.8	19:8 Allmänna försäkringskassor	51

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	7
2.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet/politikområdet	10
2.2 Ökningen (i procent och antal) av sjukfall för olika fallängder	17
2.3 En jämförelse av ökningen för sjukpenning uppdelad på utgift, nettodagar och medelpenning mellan 2000 och 2001	17
2.4 Andel sjukskrivna (> än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1999–2001	18
2.5 Andel av de sjukskrivna som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering 1999–2001..	18
2.6 Antal sjukskrivna (> än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1999–2001	19
2.7 Antal nybeviljade/nyttillkomna och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag 1994–2001	21
2.8 Anmälda arbetssjukdomar	22
2.9 Utgiftsvecklingen inom socialförsäkringens administration	36
2.10 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	45
2.11 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	46
2.12 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättning	46
2.13 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 19:2 Aktivitets- och sjukersättning.....	48
2.14 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar	48
2.15 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:3 Handikappersättning	49
2.16 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar	49
2.17 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:4 Arbetsskadeersättningar	50
2.18 Anslagsutveckling 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning (f.d. förtidspensionärer)	50
2.20 Anslagsutveckling 19:6 Ersättning för kroppsskador	51
2.21 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:6 Ersättning för kroppsskador .	51
2.22 Anslagsutveckling 19:7 Riksförsäkringsverket	51
2.23 Uppdragsverksamhet	52
2.24 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	52
2.25 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 för 19:7 Riksförsäkringsverket	53
2.26 Anslagsutveckling 19:8 Allmänna försäkringskassor	53
2.27 Uppdragsverksamhet	54
2.28 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 för 19:8 Allmänna försäkringskassor ...	54

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2003, för ramanslaget 19:7 *Riksförsäkringsverket* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden medför utgifter på högst 9 000 000 kronor efter 2003 (avsnitt 2.13.7),
 2. godkänner följande mål: Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008.
- Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden (avsnitt 2.3),
3. för budgetåret 2003 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	46 943 496
19:2 Aktivitets- och sjukersättning	ramanslag	58 024 970
19:3 Handikappersättningar	ramanslag	1 190 915
19:4 Arbetsskadeersättningar	ramanslag	6 406 977
19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning	ramanslag	8 000
19:6 Ersättning för kroppsskador	ramanslag	69 056
19:7 Riksförsäkringsverket	ramanslag	933 523
19:8 Allmänna försäkringskassor	ramanslag	5 822 027
Summa		119 398 964

2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

2.1 Omfattning

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

Politikområdet delas in i följande två verksamhetsområden.

- Åtgärder mot ohälsa (förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, särskilda medel, vilande aktivitets- och sjukersättning samt hela kostnaden för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning).

I verksamhetsområdet ligger främst rehabiliteringsverksamheten hos kassorna, men också förebyggande insatser av mer generellt slag riktade mot arbetsgivare och läkare. Där ligger också förebyggande sjukpenning.

- Ersättning vid arbetsförmåga (sjukpenning utom förebyggande sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning, handikappersättningar, arbetsskadeersättningar, ersättning för kroppsskador,

I verksamhetsområdet ligger allt det arbete som sker i ett ärende angående utbetalning av ersättning vid arbetsförmåga, t.ex. sjukpenning, arbetsskadelivränta och aktivitets- och sjukersättning, och som skall leda fram till ett korrekt beslut om ersättning.

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

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet/politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2001	Anslag 2002 ¹	Utgiftsprognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	42 894	50 205	48 886	46 943	47 071
19:2 Aktivitets- och sjukersättningar	50 167	49 838	50 116	58 025	63 505
19:3 Handikappersättningar	1 060	1 156	1 162	1 191	1 213
19:4 Arbetsskadeersättningar	7 098	7 607	7 163	6 407	6 685
19:5 Kostnader för sysselsättningar av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning	5	8	8	8	8
19:6 Ersättning för kroppsskador	59	63	58	69	72
19:7 Riksförsäkringsverket	776	754	790	934	955
19:8 Allmänna försäkringskassor	5 257	5 289	5 438	5 822	5 913
Totalt för utgiftsområde 10/Politikområde Ersättning vid arbetsoförmåga	107 316	114 922	113 621	119 399	125 421

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition och förslag till tilläggsbudget i föreliggande proposition.

2.3 Mål

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

Skälen för regeringens förslag: För att understryka vikten av att den negativa utvecklingen inom ohälsområdet vänds och för att öka kraften i genomförandet av åtgärder har regeringen formulerat ett mål för ökad hälsa i arbetslivet. Sjuk- och aktivitetsersättning ersätter dagens förtidspensioner år 2003. Målet för denna del uppnås om antalet nybeviljade ersättningar åren 2003 – 2007 i genomsnitt är lägre än antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002. Arbetet med att halvera sjukskrivningarna måste särskilt fokusera på kvinnors arbetsplatser, arbetsmiljöer och arbetsvillkor. Det är viktigt att målet följs upp årligen. Därvid bör särskild uppmärksamhet riktas mot utvecklingen av kvinnors ohälsa.

Regeringens åtgärdsprogram tar sikte på att fler personer skall vara i arbete. Åtgärdena påverkar hela arbetslivet. Därför är det av central betydelse att arbetsmarknadens parter aktivt medverkar i arbetet med att åstadkomma en ökad hälsa i arbetslivet.

Sedan tidigare gäller följande mål för utgiftsområdet:

En större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen.

2.4 Politikens inriktning

Rätten till arbete och egen försörjning är viktig för att människor skall kunna förverkliga sina drömmar. Det förutsätter ett arbetsliv där människor inte slås ut eller drabbas av skador och ohälsa. Ohälsan i arbetslivet är ett komplext problem som kräver åtgärder inom många olika politikområden. Det kräver också att flera olika aktörer tar ett stort ansvar för att utveckla arbetslivet. Det måste finnas möjlighet att kombinera arbete med familj och fritid. Ledarskap och arbetsorganisation har avgörande betydelse på de enskilda arbetsplatserna. Människor måste få mer inflytande på sin arbetsplats och jämställdheten måste stärkas såväl på arbetsplatserna som utanför så att alla kan delta på lika villkor. För den som drabbats av skada eller sjukdom är utgångspunkten att aktivitet alltid är bättre än passivitet och att åtgärder mer än idag måste sätta individen i centrum.

Den fortsatta ökningen av antalet sjukskrivna och inte minst långtidssjukskrivna är ett allvarligt hot mot välfärden i samhället inte bara i ett långsiktigt ekonomiskt utan också i ett mänskligt perspektiv. Regeringen ser mycket allvarligt på utvecklingen av ohälsan i arbetslivet och har därför under det senaste året intensifierat arbetet med att bryta den negativa utvecklingen bl.a. inom ramen för det s.k. 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet. Programmet omfattar åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, åtgärder för snabb återgång till arbete efter ohälsa, åtagande för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt insatser inom statistik, forskning m.m. Arbetet kräver ett nära samarbete med flera politikområden framför allt när det gäller det förebyggande arbetsmiljöarbetet, folkhälsoarbetet och hälso- och sjukvården.

En viktig åtgärd som skall utgöra grunden för de ansvariga aktörernas strategier för att bidra till ökad hälsa i arbetslivet är ett nytt mål inom ohälsområdet. Regeringens förslag till mål är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008, samtidigt som antalet personer med aktivitets- och sjukersättning inte skall öka, varvid hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden. För att uppnå målet krävs insatser inom många områden.

Regeringen fortsätter nu arbetet med att förbättra hälsan i arbetslivet genom en kraftfull satsning på flera områden. För åren 2003 och 2004 skjuter regeringen till medel för att bl.a. stärka det förebyggande arbetet. Stora satsningar görs också på ett ökat stöd till dem som redan drabbats. Det sker bland annat genom ett förändrat rehabiliteringsarbete och mer resurser till försäkringskassorna. Sjukförsäkringssystemet skall underlätta en snabb återgång till arbete. Därför måste också sjukskrivningsprocessen förändras i flera delar. Arbetslinjen är en annan viktig utgångspunkt och förändringar som underlättar att den enskildes arbetsförmåga tas till vara så långt som möjligt måste genomföras. Inriktningen på regeringens förslag för ökad hälsa är också att införa ekonomiska incitament för att arbetsgivare i ökad utsträckning skall ta ett större ansvar för förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering.

En viktig utgångspunkt för att bryta den negativa utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan är att alla skall kunna delta i arbetslivet utifrån sina egna förutsättningar. För att möjliggöra detta krävs en bred satsning på förebyggande insatser inom arbetsmiljöområdet, en väl fungerande medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering, effektiva försäkringssystem för både arbetstagare och arbetsgivare samt en effektiv administration.

Ett viktigt verktyg för en väl fungerande socialförsäkring i allmänhet och ohälsarbetet i synnerhet är socialförsäkringens administration. Dagens administration fungerar inte tillfredsställande när det gäller effektivitet, rättssäkerhet och kvalitet. Regeringen avser att tillsätta en kommitté som skall föreslå hur administrationen av socialförsäkringen skall organiseras för att kunna nå regeringens mål (se vidare avsnitt 2.10). Ambitionen är bl.a. att organisera verksamheten så att den utgör det instrument som regeringen behöver för att bryta den negativa ohälsoutvecklingen.

Den solidariskt finansierade försäkringen skall grundas på inkomstbortfallsprincipen, och den som är berättigad till försäkringsersättning skall ges en skälig levnadsstandard. För att nå denna målsättning avser regeringen att höja inkomst-taken i sjuk- och föräldraförsäkringen från 7,5 till 10 prisbasbelopp om det statsfinansiella läget medger det.

2.5 Insatser

För att få fram underlag för att bryta den negativa hälsoutvecklingen inom arbetslivet har regeringen under de senaste åren tillsatt olika utredare och arbetsgrupper. I stort sett alla delar av politikområdet har berörts och flertalet insatser har genomförts. Som exempel kan nämnas reformeringen av förtidspensionssystemet och arbetsskadeförsäkringen samt 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet. Även utanför politikområdet har olika insatser gjorts för att få underlag för hälsoarbetet. Det gäller främst områdena företagshälsovård och arbetsmiljö.

2.5.1 Insatser inom politikområdet

Sjukpenning och rehabilitering

I december 2000 utsåg regeringen en särskild utredare för uppgiften att utarbeta en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (dir. 2000:92). Handlingsplanen skulle innefatta åtgärder både på kort och lång sikt. Förutom de olika försäkringarna inom politikområdet skulle handlingsplanen innefatta arbetsmiljöområdet. Utredaren redovisade förslag på kort sikt i två rapporter i februari och i juni 2001. Handlingsplanen i dess helhet redovisades i januari 2002 i betänkandet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5).

I augusti i år lämnade Utredningen om analys av hälsa och arbete sitt delbetänkande Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62).

I augusti i år lämnade också Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) en rapport om sjukfrånvaron i åtta länder (Ds 2002:49).

Regeringen har givit en utredare i uppdrag (dir. 2002:45) att föreslå hur ett organ bör utformas som sammanställer och sprider kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och närmare beskriva den verksamhet som detta organ bör bedriva. Erfarenheterna från hur Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) bedriver sina verksamheter skall vara utgångspunkten för utredarens förslag. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 15 januari 2003.

Vidare skall en särskild utredare göra en analys av och föreslå ändringar i reglerna om skyddstider för sjukpenninggrundande inkomst (dir. 2001:104). Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 april 2003.

Socsam

RFV och Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam). En slutrapport för utvärderingen överlämnades till regeringen i november 2001 (SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport, Finansiell samordning 2001:1).

I utvärderingen konstateras att de medverkande parternas gemensamma ansvar har varit en drivkraft för att prioritera samordnade insatser. Detta har givit struktur och kontinuitet för de särskilda aktiviteter som har bedrivits inom ramen för Socsam. Försöket har dessutom utgjort ett stöd för berörda personalgrupper. Enligt utvärderingen är det tveksamt om Socsam har minskat de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Däremot har samordnade insatser förstärkts vilket har medfört positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utvecklingen av långa sjukfall. I de särskilda aktiviteterna har länsarbetsnämnden, som enligt försökslagstiftningen inte får ingå i den formella samordningen, varit en viktig part. Enligt Socsam-utvärderingen har Socsam underlättat samverkan med länsarbetsnämnden, vilket förklaras av att denna samverkan har formaliserats genom de samverkansavtal som ingåtts mellan Socsams politiska ledning och länsarbetsnämnden.

Enligt utvärderingen krävs det förändringar i Socsam-lagen om den skall kunna omsättas till en lagstiftning för hela landet. I utvärderingen lyfts fyra frågor fram. Möjligheten att låta länsarbetsnämnden ingå som en likvärdig part i Socsam bör övervägas. Vidare anses det inte vara nödvändigt att låsa den politiska styrningen i ett beställar-utförarsystem, eftersom denna styrmodell inte har tillämpats konsekvent i försöksområdena. Det krävs dessutom en beräkningsprincip för hur sjukpenningkostnaderna skall kunna budgeteras på lokal nivå. Slutligen betonas vikten av att parternas gemensamma kostnadsansvar anpassas till den gemensamma verksamhetens inriktning och omfattning.

Frisam

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samverkan med Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Arbetsmiljöverket och RFV utvärdera resultaten av samverkan inom rehabiliteringsområdet (Frisam). I utvärderingen medverkade dessutom Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. En slutrapport för utvärderingen överlämnades till regeringen i november 2001 (Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM, Socialstyrelsen 2001).

Gruppen särskilt utsatta definieras i slutrapporten som personer som har behov av samordnade insatser, vilka syftar till att förhindra att dessa personer hamnar i en gråzon eller rundgång mellan verksamheter samt i långvarig offentlig försörjning. I utvärderingen bedöms denna grupp utgöra fem procent av befolkningen i arbetsför ålder, cirka 280 000 personer. Det faktiska samarbetet omfattar mellan 70 000–100 000 personer. Enligt utvärderingen prioriteras därmed inte denna samverkan i nödvändig utsträckning. Dessutom anges att samarbetet har förskjutits från dem som befinner sig långt från arbetsmarknaden till dem som befinner sig närmare arbetsmarknaden.

Enligt utvärderingen behöver formerna för samverkan mellan myndigheterna kring särskilt utsatta personers rehabilitering utvecklas för att bli mer effektiv. Samverkanspropositionens (prop. 1996/97:63) legitimerande roll anses inte vara tillräcklig. Det saknas stöd för myndigheterna att organisera ett fast samarbete kring de människor som har behov av samordnade insatser. Primärvården har deltagit i ringa utsträckning och arbetsmarknadsmyndigheterna medverkar i allt mindre omfattning. Enligt utvärderingen krävs förändringar för att kunna upprätthålla en effektiv samverkan. Det anses behövas ett gemensamt ansvar över sektorsgränserna för rehabilitering av de särskilt utsatta. Dessutom anges att det behövs gemensamma lokala arenor för politiker, chefer och personal i de samverkande myndigheterna. Vidare betonas att det krävs att aktörerna samordnar sina resurser för att kunna ta ett gemensamt ansvar för de särskilt utsatta. Slutligen pekas på betydelsen av gemensam politisk styrning för att göra prioriteringar samt ge stöd och legitimitet för samverkan.

Förtidspension

Våren 2001 beslutade riksdagen om en reformering av systemet med förtidspensioner i enlighet med vad regeringen förslagit i propositionen Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU15, rskr. 2000/01:257). Det betyder att nya regler införs fr.o.m. 2003 för beräkning av ersättning vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. I korthet innebär reformeringen att de nuvarande förmånerna förtidspension och sjuk-

bidrag ersätts av aktivitetsersättning för personer i åldrarna 19–29 och av sjukersättning för personer i åldrarna 30–64 år. De personer som när det reformerade systemet träder i kraft uppbär förtidspension eller sjukbidrag kommer att få denna omvandlad till sjukersättning genom en teknisk omräkning. Denna innebär att dessa personer i princip skall få oförändrad nettoersättning efter justering med hänsyn till effekterna av att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) samtidigt slopas.

Eftersom färre personer än beräknat har utnyttjat möjligheten till vilande förtidspension under de första två åren gav regeringen våren 2001 RFV i uppdrag att fr.o.m. 2002 genomföra särskilda insatser för att de försäkrade skall få god kännedom om dessa reglers innebörd och i större utsträckning motiveras att pröva möjligheterna att förvärvsarbeta. I uppdraget ingick också att stärka förutsättningarna för en förmedling av lämpliga arbetstillfällen. RFV har i mars 2002 lämnat en första redovisning av vidtagna och planerade insatser. Där framgår det att antalsutvecklingen visar att det finns ett stigande intresse för möjligheten att söka vilande förtidspension samt att andelen personer som återtagit sin förtidspension verkar stabilisera sig kring 30 procent. Det visar sig också att ju längre tid en person prövar att arbeta desto mindre troligt är det att han eller hon återgår till sin förtidspension. Av verkets redovisning framgår också att alla personer med förtidspension eller sjukbidrag i början av 2002 fick information om vilande förtidspension hemskickat tillsammans med beskedet om årets pensionsutbetalningar.

I förra årets budgetproposition angavs att regeringen skulle överväga att införa regler för en aktivare uppföljning av arbetsförmågan hos dem som beviljats förtidspension eller sjukbidrag. För att få underlag för detta gav regeringen i regleringsbrevet för 2002 RFV i uppdrag att redovisa hur försäkringskassorna bedriver sin verksamhet med att följa upp beviljade förtidspensioner och sjukbidrag. I uppdraget ingår även att bedöma resultatet av denna uppföljningsverksamhet jämte behovet av eventuella författningsändringar. Uppdraget skall redovisas i anslutning till årsredovisningen för 2002.

Arbetskadorna

Arbetskadeförsäkringen har de senaste åren varit föremål för kritik. Försäkringen har inte ansetts ersätta inkomstförlust vid arbetskada i tillräcklig omfattning. Kritik har även riktats mot handläggningen av arbetsskadeärenden. Genom regeländringar som dels trätt i kraft den 1 juli 2002, dels träder i kraft den 1 januari 2003, ges ökad möjlighet till ersättning från arbetskadeförsäkringen. I mars 2002 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag om förändringar av arbetsskadehandläggningen samt förslag om att skapa en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom (dir. 2002:45). Utredaren skall senast den 15 oktober 2002 lämna förslag till en mer koncentrerad arbetsskadehandläggning och senast den 15 januari 2003 lämna förslag till inrättande av en kunskapsbank. Förslaget om koncentrerad arbetsskadehandläggning skall bl.a. omfatta frågor om antal enheter och lokalisering av dessa samt kompetenskrav vid handläggning och beslutsfattande.

2.5.2 Insatser utanför politikområdet

Inom ramen för det 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet som redovisades i budgetpropositionen för 2002 har olika insatser företagits. Nedan följer en samlad redovisning av arbetet med detta program.

11-punktsprogrammet

Sammanfattningsvis gäller att arbetet med 11-punktsprogrammet pågår på alla punkter och att tidsplanen för arbetet i de flesta fall har följts.

1 Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet

Målstrukturen har, efter omfattande internt arbete inom regeringskansliet, diskuterats vid trepartssamtalen. Med ledning härav har regeringen, som redovisats i avsnitt 2.3, presenterat ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet.

2 Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter

Trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter inleddes i november 2001. Ytterligare fyra möten har hållits. En avstämning

och redovisning av arbetet har gjorts i slutet av juni 2002 och arbetet beräknas pågå under större delen av 2002. Inriktningen är att komma fram till ett åtagande från samtliga parter i en förnyad och utvidgad handlingsplan samt att genomföra gemensamma informationsinsatser.

3 Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa

Åtgärden innebär en översyn av de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivare att arbeta med både förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering av anställda som är sjukskrivna. Arbetsgivarnas samlade kostnader avses bli balanserade av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Åtgärderna innebär en ändrad kostnadsfördelning mellan olika arbetsgivare. De arbetsgivare som är framgångsrika i det förebyggande arbetet kommer att få lägre kostnader än för närvarande. Möjligheten att införa särskilda drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare skall prövas.

4 Utveckling av arbetsmiljöarbetet

Metodutveckling av företagshälsovården

Arbetsmiljöverket skall i samverkan med Arbetslivsinstitutet använda 10 miljoner kronor för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Detta skall i första hand ske genom utbildningsinsatser.

I december 2001 avlämnade Statskontoret – med anledning av regeringens uppdrag i mars 2001 – rapporten *Utnyttja företagshälsovården bättre* (2001:29). Den har remissbehandlats och bereds inom Näringsdepartementet.

Utbildning av regionala skyddsombud

En förstärkt utbildning för regionala skyddsombud har genomförts under 2001 och 2002. För detta ändamål har avsatts sammanlagt 20 miljoner kronor.

Certifiering av arbetsmiljön

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag att utreda hur arbetsmiljöcertifiering kan utnyttjas för att stärka arbetsmiljöarbetet. En jämförelse med andra europeiska arbetsmiljöcertifieringssystem skall göras. En delrapport lämnades i början av juni vilken koncentrerades på möjligheten att skapa ett certifieringssystem i Sverige som kan knytas till ett ekonomiskt styrmedel och som har tillräcklig tillförlitlighet för att kunna ligga till grund för ett sådant styrsystem. Uppdraget

skall slutredovisas till regeringen senast i december 2002.

5 Hälsobokslut

En utvecklingsverksamhet skall bedrivas inom den offentliga sektorn för att systematiskt kunna identifiera dåliga arbetsmiljöer och följa hälsans utveckling. Utvecklingsverksamheten skall baseras på en redovisning av de anställdas hälsoläge hos den enskilde offentlige arbetsgivaren. Företsättningarna för att få till stånd motsvarande redovisning även i privata verksamheter skall undersökas. Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) föreslår bl.a. att det i årsredovisningslagen införs krav på redovisning av sjukfrånvaro (genomsnittlig sjukfrånvaro fördelat på kvinnor och män) i årsredovisningen för företaget. Utredningen har ansett att motsvarande krav skall ställas på myndigheter och andra organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen.

Vidare har en särskild arbetsgrupp utarbetat en promemoria med förslag om att i årsredovisningslagen, lagen om kommunal redovisning m.fl. ta in krav på redovisning av sjukfrånvaro. Förslaget har remissbehandlats och efter granskning av Lagrådet har regeringen i anslutning till denna proposition till riksdagen lämnat förslag om Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron (prop. 2002/03:6).

Försöksverksamhet avseende hälsoredovisning prövas inom ramen för punkten om försöksverksamhet inom offentlig sektor. Beslut om medel till sådana verksamheter avseende hälsobokslut fattades i maj och juni 2002.

6 Försök för att minska ohälsan inom den offentliga sektorn

För att bedriva särskilda försök hos några av de stora offentliga arbetsgivarna i syfte att förebygga och minska sjukfrånvaron har 50 miljoner kronor avsatts för 2001 och 20 miljoner kronor för 2002. Projekten skall ha karaktären av metodutveckling. I december 2001 beslutade regeringen att fördela medlen för 2001 till nio projekt inom landsting och kommuner. I maj i år beslutades om projektmedel till ytterligare sex försöksverksamheter. Tre projekt avser mer omfattande försöksverksamhet med hälsobokslut. I juni i år beslutade regeringen att fördela de återstående medlen på knappt 10 miljoner kronor till ytterligare fem projekt.

7 Förnyelse av rehabilitering – individen i centrum

I december 2001 gav regeringen RFV och AMS i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen enligt följande.

- RFV skall utveckla en metod för tidig fördjupad bedömning av den enskildes arbetsförmåga och behov av rehabilitering.
- RFV skall utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Verket skall dessutom redovisa hur man avser att tillse att metodiken i kassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden fortsätter att utvecklas kontinuerligt och hur man avser att tillse att metodiken sprids bland kassorna.
- AMS och RFV skall genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering när det gäller sjukskrivna arbetslösa.

Arbetet med förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall bedrivas under åren 2002, 2003 och 2004. De metoder, arbetsätt m.m. som utvecklas inom ramen för förnyelsearbetet skall spridas successivt. De skall senast vid utgången av 2004 tillämpas fullt ut i hela landet. För 2002 har 70 miljoner kronor avsatts för att driva förnyelsearbetet och ytterligare medel kommer att avsättas för de kommande åren. En första delrapport lämnades den 30 juli i år.

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

8 Justeringar av gällande lagstiftning för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet

I anslutning till budgetpropositionen för 2002 föreslog regeringen att bestämmelserna om försäkringskassornas fördjupade bedömningar av sjukpenningrätten efter 28 dagar skall upphöra att gälla. Avsikten med detta är inte att minska bedömningarna utan att koncentrera arbetet på mer komplicerade ärenden. Riksdagen har numera beslutat enligt förslaget.

I åtgärdsprogrammet anges att regeringen avser att skärpa reglerna för arbetsgivares skyldig-

het att medverka i rehabiliteringsarbetet. HpH-utredningen har bl.a. föreslagit att arbetsgivare alltid skall lämna underlag och yttrande från företagshälsovården senast den 60:e dagen i en sjukperiod.

9 Former för sjukskrivningsprocessen

Mönstret för sjukskrivningar visar betydande variation. Kunskapen om detta behöver förbättras. RFV har fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen närmare klargöra omfattningen i det varierande mönster för sjukskrivning som finns i sjukskrivningsprocessen samt följderna för försäkringskostnaderna. RFV skall beskriva formerna för sjukskrivningsprocessen samt fördjupa sig i denna för ett antal utvalda kommuner. Uppdraget skall slutredovisas den 15 februari 2003. En första delredovisning kommer inom kort att lämnas till regeringen.

I maj 2002 anordnades en hearing om försäkringsmedicin med bl.a. företrädare för läkarutbildningen vid universitetet.

10 Förbättrad statistik och forskning på ohälsområdet

Kunskaperna om sjukskrivningsprocessen behöver förbättras. Det finns därför ett behov av mer utvecklad forskning och bättre statistik. Inriktningen är att utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan skall följas upp och utvärderas, t.ex. av en utvärderingsgrupp. Formerna för en sådan uppföljning skall utredas närmare och regeringen beslutade i januari i år om direktiv till en särskild utredare (dir. 2002:4). Arbetet skall redovisas i sin helhet den 31 mars 2003. I början av augusti lämnades delbetänkandet Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62). I detta redovisas dels utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet, dels förslag om hur det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik bör utformas. RFV har påbörjat ett arbete att förbättra sjukskrivningsstatistiken i enlighet med utredningens förslag. Nuvarande statistik kommer att kompletteras med diagnoser och arbetsställen.

I februari 2002 hölls en hearing om Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskaps (FAS) förslag till forskningsprogram om belastningsskador. Dessutom diskuterades forskning om stress och ohälsa. Vidare diskuterades möjligheterna att finansiera ett forskningsprogram vad gäller interventionsforskning i fråga om belastningsskador enligt FAS förslag.

Regeringen förutsätter att olika forskningsfinansierare ägnar ökat intresse åt detta område. Vid FAS pågår arbete med att tillsätta en professur inom socialförsäkringsområdet.

11 Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården innebär att 9 miljarder kronor tillförs vården under 2001–2004. Dessutom tillförs under den perioden totalt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i vården.

2.6 Resultatbedömning

I budgetpropositionen för 2001 angav regeringen att effektmålet för området ekonomisk trygghet var att:

En större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen.

Beträffande den första delen av målet anser regeringen att det inte är uppfyllt, eftersom en växande andel av befolkningen under 2001 inte har haft förmåga att arbeta av medicinska skäl.

Vad avser den andra delen av målet kan konstateras att allt fler personer som uppstår sjukpenning inte får en kompensation som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet. År 2001 beräknades 1,1 miljoner personer ha inkomster över inkomsttaket (7,5 prisbasbelopp), vilket motsvarar 36 procent av de heltidsarbetande. Mot den bakgrunden avser regeringen att höja inkomsttaket inom bl.a. sjukförsäkringen till 10 prisbasbelopp från den 1 juli 2003 om det statsfinansiella läget medger det.

Som mål för *verksamhetsgrenen ohälsa* angav regeringen att:

Socialförsäkringens administration skall förebygga och minska ohälsa. Den enskildes arbetsförmåga skall i ökad utsträckning tillvaratas och förlorad arbetsförmåga skall i ökad omfattning återfås.

Regeringen anser att målet inte uppnåtts även om utvecklingen av andelen personer som fått ökad arbetsförmåga efter samordnad rehabilitering ökat något under 2001. Vidare kan konstateras att en viss avmattning av ökningstakten för sjukfrånvaron inträffat under 2001 och 2002.

Dessutom har det skett en mindre ökning av antalet personer med vilande förtidspension.

Regeringen anser den bristande måluppfyllelsen och det samlade resultatet inom verksamhetsgrenen ohälsa oacceptabla. Inom flera försäkringskassor fungerar arbetet. Ledningsansvaret är dock inte tillräckligt vilket ger brister vad gäller nationell samsyn, fokus på likformighet och likabehandling. Att komma till rätta med detta är nödvändigt för att regeringens mål för verksamheten skall kunna uppnås.

Som mål för socialförsäkringsadministrationen med avseende på *verksamhetsgrenen tillsyn* angav regeringen att:

RFV skall genom sin tillsyn över de allmänna försäkringskassorna bidra till att likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i ärendehandläggningen säkerställs.

Genomströmningstiderna för ärenden inom politikområdet var 2001, med undantag för dagarsättningsärendet sjukpenning, enligt regeringen inte tillfredsställande. Minst tillfredsställande var dessa för ärenden om handikappersättning och arbetsskadelivränta. Spridningen mellan försäkringskassorna var dessutom fortfarande för stor. Detta gäller även i fråga om andelen korrekt handlagda ärenden. Beträffande utvecklingen i detta avseende var situationen 2001 oförändrad eller något försämrad, med undantag för ärendeslagen handikappersättning och förtidspension som förbättrades något. För handikappersättning uppnåddes det uppsatta riksmålet att minst 98 procent av alla ärenden ska vara korrekt handlagda.

2.6.1 Resultat

Sjukpenning

Under 2001 fortsatte antalet långtidssjukskrivna att öka. Att antalet sjukskrivna ökat och synes fortsätta öka har flera förklaringar och orsaksambanden är komplexa. Det finns ingen enskild faktor som kan förklara ökningen av sjukfrånvaron utan flera förklaringar måste kombineras.

Tabell 2.2 Ökningen (i procent och antal) av sjukfall för olika fallängder

	30–364 dagar	> 365 dagar
1999/2000	20 (ca 23 000)	27 (ca 19 000)
2000/2001	9 (ca 12 000)	24 (ca 22 000)

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2001.

Sjukfall som varat minst ett år har ökat mest. För sjukfall kortare än ett år har däremot ökningen ungefär halverats. Liknande utvecklingsmönster gäller både för kvinnor och män. Förändringen mellan tidsperioderna är dock betydligt större för kvinnorna. Antalet sjukfall som varat minst 30 dagar uppgick i oktober 2001 till 262 000. Av dessa hade 43 procent pågått minst ett år.

Kvinnorna utgör 63 procent av de sjukskrivna och skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukskrivningar har ökat. Kvinnornas andel av sjukfrånvaron översteg för första gången männens 1980. Mellan 1980 och 1993 varierade kvinnornas andel mellan 51 och 56 procent av den ersatta sjukfrånvaron. Sedan 1994 har kvinnornas andel av sjukfrånvaron ökat med ungefär en procentenhet varje år. Detta är en utveckling som fortsätter. En förklaring till att kvinnors andel av sjukfrånvaron ökar är att sysselsättningen ökat för kvinnorna. Genom att studera antal pågående sjukfall per 1 000 sysselsatta framgår att kvinnornas sjukfrånvaro under hela den studerade perioden överstigit männens.

Andelen dagar med partiell ersättning var 26 procent för 2001. Andelen har endast ökat med 0,9 procentenheter jämfört med 2000. Liknande utveckling gällde både för kvinnor och män, dock har kvinnor något högre andel.

Medelsjukpenningen fortsatte att öka under 2001. Ökningstakten har dock avtagit något mellan 2000 och 2001. Ökningen mellan 2000 och 2001 var 3,2 procent. Timlöneökningen 2001 var 4,3 procent. Därmed låg medelsjukpenningen 1,1 procentenheter under den förväntade timlöneökningen för 2001. Vid jämförelse mellan 1999 och 2000 var ökningen 4,2 procent.

Tabell 2.3 En jämförelse av ökningen för sjukpenning uppdelad på utgift, nettodagar och medelpenning mellan 2000 och 2001

Procent			
	Utgifter	Nettodagar	Medelpenning
Kvinnor	21	16	3,5
Män	17	14	2,8

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2001.

Kvinnorna svarade genomgående för de största procentuella ökningarna. En del av förklaringen till skillnaden i utveckling av medelpenning kan vara att fler män än kvinnor har uppnått inkomsttaket. Vid utgången av september 2001 uppbär 17 procent av männen och 7 procent av kvinnorna en sjukersättning (sjukpenning eller

rehabiliteringspenning) som baserades på maximal sjukpenninggrundande inkomst. En annan del kan vara att kvinnor i större utsträckning frångår deltidsarbete och därmed erhåller högre ersättning. För både kvinnor och män har ökningarna varit något mindre mellan 2000 och 2001 jämfört med mellan 1999 och 2000. Minskningarna var större för kvinnorna. Kvinnorna svarade för 58 procent av utgiften och 62 procent av nettodagarna för 2001. Det betyder att kvinnornas andelar har fortsatt att öka svagt under året. Den genomsnittliga ersättningen har legat under timlöneökningen för åren 2000 och 2001.

Sjukdomar i rörelseorganen beräknas ha stått för drygt 37 procent och psykiska sjukdomar för närmare 22 procent av de samlade sjukpenningkostnaderna 2001. Rörelseorganens sjukdomar är således fortfarande den största orsaken till sjukskrivning, även om de psykiska diagnoserna ökat. Sjukdomar i rörelseorganen samt psykiska sjukdomar svarar tillsammans för 59 procent av sjukpenningkostnaderna men bara för 47 procent av sjukskrivningarna, vilket beror på att sådana sjukdomar generellt sett är mer långvariga.

Rehabilitering

Rehabiliteringspenning

Om en försäkrad som uppbär sjukpenning påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering skall försäkringskassan byta ut sjukpenningen mot rehabiliteringspenning.

Kostnaderna för rehabiliteringspenning har ökat under senare år, men långt ifrån i samma utsträckning som kostnaderna för sjukpenning.

År 2001 var kostnaderna för rehabiliteringspenning 1 661 miljoner kronor. Det är en ökning med 11 procent jämfört med året innan.

Samordnad rehabilitering

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

Andelen långtidssjukskrivna¹ som varit föremål för samordnad rehabilitering² minskade förra året jämfört med både 1999 och 2000. År 2001 var endast 8 procent av de långtidssjukskrivna föremål för samordnad rehabilitering.

Tabell 2.4 Andel sjukskrivna (> än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1999–2001¹

Procent			
	1999	2000	2001
Kvinnor	11	9	8
Män	10	9	7
Samtliga	11	9	8

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2001

¹Uppgifterna avser genomsnittlig andel pågående fall med samordnad rehabilitering.

Fler kvinnor än män var föremål för samordnad rehabilitering. Relativt sett är dock skillnaden mellan könen liten. Av de kvinnor som var sjuka längre än 60 dagar var 8 procent föremål för samordnad rehabilitering och motsvarande siffra bland männen var 7 procent.

Av de personer som genomgick samordnad rehabilitering fick 62 procent en ökad arbetsförmåga. Detta är en förbättring jämfört med både 1999 och 2000.

Tabell 2.5 Andel av de sjukskrivna som genomgått samordnad rehabilitering som ökat sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering 1999–2001

Procent			
	1999	2000	2001
Kvinnor	57	56	61
Män	60	60	63
Samtliga	58	57	62

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2001

Fortfarande är det så att andelen män som ökat sin arbetsförmåga efter avslutad rehabilitering är större än andelen kvinnor, men 2001 minskade skillnaden mellan könen i detta avseende.

¹ Dvs. personer som varit sjukskrivna längre än 60 dagar.

² Samordnad rehabilitering omfattar enligt RFV:s definition försäkringskassans arbete med samordning – i det enskilda ersättningsärendet – som syftar till att ge den försäkrade möjlighet att återfå sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom arbete. Samordnad rehabilitering påbörjas den dag då försäkringskassan bedömer att en försäkrad inte kan återgå i arbete utan att rehabiliteringsåtgärder vidtas och att denna bedömning dokumenteras i akten.

Trots att antalet långtidssjukskrivna ökat mycket kraftigt under senare år har antalet personer som bedömts ha behov av samordnad rehabilitering ökat ytterst lite.

Tabell 2.6 Antal sjukskrivna (> än 60 dagar) som varit föremål för samordnad rehabilitering 1999–2001

	1999	2000	2001
Kvinnor	27 167	27 810	29 164
Män	15 914	15 595	15 037
Samtliga	43 081	43 405	44 201

Källa: RFV:s årsredovisning för budgetåret 2001

Av de långtidssjukskrivna som 2001 varit föremål för samordnad rehabilitering var 66 procent kvinnor och 34 procent män. Som framgår ovan utgör kvinnorna 63 procent av det totala antalet sjukskrivna. Andelen kvinnor som varit föremål för samordnad rehabilitering är således något högre än vad som motsvarar deras relativa andel av det totala antalet sjukskrivna.

Det tar allt längre tid innan försäkringskassan tar ställning till om en person är i behov av rehabiliteringsinsatser utöver de rent medicinska. Tiden fram till ställningstagandet var drygt åtta och en halv månad 2001, vilket är en och en halv månad längre än 2000.

Särskilda medel

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

År 2001 disponerade försäkringskassorna 893,5 miljoner kronor i särskilda medel. Kassorna använde inte samtliga särskilda medel under 2001. Kvar blev 91 miljoner kronor.

Av RFV:s delårsrapport framgår att prognosen är att försäkringskassorna inte heller 2002 kommer att förbruka de särskilda medlen. Under första halvåret har kassorna förbrukat 35 procent av tillgängliga medel. Ytterligare 16 procent av medlen var vid halvårsskiftet inteknade men ännu inte utbetalade.

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Under 2001 köpte försäkringskassorna knappt 18 200 arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Detta är en minskning jämfört med både 1999

och 2000. Sedan 1999 har antalet köp minskat med 16 procent.

Av de köpta tjänsterna var 58 procent köp av olika utredningsinsatser och 42 procent köp av aktiva insatser. Detta är i princip samma fördelning mellan köpen av utredningsinsatser och aktiva åtgärder som under 2000.

Kostnaderna för de arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänsterna har minskat. Under 2001 köpte försäkringskassorna rehabiliteringstjänster för 526 miljoner kronor, att jämföras med 575 miljoner kronor 2000. Att dessa kostnader minskat är den huvudsakliga orsaken till att kassorna inte använder samtliga särskilda medel.

Av köpen av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster var 61 procent riktade till kvinnor och 39 procent till män. Som framgår ovan utgör kvinnorna 63 procent av det totala antalet sjukskrivna. Andelen köp till kvinnor är således något lägre än vad som motsvarar deras relativa andel av det totala antalet sjukskrivna.

Samverkan

Under 2001 använde försäkringskassorna drygt 103 miljoner kronor av de särskilda medlen för samverkan med andra myndigheter inom rehabiliteringsområdet. Det är en ökning med 14 procent jämfört med 2000. Cirka 70 procent av resurserna använde kassorna för projektadministration och cirka 11 procent användes till rehabiliteringsåtgärder av olika slag. Resterande medel användes för utbildning, utvärdering m.m.

Förebyggande arbete

Försäkringskassans förebyggande arbete omfattar aktiva insatser som inte är individanknutna och som syftar till att minska risken för individer att drabbas av långvarig nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller skada. Kassorna redovisar omfattande insatser för att förhindra eller minska ohälsan, men det är svårt att påvisa effekter av dessa i form av minskad sjukfrånvaro.

Ett antal försäkringskassor anger att de nedprioriterar det förebyggande arbetet till förmån för rehabiliteringsinsatser, pensionsprovningar och utbetalning av sjukpenning.

Samtliga försäkringskassor arbetar dock med arbetsgivarna. I de flesta fall rör det sig om informationsinsatser om arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar där man kopplar det till det före-

byggande arbetsmiljöarbetet i syfte att undvika kommande sjukskrivningar. En annan viktig målgrupp för kassornas påverkans- och informationsinsatser är läkarna.

Administrationskostnader

Under 2001 bröt försäkringskassorna den trend som de senaste åren inneburit att resurser förts över från administration av rehabiliteringsinsatser till utbetalning av sjukpenning. Trots att volymen sjukfall ökat även under 2001 har kassorna i stället återfört vissa resurser för att öka prioriteringen av den samordnade rehabiliteringen.

Rehabiliteringsområdet utgjorde den enskilt största kostnadsökningen inom administrationen. Administrationskostnaderna för detta område ökade med 25 procent mellan 2000 och 2001.

Samråd i rehabiliteringen

RFV har under 2001 inom ramen för sin tillsyn granskat hur samrådet mellan de försäkrade och försäkringskassans rehabiliteringshandläggare fungerar då arbetslivsinriktad rehabilitering diskuteras, planeras och genomförs.

Resultatet av uppföljningen visar att samrådet mellan försäkrade och handläggare för det mesta fungerar bra eller mycket bra. De flesta försäkrade, 76 procent, och de flesta handläggare, 95 procent, ansåg detta. Uppföljningen visar också att de försäkrade har stort inflytande på val av rehabiliteringsåtgärder.

När samrådet fungerar dåligt beror det på bristande empati hos handläggaren enligt de försäkrade. Att den försäkrade inte är motiverad för rehabilitering är orsaken till att samrådet inte fungerar enligt handläggarna. Samrådet kan förbättras om handläggarna har mer tid för samtal, fler kontakter och uppföljning anser både försäkrade och handläggare.

Skillnader i bedömningarna av kvinnor och män

I rapporten Socialförsäkring, kön och agenda (Senvall, 2002, Försäkringskassan i Stockholms län) konstateras att skillnaderna mellan könen när det gäller den arbetslivsinriktade rehabilite-

ringen sammantaget är så konsekventa att det är svårt att komma fram till andra slutsatser än att det tycks finnas systematiska skillnader mellan bedömningar av kvinnor och män.

Den undersökning rapporten bygger på visar att kvinnor får kortare perioder med såväl arbetsträning som studier. Vidare var de utbildningar som försäkringskassan köpte till kvinnor betydligt mindre kostsamma än de som man köpte till män. Dessutom framkom att försäkringskassan tenderar att bevilja kvinnor såväl arbetsträning som studier senare i sjukfallen. Undersökningen bekräftar den bild som framkommit i andra studier.

Förtidspensioner

Under 2001 fortsatte ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. I december 2001 betalades sådana förmåner ut till drygt 454 000 personer vilket är drygt 19 000 fler än i december 2000 och motsvarade en ökning med ca 4,4 procent. Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag uppgick under 2001 till drygt 55 000, en ökning med drygt 7 600 personer eller 16 procent jämfört med 2000. Av de nybeviljade var ca 32 000 kvinnor och ca 23 000 män. 70 procent av samtliga förtidspensioner utbetalades till personer över 50 år. Antalet personer under 40 år som beviljas förtidspension/sjukbidrag ökar.

När det gäller utflödet ökade antalet upphörda förtidspensioner/sjukbidrag med 3 procent till knappt 37 000 jämfört med 2000. Knappt 29 000 av dessa blev ålderspensionärer. Antalet indragna förmåner uppgick till knappt 2 600, en ökning med 17 procent jämfört med 2000. Vid utgången av 2001 fanns drygt 1 400 förmånstagare med vilande förtidspension, vilket är mer än en fördubbling jämfört med december 2000.

De regionala skillnaderna i fråga om nybeviljandet var fortsatt stora under 2001. Det samma gäller för antalet förtidspensioner/sjukbidrag per 1000 registrerade försäkrade, även efter en standardisering för ålder och kön med rikets fördelning som bas. Det innebär att det således är andra faktorer än ålder och kön som har störst betydelse för de stora skillnaderna. Enligt uppföljningar gjorda av RFV har det inte framkommit några skillnader mellan länen vad gäller försäkringskassans bedömningar av rätten

till förtidspension och sjukbidrag. Det är därför sannolikt att samma faktorer som påverkar skillnaderna i antalet långa sjukfall även påverkar skillnaderna på förtidspensionsområdet.

Utvecklingen kan också belysas med att under 2001 övergick drygt 45 000 personer från sjukskrivning till förtidspension eller sjukbidrag, en ökning med närmare 12 procent jämfört med 2000. Av dessa var ca 27 000 kvinnor och ca 18 000 män. Detta kan ses mot bakgrunden av att den genomsnittliga tiden med sjukpenning innan rätten till förtidspension provas har ökat med en månad under 2001 och är nu i det närmaste två år. RFV har vid sin tillsyn även konstaterat att i hälften av de sjukfall som pågått i två år finns ett underlag som borde föranleda en prövning av utbyte av sjukpenning mot sjukbidrag eller förtidspension. Detta är ett problem ur försäkringsrättslig synvinkel, eftersom den enskilde skall kunna vara säker på att försäkringen tillämpas likformigt i landet. Allra längst tid tar prövningen för kvinnor med en anställning, vilket bl.a. beror på att de svårutredda diagnoserna har ökat och att det är fler kvinnor än män som har dessa diagnoser. Utvecklingen av antalet folkpensioner inom förtidspensioner och sjukbidrag åren december 1994–december 2001 framgår av nedanstående tabell.

Tabell 2.7 Antal nybeviljade/nytillkomna och utbetalade förtidspensioner och sjukbidrag 1994–2001

År	Antal nytillkomna/nybeviljade pensioner/sjukbidrag	Antal utbetalade pensioner/sjukbidrag i december
1994	49 697	410 626
1995	40 365	408 576
1996	40 068	407 584
1997	47 262	417 424
1998	36 000	417 404
1999	39 506	421 518
2000	47 700	435 101
2001	55 200	454 280

Ett annat sätt att beskriva förtidspensionernas utveckling är med hjälp av återstående pensionsår samt beräknad kostnad till ålderspensionen, dvs. fram till 65 års ålder. Jämfört med 2000 ökade detta s.k. pensionsåtagande under 2001 både vad gäller pensionsår och kostnader, något som inte ligger i linje med målet att en större an-

del av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Ökningen var betydligt större för kvinnor än för män. Totala antalet återstående pensionsår ökade med drygt 5 procent och kostnaderna under 2001 med närmare 6 procent.

Handikappersättning

Antalet personer med handikappersättning ökar något varje år och uppgick 2001 till knappt 59 000. Av dessa är 54 procent kvinnor. Av samtliga berättigade personer är en fjärdedel 65 år eller äldre. Av dessa utgör kvinnorna 60 procent. Kvinnornas andel ökar med stigande ålder på grund av att de lever längre än männen. Kvinnorna dominerar klart på den lägsta och den mellersta ersättningsnivån medan männen är något fler på den högsta nivån.

Arbetskadearsättningar

Antalet egenlivräntor i arbetskadeförsäkringen uppgick 2001 till drygt 89 000. Antalet har totalt sett minskat de senaste åren på grund av att de nybeviljade livräntorna är färre än de som har upphört. Antalet anmälda arbetsolyckor och arbetssjukdomar har tillsammans ökat med 3 procent mellan 2000 och 2001. År 2001 anmäldes ca 38 600 arbetsolycksfall vilket är en minskning med ca 2 procent sedan föregående år. Männens andel av anmälningarna var ca 60 procent.

Som framgår nedan anmäldes ca 26 000 arbetssjukdomar 2001, en ökning med ca 11 procent. Belastningssjukdomar är den vanligaste sjukdomstypen (ca 16 000 anmälningar). Anmälningarna har för denna sjukdomstyp ökat med ca 9 procent sedan föregående år (11 procent för män och 7 procent för kvinnor). Cirka 5 200 arbetssjukdomar orsakade av sociala eller organisatoriska faktorer anmäldes 2001, en ökning med ca 13 procent (19 procent för män och 11 procent för kvinnor). Mellan 1997 och 2001 ökade anmälningarna för denna sjukdomstyp med 284 procent.

Tabell 2.8 Anmälda arbetssjukdomar

	1997	1998	1999	2000	2001	Förändring 1997–2001	Förändring 2000–2001
Kvinnor	7 153	9 602	11 506	13 480	14 800	107 %	10 %
Män	5 775	7 017	8 179	9 964	11 200	94 %	12 %
Totalt	12 928	16 619	19 685	23 444	26 000	101 %	11 %

Det är något fler kvinnor än män som får avslag på sitt yrkande om livränta. Skillnaden kan till stor del förklaras med att män i större omfattning än kvinnor råkar ut för svårare olycksfall i arbetet. Kvinnor anmäler i första hand sjukdomar i rygg, leder och muskler. Vid tillämpningen av den bevisregel i arbetsskadeförsäkringen som gällde t.o.m. 30 juni 2002 var dessa sjukdomar svårare att härleda till skadliga faktorer i arbetet. Den förändring av bevisregeln som gäller därefter väntas medföra att de skador som kvinnor drabbas av i högre grad än män, kommer att godkännas som arbetsskada i större omfattning än tidigare.

2.6.2 Analys och slutsatser

Beträffande den första delen av effektmålet som syftar till att en större andel av befolkningen skall ha förmågan att arbeta, anser regeringen att det inte är uppfyllt, eftersom en växande andel av befolkningen under 2001 inte har haft förmåga att arbeta av medicinska skäl.

Vad avser den andra delen av målet att ge dem som inte har förmåga att arbeta på grund av ohälsa en levnadsstandard anpassad till den ekonomiska utvecklingen, kan konstateras att allt fler personer som uppbär sjukpenning inte får en kompensation som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet. År 2001 beräknades 1,1 miljoner personer ha inkomster över inkomsttaket (7,5 prisbasbelopp), vilket motsvarar 36 procent av de heltidsarbetande. Mot den bakgrunden anser regeringen att taken inom bl.a. sjukförsäkringen bör höjas till 10 prisbasbelopp från den 1 juli 2003 om det statsfinansiella läget medger det.

För att operationalisera regeringens mål för *verksamhetsgrenen ohälsa* att socialförsäkringens administration skall förebygga och minska ohälsa och att den enskildes arbetsförmåga i ökad utsträckning skall tillvaratas och förlorad arbetsförmåga i ökad omfattning skall återfås,

har RFV ställt upp två s.k. riksmål. Enligt det ena skall det finnas högst tre sjukfall som pågått längre tid än två år per tusen inskrivna försäkrade i åldrarna 16–64 år. Enligt det andra skall minst 65 procent av de försäkrade som varit föremål för samordnad rehabilitering ett halvår efter avslutningstidpunkten ha en ökad förmåga jämfört med starttidpunkten. Inte något att dessa riksmål nåddes under 2001 även om utvecklingen i fråga om det senare riksmålet har gått i rätt riktning. Till detta kommer att det trots allt skett en viss avmattning av ökningstakten för sjukfrånvaron under 2001 och denna utveckling fortsätter under 2002.

I fråga om det uppsatta målet för socialförsäkringsadministrationen med avseende på *verksamhetsgrenen tillsyn* att RFV genom sin tillsyn över de allmänna försäkringskassorna skall bidra till att likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i ärendehandläggningen säkerställs finner regeringen att bilden är något skiftande. Genomströmningstiderna har, med undantag för dag ersättningsärendet sjukpenning, inte varit tillfredsställande. Minst tillfredsställande var dessa för förmånerna handikappersättning och arbetsskadelivränta. Dessutom var skillnaderna mellan försäkringskassorna alltför stor. Detta gäller även i fråga om andelen korrekt handlagda ärenden. Andelen korrekta ärenden var under 2001 oförändrad eller något försämrade med undantag för ärendeslagen handikappersättning och förtidspension. För handikappersättning nåddes det av RFV uppsatta riksmålet om 98 procent korrekt handlagda ärenden.

Regeringen ser mycket allvarligt på utvecklingen av den alljämt ökande ohälsan i arbetslivet, även om ökningstakten för sjukskrivningarna nu börjar avta. Den fortgående ökningen av antalet sjukskrivna måste hejdas, inte minst för att det skall vara möjligt att förhindra en stor ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag vilka förmåner fr.o.m. 2003 ersätts av aktivitetsersättningar och sjukersättningar. Det breda åtgärdsprogram i

11 punkter som regeringen presenterade i förra årets budgetproposition håller nu, vilket framgår av avsnitt 2.5.2, på att genomföras och de insatser som hittills gjorts kommer efter hand att få effekt. Regeringen vill även understryka att åtgärdsprogrammet inte skall betraktas som ett färdigt paket utan som en dynamisk process. Det innebär att regeringen kommer att fortsätta och intensivt sitt arbete på de olika områdena för att kunna bryta den negativa utvecklingen. Regeringens fortsatta strategi för hälsa i arbetslivet redovisas under avsnitt 2.6.3.

Ett viktigt underlag för det fortsatta arbetet för att öka hälsan i arbetslivet är det slutbetänkande (SOU 2002:5) som utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet överlämnade i början av året och som har remissbehandlats. Vidare har en arbetsgrupp inom Regeringskansliet utarbetat förslag om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron i en promemoria med samma namn (Ds 2002:22), vilken lagts till grund för en proposition till riksdagen i anslutning till denna budgetproposition.

Sjukpenning

I bl.a. Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:121) anges vad gäller sambandet mellan arbetsmiljö och sjukskrivning att risken för sjukskrivning ökar för den som är utsatt för stora krav och samtidigt har litet inflytande över arbetet.

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

Att arbetsmarknaden förbättrats under senare år har sannolikt också bidragit till att öka sjukfrånvaron. Dels har fler människor direkt tillträdde till sjukförsäkringen när antalet sysselsatta ökar, dels är människor ofta mer benägna att sjukskriva sig när arbetsmarknaden blir bättre.

En av de faktorer som traditionellt förklarar hur många som blir sjukskrivna är sjukförsäkringens utformning. Under senare år har inga reformer genomförts i sjukförsäkringen men den höjning av ersättningsnivån som genomfördes 1998 kan ha medfört en viss ökning av antalet sjukskrivna och vissa kvardröjande effekter av förändringen kan ha påverkat antalet sjukskrivna även under 2001.

En annan förklaring är att allt fler personer uppnår de åldrar då det är vanligare att bli sjukskriven. Ohälsan ökar med åldern, men det är också så att människor i högre åldrar har utsatts för arbetslivets påfrestningar under längre tid än yngre människor. Eftersom sjukfrånvaron ökar även i de yngre åldersgrupperna kan dock ökningen av antalet äldre yrkesverksamma endast förklara en mindre del av sjukfrånvarons utveckling. I motsatt riktning verkar att befolkningen, från medicinska utgångspunkter, blir allt friskare.

I vilken utsträckning den ökade sjukfrånvaron beror på förändringar i faktisk eller upplevd ohälsa bland de yrkesverksamma går idag inte att avgöra. Det kan inte uteslutas att en förändrad nivå på sjukfrånvaron på lång sikt även kan förklaras av förändrade attityder och värderingar till sjukskrivning.

Ibland framhålls att väntetiderna inom hälso- och sjukvården påverkar sjukskrivningarna. Om personer i yrkesverksam ålder är sjukskrivna i väntan på behandling är det rimligt att anta att sjukskrivningarna blir både fler och längre. Olika undersökningar ger dock olika resultat varför kunskaperna inom området behöver fördjupas.

Utredningen *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (HpH-utredningen – SOU 2002:5) konstaterar att helårssjukfrånvaron varierar från 43 till 314 procent av förväntad nivå mellan olika kommuner i landet. HpH har funnit skillnaderna anmärkningsvärda och att de är så stora att de inte kan förklaras genom modeller som enbart vill se sjukfrånvaron som något som orsakas genom individens olika sjukdomsbenägenhet. De regionala skillnaderna låter sig heller inte förklaras genom skillnader i ålders- eller näringsstruktur.

HpH anser att materialet med full tydlighet visar att den förändring som nu pågår inte är generell. Hur än analyser görs framträder stora skillnader. Kvinnors sjukfrånvaro ökar väsentligt mer än mäns. Analyseras kvinnors sjukfrånvaro ytterligare visar det sig att utvecklingen inom vissa yrkesområden är väsentligt sämre än inom andra. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden – vård, skola och omsorg. Men också på denna nivå framträder stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun. På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branscher och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större.

Enligt HpH beror sjukfrånvaron givetvis också på förhållanden utanför arbetslivet. Sociala faktorer helt utanför arbetslivet spelar en stor roll. Individens egna aktiviteter i form av kost och motion är andra exempel. Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har dessa faktorer förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökning som skett de senaste åren.

I augusti i år lämnade Utredningen om analys av hälsa och arbete sitt delbetänkande *Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62)*. Den bild som utredningen lämnar bekräftar i hög grad den utveckling som framkommit av tidigare redovisningar. Utredningen slår fast följande:

- Folkhälsan har inte försämrats. Däremot har det psykiska välbefinnandet minskat. Det senare är sannolikt en bidragande förklaring till den snabba ökningen av psykiska diagnoser.
- Arbetsmiljön utvecklades negativt under 1990-talet. Andelen arbeten som innebär hög anspänning ökade. Det kan ha bidragit till ökningen av ohälsan, men inte förklara mer än en del. I den senaste arbetsmiljöundersökningen finns tecken på en viss förbättring av arbetsmiljön.
- Den snabba ökningen av den andel i arbetskraften som är mellan 50 och 64 år har lett till en betydande ökning av antalet ohälsodagar vilket förklarar 7 procent av den totala ökningen mellan 1997 och 2001.

- Sysselsättningsökningen har en liten direkt effekt, däremot har det skett en mindre ökning av andelen arbetslösa bland de långtidssjukskrivna under de senaste åren.
- Ersättningen vid sjukfrånvaro har betydelse, men kan inte förklara den snabba sjukfrånvaroutvecklingen efter 1999.
- Administrativa tillkortakommanden och de mer restriktiva förtidspensionsbedömningarna kan ha lett till en ökning av sjukskrivningstiderna och till att förtidspensionerna har ökat mindre än vad som var förväntat utifrån den demografiska utvecklingen.

Utredningen lyfter fram två faktorer som kan anses väga tyngst i förklaringen av de ökade sjuktalen. Den ena faktorn är den förändring av befolkningens ålderssammansättning som även vid oförändrade ohälsotal i olika åldersgrupper skulle ha medfört en kraftig ökning av antalet ohälsodagar. Administrativa tillkortakommanden och förändringar i förtidspensionssystemet har lett till att denna ökning nästan uteslutande hamnat i sjukförsäkringssystemet. Den demografiska utvecklingen har enligt utredningen emellertid inte alls bidragit till utvecklingen av antalet ohälsodagar för de yngre. För den stora ökningen av antalet ohälsodagar bland t.ex. kvinnor mellan 30 och 49 år har den demografiska förändringen inte något som helst förklaringsvärde.

Den andra faktorn – som utredningen anser vara mer komplex – är att arbetslivet blivit mer pressat och det psykiska välbefinnandet minskat, det senare sannolikt beroende både på situationen i arbetslivet och på andra faktorer i samhället. Utredningen framför därvid hypotesen att något har hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Samspelet är enligt utredningen intrikata och dubbelriktade och tycks leda till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som skall tas hänsyn till – och uthärdas – på arbetsplatsen. Sjukskrivning har därvid enligt utredningen blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv.

I augusti 2002 presenterade Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) rapporten *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. I rapporten har Riksförsäkringsverket på uppdrag av ESO jämfört sjukfrånvaron i Sverige, Danmark, Norge, Finland, Frankrike,

Nederländerna, Storbritannien och Tyskland. Den redovisning och analys som görs visar att sjukfrånvaron i Sverige liksom i Norge och Nederländerna både ligger på en högre nivå och under senaste åren ökat snabbare än i andra länder. Detta mätt som andel av anställda i åldrarna 20–64 år, som varit frånvarande från arbetet en vecka eller längre på grund av sjukdom. Andelen anställda som var frånvarande på grund av sjukdom varierar mellan 2,5 och 5,7 procent i Sverige, Norge och Nederländerna under perioden 1983–2001. Nederländerna hade högre sjukfrånvaro än Sverige under i stort sett hela 1990-talet. I Norge däremot var det först under senare delen av 1990-talet som sjukfrånvaron var högre än i Sverige. I Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland och Storbritannien har frånvaron under stort sett hela den undersökta perioden varierat mellan 1,5 och 2,5 procent. Bland dessa länder uppvisar Tyskland den lägsta sjukfrånvaron under så gott som samtliga år. I rapporten dras också slutsatsen att det kommer att ta tid att dämpa utvecklingen i Sverige och att det kommer att krävas insatser på flera plan och av många aktörer. Rapporten visar även på behovet av ytterligare fördjupade studier som jämför sjukfrånvarons utveckling för olika grupper. Rapportens resultat måste dock förstås i ljuset av att kvinnor i Sverige har en hög förvärvsfrekvens samt att arbetskraften i Sverige är äldre än i andra länder.

Som tidigare redovisats under avsnitt 2.6 får allt fler personer som uppstår sjukpenning inte en kompensation som motsvarar 80 procent av inkomstbortfallet. År 2001 beräknades 1,1 miljoner personer ha inkomster över inkomsttaket (7,5 prisbasbelopp), vilket motsvarar 36 procent av de heltidsarbetande. Mot den bakgrunden avser regeringen att höja inkomsttaket inom bl.a. sjukförsäkringen till 10 prisbasbelopp från den 1 juli 2003 om det statsfinansiella läget medger det.

Rehabilitering

Regeringens bedömning är att socialförsäkringsadministrationen inte nådde det uppsatta målet när det gäller verksamhetsgrenen åtgärder mot ohälsa. Målet var att socialförsäkringens administration skall förebygga och minska ohälsa. Den enskildes arbetsförmåga skall i ökad grad

tillvaratas och förlorad arbetsförmåga skall i ökad omfattning återfås.

För att mäta måluppfyllelsen satte RFV upp två riksmål.

- Vid utgången av 2002 skall det finnas högst tre sjukfall över två år per 1000 inskrivna försäkrade 16–64 år. För att riksmålet skall kunna nås måste den pågående ökningen av tvåårsfall brytas under 2001.
- År 2001 skall minst 65 procent av de försäkrade som varit föremål för samordnad rehabilitering ett halvår efter avslutningstidpunkten ha en ökad arbetsförmåga jämfört med starttidpunkten.

Inte något av dessa riksmål uppnåddes. Antalet sjukfall som pågått längre än två år ökade under 2001. Det fanns 6,7 sjukfall över två år per 1000 inskrivna försäkrade. Andelen försäkrade som fått ökad arbetsförmåga efter rehabiliteringsinsatserna var 62 procent.

Till regeringens bedömning att socialförsäkringsadministrationen inte uppnått målet för verksamhetsgrenen bidrar också det faktum att andelen långtidssjukskrivna som var föremål för samordnad rehabilitering minskade under 2001. Endast 8 procent av de försäkrade som varit sjukskrivna längre än 60 dagar var föremål för samordnad rehabilitering. Detta är en oacceptabelt låg siffra. Alltför många sjukskrivna går passivt sjukskrivna utan att delta i någon form av rehabiliteringsåtgärd.

Det finns dock vissa positiva faktorer som är värda att lyfta fram. Även om målet inte nåddes så ökade andelen försäkrade som har ökad arbetsförmåga efter samordnad rehabilitering under 2001. Vidare lyckades försäkringskassorna öka prioriteterna på den samordnade rehabiliteringen genom att använda en större del av de administrativa resurserna för detta arbete.

En förutsättning för att socialförsäkringsadministrationen i framtiden skall kunna nå målen för arbetet med åtgärder mot ohälsa är enligt regeringens mening att det påbörjade förnyelsearbetet inom rehabiliteringsområdet blir lyckosamt. Regeringen gav i december 2001 RFV och AMS i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (se vidare ovan under avsnitt 2.5.2).

Det övergripande mål som regeringen satt upp för förnyelsearbetet är att fler sjukskrivna skall återfå förmågan att arbeta och förmågan att försörja sig själva genom eget arbete. Detta skall ske

genom att förnyelsearbetet uppnår följande mer specifika mål.

- Beslutsunderlagen vid bedömning av rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering skall hålla hög kvalitet. Dessutom skall bedömningen av behovet av rehabilitering komma till stånd tidigt i sjukfallen. Detta för att i sin tur möjliggöra att relevanta rehabiliteringsåtgärder kan sättas in tidigt.
- Metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden skall vara enhetlig och rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll skall vara tydlig.
- Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för arbetslösa sjukskrivna skall vara sammanhållen och ändamålsenligt organiserad.

Det är angeläget att metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden fortsätter att utvecklas kontinuerligt efter det att regeringsuppdraget slutförts. Det är inte ändamålsenligt att var och en av de 21 kassorna självständigt bedriver detta arbete. Arbetet kräver fokus på likformighet och nationell samsyn. Det är därför enligt regeringens mening nödvändigt att ansvaret för det fortsatta utvecklingsarbetet ligger hos RFV.

Regeringen föreslår för att de metoder, arbetssätt m.m. som tas fram inom ramen för förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall kunna spridas och tillämpas på ett seriöst sätt i hela landet att socialförsäkringsadministrationen tillförs ytterligare resurser (se vidare avsnitt 2.6.3).

Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Försäkringskassorna använde 2001 inte samtliga anslagna s.k. särskilda medel. Den huvudsakliga orsaken till detta var att kassorna minskade antalet köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster i form av försäkringsmedicinska utredningar, arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar och aktiva rehabiliteringsåtgärder.

Antalet långtidssjukskrivna har ökat kraftigt under senare år. Det är i en situation med ett stort behov av rehabiliteringsutredningar och aktiva rehabiliteringsinsatser enligt regeringens mening inte acceptabelt att kassorna inte använder samtliga medel. Detta visar på brister inom ledning och styrning hos kassorna.

För att medlen för köp av utredningar och aktiva insatser ska kunna utnyttjas krävs dock också att kassorna får möjlighet att anställa fler personer som kan arbeta med den samordnade rehabiliteringen. Regeringen föreslår bl.a. mot denna bakgrund att ytterligare medel avsätts för kassornas administration (se vidare avsnitt 2.6.3).

Skillnader i bedömningarna av kvinnor och män

Kvinnor och män behandlas i några viktiga avseenden olika när det gäller rehabilitering. Exempelvis är de utbildningar som försäkringskassan köper till kvinnor mindre kostsamma än de man köper till män. I rapporten Socialförsäkring, kön och agenda (Sennvall, 2002, Försäkringskassan Stockholms län) konstateras att en tydlig struktur i kassans handläggning sannolikt är den mest effektiva metoden för att minimera omotiverade skillnader mellan könen. En tydlig struktur i vilken det går att utläsa vilka åtgärder som skall ske, vid vilken tidpunkt dessa skall ske osv. minskar enligt rapporten med all sannolikhet risken att kvinnor och män bedöms olika vid den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Av uppdraget till RFV och AMS att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen framgår bl.a. att RFV skall utveckla just strukturen, metodiken, i kassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden. De osakliga skillnaderna i försäkringskassorna bedömning av kvinnor och män inom rehabiliteringsverksamheten måste upphöra. Det är regeringens uppfattning att det kan ske genom att RFV samt AMS anlägger ett genderperspektiv i förnyelsearbetet. RFV skall aktivt utvärdera och rapportera till regeringen hur förnyelsearbetet påverkar försäkringskassorna bedömningar av kvinnors och mäns rehabiliteringsbehov.

Förtidspension

Mot bakgrund av den kraftiga ökningen av antalet långtidssjukskrivna är antalsutvecklingen inom förtidspensionsområdet inte så överraskande, men givetvis otillfredsställande. Under 2001 ökade antalet personer som uppbär förtidspension eller sjukbidrag med ca 19 000 eller med ca 4,4 procent. Av detta följer att det är svårt att tala om att utvecklingen på förtidspensionsom-

rådet bidragit till uppfyllelse av den del av målet som anger att en större del av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. När det gäller den andra delen av målet om att personer som inte har förmågan att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen, kan konstateras att förmånen förtidspension/sjukbidrag är värdesäkrad genom anknytning till prisbasbeloppet. Det innebär att förmånstagarna endast får kompensation för inflationen i samhället. För att förbättra måluppfyllelsen har regeringen i anslutning till förslaget om reformerad förtidspension övervägt möjligheten att införa andra indexeringsmetoder för de nya förmånerna aktivitetserättning och sjukersättning, vilka ersätter förtidspension/ sjukbidrag fr.o.m. 2003. Frågan om vilken eller vilka indexeringsmetoder som skulle kunna gälla framöver bereds inom Regeringskansliet. Med hänsyn till det statsfinansiella läget har regeringen emellertid inte kunnat lägga fram något förslag ännu.

Regeringen anser således att effektmålet med avseende på förtidspensionsområdet inte har nåtts. Se text ovan om Rehabilitering.

Den möjlighet att kunna återgå till eller påbörja ett förvärvsarbetet med s.k. vilande förtidspension som infördes 2000 har utnyttjats av fler personer under 2001. Även om intresset ökar är det nödvändigt att genomföra ytterligare informationsinsatser och olika sådana insatser kommer att genomföras av socialförsäkringsadministrationen under 2002.

När det gäller målet för socialförsäkringsadministrationen avseende verksamhetsgrenen tillsyn kan regeringen konstatera att genomströmningstiderna minskat något för förtidspensionsärenden, men ökat något när det gäller sjukbidrag. Riksmålet på 180 dagars genomströmningstid uppfylls emellertid inte. Skillnaderna mellan länen är dock stora i fråga om tidsåtgången. Dessa skillnader beror till större delen på variation av den interna liggtiden, vilken uppstår när ärenden blir liggande antingen hos handläggaren i avvaktan på svar från försäkringsläkare eller hos föredragande i socialförsäkringsnämnd. Hur de föredragande prioriterar att föra upp ärenden och hur arbetsbelastningen ser ut bedöms vara en viktig förklaring till varför liggtiderna varierar.

Kvaliteten på handläggningen anges i andelen korrekt handlagda ärenden. Genomförda kvalitetskontroller av RFV visar att riksmålet

98 procent korrekt handlagda ärenden i det närmaste nåddes för förtidspension eller sjukbidrag.

Något samband mellan lång handläggningstid och kvalitet i ett ärende har inte framkommit vid RFV:s systematiska tillsyn. Verket framhåller att trots att utredningstiderna är långa är kvaliteten i 30 procent av ärendena inte tillräcklig. I mer än vart sjätte granskat ärende med en handläggningstid över sex månader bedömdes dock handläggningstiden vara rimlig med hänsyn till ärendets beskaffenhet.

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag ökade med ca 7 500 eller drygt 13 procent under 2001. Även om detta knappast ligger i linje med politikområdets effektmål är det ändå enligt regeringens uppfattning positivt att försäkringskassorna, efter fjolårets negativa kritik om att en stor andel av de långa sjukfallen borde ha varit föremål för pensionsprövning, stärkt sina insatser för att säkerställa att rätt ersättning utges i de enskilda fallen.

Handikappersättning

Genomströmningstiderna för handikappersättning är oacceptabelt lång och har ökat 2001 jämfört med 2000. Skillnaderna mellan försäkringskassorna är stora. Riksmålet för genomströmningstid har inte uppnåtts. Handikappersättning är ett av de ärendeslag som har ingått i en särskild studie om handläggningstid som RFV genomfört. RFV konstaterar att skillnader i handläggningstid mellan olika försäkringskass kontor främst kan förklaras av passiv liggtid. Den aktiva handläggningen är relativt likartad. Resultatet kan till viss del förklaras av personaldimensioneringen. Den främsta förklaringen var dock om den lokala arbetsledningen aktivt eftersträvade korta handläggningstider och stöttade personalen i det arbetet. Det finns därför anledning för försäkringskassorna att se över hur arbetet med förmånen bedrivs.

Andelen korrekta beslut har ökat och uppgick 2001 till 99,1 procent vilket överstiger riksmålet som är 98 procent. Styckkostnaden per utbetalning har minskat.

Antalet handikappersättningar med den högsta ersättningsnivån har inte förändrats nämnvärt, medan antalet med den lägsta nivån har ökat.

Det beräknas att antalet personer med handikappersättning skall minska som en följd av att den nedre åldersgränsen för rätt till denna ersättning höjs den 1 januari 2003 från 16 år till juli månad det år den försäkrade fyller 19 år.

Arbetskadorna

Arbetsskadeanmälningarna har fortsatt att öka även under 2001. Antalet anmälda arbetssjukdomar ökade, medan anmälda arbetsolycksfall minskade något. Högre förvärvsfrekvens, utvecklingen av arbetsmiljön och demografiförändringar har i olika grad betydelse för arbetsskadeområdet. Även om alla arbetskadorna som anmäls inte uppfyller kraven för prövning hos försäkringskassan, medför fler skador långsiktigt en risk för ökade försäkringskostnader.

För ärenden om arbetsskadelivränta ökade genomströmningstiden med 32 dagar och var 2001 hela 456 dagar. Det var den längsta genomströmningstiden bland alla ärendeslag som beslutas av socialförsäkringsnämnd. Spridningen mellan försäkringskassorna var stor och låg mellan 272 och 873 dagar. Försäkringskassorna rapporterade bland annat att de hade cirka 21 000 arbetsskadelivräntenärenden i balans i oktober 2001. Av dessa var 35 procent ett år eller äldre. Särskilda satsningar har gjorts för att arbeta av liggande balanser och just detta torde vara den främsta förklaringen till att genomströmningstiden för dessa ärenden har ökat för de flesta försäkringskassor. Justitieombudsmannens granskningar av ärenden som föranlett kritik 2001 domineras dock inte av arbetsskadeärenden, vilket var fallet 2000.

Såväl styckkostnaden som stycktiden för arbetsskadeärenden ökade under 2001. Ärenden om arbetsskadelivränta kräver mycket resurser i och med de komplicerade utredningarna av bl.a. samband, inkomster och inkomstförluster som föregår ett beslut. En möjlig förklaring till den ökade stycktiden är att flera försäkringskassor utbildat nya arbetsskadehandläggare, vilket innebär att det går åt mer tid att handlägga ett ärende eftersom mycket av utbildningen sker i samband med handläggningen.

Andelen korrekt handlagda arbetsskadelivräntenärenden uppgick 2001 till 95,5 procent, vilket var två procentenheter högre än 2000. Trots denna förbättring uppnåddes inte riksmålet 98 procent korrekt handlagda ärenden.

Bedömningarna i arbetsskadeärenden varierar i landet. De brister i handläggningen inom arbetsskadeförsäkringen som fortfarande förekommer är inte acceptabla. Det är också mycket otillfredsställande att bedömningarna skiftar mellan försäkringskassorna. Högre kvalitet i handläggningen och större likformighet i besluten behöver uppnås för att skapa tilltro till arbetsskadeförsäkringen. Åtgärder för att förbättra resultaten i dessa delar är därför nödvändiga. En särskild utredare kommer hösten 2002 att lämna förslag till en förändrad organisation av handläggningen av arbetsskadeförsäkringen. Den nya organisationen skall bidra till höjningen av kvaliteten i handläggningen och ökad likformighet i besluten.

De regeländringar som införts i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring under 2002 innebär att beviskravet vid prövning av arbetsskada har sänkts. Ändringen väntas medföra att det blir lättare för kvinnor att få sina sjukdomar godkända som arbetsskada. För att möjliggöra en uppföljning av den reformerade arbetsskadeförsäkringen krävs ett väl utvecklat statistiksystem. Därför har regeringen givit RFV i uppdrag att inom ramen för befintliga statistiksystem följa förändringar i arbetsskadeförsäkringens ersättningsmönster och mäta försäkringens effekter för kvinnor och män. En första rapportering skall göras i anslutning till årsredovisningen.

2.6.3 Den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet

Sammanlagt satsas ca 750 miljoner kronor per år på olika insatser under 2003 och 2004 enligt följande:

- Ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet införs fr.o.m. 2003 fram till 2008
- Förstärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare skall införas under 2003
- Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron införs under 2003
- Socialförsäkringsadministrationen tillförs ökade resurser för arbetet mot ohälsan för 2003 och 2004 och organisationen ses över
- Rätt till egen kontaktperson för långtidssjukskrivna införs

- Fler försäkringsläkare anställs på försäkringskassorna under 2003, samtidigt som regeringen ser över tillsynsfrågan
- Förstärkt utbildning för läkare i försäkringsmedicin påbörjas under 2003
- Partiell sjukskrivning skall vara utgångspunkten vid intyg om sjukskrivning och införas under 2003
- Rehabiliteringsutredningen görs obligatorisk. Denna skall bl.a. innehålla ett utlåtande från arbetsgivaren om att arbetsmiljölagens krav på anpassning av arbetsuppgifterna är uppfyllda.
- I vissa fall skall läkarintyg med fördjupad bedömning från annan läkare inhämtas efter åtta veckors sjukskrivning
- En teknisk översyn av reglerna om karensdag skall genomföras
- Sjukersättning (ersätter förtidspension/sjukbidrag fr.o.m. 2003) skall beviljas för högst tre år i taget
- Reglerna för försäkringskassornas användning av medlen för köp av aktiva rehabiliteringsinsatser förtydligas under 2003
- Flexiblare användning av rehabiliteringspenning vid arbetsträning och studier ska övervägas
- Ytterligare medel avsätts för köp av försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar fr.o.m. 2003
- Nuvarande möjlighet till vilande sjukersättning/aktivitetsersättning för att pröva att arbeta utan att rätten till förmånen går förlorad förlängs till två år under 2003
- Möjlighet att ha sjukersättning/aktivitetsersättning vilande vid studier införs under 2003
- Utbildningsinsatserna inom företagshälsovården förstärks och frågan om arbetsmiljöcertifiering skall utredas under 2003
- Stödet till den regionala skyddsombudsverksamheten skall ökas med 30 miljoner kronor 2003
- I anslutning till att trepartssamtalen avslutas och resultaten av samtalen presenteras avses en informationsinsats genom-

föras med medverkan av samtliga parter som deltagit i samtalen

Regeringen föreslår att ett mål sätts upp som innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivningar – exklusive sjuklöneperioden – skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden. För att nå detta mål är det enligt regeringen nödvändigt med ett brett stöd från arbetsmarknadens parter. Det nationella målet för ökad hälsa skall uppnås genom insatser inom ett flertal politikområden.

Regeringens förslag innebär kraftfulla insatser för att detta mål skall kunna nås. Regeringen är därutöver beredd att vidta ytterligare åtgärder. Att bryta ohälsoutvecklingen är en av regeringens största utmaningar under mandatperioden. En naturlig utgångspunkt för detta arbete är det breda åtgärdsprogram i 11 punkter som regeringen presenterade i förra årets budgetproposition. Vad som hittills gjorts för att genomföra de åtgärder som programmet innehåller har redovisats under avsnitt 2.5.2. Det är enligt regeringens uppfattning nödvändigt att förstärka, vidareutveckla och konkretisera åtgärderna under de närmaste åren med kraftsamling på följande områden: ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering sjukersättning/aktivitetsersättning och förstärkt förebyggande arbete m.m.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare

Regeringen har tidigare redogjort för sin avsikt att lämna förslag om ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron hos de anställda. Det är angeläget att det i ökad utsträckning blir lönsamt för enskilda arbetsgivare att såväl förhindra att långvariga sjukfall uppkommer som att försöka få tillbaka personer som är sjukskrivna i arbete även om arbetsförmågan är nedsatt.

Ett arbete kring olika tänkbara modeller för ett förtydligt finansieringsansvar för arbetsgivare bedrivs inom Regeringskansliet. Resultat av detta arbete har diskuterats inom ramen för de pågående samtalen med arbetsmarknadens parter kring ohälsan i arbetslivet.

Regeringens bedömning är att det finns starka skäl att genom ett förändrat finansieringsansvar förtydliga de kostnader som samhället åsamkas till följd av sjukfrånvaro och göra det möjligt för arbetsgivare att genom aktiva insatser minska sjukfrånvaron och därigenom sina och samhällets kostnader. Regeringens bedömning är att detta kräver att en omläggning av nuvarande finansieringsansvar sker så att enskilda arbetsgivare i ökad utsträckning får ett större direkt ansvar för finansiering av försörjning till anställda som är sjukskrivna. Uttaget av sjukförsäkringsavgifter skall samtidigt minskas så att arbetsgivarna som kollektiv sammantaget inte betalar mer för sjukersättning än i nuvarande system. Vid utformningen av förslag skall vidare situationen för personer som bedöms ha högre risk för längre sjukskrivningsperioder beaktas.

En förändring av finansieringsansvaret utifrån dessa utgångspunkter kan utformas med olika inriktning. En fråga i sammanhanget är inom vilka delar av ekonomin som ett tydligt och påverkbart finansieringsansvar bör införas. Inom alla sektorer finns i dag arbetsplatser med såväl hög som låg sjukfrånvaro. Det har visat sig svårt att förklara dessa skillnader med faktorer som inte kopplar till förhållanden hos enskilda arbetsgivare. Anställda inom kommuner och landsting svarar sammantaget för en betydligt större del av sjukfrånvaron än vad som motiveras av antalet anställda. Särskilt gäller detta för de långvariga sjukfallen. Även statlig sektor är överrepresenterad vad gäller långvariga sjukfall. Regeringen anser mot denna bakgrund att det är angeläget att i vart fall den offentliga sektorn snarast möjligt kan ges ökade motiv för att komma till rätta med förhållanden av betydelse för förekomst av långvarig sjukfrånvaro. Arbetsförhållanden och arbetsmiljö kommer att bli en allt viktigare faktor i konkurrensen om arbetskraften framöver.

Mot denna bakgrund övervägs att införa en avsevärt förlängd sjuklöneperiod inom enbart den offentliga sektorn. En fördjupad analys av vilka förutsättningar som finns för detta pågår inom Regeringskansliet.

En konsekvens av en sådan ansvarsomläggning är att privata arbetsgivare får andra förutsättningar att bedriva sin verksamhet på än de offentliga, samtidigt som det även inom den privata sektorn finns många arbetsplatser där sjukfrånvaron är hög. Gränsdragnings- och

andra problem i förhållande till offentlig sektor föranleder ytterligare överväganden.

Ett annat tänkbart alternativ är att genomföra en omläggning för samtliga arbetsgivare.

Utgångspunkten för en generell omläggning av ansvaret bör vara medfinansiering, dvs. att staten och arbetsgivarna delar på kostnaderna för anställdas försörjning under en sjukskrivningsperiod.

För att särskilt komma till rätta med långtidssjukskrivning skulle arbetsgivarna i början av en sjukskrivning ansvara för en relativt begränsad del, vilket betyder att staten tar den största delen av ansvaret. För en sjukskrivning som fortsätter utan avbrott skulle arbetsgivarna sedan, t.ex. efter dag 60, under en längre tid avkrävas större delen av finansieringsansvaret, samtidigt som statens ansvar reduceras i motsvarande omfattning. Finansieringsansvaret skulle antingen kunna utgöras av sjuklön av viss omfattning eller av en särskild sjukförsäkringsavgift som relateras till hur belastningen på sjukförsäkringen påverkas av sjukfrånvaron hos en enskild arbetsgivare.

Nuvarande arbetsgivarperiod missgynnar inte mindre företagare som grupp då sjuktalen i genomsnitt är lägre i mindre företag än i större företag och offentlig sektor. Enskilda mindre företag kan dock drabbas hårt. Det är dessutom angeläget att generellt förbättra situationen för de mindre företagen. I samband med regeringens övervägande om ekonomiska incitament för arbetsgivarna i arbetet mot ohälsa kommer regeringen därför att utforma nya system med särskilt beaktande av de mindre företagens situation. Medfinansiering generellt förutsätter att det för mindre företag införs skydd mot höga rörliga kostnader till följd av anställdas sjukfrånvaro. Därför skulle särskilda regler behöva införas. Utgångspunkten för dessa är att undvika orimligt risktagande och tröskeleffekter vid nyrekrytering. Ett sätt att åstadkomma detta skulle kunna vara att införa en möjlighet för företag upp till en viss storlek att välja mellan att fortsätta i nuvarande sjuklönesystem eller att ingå i ett generellt system, vilket skulle innebära ett lägre avgiftsuttag. Regeringen överväger om det i en medfinansieringsmodell även bör ingå ett generellt högkostnadsskydd för orimliga kostnader till följd av anställdas sjukfrånvaro för företag med upp till 50–100 anställda.

De tänkbara alternativen behöver utredas vidare. Ett sådant arbete har redan inletts och

kommer att fortsätta inom Regeringskansliet under hösten 2002. Avsikten är att kunna remittera ett förslag före årsskiftet. Regeringens avsikt är sedan att lägga fram förslag till riksdagen under våren 2003 för ikraftträdande den 1 juli samma år.

Sjukskrivningsprocessen

I flera utredningar har konstaterats att den intygsskrivande läkarens kunskaper om sambandet mellan hälsa och arbetsförmåga många gånger inte är tillräckliga, att läkarens intyg om sjukskrivning i mycket liten utsträckning ifrågasätts och att det i många fall är patienten själv som i praktiken bestämmer om han eller hon skall sjukskrivas. Det har även konstaterats att sjukfrånvaron uppvisar anmärkningsvärt stora regionala variationer. I olika sammanhang har framförts att denna process resursmässigt måste förstärkas och förändras.

Regeringen anser att sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och att det därför ur såväl ett individ- som ett samhällsperspektiv är ytterst angeläget att vidta åtgärder i syfte att begränsa den negativa utvecklingen vad gäller framförallt antalet långa sjukskrivningar. Regeringens uppfattning är att dessa åtgärder bör ske i sådana former som i grunden förstärker individens berättigade krav på arbete och stöd vid ohälsa.

För att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen av det stora antalet långtids-sjukskrivningar behöver fler försäkringsläkare anställas på försäkringskassorna. Regeringen bedömer att behovet uppgår till ca 100 läkare med halvtidsanställning till en beräknad årlig kostnad om ca 40 miljoner kronor. Det är också nödvändigt att försäkringsläkarnas roll ändras så att de i fortsättningen arbetar mer aktivt med de intygsskrivande läkarna, bl.a. genom en mer utvecklad dialog i samband med längre sjukskrivningsfall. Det är nödvändigt att RFV ges en övergripande och samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna. RFV skall även ges ansvaret för att försäkringsläkarna kontinuerligt ges möjlighet att delta i relevanta utbildningar. I samband med att RFV ges en övergripande och samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna kommer regeringen även att överväga frågan om och på vilket sätt försäkringsläkarnas bedömningar vad avser enskilda försäkrades

läkarintyg skall kunnas ställas under en liknande tillsyn som gäller för övriga läkare.

De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin behöver förbättras. Den nuvarande utbildningen är inte obligatorisk och till omfattningen mycket begränsad. För att förbättra situationen behövs ett resurstillskott på 20 miljoner kronor per år. Dessa insatser bör kunna påbörjas redan under våren 2003. Det handlar dels om en kortare allmänt utformad utbildning avsedd för flertalet läkare som utfärdar intyg, dels en påbyggnadsutbildning riktad till läkare som behöver fördjupa sina kunskaper inom området. Denna utbildning bör vända sig till de läkare som försäkringskassan avser använda för att inhämta fördjupade underlag efter åtta veckor i en sjukskrivningsperiod (se nedan). Regeringen anser vidare att det är viktigt att utbildningen i försäkringsmedicin stärks under läkarutbildningens alla delar.

Regeringen avser att föreslå en ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring så att det framgår att ersättning i form av partiell sjukpenning skall vara utgångspunkten i samband med intyg om sjukskrivning. Syftet är att en eventuellt återstående arbetsförmåga som finns skall tas till vara i ökad utsträckning, vilket samtidigt motverkar att patienten förlorar kontakten med arbetslivet. Vid hel nedsättning av arbetsförmågan skall läkarintyget utförligt motivera vari den hela arbetsoförmågan består. Regeringen anser vidare att ett särskilt bedömningsinstrument bör utvecklas för sjukskrivning, vilket skall fungera som ett beslutsstöd för behandlande läkare.

Det är i samspelet mellan individen, arbetskamraterna och arbetsledningen som det avgörs om individen många gånger känner sig behövd och efterfrågad trots tillfälliga eller mer långvariga nedsättningar av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan. Det är i sådana sammanhang viktigt att den eventuella arbetsförmåga som finns kan tas tillvara genom att arbetsuppgifterna anpassas eller att andra lämpliga arbetsuppgifter går att ordna. Regeringen anser därför att den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren skall lämna till försäkringskassan skall innehålla information om varför det inte varit möjligt att anpassa arbetsuppgifterna till den anställdes arbetsoförmåga eller att andra lämpliga arbetsuppgifter saknas.

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) föreslog att försäkringskassan vid längre sjukskrivningar regelmässigt skall inhämta underlag från företagshälsovården avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. samt att dessa underlag skall bekostas av försäkringen. Regeringen anser att det är av största vikt att de intyg som ligger till grund för bedömning av rätten till ersättning från socialförsäkringen och därmed möjligheterna till rehabilitering är av hög kvalitet. För att kunna uppnå detta bör dessa intyg finansieras genom försäkringen. Den enskildes möjligheter att återgå i arbete och därmed undvika det utanförskap som en längre sjukskrivning som regel innebär får inte bero på otillräckliga beslutsunderlag.

Regeringen gör därför den bedömningen att om sjukperioden pågår längre tid än 8 veckor och om den medicinska utredning som behandlande läkare ansvarar för samt den rehabiliteringsutredning som skall lämnas av arbetsgivaren, inte ger det underlag som krävs för att försäkringskassan skall kunna utreda rätten till sjukpenning och behovet av rehabiliteringsinsatser, skall försäkringskassan inhämta ett fördjupat underlag avseende den försäkrades arbetsförmåga från en annan läkare. Denna läkare bör ha genomgått den ovan nämnda fördjupade utbildningen i försäkringsmedicin.

Regeringen avser att göra en teknisk översyn av reglerna om karensdag. Utgångspunkten för utformningen av reglerna var att effekterna för de försäkrade i förhållande till inkomsten i möjligaste mån skulle vara lika för alla och att reglerna skulle vara lätta att administrera. I olika sammanhang har dock framförts kritik över att de nuvarande reglerna kan få orättvisa konsekvenser för personer med koncentrerad arbetstid och för personer som har flera arbetsgivare. Kritik har även framförts över att en karensdag kan avse endast en del av dag. Med anledning av detta anser regeringen att det finns anledning att göra en teknisk översyn av dessa regler.

Regeringen avser att senare återkomma i propositioner till riksdagen med mer detaljerade förslag inom ovanstående områden.

Rehabilitering

Regeringen anser att det är angeläget att försäkringskassornas arbete inom ohälsområdet professionaliseras. Det är också viktigt att kontakterna mellan försäkringskassan och den försäkrade förbättras när det gäller kontinuitet och tillgänglighet. För de personer som varit sjukskrivna en längre tid är det av avgörande betydelse att de får ett förbättrat stöd för att inte sjukskrivningarna skall leda till att arbetsförmågan helt eller delvis går förlorad med sjukersättning eller aktivitetsersättning som följd. Erfarenheterna visar tydligt att ju tidigare aktiva rehabiliteringsinsatser sätts in, desto större är möjligheterna för en återgång till arbetslivet. Sjukförsäkringssystemet måste därför underlätta en snabb återgång till arbete, dvs. arbetslinjen måste hävdas. Aktivitet i stället för passivitet under sjukskrivning är således viktig och regeringen anser att det krävs ett antal åtgärder inom rehabiliteringsområdet för att detta skall vara möjligt.

De nya metoder, arbetssätt m.m. som utvecklas inom ramen för regeringens uppdrag till RFV och AMS att förnya rehabiliteringsarbetet skall successivt spridas och tillämpas fullt ut i hela landet senast vid utgången av 2004. För att skapa förutsättningar för att detta förnyelsearbete skall bli lyckosamt och att det leder till att fler sjukskrivna återgår i arbete föreslår regeringen dels att socialförsäkringsadministrationen tillförs ytterligare resurser, dels att ytterligare medel avsätts för köp av försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar.

I detta sammanhang vill regeringen understryka det angelägna i att den som är långtidssjukskriven får rätt till en egen kontaktperson på försäkringskassan som stödjer denne och koordinerar insatser av arbetsgivare, läkare och andra samt regelbundet håller kontakt med den försäkrade.

Reglerna för försäkringskassornas användning av medlen för köp av aktiva rehabiliteringsåtgärder behöver förtydligas. Dessa medel bör endast få användas för köp av aktiva åtgärder till personer som inte antas kunna återgå till sin ordinarie arbetsgivare och till personer som arbetar i små företag. På detta sätt vill regeringen markera att arbetsgivarna i ökad utsträckning måste ta sitt ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder. Regeringen kommer även att

överväga möjligheterna att upprätta kvalitets-kriterier för vilka åtgärder försäkringskassorna får köpa.

Enligt regeringens uppfattning är det motiverat att närmare överväga att vidga möjligheterna att uppbära rehabiliteringspenning vid arbetsträning och studier.

Enligt gällande bestämmelser skall en försäkrads arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivare påbörja en rehabiliteringsutredning när en försäkrad till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd. Utredningen skall lämnas till försäkringskassan efter åtta veckor. Regeringen anser, i likhet med bl.a. HpH-utredningen, att det är nödvändigt att skärpa kraven på arbetsgivaren. Reglerna skall ändras så det i nämnda situationer blir obligatoriskt för arbetsgivarna att komma in med en rehabiliteringsutredning. Frågan om att införa sanktioner för arbetsgivare som inte uppfyller denna skyldighet kommer att övervägas. Vid utformningen av förslaget skall även övervägas om det i underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovård eller motsvarande.

Under senare tid har frågan om att införa en särskild rehabiliteringsförsäkring förts fram från olika håll. Regeringen avser därför att förut-sättningslöst studera möjligheterna att införa en sådan försäkring.

Regeringen avser att senare återkomma i propositioner till riksdagen med mer detaljerade förslag inom ovanstående områden.

Åtgärder inom området aktivitetsersättning/sjukersättning

Det reformerade förtidspensionssystemet, som träder i kraft den 1 januari 2003, innebär bl.a. att personer mellan 30–64 år blir beviljade sjukersättning tills vidare eller med tidsbegränsning, beroende på hur varaktig arbetsförmågens nedsättning är. För personer i åldrarna 19–29 skall motsvarande ersättning, aktivitetsersättning, alltid tidsbegränsas till längst tre år i taget. Regeringen anser att tidsbegränsning i princip skall gälla även för försäkrade som beviljas sjukersättning och att en ny prövning av

arbetsförmågan då sker, eftersom det finns försäkrade som återfått en del av sin arbetsförmåga eller genom förnyade rehabiliteringsinsatser kan återgå i arbete. Regeringen är dock medveten om att det i en hel del fall saknas anledning att ompröva arbetsförmågan. Reglerna skall därför utformas så att undantag skall kunna göras från huvudregeln om tidsbegränsning och omprövning med beaktande av i första hand sjukdom eller funktionshinder.

Enligt regler som gäller fr.o.m. 2000 kan en person med förtidspension eller sjukbidrag pröva att förvärvsarbeta och ha sin förmån vilande under högst 12 månader utan att rätten till förmånen går förlorad. Efter de första 12 månaderna av förvärvsarbete kan den försäkrade få ha förmånen vilande under ytterligare 24 månader, men om den försäkrade under denna tid önskar få tillbaka sin förmån är det möjligt för försäkringskassan att efter prövning minska eller dra in förmånen om utredning visar att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt. Enligt RFV har färre personer med förtidspension och sjukbidrag än väntat utnyttjat denna möjlighet och verket har fått i uppdrag att genomföra särskilda insatser för att de försäkrade skall få god kännedom om dessa reglers innebörd och i större utsträckning motiveras att pröva möjligheterna att arbeta. Enligt RFV:s redovisning finns ett ökande intresse för denna möjlighet, men att många efter en kort tid med förvärvsarbete återgår till sin förmån. Vidare framgår att ju längre tid en försäkrad prövat att arbeta, desto mindre troligt är det att denne återtar sin förmån. För att ytterligare stimulera försäkrade med sjukersättning och aktivitetsersättning att pröva att förvärvsarbeta utan att rätten till förmånen går förlorad, avser regeringen att återkomma med ett förslag som innebär att den vilandetid under vilken rätten till förmånen kvarstår utan prövning kan utsträckas till längst 2 år. Detta knyter an till förslaget ovan om att i princip alla sjukersättningar som kommer att beviljas skall tidsbegränsas till längst tre år i taget.

Frågan om att kunna ha förtidspensionen eller sjukbidraget vilande vid studier behandlades i promemorian Vilande förtidspension – stimulans till återgång i arbetslivet. I denna föreslogs inte någon omedelbar ändring. I stället framhölls att eventuella förändringar av rätten till ersättning under tiden med studier borde ske i samband med att ställning tas till hur reglerna

skall utformas för unga försäkrade med sjukdom och arbetsförmåga som enligt de nuvarande reglerna uppbär förtidspension. Remissinstanserna förordade dock att det skulle införas en rätt att ha förtidspensionen eller sjukbidraget vilande vid studier. Problemet angående vilka ersättningsregler som skall gälla vid gymnasie-studier för vissa unga försäkrade med funktionshinder är numera löst. Allmänt sett anser regeringen att studier är ett av flera sätt att stimulera till och möjliggöra såväl återgång till arbetslivet som ett mera aktivt liv i övrigt. Studier kan således i många fall vara det mest effektiva medlet för att förbättra möjligheterna att helt eller delvis försörja sig själv. För att det skall gå att behålla det välfärdssystem som byggts upp är det nödvändigt att varje persons arbetsförmåga kan tas tillvara så långt det är möjligt. Detta gäller inte minst dem som beviljats aktivitetsersättning och sjukersättning – men som efter studier kan komma ut på eller återvända till arbetsmarknaden helt eller i begränsad omfattning. Mot denna bakgrund avser regeringen att senare återkomma till riksdagen med ett förslag om vilande aktivitetsersättning och sjukersättning vid studier.

Förstärkt förebyggande arbete m.m

En viktig utgångspunkt för arbetet med hälsan i arbetslivet är att stärka och utveckla de åtgärder som förhindrar att människor får sin arbetsförmåga nedsatt och blir sjuka. Treparsamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter beräknas komma att avslutas före årsskiftet. I anslutning till att trepartssamtalen avslutas och resultatet av samtalen presenteras bör det genomföras en informationsinsats med medverkan av samtliga parter som har deltagit i samtalen. Under förutsättning av att parterna medverkar i både genomförandet och finansieringen av dessa kommer regeringen att avsätta 20 miljoner kronor för detta ändamål.

Företagshälsovården måste också stärkas under de kommande åren för att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivarna. Utbildningsinsatserna inom företagshälsovård behöver därför öka och nivån på utbildningen, och därmed kvaliteten, höjas. Detta skall ske genom att medel tillförs under 2003 med 15 miljoner kronor för förstärkt utbildning av personalen

samt metodutveckling. Regeringen kommer att tillsätta en utredning som prövar möjligheterna till certifiering av företagshälsovård, samt även huvudmannaskapet för utbildningen inom företagshälsovård. Syftet är att förbättra kvaliteten och öka rekryteringen av yngre personal.

På den enskilda arbetsplatsen spelar skyddsombuden en viktig roll. En förstärkt utbildning för regionala skyddsombud inom ramen för utvecklingen av arbetsmiljöarbetet genomförs under 2001 och 2002. Regeringen föreslår att denna verksamhet förstärks med 30 miljoner kronor 2003.

För att stimulera företag, kommuner och myndigheter att undvika hög sjukfrånvaro har regeringen, som aviserades i den ekonomiska vårpropositionen, i anslutning till denna budgetproposition förelagt riksdagen en proposition om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron (prop.2002/2003:6). I korthet innebär förslaget att uppgifter om sjukfrånvaron skall lämnas i årsredovisningen samt att redovisningen skall vara jämförbar för privata verksamheter, kommuner och för statliga myndigheter. Vissa mindre företag föreslås inte bli omfattade av denna skyldighet. Med sjukfrånvaro avses i detta sammanhang total sjukfrånvaro under året i relation till de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid. För att få en heltäckande bild krävs dessutom att sjukfrånvaron redovisas köns- och åldersindelad. Dessutom föreslås att även den andel av sjukfrånvaron som avser sjukfall som varat i 60 dagar eller mer skall anges. Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2003. Åtgärderna inom arbetslivsområdet redovisas närmare under utgiftsområde 14 Arbetsliv.

2.6.4 Utökade möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet

I december 2001 gav riksdagen (bet. 2001/02:SfU1, rskr. 2001/02:84) regeringen tillkänna att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om en finansiell samordning som omfattar socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Med anledning av riksdagens tillkännagivande har det tillsatts en arbetsgrupp inom Regeringskansliet för att utarbeta ett sådant förslag. Förslaget skall träda ikraft under 2003. Det föreligger emellertid omständigheter av såväl principiell som juridisk

karaktär som komplicerar arbetet med att utforma en permanent finansiell samordning i enlighet med riksdagens beställning.

Noggranna överväganden i en rad hänseenden krävs innan en lagstiftning med finansiell samordning kan föreslås. Detta gäller särskilt med hänsyn till att det är fråga om att inrätta ett nytt offentligrättsligt organ i vilket kommunen, sjukvårdshuvudmannen och staten (inklusive den allmänna försäkringskassan) kommer att vara representerade. Särskilda överväganden krävs även med anledning av frågan om hur arbetsmarknadsmyndigheternas deltagande i finansiell samordning utformas. Noggranna överväganden behövs också beträffande den närmare avgränsningen av den finansiella samordningen. Vidare måste tillskapas en lämplig ordning för bl.a. ansvar, revision och utvärdering. En särskild svårighet föreligger med att tillskapa ett system för huvudmännens representation, eftersom dessa i dag är organiserade på olika sätt.

I avvaktan på en lagstiftning om finansiell samordning anser regeringen att det är viktigt att redan nu skapa utökade möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Detta i syfte att minska ohälsan och sjukskrivningskostnaderna. Regeringen föreslår därför att reglerna för samverkan inom rehabiliteringsområdet (Frisam) skall ändras med ikraftträdande den 1 januari 2003. Regeringen återkommer med den närmare utformningen av detta förslag i en proposition till riksdagen under oktober 2002.

För att skapa förutsättningar för en effektivare rehabilitering i samverkan krävs att det tillförs ytterligare medel för detta ändamål. Regeringen föreslår att högst 5 procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning skall få användas för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam) bedrivs för närvarande i sex försöksområden. Försökslagstiftningen gäller till utgången av 2002. Regeringen anser att det är angeläget att Socsamförsöken får möjlighet att utan avbrott i verksamheten ställa om denna till den nya lagstiftning som kommer att utarbetas med anledning av riksdagens tillkännagivande. Regeringen avser därför att föreslå att försökslagstiftningen förlängs till utgången av 2003.

Regeringen återkommer med detta förslag i en proposition till riksdagen under oktober 2002.

Socialförsäkringens administration

Socialförsäkringens administration måste fungera mycket väl för att tilltron till den allmänna försäkringen skall bibehållas och stärkas. Nödvändiga förutsättningar för detta är att försäkringen handläggs rättssäkert och kompetent i en effektiv organisation. En rättssäker handläggning ger de försäkrade en rättvis och likformig behandling. En hög kompetens i organisationen ger kvalitet i besluten, vilket innebär ett gott bemötande, korta genomströmningstider samt korrekta och begripliga beslut. En effektiv organisation förutsätter kostnadseffektivitet, flexibilitet och tillvaratagande av de rationaliseringsmöjligheter de nya IT-stöden innebär.

RFV och försäkringskassorna har under senare år ställts inför stora externa utmaningar, såsom den tilltagande ohälsan i samhället, pensionsreformen och medborgarnas ökande krav.

Det finns även stora interna utmaningar som måste mötas. Ärendekvaliteten måste förbättras och effektiviteten höjas. Dessutom måste arbetsmiljön inom försäkringskassorna förbättras för att minska den egna sjukfrånvaron. Det är uttryckligen styrelsens ansvar att verka för goda arbetsförhållanden och för att de anställdas kompetens tas till vara och utvecklas.

Regeringen anser att socialförsäkringsadministrationen måste uppfylla dessa krav. Detta kräver dock ett fullgott ledarskap inom en effektiv och kompetent organisation, som präglas av samsyn och nationellt ansvarstagande.

2.7 Omfattning

Varje år görs ca 50 miljoner utbetalningar från socialförsäkringen till enskilda. Årligen fattas ca 15 miljoner beslut, varav 190 000 beslut i socialförsäkringsnämnd (SFN).

RFV och de allmänna försäkringskassorna administrerar tillsammans socialförsäkringen och vissa andra förmåner.

2.8 Utgiftsutvecklingen

Tabell 2.9 Utgiftsutvecklingen inom socialförsäkringens administration

Miljoner kronor

	Utfall 2001	Anslag 2002	Utgiftsprognos 2002	Förslag anslag 2003	Beräknat anslag 2004
19:7 Riksförsäkringsverket	775,6	754,5	789,6	933,5	954,9
19:8 Allmänna försäkringskassor	5 257,4	5 289,2	5 438,4	5 822,0	5 912,8
Totalt för socialförsäkringens administration	6 033	6 043,7	6 228,0	6 755,5	6 867,7

RFV bedriver systematisk och riktad tillsyn av de enskilda försäkringskassorna samt i enskilda ärenden som kommer till RFV:s kännedom. Tillsynen är en del av verkets uppdrag att verka för likformighet och rättssäkerhet i tillämpningen av försäkringen. Därtill kommer normeringsverksamheten som syftar till att ge kompletterande regler, rekommendationer och vägledningar. Som ansvariga för ekonomistyrningen av försäkringskassorna sätter RFV mål för handläggningen, fördelar medel till kassorna och bedriver fortlöpande uppföljning och dialog. RFV skall vidare som ansvarig systemägare för de gemensamma IT-systemen svara för drift och utveckling av IT-stödet hos de allmänna försäkringskassorna.

De 21 försäkringskassorna har i uppdrag att handlägga enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemen på regional och lokal nivå samt att svara för samhällets samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering. Organisationen präglas av regional förankring. De flesta ärenden handläggs inom den försäkringskassa där den försäkrade är bosatt. Vissa förmåner, bland annat tandvård för dem som är äldre än 65 år, pensioner för dem som är bosatta utomlands och yrkesskadeförsäkringen handläggs koncentrerat vid särskilda av regeringen beslutade försäkringskassor.

Verksamheten inom socialförsäkringens administration är nu inne i ett intensivt skede som kommer att nå sin kulmen under 2003, bl.a. med anledning av genomförandet av pensionsreformen inklusive dess följdreformer. Vidare ställer regeringens strategi att bryta utvecklingen av ohälsan i samhället stora krav på administrationen.

Med syfte att modernisera och effektivisera verksamheten utvecklas och införs nu ett modernt IT-stöd, möjligheter till elektronisk interaktivitet mellan försäkringskassan och medborgarna skapas och en koncentrerad handläggning av vissa förmåner planeras och genomförs. Dessa åtgärder är kostnadskrävande initialt, men skall på sikt leda till minskade utgifter. Att ta till vara denna rationaliseringspotential genom ett gemensamt fokus på samsyn och verksamhetsnytta är en utmaning för försäkringskassorna och RFV.

2.9 Mål

Regeringens övergripande mål för administrationen av socialförsäkringen är att den skall vara rättssäker och effektiv, så att tilltron till försäkringen bevaras och stärks. Detta är dessutom det övergripande målet för samtliga verksamhetsgrenar inom administrationen; Handläggning, Normering, Tillsyn, Ekonomistyrning, IT-utveckling, Stabsfunktion och Information. För samtliga verksamhetsgrenar har regeringen satt upp mål och formulerat återrapporteringskrav.

Utifrån regeringens övergripande mål för administrationen har RFV, efter samråd med försäkringskassorna, fastställt undermål, de s.k. riksmålen. För 2002 har sex sådana mål fastställts. Syftet är att fokusera på förbättringsområden, som är särskilt angelägna ur den försäkrades perspektiv och att ange ambitionsnivåer. De olika riksmålen rör genomströmningstiden för SFN-ärenden, andel ärenden som skall handläggas korrekt och kundbemötande. RFV har också formulerat riksmål för andelen män som skall nyttja föräldraförsäkringen och för ohälsarbetet.

2.10 Insatser

För att socialförsäkringsadministrationen skall ha möjligheter att nå sina mål har flera viktiga insatser gjorts inom de olika verksamhetsgrenarna under 2001 och 2002. Nedanstående redovisning omfattar insatser såväl inom som utanför politikområdet.

Handläggning

Regeringen lät under 2001 utreda möjligheterna med alternativa lokaliseringar av handläggningen. Koncentration av handläggning har beslutats för tandvårdsförsäkringen avseende personer som är 65 år eller äldre samt efterlevandepensionen. Regeringen ser detta som ett sätt att avlasta de enskilda försäkringskassorna och höja kvaliteten och likformigheten inom dessa förmåner. Det pågår därtill en utredning om hur och var arbets-skadeförsäkringen skall handläggas.

Enskilda försäkringskassor ingår i projekt för att förbättra sin service mot de försäkrade. Inom ramen för storstadsdelegationens arbete ingår de tre storstads-kassorna Stockholm, Skåne och Västra Götaland. Samarbetet inom storstadsdelegationen har lett till nya arbetsmetoder och ett ökat kundfokus. Erfarenheterna från detta arbete är viktigt att förmedla till övriga kassor.

Regeringen gav i januari 2001 bland andra RFV och ett antal försäkringskassor i uppdrag att delta i en försöksverksamhet med servicedeklarationer och servicedialog. Syftet med försöksverksamheten är att pröva om dessa verktyg är ändamålsenliga för att utveckla myndigheters service och öka medborgares och företags insyn och delaktighet i förvaltningens arbete. Försöket skall pågå fram till årsskiftet 2002/03. Projektgruppen redovisade under våren exempel på flera möjliga effekter av att tillämpa metodiken inom försäkringskassorna. Exempel på effekter är tydligare kundmöte, förbättrad arbetsmiljö och information för verksamhetsutveckling.

Våren 2001 beslutade regeringen att, som en del av utvecklingsprogrammet för kommuner med särskilda omställningsproblem främst på grund av strukturovandlingen inom Försvarmakten, flytta Stockholms läns allmänna försäkringskassas utlandskontors pensionsverksamhet till Gotlands läns allmänna försäkringskassa. Verksamheten bedrivs sedan den 1 januari 2002 på Gotland. Sammanlagt har 120 årsarbetare an-

ställt. De farhågor som rests om möjligheterna att rekrytera anställda med språkkunskaper har inte besannats. Alla anställda har kunskaper i engelska och 15 personer är finsktalande. Behovet av kunskaper i andra språk är väl tillgodosett. Ett viktigt arbete som pågår är att utveckla ärendeprocesserna och anpassa dessa till de arbetsmetoder som används vid Gotlandskassan.

Ett nationellt program för kompetensutveckling i handikappfrågor om bl.a. bemötande i samband med behovsprövningar och bedömningar i enskilda ärenden, har utarbetats. Sibus håller samman och driver programmet centralt.

Normering

Inom ramen för RFV:s normeringsverksamhet har moderniseringen av den äldre serien Allmänna råd till de båda nya serierna RFV:s allmänna råd (RAR) och Vägledningar intensifierats. Drygt hälften av de totalt femtio äldre allmänna råden har omarbetats och språkgranskats. Vägledningen för Offentlighet eller sekretess har belönats med ett guldkorn i Öppna Sverige.

RFV följer Justitieombudsmannens (JO) granskning av försäkringskassorna och förmedlar månatligen relevanta avgöranden till dem. Under 2001 mottog JO ca 300 ärenden rörande kassorna. Antalet klagomåls- och initiativärenden har ökat något under 2001. Andelen ärenden som föranleder kritik har däremot minskat jämfört med föregående år; från 29 procent 1999 och 25 procent 2000 till 14 procent 2001. Under 2002 avser verket vidare att introducera en elektronisk och sökbar databas över JO:s beslut.

Tillsyn

RFV:s tillsynsprogram har 2001 fullföljt det tredje året i en fyraårscykel. Totalt har ca 75 procent av förmånsslagen granskats. Resultatet av tillsynsarbetet har diskuterats och använts i försäkringskassornas arbete med att förbättra kvaliteten i ärendehandläggningen. För att åstadkomma en varaktig förbättring och bättre samstämmighet mellan kvalitetsgranskning inom ramen för försäkringskassornas internkontroll och RFV:s tillsyn, har ett särskilt projekt be-

drivits under året. Projektet skall skapa ett flexibelt verktyg för urval, redovisning och resultat-sammanställning av kvaliteten i ärendehandläggningen, som skall användas av både RFV och försäkringskassorna. Systemet (Qben II) skall tas i bruk för 20 av de vanligaste förekommande ärendeslagen med start 2002.

Ekonomistyrning

Regeringen har stärkt sin styrning av socialförsäkringsadministrationen. En omprövning sker av hur tillgängliga styrverktyg brukas. Regeringens insatser syftar till att tydliggöra kraven på styrningen inom socialförsäkringsadministrationen och att stärka den nationella likformigheten.

Inför 2002 genomförde regeringen en omarbetning och utveckling av RFV:s regleringsbrev, varigenom ett starkare fokus riktades mot administrationen. Regeringen lyfte särskilt fram verkets ansvar för tillsyn och normering samt innebörden av systemägarskapet. Även RFV:s viktiga roll i frågor om verksamhetsutveckling poängterades. Verket fick flera uppdrag rörande effektiviteten i administrationen inom ramen för ansvaret för ekonomistyrningen.

Som ett led i regeringens arbete mötte socialförsäkringsministern ledningen för samtliga försäkringskassor i februari 2002. Konferensen fokuserade på regeringens bedömningar i budgetpropositionen för 2002 och RFV:s regleringsbrev för samma år. Denna konferens på ledningsnivå, med deltagande från socialdepartementet, RFV, Försäkringskassoförbundet (FKF), försäkringskassor, personalorganisationer och riksdag, fick ett mycket gott mottagande. Regeringen avser att återkomma med motsvarande initiativ.

Regeringen har under 2001 efter förslag från respektive försäkringskassas styrelse beslutat om anställning av direktörer vid Kalmar respektive Jönköpings läns allmänna försäkringskassa. Direktörerna anställs på begränsad tid för att främja rörlighet mellan olika uppgifter och uppdrag och för att vid behov avveckla chefer. Målet att rekrytera så kvalificerade ledare som möjligt i försäkringskassan skall uppnås genom att ta vara på den kompetens som finns bland såväl kvinnor som män. Av de 21 försäkringskassornas direktörer är 6 kvinnor och 15 män.

RFV och försäkringskassorna har inom ramen för den ekonomiska styrningen bedrivit ett omfattande utvecklingsarbete. En stor del av arbetet har varit kopplat till det nya IT-stödet och behovet av att kunna mäta och redovisa effekterna av det. Överenskommelser mellan RFV och försäkringskassorna har kommit till stånd angående omställningskostnader och effektbedömning.

RFV och försäkringskassorna har fortsatt sitt gemensamma arbete med enhetliga mål och resultatvariabler. Arbetet har sin utgångspunkt i riksmålen och de myndighetsdialoger RFV regelbundet genomför med försäkringskassorna.

RFV har genomfört ett antal sambandsanalyser för att testa kvalitets- och omvärldsfaktorernas påverkan på administrationens produktivitet. Dessa har visat att inga eller mycket svaga samband finns mellan produktivitet och omvärldsfaktorer. Utifrån detta har RFV genomfört undersökningen Varför varierar försäkringskassans handläggningstider (RFV Analyserar 2001:10) där RFV undersöker de interna faktorernas påverkan på produktiviteten. RFV konstaterar att interna faktorer har stark påverkan på produktiviteten. Faktorer som lyfts fram som viktiga är ett bra ledarskap, hög motivation, bra arbetsrutiner samt bra IT-stöd.

RFV har lämnat en delrapport avseende uppdraget identifiera framgångsfaktorer och verka för att försäkringskassorna genomför enhetliga och gemensamma lösningar för ökad kvalitet i handläggningen. RFV avser inledningsvis att kartlägga projekt och insatser inom såväl RFV som försäkringskassorna som syftar till att förbättra kvaliteten. Vidare kommer RFV att genomföra intervjuer och processanalyser för utvalda förmåner för att finna faktorer som skapar kvalitet. RFV identifierar i det första skedet fem områden som kritiska för att uppnå god kvalitet. Dessa är ledning och styrning, organisationsstruktur, kultur, IT och arbetsmiljö.

Försäkringskassan i Västra Götaland har med finansiellt stöd från RFV genomfört en produktivetsstudie med hjälp av den så kallade DEA-metoden. Med hjälp av DEA-metoden kan studeras i vilken utsträckning enskilda lokalkontor har anpassat mängden insatsfaktorer till den lokala ärendemängden. För varje lokalkontor undersöks sedan om något annat kontor skulle klara samma ärendemängd med mindre insatser. Projektet har nu initierat forskningsprojektet Ledarskapets och omvärldsfaktorernas betydelse för försäkringskassornas effektivitet.

Projektet utgår ifrån att ledarskapet påverkar effektiviteten och har som syfte att kartlägga ledarbeteenden hos cheferna på lokalkontoren och koppla detta till den tekniska effektiviteten vid desamma.

IT-utveckling

Under 2001 har IT-utveckling främst bedrivits inom pensionsområdet och det s.k. Utvecklingsprogrammet. Det är dock pensionsområdet som dominerar utvecklingsarbetet. Produktionen och arbetsintensiteten har ökat markant och innebär ett högre resursutnyttjande än planerat. Under 2002 prioriteras insatser inför driftsättningen av IT-stödet för det reformerade ålderspensionssystemet, inklusive dess följdreformer den 1 januari 2003. Regeringen har beslutat om en höjd låneram 2002 för att finansiera IT-utvecklingen.

RFV har, i samråd med Riksrevisionsverket (RRV), analyserat avskrivningsperiodens längd när det gäller IT-stöd för det reformerade ålderspensionssystemet, inklusive dess följdreformer. RFV har hittills tillämpat fem års avskrivningsperiod. Mot bakgrund av att det på goda grunder kan antas att IT-systemen kommer att användas under lång tid och RFV kommer att avsätta betydande resurser för förvaltning av systemen anser RFV att det är rimligt att beräkna den ekonomiska livslängden till tio år. Regeringen delar verkets bedömning. Avskrivningstiden för IT-stöd till det reformerade ålderspensionssystemet inklusive dess följdreformer bör fr.o.m. 2002 vara tio år.

Utvecklingen av ärendehanteringssystemet (ÄHS) för försäkringskassornas verksamhet har bedrivits av RFV inom ramen för Utvecklingsprogrammet. Projektorganisationen har vid utgången av 2001 avvecklats formellt och linjelagts. Efter inledande pilotverksamhet har arbetet nu gått in i en genomförandefas. Det innebär bl.a. att 90 kassor hos försäkringskassorna mottagit det nya ärendehanteringssystemet i juni 2002. I dag omfattar ÄHS tre ärendeslag; handläggning av tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och samordnad rehabilitering.

Regeringen gav under våren 2002 försäkringskassorna i uppdrag att redovisa sitt omställningsarbete med anledning av mottagandet av de nya ärendehanteringssystemen till RFV. RFV har sammanställt redovisningarna (S2002/5883/SF).

RFV och försäkringskassorna har gemensamt utsett en omställningsgrupp med tydligt mandat att leda och koordinera omställningsarbetet. Omställningsarbetet delas in i olika områden; organisationsutveckling, verksamhetsutveckling, kompetensutveckling, arbetsmiljö och ÄHS.

RFV har vidare satsat på att förbättra de tekniska kundmötena. Inom området självbetjäning utvecklar RFV tjänster för Internet och Servicetelefonitjänsterna beräknas under 2002 ta emot drygt 3,8 miljoner samtal. I projektet Medborgarterminaler har RFV och försäkringskassorna samverkat med bland andra Riksskatteverket (RSV) och AMS.

Stabsfunktion

RFV har under 2001 genomgått en omfattande organisationsförändring i syfte att skapa bättre förutsättningar för att verket skall kunna utveckla och förvalta socialförsäkringen effektivt, kostnadsmedvetet och med en god kvalitet. Förändringar i organisationen har skett inom kärnområden och stödområden. Bland annat har verkets tidigare försäkringsavdelningar omorganiserats i enlighet med försäkringsområdena Barn och familj samt handikapp, Sjukförmåner och Pension. För att stärka den strategiska kompetensförsörjningen inom RFV har en personalavdelning etablerats. Vidare har en ny IT-stab och en kontorsstödsenhet byggts upp.

Socialförsäkringsstatistiken har förbättrats och gjorts mer tillgänglig. Förutom i serien Sveriges offentliga statistik offentliggörs delar av statistiken på Internet. Uppbyggnaden av det nya statistiksystemet STORE för utvärdering, uppföljning m.m. som enligt planerna skulle ha avslutats under året har dock försenats bl.a. på grund av brister i källsystemen. Hälften av samtliga förmånsslag, varav samtliga volymstarka, ingår för närvarande.

Försäkringskassorna omfattas sedan 2001 av regeringens uppdrag att införa och arbeta med miljöledningssystem, då det är angeläget att statligt finansierad verksamhet utvecklas mot ekologisk hållbarhet. Försäkringskassorna skall årligen redovisa detta arbete till Riksförsäkringsverket. RFV sammanställer och rapporterar arbetet till regeringen.

Regeringen gav i regleringsbrevet för 2002 RFV i uppdrag att redovisa förslag till förbättringar av underlag för anslagen 19:7

Riksförsäkringsverket och 19:8 Allmänna försäkringskassor. RFV redovisade sitt arbete till regeringen i maj 2002 (S2002/4121/SF).

En arbetsgrupp med deltagare från Socialdepartementet, Finansdepartementet och RFV har tillskapats under 2001 i syfte att förbättra kvaliteten i prognoserna. För närvarande diskuteras utformningen av en referensgrupp för sjukpenningprognoser. Avsikten är att denna grupp skall ge kommentarer och synpunkter på de sjukpenningprognoser som RFV gör. Samarbetet med modellutveckling mellan departementen och RFV avses att fortsätta med en genomgång av förtidspensionerna.

Inom det internationella området har RFV bl.a. medverkat under det svenska ordförandeskapet för EU, ansvarat för det tekniska genomförandet m.m. av den internationella socialförsäkringsorganisationens (ISSA) generalförsamling samt bedrivit tjänsteexport inom ramen för EU:s program för partnerskapsamverkan med kandidatländer (twinning inom sociala sektorn). Det nordiska samarbetet inom TESS har under 2001 och 2002 bl.a. resulterat i elektronisk överföring av levnadsintyg mellan Finland och Sverige.

RFV disponerar sedan 1999 vissa medel för att stödja och medverka till att forskning bedrivs inom området för socialförsäkring. I förhållande till sin vikt i samhället är socialförsäkringen fortfarande ett eftersatt forskningsområde. Detta gäller särskilt socialförsäkringens administration. Under 2001 kan endast en begränsad ökning av antalet ansökningar med denna inriktning konstateras.

Information

Under 2001 skickade RFV för fjärde året i rad ut det "Oranga kuvertet" med individuell pensionsinformation till ca 5,5 miljoner personer. I samband med de årliga utskicken har en kampanj bedrivits med syfte att höja befolkningens kunskaper om den nya pensionen. Under 2002 var målsättningen att öka kunskapen om att pensionen kan komma från tre håll; från allmän pension, avtalspension och privat pensionssparande. RFV arbetar nu tillsammans med de olika aktörerna på marknaden för att skapa en gemensam pensionsportal (se vidare avsnitt 5.2 under PO 20). Vidare utformades informationen olika för skilda ålders- och samhällsgrupper. Mer

än 90 procent av Sveriges befolkning mellan 18 och 63 år känner i dag till att ett nytt pensionssystem har trätt i kraft.

Samtliga försäkringskassor har i sin årsredovisning redovisat insatser för att förbättra för små och medelstora företagare att bevaka och sätta sig in i olika rutiner och regelsystem. Till exempel har vissa försäkringskassor samarbete med skatte- och kronofogdemyndigheten kring gemensam information till småföretagare och nystartade företag. Även samarbete med kommuner och arbetsförmedling förekommer. Flera försäkringskassor erbjuder informationsträffar och utbildningar till företag för att nå ut med information.

Medarbetarna inom försäkringskassorna

Regeringen har gett försäkringskassorna i uppdrag att formulera mål för sin kompetensförsörjning under innevarande budgetår och de två därpå följande åren. Målen skall redovisas i respektive försäkringskassas årsredovisning för 2002. Uppföljningen av kompetensförsörjningen utgör en del av åtgärderna i regeringens förvaltningspolitiska handlingsprogram.

Försäkringsmedicinskt centrum

Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) har bedrivit sin verksamhet sedan 2000 i Nynäshamn och Tranås samt sedan 2001 i Göteborg. FMC utgör en egen resultatenhet inom Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Kärnverksamheten består i att utföra kvalificerade utredningar inom försäkringsmedicin och rehabilitering. FMC skall också tillgodose socialförsäkringens behov av forskningsresultat och säkerställa en kunskapsförmedling baserad på resultat från forskningen, bl.a. till försäkringskassorna. Utbudet av utredningar har under 2001 bestått bl.a. av grundutredningar inom det försäkringsmedicinska området och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Med inriktningen att verksamheten skall övergå till att vara helt intäktsfinansierad och verka på en konkurrensutsatt marknad, har FMC under ett uppbyggnadsskede på tre år erhållit särskilt ekonomiskt stöd från folkpensioneringsfonden. Folkpensioneringsfonden är numera avvecklad. FMC har anmält att verksamheten kommer att vara i ekonomisk balans

vid utgången av 2002, inklusive aktuella överkostnader för lokaler och tidigare underskott. För verksamhetsåret 2003 beräknar ledningen att ett nollresultat skall uppnås. RFV har på regeringens uppdrag redovisat (S2002/6237/SF) och analyserat de åtgärder som vidtagits vid FMC för att verksamheten skall vara helt finansierad genom avgifter fr.o.m. den 1 januari 2003. RFV föreslår att möjligheterna till annan associationsform för FMC utreds i syfte att ge förutsättningar för att utveckla verksamheten till att kunna verka på en konkurrensutsatt marknad för utredningar inom socialförsäkringsmedicin. RFV:s förslag bereds inom Regeringskansliet.

Övrigt

Inom Socialdepartementet pågår utarbetande av en promemoria med förslag till lagstiftning om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration. Den föreslagna lagen är en s.k. registerlag, som utgör ett komplement till personuppgiftslagens (1998:204) bestämmelser om skydd för den personliga integriteten vid automatiserad behandling av personuppgifter m.m., med avseende på behandling av personuppgifter i myndigheters verksamhet. Inriktningen är att nya regler skall kunna träda i kraft den 1 juli 2003. Samtidigt skall då socialförsäkringsregisterlagen och de förordningar som idag reglerar behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration upphöra att gälla.

2.11 Resultatbedömning

Regeringens övergripande mål för administrationen av socialförsäkringen 2001 var att den skulle handläggas effektivt, rättssäkert och kompetent.

I sin bedömning av måluppfyllelsen väljer regeringen att huvudsakligen kommentera två verksamhetsgrenar; Handläggning respektive IT-utveckling samt situationen för medarbetarna inom försäkringskassorna.

Handläggning

Flera försäkringskassor har uppnått de av RFV och försäkringskassorna gemensamt beslutade riksmålen jämfört med tidigare år. Framgång återfinns i huvudsak inom målet för mäns uttag av föräldrapenning, det s.k. pappamålet, och målet för kundbemötande.

Genomströmningstiden för ärenden i SFN är fortfarande oacceptabelt långa. Två kassor når målet samtidigt som de kassor som historiskt haft långa genomströmningstider fått ännu längre. Detta är oroande. Det är särskilt otillfredsställande att funktionshindrade och familjer med handikappade barn får vänta länge på sina beslut.

Vad gäller åtgärder mot ohälsa når ingen kassa riksmålet vad gäller antalet sjukfall längre än två år. Antalet ökar inom alla kassor. Vad gäller andelen personer med arbetsförmåga efter samordnad rehabilitering (SAR) når endast fem kassor målet. De flesta kassor har emellertid förbättrat resultatet sedan 2000 men inte uppnått målet. Allvarligt är dock att endast 8 procent av de försäkrade som varit sjukskrivna längre än 60 dagar var föremål för samordnad rehabilitering.

Till det positiva kan nämnas att sjukpenning och andra dag ersättningar utbetalas i tid och de försäkrade får sin ersättning i samband med löneavdrag.

För områdena Ekonomiskt stöd till funktionshindrade och Ekonomiskt stöd vid arbetsförmåga är resultaten otillfredsställande. Spridning i olika avseenden föreligger såväl mellan som inom enskilda försäkringskassor.

För försäkringsområdena Ersättning till barnfamiljer respektive Ersättning vid ålderdom bedöms resultaten i administrationen som bra.

IT-utveckling

Statskontoret granskar på regeringens uppdrag IT-utvecklingen inom socialförsäkringsadministrationen, med fokus på det nya ärendehanteringssystemet (ÄHS) och pensionsreformen. I sin senaste rapport (S2002/6130/SF) konstaterar Statskontoret att RFV omorganiserat verksamheten, att spridningen av ÄHS till försäkringskassorna pågår och att utvecklingen av IT-systemet för det reformerade pensionssystemet befinner sig i ett kritiskt skede.

Statskontoret konstaterar att det återstår en mängd aktiviteter vad gäller utvecklingen av pensionssystemet. Statskontoret anser därför att det finns stora risker i att fortsätta med spridningen av ÄHS samtidigt som den planerade driftsättningen av pensionssystemet vid årsskiftet närmar sig. Statskontoret gör också bedömningen att ärendehanteringssystemet ännu inte uppvisat fullgod kvalitet.

Regeringen anser att RFV måste koncentrera utvecklingsinsatserna mot pensionsreformen eftersom förseningar i ikraftträdandet inte kan accepteras.

Regeringen delar Statskontorets bedömning att funktionaliteten hos de delar av ÄHS som tas i drift inte har uppfyllt de krav som ursprungligen specificerades. Mycket har dock förbättrats, bland annat läsbarheten hos skannade dokument och användarvänligheten hos systemet. I det system som nu tillhandahålls blir det lättare att hitta ärenden och handlingar – allt finns i datorn – och pappershanteringen kommer att minska. Möjligheten att få överblick över arbetsbelastningen och kunna korrigera detta genom att överföra ärenden mellan handläggare och/eller kontor är viktiga effekter av systemet. Detta skapar möjligheter att optimera resursanvändningen och förbättra arbetsmiljön.

Regeringen ser med tillfredsställelse på att kassorna och RFV formerat sig i ett gemensamt projekt i omställningsarbetet. Regeringen ser dock med oro på RFV:s och Statskontorets (S2002/6130/SF) bedömningar att organisationen i sin helhet inte drar full nytta av ett gemensamt agerande vad gäller omställningsarbetet. Begränsningar förefaller ligga i att varje försäkringskassa optimerar sina lösningar utifrån regionala förutsättningar. Regeringen förutsätter att RFV och försäkringskassorna i denna viktiga fråga utgår från ett nationellt perspektiv och skapar gemensamma lösningar i linje med ett sådant. Detta är särskilt viktigt i frågor som rör personalomställning där samsyn mellan kassorna är av största vikt.

Under förutsättning att ÄHS uppnår stabilitet bedömer RFV rationaliseringseffekterna under 2003 till 50 miljoner kronor för att öka till 300 miljoner kronor under 2004. Att dessa effekter uppstår är en förutsättning för att dagens finansieringsmodell skall hålla. Under 2001 lånefinansierade RFV totalt utgifter om 100 miljoner kronor. Totalt beräknas invester-

ingar om ca 500 miljoner kronor lånefinansieras till och med 2004. Räntor och amorteringar knutna till detta uppgick till totalt 3 miljoner kronor 2000, 39 miljoner kronor 2001 och beräknas till 80 miljoner kronor 2002. I relation till försäkringskassornas totala anslag och till den framtida rationaliseringspotentialen anser regeringen detta rimligt.

Stabsmyndighet

Utifrån de stora förändringar och satsningar som sker inom socialförsäkringsadministrationen har regeringen ett stort behov av information kring medelsförbrukningen och det framtida medelsbehovet inom socialförsäkringsadministrationen. Denna information måste vara granskad och kvalitetssäkrad och kopplad till den utveckling som sker inom försäkringen. Detta är av särskild vikt då resurserna är begränsade.

Medarbetarna inom försäkringskassorna

Det finns brister vad gäller arbetsmiljön. Detta är oacceptabelt. Inom flera försäkringskassor bedrivs dock ett bra personalarbete. Det är respektive försäkringskassas styrelses ansvar att verka för goda arbetsförhållanden.

Regeringen har uppmärksammat arbetsmiljöinspektionens rapporter från besök hos försäkringskassan. Regeringen är medveten om att resursfrågan används som förklaring till och lösning på de problem som uppdragas. Arbetsmiljöinspektionen lyfter dock fram problem som inte kan uppfattas som beroende av resursbrist. Regeringen är oroad över omfattningen av dessa brister. Verksamheten finansieras helt med statliga skatter och avgifter. Det är därför viktigt att verksamheten bedrivs på ett föredömligt sätt. De rapporter om bristande delaktighet hos personalen och brist på öppenhet i organisationen som lämnats ser regeringen på med stor oro. Det är försäkringskassans styrelses ansvar att verka för goda arbetsförhållanden.

Sjukfrånvaron har ökat kraftigt bland försäkringskassornas personal, från 4,7 procent 1998 till 7,7 procent 2001. Detta är en mycket oroväckande utveckling. Än mer oroande är utvecklingen inom vissa enskilda kassor. Samtidigt har sjukfrånvaron i fyra försäkringskassor minskat mellan 2000 och 2001. Man har lyckats vända

trenden. De kassor som hade lägst sjukfrånvaro 2001 har lägre sjukfrånvaro nu än vad kassorna med hög sjukfrånvaro hade 1999. Det finns alltså möjlighet att bedriva en verksamhet som inte leder till hög ohälsa hos personalen.

Regeringen är också oroad för den kraftiga snedfördelningen mellan könen när det gäller sjukfrånvaron. Respektive försäkringskassa måste analysera de bakomliggande orsakerna till de ökande sjukskrivningarna och vidta åtgärder. Regeringen förutsätter att detta görs i ett nära samarbete mellan försäkringskassorna och RFV, och att de gemensamma kunskaperna som finns i organisationen tas till vara.

Vissa av de observerade skillnaderna mellan försäkringskassorna kan bero på strukturella skillnader, t.ex. skillnader i genomsnittsalder. Regeringen anser trots detta att skillnaderna mellan försäkringskassorna är för stora.

2.11.1 Analys och slutsatser

Regeringen konstaterar att förklaringen till de stora skillnader i resultat som fortfarande kan påvisas mellan försäkringskassorna, i huvudsak finns i interna faktorer hos socialförsäkringsadministrationen, nämligen ledning, kontroll och styrning. Även organisationskultur och struktur är viktiga faktorer som regeringen vill lyfta fram. De stora gemensamma utmaningarna som finns i utveckling och införande av det nya IT-stödet och genomförandet av pensionsreformen minskar inte de enskilda styrelsernas och RFV:s ansvar för att verksamheten skall bedrivas på ett effektivt sätt.

Skillnader mellan försäkringskassorna, t.ex. vad avser genomströmningstider, indikerar en klar förbättringspotential. De visar att det går att bedriva en god verksamhet med givna förutsättningar. Regeringen anser att försäkringskassornas styrelser måste reagera snabbare på tillgänglig information och genom att förmedla betydelsen av samordning och kommunikation inom administrationen skapa förutsättningar för en ökad likformighet och ett nationellt fokus.

RFV redovisar att försäkringskassorna ökat sin produktivitet med 5 procent 2001. Produktivitetsoökningen hänförs till volymökningen som varit 4,5 procent under perioden. Det är positivt att ökade volymer klarats inom befintlig budgetram. Dock visar de skillnader i produktivitet som finns mellan försäkringskassorna att det finns

betydande produktivitetsvinster att göra i organisationen genom samordning och erfarenhetsutbyte kring verksamheten. Detta belyser behovet och nyttan av att på ett strategiskt sätt sprida och genomföra goda exempel.

För att uppnå fullgoda resultat även på nationell nivå, är det av största vikt att det finns en gemensam strategi för utvecklingen av verksamheten. Ett viktigt inslag är gemensamma resultatindikatorer inom socialförsäkringens administration, som ger en fullständig och gemensam bild av verksamheten. RFV har, som ansvarigt för ekonomistyrningen, en självklar roll som ledare och motor i arbetet med att ta fram en sådan strategi.

Regeringen avser att noga följa det fortsatta effektiviseringsarbetet och regeringen vill dessutom återigen framhålla att framgångsrika utvecklingsresultat inom IT-området har avgörande betydelse för en förbättrad kvalitet och effektivitet inom socialförsäkringens administration. Regeringen kommer därför även fortsättningsvis att nära följa utvecklingen av RFV:s arbete med att utveckla ett modernt IT-stöd för administrationen och vidta de åtgärder som erfordras för att säkerställa att utvecklingsarbetet bedrivs effektivt.

Organisationsöversyn

Att bryta ohälsoutvecklingen och att halvera ohälsotalet är en av regeringens största utmaningar under den nuvarande mandatperioden. Det är ett viktigt åtagande som kräver extraordinära insatser både när det gäller hur våra trygghetssystem fungerar och hur arbetet organiseras.

Regeringen anser att alla försäkrade har rätt till en snabb och adekvat behandling från socialförsäkringsadministrationen. Det stöd och den hjälp enskilda kan få via försäkringskassan och andra myndigheter inom socialförsäkringsområdet måste fungera bra och vara väl samordnad över hela landet för att tilltron till socialförsäkringarna skall bibehållas. Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna när det gäller att minska ohälsan.

I dag råder alltför stora skillnader mellan hur människor blir bemötta i olika delar av landet. Sedan ett antal år har utvärderingar och JO:s granskning visat att medborgarna inte får tillgång till socialförsäkringen på lika villkor.

Socialförsäkringsadministrationens viktigaste resurs är personalen som ger medborgarna stöd och service. Personalen har tagit ett stort ansvar gentemot de försäkrade och har under senare år fått göra betydligt mer arbete med oförändrade resurser. Trots flera åtgärder visar det sig att skillnaderna mellan försäkringskassorna inte minskar vilket leder till att det krävs mera strukturella insatser. Arbetsmiljön har dessvärre försämrats på grund av en otydlig styrning och därav följande brist på delaktighet har bidragit till situationen.

Resurserna under senare år har inte helt motsvarat den kraftigt ökade arbetsmängden hos försäkringskassorna, men orsakerna till de konstaterade bristerna ligger också i otillräcklig ledning, kontroll och styrning. Regeringen har därför tillsammans med administrationen vidtagit flera åtgärder för att minska skillnaderna mellan olika försäkringskassor och förtydliga de olika aktörernas ansvar. Det har bidragit till att arbetet nu på flera områden går åt rätt håll.

Socialförsäkringsadministrationens organisation med Riksförsäkringsverket som central myndighet och med från staten fristående försäkringskassorna har funnits sedan 1962. År 1998 beslutade riksdagen om vissa förändringar vad gällde ansvarsfördelning mellan regeringen, RFV och försäkringskassorna bl.a. vad gäller tillsättning av styrelseledamöter och direktör.

Trots ambitionen 1998 att utveckla organisationens effektivitet och tydliggöra ansvar och befogenheter kvarstår många av de problem som avsetts lösas. Stor kraft går åt till att lösa interna styr- och ledningsproblem vilket leder till bristande effektivitet och resursanvändning.

För att möta framtidens utmaningar inom den begränsade resursram som står till förfogande för administrationen krävs att de tillgängliga medlen används optimalt. Detta förutsätter ett helhetsperspektiv och ett gemensamt förhållningssätt.

Regeringen avser att tillsätta en kommitté som skall se över och genomföra sådana förändringar av administrationen av socialförsäkringen som fordras för att nå regeringens mål. Kommitténs uppdrag skall omfatta såväl Riksförsäkringsverket som de allmänna försäkringskassorna.

En grundläggande förutsättning för den framtida organisationen är att det skapas tydligt ledningsansvar, nationell samsyn och likformighet, samt fokus på gemensam verksamhets-

utveckling. Det är vidare viktigt att organisationens funktioner för normering, handläggning och tillsyn är tydligt definierade. Organisationen skall även ha förutsättningar att ta fram och genomföra IT-lösningar på ett rationellt och effektivt sätt. Ett annat krav är gemensam personalpolitik inom organisationen vilket kan skapa bra lösningar för de anställda, och en kraftfull satsning på utbildning och utveckling av yrkesrollen för att stärka bland annat ohälsarbetet.

Regeringen vill skapa förutsättningar för att samarbeta med andra statliga myndigheter, till exempel Arbetsmarknadsverket, på nya sätt för att använda samhällets samlade resurser på bästa sätt för den försäkrade.

För att klara arbetsbelastningen på grund av den ökande ohälsan och framgångsrikt slutföra genomförandet av pensionssystemet föreslår regeringen att RFV:s anslag höjs med 175 miljoner kronor 2003 respektive 2004, samt att försäkringskassornas anslag höjs med 501 miljoner kronor 2003 och 478 miljoner kronor 2004.

2.12 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat RFV:s årsredovisning avseende 2001. RRV bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Detta gäller även kapitalförvaltningen för vissa fonder inom socialförsäkringsområdet med delat ansvar mellan Kammarkollegiet och RFV. RRV gör vidare vissa iakttagelser i revisionsrapporten (S2002/2648/SF) beträffande balanserade utgifter för utveckling av dataprogram m.m. som bl.a. innebär att RFV inför årsredovisningen skall redovisa dokumentation för varje projekt av väsentlig storlek, som visar att de uppfyller kraven för att kunna aktiveras.

RRV har även granskat försäkringskassornas årsredovisningar och även bedömt dessa som i allt väsentligt rättvisande.

Ekonomistyrningsverket (ESV) genomför årligen en ekonomistyrningsvärdering (EA-värdering) avseende myndigheter och försäkringskassor. För 2001 har ESV fastställt RFV:s och försäkringskassorna s.k. EA-omdöme till Fullt tillfredsställande.

2.13 Budgetförslag

2.13.1 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tabell 2.10 Anslagsutveckling 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

2001	Utfall	42 894 064	Anslags- sparande	-1 579 217
2002	Anslag	50 205 022 ¹	Utgifts- prognos	48 886 158
2003	Förslag	46 943 496 ²		
2004	Beräknat	47 070 893		

¹ Inklusivt 2 500 000 tkr på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition och 2 000 000 tkr genom förslag till tilläggsbudget i föreliggande proposition.

² 4 782 815 tkr avser statliga ålderspensionsavgifter, varav 480 320 tkr är regleringsbelopp avseende 2000.

Redovisningen av anslaget är uppdelad på de tre anslagsposterna

- sjukpenning
- rehabilitering
- närståendepenning.

Sjukpenning

Här redovisas utgifter för sjukpenning inklusive de utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, s.k. sjuklönegaranti och särskilt högkostnadsskydd. Anslagsposten täcker även kostnader för återbetalningspliktiga studiemedel, som belöper på studerandes sjukperioder.

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

Försäkringsutgifterna för sjukpenning uppgick till 36 693 miljoner kronor 2001, vilket är en ökning med 5 918 miljoner kronor eller ca 19 procent jämfört med 2000. Utgiftsökningen beror till största delen på ökningen av antalet ersatta dagar, men ökning av medelersättningen har också påverkat. Utgifterna för sjukpenning har fortsatt att stiga även under 2002, dock med något minskad takt. En jämförelse mellan utfallet för perioden januari – augusti 2001 med

motsvarande period 2002 visar på en ökning av utgifterna med ca 14 procent.

För 2002 beräknas utgifterna för sjukpenningen uppgå till 45 654 miljoner kronor (inkl. statlig ålderspensionsavgift), vilket innebär en ökning med drygt 5 500 miljoner kronor jämfört med 2001. För 2003 beräknas utgifterna för sjukpenning uppgå till 43 391 miljoner kronor och för 2004 till 43 280 miljoner kronor.

Rehabilitering

Anslagsposten rehabilitering omfattar utgifter för:

- Rehabiliteringspenning.
- Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster i form av försäkringsmedicinska utredningar, arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar och aktiva rehabiliteringsinsatser; arbetstekniska hjälpmedel; läkarutlåtanden och läkarundersökningar; särskilt bidrag; resor till och från arbetet.
- Samverkan inom rehabiliteringsområdet.
- Projekt inom arbetshjälpmedelsområdet.
- Utveckling av rehabiliteringsarbetet samt för att anordna konferenser, debatter m.m. kring ohälsifrågorna.
- Åtgärder inom ramen för regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet.

Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenningen styrs dels av antalet ersatta dagar, dels av medelersättningen storlek. Antalet ersatta dagar påverkas av förändringar inom regelverk och regelverkets administration. Även demografiska förändringar samt frånvaroförändringar på individnivå har betydelse för utvecklingen. Medelersättningen storlek påverkas framförallt av regelverk och löneutvecklingen i samhället.

Utgifterna för anslagsposten uppgick 2001 till 2 671 miljoner kronor (inkl. statlig ålderspensionsavgift). Det innebär att utgifterna understeg anslaget med 313 miljoner kronor. Vid ingången av året utnyttjades en anslagskredit motsvarande 236 miljoner kronor och vid utgången hade detta vänts till ett anslagssparande motsvarande 77 miljoner kronor.

För innevarande år prognostiseras utgifterna för anslagsposten till 3 165 miljoner kronor (inkl. statlig ålderspensionsavgift). Det prognos-

tiserade utfallet överstiger anslaget med 44 miljoner kronor. Detta innebär att merparten av tidigare anslagssparande kommer att utnyttjas.

För 2003 beräknas de totala kostnaderna för rehabilitering uppgå till 3 479 miljoner kronor (inkl. statlig ålderspensionsavgift) och för 2004 till 3 712 miljoner kronor.

Närståendepenning

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

Under de senaste åren har såväl antalet ersatta dagar som ersättning per dag ökat något mer än beräknat. Närståendepenning utbetalades 2001 till 8 800 personer för vård av 7 400 personer. Genomsnittligt ersattes 10 nettodagar per vårdare. Antalet dagar per person ökar, men mycket långsamt. Det övervägande antalet uttagna dagar är hela dagar. Män som tar ut närståendepenning har ökat sin andel något genom åren. År 2001 var 40 procent av de vårdande män. Den genomsnittliga ersättningsnivån för män ligger ca 100 kronor högre än för kvinnor.

Prognosen för 2002–2005 är beräknad på att antalet ersatta dagar fortsätter att öka med ca 3 500 dagar per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2002 beräknas kostnaderna för närståendepenningen uppgå till 67 miljoner kronor (inkl. statlig ålderspensionsavgift), för 2003 till 73 miljoner kronor och för 2004 till 79 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2003 och därefter är osäkra. Arbetet med att minska kostnaderna för ohälsan har inletts och kommer att intensifieras ytterligare. Regeringen presenterar under avsnittet 2.6.3. åtgärder för att bryta senare års kraftiga ökning av sjukskrivningarna.

Regeringen föreslår att högst 5 procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning får användas för samverkan inom rehabiliteringsområdet (se avsnitt 2.6.4). Detta motsvarar ca 2 000 miljoner kronor.

Regeringen föreslår dessutom att medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster ökas med 10 miljoner kronor jämfört med 2002.

Regeringen föreslår även att medlen för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården (s.k. Dagmarmedel) överförs till anslaget 19:8 Allmänna försäkringskassor för arbetet mot ohälsan.

Regeringen föreslår vidare att 70 miljoner kronor avsätts även 2003 för det uppdrag regeringen givit RFV och AMS att genomföra en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Tabell 2.11 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	45 705 022	45 705 022
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut ¹	920 000	1 999 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 603 176	3 246 198
Volym	-1 284 702	-3 879 327
Överföring till/från andra anslag	0	0
Övrigt		
Förslag/beräknat anslag	46 943 496	47 070 893

¹ Beräkningen av nivån för 2003 och 2004 har justerats med anledning av att regeringen avser att lägga förslag om att höja taket för den sjukpenninggrundande inkomsten till 10 prisbasbelopp fr.o.m. den 1 juli 2003.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 46 943 496 000 kronor anvisas under anslaget 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* under 2003. För 2004 beräknas anslaget till 47 070 893 000 kronor.

2.13.2 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar ¹

Tabell 2.12 Anslagsutveckling 19:2 Aktivitets- och sjukersättning

<i>Tusental kronor</i>			
2001	Utfall	50 167 217	Anslags-sparande -1 320 000
2002	Anslag	49 838 490 ²	Utgifts-prognos 50 115 000
2003	Förslag	58 024 970 ³	
2004	Beräknat	63 504 514	

¹ T.o.m. 2002 Förtidspensioner.

² Inklusive 2 000 000 tkr genom förslag till tilläggsbudget i föreliggande proposition.

³ 8 467 000 tkr avser statlig ålderspensionsavgift, varav -2 647 000 tkr är regleringsbelopp avseende 2000.

Under anslaget redovisas t.o.m. 2002 utgifter för förtidspension från folkpensioneringen, allmän tilläggs pension (ATP) till förtidspension, pensionstillskott till förtidspension och barn tillägg till förtidspension, liksom sjukbidrag som är en tidsbegränsad förtidspension. Barn tilläggen har i princip avskaffats men de som var berättigade till barn tillägg 1990 har fortfarande rätt att uppbära förmånen enligt äldre regler och de sista barn tilläggen kommer att betalas ut 2005.

Genom riksdagsbeslut ersätts fr.o.m. 2003 förtidspension och sjukbidrag av de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning. Det innebär att vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan utges aktivitetsersättning till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 30–64 år. Det innebär också att alla de som vid årsskiftet 2002/03 uppbär förtidspension och sjukbidrag kommer att få förmånen omvandlad till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning genom en teknisk engångsinsats. Utgiftsutvecklingen för de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning är på samma sätt som förtidspensionerna beroende av ett flertal olika faktorer. De viktigaste är de demografiska förhållandena, utvecklingen av de långa sjukskrivningarna, regeltillämpningen, praxisutvecklingen samt inkomst- och basbeloppsutvecklingen.

Det har skett en successiv och tilltagande ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag sedan slutet av 1999. De utbetalade ersättningarna steg med drygt 2 400 miljoner kronor mellan 2000 och 2001. Anslagsbeloppet för 2001 överskreds med ca 470 miljoner kronor. Det utgående underskottet till 2002 ökade härmed till ca 1 320 miljoner kronor.

Under 2002 sker en markant ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och i slutet av året beräknas sammanlagt ca 480 000 personer uppbära dessa förmåner. Ökningen är till stor del en följd av den kraftiga uppgången av antalet långa sjukfall under de senaste åren. Detta är jämte den demografiska situationen, med relativt sett många personer i arbetskraften som är födda på 1940-talet, den främsta orsaken till att ett fortsatt stort antal nybeviljade aktivitetsersättningar och sjukersättningar är att förvänta under de kommande åren.

Regeringens överväganden

En fortsatt successiv ökning av antalet personer med långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan kan förväntas under de närmaste åren. I praktiken bedöms detta innebära att antalet personer som uppbär dessa förmåner kommer att öka successivt från nuvarande drygt 470 000 till ca 500 000 i slutet av 2003. Möjligheterna att motverka denna utveckling bedöms på kort sikt vara begränsade. För att kunna påverka situationen under de närmaste åren krävs åtgärder på olika områden inom ohälsområdet. Utgångspunkten för detta är det pågående arbetet med att genomföra regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet och de ytterligare åtgärder som regeringen nu anser nödvändiga. Härmed avses åtgärder inte bara av förebyggande natur utan även åtgärder för att få till stånd en väl fungerande rehabilitering och effektiva försäkringssystem.

Det är också angeläget att olika åtgärder vidtas som påverkar utvecklingen på kortare sikt. Regeringen har tidigare framhållit det angelägna i att alla förtidspensionärer skall kunna utnyttja sin återstående arbetsförmåga fullt ut och att en aktivare uppföljning och efterkontroll av beviljade förtidspensioner behöver göras. För att få underlag för detta gav regeringen i regleringsbrevet för 2002 RFV i uppdrag att redovisa hur försäkringskassorna bedriver sin verksamhet med att följa upp beviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Redovisningen skall även innehålla en bedömning av resultatet i denna uppföljningsverksamhet jämte behovet av eventuella författningsändringar. Uppdraget skall redovisas i anslutning till årsredovisningen för 2002.

Den fortsatta uppföljningen av de fr.o.m. 2000 införda reglerna om vilande förtidspension, vilka syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv, visar att även under 2001 hade färre förtidspensionärer än väntat utnyttjat möjligheten att pröva att förvärvsarbeta med sin förmån vilande utan att förlora rätten till sin pension. Redan våren 2001 gav regeringen RFV i uppdrag att snarast förbereda och planera informationsinsatser om vilande förtidspension, på i första lokal nivå för att ett genomförande av dessa kan inledas senast den 1 januari 2002. Verket har lämnat en första översiktlig redovisning av vidtagna och planerade informationsinsatser och skall den 1 juni 2003 inkomma till regeringen med en utvärdering av

dittills genomförda insatser samt lämna förslag om eventuellt ändrade bestämmelser eller andra lämpliga åtgärder. En slutlig mer omfattande utvärdering skall lämnas senast den 1 juni 2004.

Oavsett vidtagna, påbörjade och planerade åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet finns det starka skäl som talar för att utvecklingen av långa sjukfall i kombination med de demografiska förhållandena kommer att leda till successiv och markant ökning av antalet nybeviljade aktivitetsersättningar och sjukersättningar under hela budgetperioden. Utvecklingen på något längre sikt beror i hög grad på hur framgångsrikt det pågående arbetet för att komma till rätta med ohälsan i arbetslivet blir. Med de demografiska förhållandena avses dels de stora åldersgrupperna som är födda på 1940-talet och som under de närmaste åren uppnår de åldrar då risken att helt eller delvis förlora arbetsförmågan av medicinska skäl är som störst, dels att förhållandevis få personer med sjukersättning övergår till ålderspension under de närmaste åren.

I övrigt gäller, som ovan redovisats, att nya regler för beräkning av storleken på de nya förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning träder i kraft den 1 januari 2003 samt att det särskilda grundavdraget för pensionärer (SGA) samtidigt avskaffas. För att nettoersättningarna till de förmånsberättigade skall vara oförändrade efter skatt, måste bruttoersättningarna höjas. Utgiftsökningen till följd härav har beräknats till ca 3 000 miljoner kronor.

En annan omständighet som påverkar utgiftsberäkningarna för 2003–2005 är den felaktighet som redovisats av RFV i fråga om regleringen av slutliga statliga ålderspensionsavgifter för 1999–2001. Felaktigheten består i att personer som är födda före 1938 tagits med i underlaget för beräkning av avgiften. Förutom ett negativt regleringsbelopp för 1999 på ca 3 605 miljoner kronor som regleras 2002, har motsvarande negativa regleringsbelopp för 2000 och 2001, vilka slutregleras 2003 och 2004, beräknats till 2 647 respektive 1 589 miljoner kronor.

Vidare gäller fr.o.m. 2003 att när en arbetskadeliivränta helt eller delvis blir samordnad med sjukersättning eller aktivitetsersättning skall den statliga ålderspensionsavgiften för den bortsamordnade delen finansieras genom sjukförsäringen och genom detta anslag. Den årliga höjningen av den avgiften beräknas till ca 930 miljoner kronor.

Sammanfattningsvis har således regeringen vid anslagsberäkningarna utgått från en fortsatt ökning av antalet förmånstagare samt att några större förändringar i regelsystemet inte kommer att ske under de närmaste åren. Av betydelse för beräkningarna är dessutom slutregleringen av statliga ålderspensionsavgifter för budgetåren 2002–2004, den höjda ålderspensionsavgiften vid samordning med arbetsskadeliivränta samt effekten av att SGA slopas fr.o.m. år 2003.

Tabell 2.13 Härledning av anslagsnivå 2003–2004
19:2 Aktivitets- och sjukersättning

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	47 838 490	47 838 490
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	2 800 000	2 700 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	917 600	2 182 569
Volym	5 538 880	9 853 455
Överföring till/från andra anslag	930 000	930 000
Övrigt		
Förslag/beräknat anslag	58 024 970	63 504 514

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 024 970 000 kronor anvisas under anslaget 19:2 *Aktivitets- och sjukersättningar* under 2003. För 2004 beräknas anslaget till 63 504 514 000 kronor.

2.13.3 19:3 Handikappersättningar

Tabell 2.14 Anslagsutveckling 19:3 Handikappersättningar

<i>Tusental kronor</i>				
2001	Utfall	1 059 885	Anslags-sparande	1 540
2002	Anslag	1 156 465 ¹	Utgifts-prognos	1 162 000
2003	Förslag	1 190 915		
2004	Beräknat	1 213 420		

¹ Inklusivt förslag till tilläggsbudget i föreliggande proposition.

Från anslaget bekostas handikappersättning. Den utges till personer som fyllt 16 men inte 65 år och som under denna tid fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid och därför behöver mer tidskrävande hjälp av annan i den dagliga livsföringen och/eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Handikappersättning utbetalas med belopp som för år räknat motsvarar 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Kostnaderna för förmånen styrs av antalet förmåner, nivån på de utbetalade förmånerna samt prisbasbeloppets utveckling.

Före den 1 januari 2001 kunde handikappersättning lämnas antingen som ett tillägg till pension eller som enskild förmån. När ersättningen lämnades till en person med reducerad folkpension reducerades handikappersättningen i motsvarande mån. Från och med 2001 lämnas handikappersättning endast som enskild förmån, vilket innebär att den alltid lämnas med o reducerat belopp.

Antalet personer med handikappersättning uppgick 2001 till 58 773, en ökning med 800 personer från föregående år, vilket är något lägre ökningstakt än under 2000. Antalet handikappersättningar med den högsta ersättningsnivån har de senaste åren varit ganska konstant, medan antalet med den lägsta nivån har ökat. Denna utveckling väntas fortsätta.

Det beräknas att antalet personer med handikappersättning skall minska som en följd av att den nedre åldersgränsen för rätt till ersättning höjs den 1 januari 2003 från 16 år till juli månad det år den försäkrade fyller 19 år.

År 2001 uppgick anslaget för handikappersättning till 1 054 400 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 1 059 885 000 kronor. För innevarande år beräknas utgifterna överstiga fastställt anslag med 5 535 000 kronor.

Regeringens överväganden

Den demografiska utvecklingen medför en viss ökning av antalet handikappersättningar på den lägre nivån samtidigt som de retroaktiva utbetalningarna ökar. Det sistnämnda innebär dock bara att statens kostnader omfördelas från folkpensionsförmåner till handikappersättningen.

Tabell 2.15 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:3 Handikappersättning

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	1 098 465	1 098 465
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	28 106	55 873
Volymer	5 344	82
Överföring till/från andra anslag	59 000	59 000
Övrigt	0	0
Förslag/beräknat anslag	1 190 915	1 213 420

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 190 915 000 kronor anvisas under anslaget 19:3 *Handikappersättningar* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 1 213 420 000 kronor.

2.13.4 19:4 Arbetsskadeersättningar

Tabell 2.16 Anslagsutveckling 19:4 Arbetsskadeersättningar

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2001	Utfall	7 097 518	- 115 591	
2002	Anslag	7 607 476		7 163 300
2003	Förslag	6 406 977 ¹		
2004	Beräknat	6 685 344		

¹ 535 900 000 kronor avser statliga ålderspensionsavgifter varav -151 799 tkr är regleringsbelopp avseende 2000.

Arbetsskadeersättningar omfattar förmåner i form av egenlivräntor, efterlevandelivräntor, begravningshjälp, sjukpenning i vissa fall, ersättning i samband med sjukhusvård utom riket, tandvård och ersättning för särskilda hjälpmedel. Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter. Anslaget omfattar även vissa yrkesskadeersättningar och ålderspensionsavgifter för dessa. Vissa yrkesskadeersättningar avser ersättning för vissa skador, som beror på annat än arbete, och som ersätts enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd. Denna del av anslaget flyttas 2003 till anslaget 19:6 *Ersättning för kroppsskador*.

Utgiftsutvecklingen för arbetsskadeersättningar är främst beroende av arbetsmiljöfaktorer, demografiska förhållanden, praxis samt prisbasbeloppets utveckling.

Antalet egenlivräntor uppgick 2001 till drygt 89 000. Antalet har totalt sett minskat de senaste åren på grund av att de nybeviljade livräntorna är färre än de som har upphört. Antalet livräntor som upphör kommer att öka ytterligare från och med 2003, eftersom personer som är födda 1938 eller senare inte har rätt till livränta som utfyllnad till ålderspension. År 2002 och 2003 sker omfattande regeländringar i arbetsskadeförsäkringen. De viktigaste förändringarna är den ändrade bevisregeln från och med den 1 juli 2002 och ändrad indexering av egenlivräntor från och med 2003. På sikt bedöms detta medföra kraftigt ökade utgifter för arbetsskadeförsäkringen, men kostnadseffekten av framför allt den ändrade bevisregeln är mycket svårbedömd. Åren 2002 och 2003 beräknas dock inte utgiftsökningen bli så stor.

Åren 2004 och 2005 beräknas utgifterna öka som en följd av regeländringarna 2002 och 2003.

Utgifterna för statliga ålderspensionsavgifter kommer att minska kraftigt 2003 på grund av regeländringar som medför att ålderspensionsavgift i normalfallet bara kommer att beräknas på utbetald livränta. Detta innebär att en stor del av den statliga ålderspensionsavgift som tidigare belastat anslaget i stället kommer att belasta anslag 19:2 *Aktivitets- och sjukersättningar*.

År 2001 uppgick anslaget för arbetsskadeersättning till 6 909 000 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 7 097 518 000 kronor. För innevarande år beräknas utgifterna understiga fastställt anslag med 444 176 000 kronor.

Regeringens överväganden

Antalet anmälda arbetsskador fortsätter att öka och förväntas påverka antalet livräntor på lång sikt. De förändringar av arbetsskadeförsäkringen som har beslutats våren 2002 kommer successivt att öka utgifterna för försäkringen.

Tabell 2.17 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:4 Arbetsskadeersättningar

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	7 607 476	7 607 476
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	-423 000	-339 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	132 304	281 686
Volymer	47 197	-53 821
Överföring till/från andra anslag	-944 000	-944 000
Övrigt ¹	-13 000	133 000
Förslag/beräknat anslag	6 406 977	6 685 344

¹ Effekt av reglering av statliga ålderspensionsavgifter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 406 977 000 kronor anvisas under anslaget 19:4 *Arbetsskadeersättningar* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 6 685 344 000 kronor.

2.13.5 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

Tabell 2.18 Anslagsutveckling 19:5 Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning (f.d. förtidspensionärer)

Tusental kronor

År	Utfall	5 002	Anslags-sparande	150
2001	Utfall	5 002	Anslags-sparande	150
2002	Anslag	8 000 ¹	Utgifts-prognos	8 000
2003	Förslag	8 000		
2004	Beräknat	8 000		

¹ Inklusiva 3 000 tkr på tilläggsbudget i samband med föreliggande proposition.

Detta försäkringsstöd infördes fr.o.m. 1999 i syfte att finansiera ersättning som i vissa fall – enligt lagen (1998:175) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag – utges till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med avseende på resterande arbetsförmåga på 25 procent. Det skall i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie arbetsmarknaden, eventuellt med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader skall berörda personer kunna beredas anställning vid Samhall AB.

Utgifterna för ändamålet var under 2001 avsevärt högre jämfört med de två föregående åren och motsvarade i princip anslagsbeloppet på 5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Under 2001 ökade utgifterna för detta stöd betydligt jämfört med tidigare år. Även för 2002 och för 2003–2005 förväntas en ökning av utgifterna i förhållande till tidigare bedömning, även om prognosen är något osäker. Den förväntade utgiftsökningen beror på en kombination av olika faktorer som faktureringsrutiner på Samhall och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt en faktisk ökning av antalet förtidspensionärer som får sysselsättning på den resterande arbetsförmågan på 25 procent.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 000 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 8 000 000 kronor.

2.13.6 19:6 Ersättning för kroppsskador

Tabell 2.20 Anslagsutveckling 19:6 Ersättning för kroppsskador

Tusental kronor

År	Utfall	58 867	Anslags-sparande	2 810
2001	Utfall	58 867		2 810
2002	Anslag	62 650 ¹	Utgifts-prognos	57 500
2003	Förslag	69 056²		
2004	Beräknat	71 543		

¹ Inklusivt 3 750 000 kr på tilläggsbudget i samband med 2002 års ekonomiska vårproposition.

² 2 500 000 kronor avser statliga ålderspensionsavgifter, varav 155 422 kronor är regleringsbelopp för vissa yrkesskadeersättningar och –555 015 kronor är regleringsbelopp för övriga ersättningar för kroppsskador avseende 2000.

Från anslaget bekostas ersättningar enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd (LSP) i de fall skada inträffat under militär verksamhet. För skador som inträffat före juli 1977 belastas anslaget av bl.a. ersättningar enligt lagen (1050:261) om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under militärtjänstgöring (militärersättningslagen). Anslaget belastas även av statliga ålderspensionsavgifter. Anslaget bekostar fr.o.m. 2003 även kostnader för vissa yrkesskadeersättningar och ålderspensionsavgifter för

dessa. Dessa kostnader belastade tidigare anslaget 19:4 *Arbets-skadeersättningar*.

Utgiftsutvecklingen påverkas bl.a. av arbetsmiljöfaktorer och prisbasbeloppets utveckling.

År 2001 uppgick anslaget för ersättning för kroppsskador till 60 600 000 kronor. Det faktiska utfallet blev 58 867 000 kronor. För innevarande år beräknas utgifterna understiga fastställt anslag med ca 5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Utgifterna för LSP beräknas inte förändras nämnvärt de närmaste åren. Anslaget Ersättning för kroppsskador ökar dock med anledning av att kostnaderna för vissa yrkesskadeersättningar flyttas till anslaget från och med år 2003.

Tabell 2.21 Härledning av anslagsnivå 2003–2004, för 19:6 Ersättning för kroppsskador

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	58 900	58 900
<i>Förändring till följd av:</i>		
Beslut	300	900
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 062	2 665
Volym	–2 706	–3 422
Överföring till/från andra anslag	11 500	13 200
Övrigt		–700 ¹
Förslag/beräknat anslag	69 056	71 543

¹ Effekt av reglering av statliga ålderspensionsavgifter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 69 056 000 kronor anvisas under anslaget 19:5 *Ersättning för kroppsskador* för 2003. För 2004 beräknas anslaget till 71 543 000 kronor.

2.13.7 19:7 Riksförsäkringsverket

Tabell 2.22 Anslagsutveckling 19:7 Riksförsäkringsverket

Tusental kronor

År	Utfall	775 559	Anslags-sparande	29 484
2001	Utfall	775 559		29 484
2002	Anslag	754 490	Utgifts-prognos	789 600
2003	Förslag	933 523		
2004	Beräknat	954 867 ¹		

¹ Motsvarar 933 524 tkr i 2003 års prisnivå.

Verksamheten inom RFV finansieras i huvudsak genom anslag på statsbudgeten, men också genom avgiftsintäkter avseende egna resultatområden.

RFV hade enligt bokslutet vid utgången av budgetåret 2001 ett anslagssparande på 29,5 miljoner kronor, vilket motsvarar 3,9 procent av anslaget för detta år. Regeringen har beslutat att verket får disponera hela anslagssparandet från 2001. För 2002 hänförs differensen mellan anslag och utgiftsprognos huvudsakligen till ökade kostnader i samband med genomförandet av de s.k. följdreformerna.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av RFV:s administrationskostnader täcks av ersättningar bl.a. från AP-fonden och de affärsdrivande verken. Ersättning från AP-fonden avser verkets kostnader för administrationen av tilläggspension för ålderspensioner och inkomstgrundad ålderspension. Enligt regeringsbeslut (S2001/1745/SF) uppgår denna ersättning till 453 miljoner kronor för 2002. Kostnaderna för 2003 beräknas till 512,5 miljoner kronor. Ökningen beror främst på att IT-kostnaderna för drift och förvaltning m.m. beräknas stiga. Fr.o.m. 2003 övertar RFV även de utbetalningar av allmän pension som tidigare ombesörjts av SPV och KPA Pension AB.

Såvitt avser de affärsdrivande verken skall RFV:s administration av arbetsskador som reglerats före den 1 juli 1995 finansieras med avgifter. Avgifternas storlek följer av regeringsbeslut den 14 juni 1984. RFV får dessutom utöver vad som anges i 4 § avgiftsförordningen (1992:191) mot

ersättning utföra datorbehandlingar för externa beställare och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. Avgiftsintäkterna disponeras av RFV.

När det gäller tjänsteexporten har RFV för närvarande EU-finansierade projekt i Slovenien respektive Polen. Projekten drivs inom ramen för EU:s program för partnerskapssamverkan med kandidatländer.

Tabell 2.23 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2001	439 392	473 023	- 33 361
(varav tjänsteexport)	11 304	11 304	0
Prognos 2002	475 016	464 500	10 516
(varav tjänsteexport)	11 000	11 000	0
Budget 2003	528 400	528 400	0
(varav tjänsteexport)	5 000	5 000	0

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Sedan budgetåret 1999 har RFV fått ekonomiskt utrymme för att stödja och medverka till att forskning bedrivs inom området för socialförsäkring. Regeringen föreslår att verket även under 2003 skall kunna göra ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som innebär utgifter om högst 9 miljoner kronor efter 2003. Av tabell 2.24 framgår att RFV gjort åtaganden 2001 som var högre än bemyndiganderamen.

Tabell 2.24 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

	Tusental kronor			
	2001 utfall	2002 prognos	2003 beräknat	2004 beräknat
Utestående åtaganden vid årets början	12 200	11 800	9 000	
Nya åtaganden	7 600	5 200	8 000	
Infriade åtaganden ¹	-8 000	-8 000	-8 000	-8 000
Utestående åtaganden vid årets slut	11 800	9 000	9 000	
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	9 000	9 000	9 000	

¹ Utgiftsutfall till följd av ingångna åtaganden.

Regeringens överväganden

Tabell 2.25 Härlledning av anslagsnivå 2003–2004 för 19:7 Riksförsäkringsverket

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	754 490	754 490
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning ¹	17 973	35 634
Beslut	169 653	173 532
Överföring till/från andra anslag	-8 593	-8 789
Övrigt		
Förslag/beräknat anslag	933 523	954 867

¹ Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av vad regeringen anför ovan i fråga om medel till RFV för arbetet inom prioriterade områden (avsnitt 2.11.1), samt att RFV kompenseras för administrationskostnader med anledning av propositionen Bättre tandvård för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) genom en överföring av medel från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner, m.m.*, motsvarande 500 000 kronor per år fr.o.m. 2003, och att RFV dessutom tilldelas 20 miljoner kronor per år under 2003 och 2004 för att förstärka utbildningen i försäkringsmedicin. Regeringens förslag respektive beräkning av anslaget omfattar en pris- och löneomräkning. Därutöver har anslagsnivån justerats med 0,7 procent, i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1. vilket motsvarar ca 5 miljoner kronor per år för RFV. Regeringen förutsätter att denna justering inte påverkar prioriterade områden.

Regeringen tillför utöver detta ytterligare 155 miljoner kronor 2003 och 2004 för arbetet inom prioriteringsområden.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 933 523 000 kronor anvisas för anslaget 19:7 *Riksförsäkringsverket* under 2003. För 2004 beräknas anslaget till 954 867 000 kronor.

2.13.8 19:8 Allmänna försäkringskassor

Tabell 2.26 Anslagsutveckling 19:8 Allmänna försäkringskassor

Tusental kronor

2001	Utfall	5 257 392	Anslags-sparande	140 589
2002	Anslag	5 289 175	Utgifts-prognos	5 438 370
2003	Förslag	5 822 027		
2004	Beräknat	5 912 837 ¹		

¹ Motsvarar 5 785 409 tkr i 2003 års prisnivå.

Försäkringskassornas utfall uppgick till 5 257 miljoner 2001. Det är en ökning om ca 10 procent jämfört med 2000.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Vissa av försäkringskassans kostnader täcks av ersättningar bl.a. från AP-fonden. Ersättningen från AP-fonden skall täcka kostnader för administrationen av tilläggs pension för ålderspensionärer och inkomstgrundad ålderspension. För 2002 uppgår denna ersättning till 277 miljoner kronor enligt regeringsbeslut (S2001/1745/SF). Kostnaderna beräknas bli 324 miljoner kronor. Skillnaden mellan ersättningsnivån och den faktiska kostnaden 2002 justeras i samband med tilldelningen för 2004. Kostnaden för 2003 beräknas av RFV till 308 miljoner kronor.

Övriga avgiftsintäkter kommer från administration av småföretagarförsäkring mm, administration av familjebidrag (också benämnt ersättning från försvaret) samt avgifter enligt avgiftsförordningen 4§ (också benämnt övriga ersättningar). Dessa övriga avgiftsintäkter beräknas uppgå till ca 15 miljoner per år under perioden.

Tabell 2.27 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt - kostnad)
Utfall 2001	328 700	277 321	51 379
Prognos 2002	283 000	333 000	- 50 000
Budget 2003	285 500	308 000	- 22 500

Regeringens överväganden

Administrationen av utbetalningen av reseersättning för arbetshandikappade i samband med arbetsmarknadspolitiska program skall föras från försäkringskassorna till AMS. Överföringen skall ske fr.o.m. den 1 januari 2003. Kostnaderna för detta, en miljon kronor hos försäkringskassorna, förs över till AMS.

Med anledning av propositionen Bättre tandvård för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) överförs medel från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner, m.m.*, motsvarande 19 500 000 kronor per år fr.o.m. 2003 till anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor*.

Försäkringskassorna tillförs vidare 21 000 000 kronor 2003 och 7 000 000 kronor 2004 för handläggning av äldreförsörjningsstödet.

Regeringen tillför försäkringskassorna 22 500 000 kronor 2003 och 40 000 000 kronor 2004 för att möjliggöra anställningen av

ytterligare försäkringsläkare. Regeringen tillför anslaget utöver detta ytterligare 478 miljoner kronor 2003 och 438 miljoner kronor 2004 för arbetet inom prioriterade områden (se vidare avsnitt 2.11.1). Därutöver har anslagsnivån justerats med 0,7 procent i syfte att begränsa statlig konsumtion, se volym 1, avsnitt 6.2.1, vilket motsvarar 38 miljoner för försäkringskassorna. Regeringen förutsätter att denna justering inte påverkar prioriterade områden.

Tabell 2.28 Härledning av anslagsnivå 2003–2004 för 19:8 Allmänna försäkringskassor

Tusental kronor

	2003	2004
Anvisat i 2002 års statsbudget	5 289 175	5 289 175
<i>Förändring till följd av:</i>		
Pris- och löneomräkning ¹	133 056	252 485
Beslut	381 296	352 720
Överföring till/från andra anslag	18 500	18 456
Övrigt	0	0
Förslag/beräknat anslag	5 822 027	5 912 837

¹ Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2002 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 822 027 000 kronor anvisas under anslaget 19:8 *Allmänna försäkringskassor* 2003. För 2004 beräknas anslaget till 5 912 837 000 kronor.