

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

10



Förslag till statens budget för 2014

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	7
2	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	9
2.1	Omfattning.....	9
2.2	Utgiftsutveckling	9
2.3	Mål	10
2.3.1	Bedömning av måluppfyllelsen	10
2.4	Resultatredovisning	10
2.4.1	Sjukfrånvarons utveckling	10
2.4.2	Försäkringskassan	19
2.4.3	Inspektionen för socialförsäkringen.....	21
2.4.4	Internationell samordning av sociala trygghetssystem.....	22
2.5	Analys och slutsatser	22
2.5.1	Sjukfrånvarons utveckling	22
2.5.2	Försäkringskassan	23
2.6	Politikens inriktning	23
2.6.1	Fördjupad kunskap om sjukfrånvarons utveckling.....	24
2.6.2	Försäkringskassan	25
2.6.3	Åtgärder för en effektiv rehabilitering.....	26
2.6.4	Åtgärder för unga med aktivitetsersättning	28
2.6.5	Stärkt rättssäkerhet vid bedömning av arbetsförmåga.....	28
2.6.6	Översyn av högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader.....	29
2.6.7	Ökad kunskap avseende arbetsskador	29
2.6.8	Funktionshinderspolitiken	29
2.6.9	Internationell samordning av sociala trygghetssystem.....	29
2.7	Budgetförslag	30
2.7.1	1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	30
2.7.2	1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	32
2.7.3	1:3 Handikappersättningar	34
2.7.4	1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	34
2.7.5	1:5 Ersättning för kroppsskador	35
2.7.6	1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	36
2.7.7	2:1 Försäkringskassan	39
2.7.8	2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	40

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	7
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	9
2.2 Härledning av ramnivån 2014–2017. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	10
2.3 Ramnivå 2014 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	10
2.4 Diagnosfördelning pågående sjukfall, jun 2013	15
2.5 Avslag och indrag 2006 – 2012, antal och andel.....	16
2.6 Kontrollverksamheten hos Försäkringskassan	21
2.7 Försäkringskassans polisanmälningar.....	21
2.8 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	30
2.9 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	32
2.10 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	32
2.11 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	33
2.12 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar	34
2.13 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:3 Handikappersättningar	34
2.14 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	34
2.15 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	35
2.16 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning för kroppsskador.....	35
2.17 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:5 Ersättning för kroppsskador.....	35
2.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	36
2.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	38
2.20 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	39
2.21 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan	39
2.22 Uppdragsverksamhet	39
2.23 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:1 Försäkringskassan	40
2.24 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	40
2.25 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	41

Diagramförteckning

2.1	Ohälsotalet, jan 2000 – jun 2013	11
2.2	Sjukpenningtalet per län 2006 och 2012, sorterat efter nivå 2006.....	11
2.3	Frånvaro från arbetet på grund av sjukdom i minst en vecka som andel av antalet anställda i åldrarna 20-64 år, 1990 – 2012.....	12
2.4	Antal nybeviljade sjukersättningar, maj 2004 – jun 2013	12
2.5	Sjukpenningtalet, dec 1994 – maj 2013	13
2.6	Antalet pågående sjukfall, jan 2000 – apr 2013.....	14
2.7	Andel av avslutade sjukfall som avslutats genom sjukersättning (förtidspension/sjukbidrag t.o.m. 2002). Rullande 12-månaderstal, jan 2001 – dec 2012.....	14
2.8	Sjukpenningtalet fördelat på kvinnor och män, dec 1994 – jun 2013	15
2.9	Sjukpenningtalet för kvinnor och män i olika åldersgrupper, jun 2013	15
2.10	Antal nybeviljade aktivitetsersättningar, uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga, maj 2004 – jun 2013.....	16

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2014 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 190 000 000 kronor 2015 och 2016 (avsnitt 2.7.6),
2. bemyndigar regeringen att för 2014 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 60 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i hanteringen av fakturor för vård i andra länder (avsnitt 2.7.7),
3. för budgetåret 2014 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag	
1:1	Sjukpenning och rehabilitering m.m. 31 078 000
1:2	Aktivitets- och sjukersättningar m.m. 49 553 336
1:3	Handikappersättningar 1 314 000
1:4	Arbetsskadeersättningar m.m. 3 479 000
1:5	Ersättning för kroppsskador 40 828
1:6	Bidrag för sjukskrivningsprocessen 3 118 500
2:1	Försäkringskassan 7 869 334
2:2	Inspektionen för socialförsäkringen 66 849
Summa	96 519 847

2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

2.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning omfattar sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall, boendetillägg, närståendepenning, medel för köp av ar-

betshjälpmedel m.m., aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, ersättning vid arbets- och kroppsskador samt bidrag för sjukskrivningsprocessen. Här behandlas även internationellt samarbete på socialförsäkringsområdet. Utgiftsområdet omfattar även myndigheterna Försäkringskassan och Inspektionen för socialförsäkringen.

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	Utfall 2012	Budget 2013 ¹	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
<i>Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</i>							
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	24 957	30 241	27 855	31 078	32 635	34 112	34 873
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	54 464	51 320	51 807	49 553	47 861	47 301	46 714
1:3 Handikappersättningar	1 277	1 284	1 309	1 314	1 338	1 368	1 415
1:4 Arbetskkadeersättningar m.m.	3 953	3 764	3 798	3 479	3 267	3 018	2 889
1:5 Ersättning för kroppsskador	44	43	43	41	39	38	36
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	1 725	2 459	2 270	3 119	3 142	3 157	3 152
Summa Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning	86 421	89 111	87 081	88 584	88 282	88 994	89 079
<i>Myndigheter</i>							
2:1 Försäkringskassan	7 623	7 446	7 614	7 869	7 926	7 982	8 124
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	59	65	65	67	65	66	67
Summa Myndigheter	7 682	7 511	7 679	7 936	7 991	8 048	8 191
<i>Äldre anslag</i>							
2013 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	750	1 000	976	0	0	0	0
Summa Äldre anslag	750	1 000	976	0	0	0	0
Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning	94 853	97 622	95 736	96 520	96 273	97 041	97 270

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Tabell 2.2 Härledning av ramnivå 2014–2017. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	94 422	94 422	94 422	94 422
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	200	300	432	607
Beslut	-173	-229	-289	-326
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar	475	1 668	3 086	5 036
Volymer	1 558	-57	-1 192	-3 063
Överföring till/från andra utgifts- områden	1 640	1 640	1 640	1 640
Övrigt ³	-1 601	-1 470	-1 058	-1 044
Ny ramnivå	96 520	96 273	97 041	97 270

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

³ Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Tabell 2.3 Ramnivå 2014 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	2014
Transfereringar ¹	87 786
Verksamhetsutgifter ²	8 721
Investeringar ³	13
Summa ramnivå	96 520

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2012 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

2.3 Mål

Målet för utgiftsområdet är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Det innebär mer specifikt att:

- sjukfrånvaron inte ska variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer,
- osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma,

- nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med motsvarande system och förmåner inom EU och OECD.

2.3.1 Bedömning av måluppfyllelsen

Den totala sjukfrånvaron fortsätter att minska. Sjukfrånvaron ligger på en likartad nivå som jämförbara länder inom EU och OECD. De regionala skillnaderna är små.

Den aktivare sjukskrivningsprocessen har lett till att färre personer blir långtidssjukskrivna. De som blir det beviljas inte heller sjukersättning i samma utsträckning som tidigare. Denna positiva utveckling, i kombination med en demografisk utveckling som innebär att allt fler lämnar sjukersättningen och övergår till ålderspension, medför att antalet personer med sjukersättning minskar. Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar har dock ökat något de senaste två åren.

När det gäller antalet personer som får sjukpenning har detta minskat kraftigt under 2006–2010. Sedan 2011 har dock antalet personer med sjukpenning ökat. Det är till en betydande del en förväntad effekt, då de som tidigare hade en tidsbegränsad sjukersättning och som inte återfått arbetsförmågan nu i stället får sjukpenning. Personer som uppburit sjukpenning i maximalt antal dagar har också kommit tillbaka till sjukförsäkringen. Sedan 2012 har det dock även skett en ökning av nya sjukfall. Framför allt gäller detta kvinnors sjukfrånvaro som har ökat mer än männens. De psykiska diagnoserna svarar för en stor del av ökningen.

Mot denna bakgrund är det nödvändigt att följa utvecklingen under längre tid innan det går att konstatera om målet om en låg och stabil sjukfrånvaro är uppfyllt.

2.4 Resultatredovisning

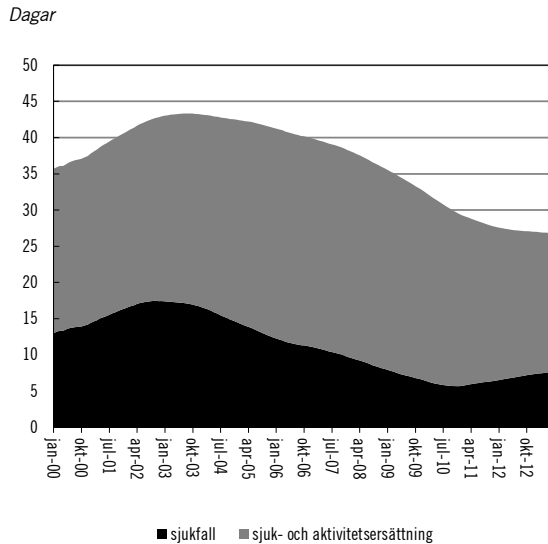
2.4.1 Sjukfrånvarons utveckling

Den totala sjukfrånvaron minskar

Den sammantagna sjukfrånvaron minskar alltså sedan 2003. Ohälsotoalet, som visar hur många heldagar per år befolkningen mellan 16–64 år i genomsnitt uppbur sjukpenning, rehabiliterings-

penning samt sjuk- och aktivitetsersättning, var 26,8 dagar i juni 2013, vilket innebär att ohälsotalet är närmare 40 procent lägre än det var i juni 2003, se diagram 2.1.

Diagram 2.1 Ohälsotalet, jan 2000 – jun 2013



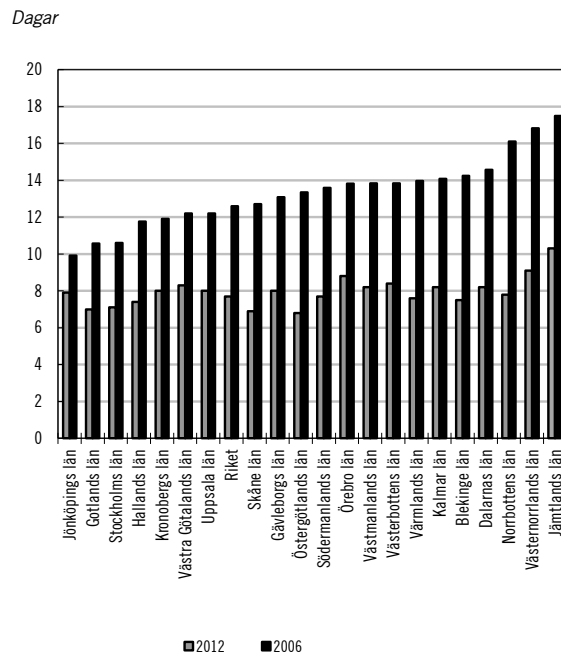
Källa: Försäkringskassan

Den nuvarande nedgången beror på att antalet personer med sjukersättning minskat betydligt. Under 2012 beviljades totalt 17 000 personer sjuk- eller aktivitetsersättning. Det kan jämföras med 2006 då motsvarande antal var 48 000 personer och 2004 då antalet var 73 000 personer.

Minskade regionala skillnader

Antalet personer med sjukpenning har minskat kraftigt sedan 2006. Under denna period har även de regionala skillnaderna minskat, se diagram 2.2. År 2006 var skillnaden i sjukpenningstal mellan det län som hade högst sjukpenningstal, Jämtlands län, och det län som hade lägst sjukpenningstal, Jönköpings län, 7,6 dagar. År 2012 var skillnaden mellan det högsta och lägsta länsvisa sjukpenningtalet (Jämtlands län respektive Östergötlands län) endast 3,5 dagar.

Diagram 2.2 Sjukpenningtalet per län 2006 och 2012, sorterat efter nivå 2006

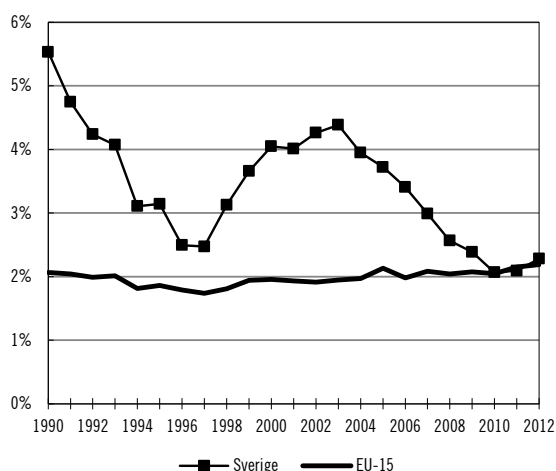


Källa: Försäkringskassan.

En viktig förändring som har bidragit till en minskad regional spridning är sammanslagningen av de allmänna försäkringskassorna till en myndighet, vilket lett till en mer likformig tillämpning av regelverket. Det har dock skett en viss ökning av de regionala skillnaderna sedan 2011. Det beror i stor utsträckning på att antalet personer som återvänder till sjukförsäkringen efter att tidigare haft tidsbegränsad sjukersättning varierar mellan länen. Det beror i sin tur på att det inom den tidigare länsorganisationen fanns variationer i beviljande av tidsbegränsad sjukersättning. Utvecklingen bör dock följas noga för att säkerställa att osakliga regionala skillnader inte förekommer.

Sjukfrånvaron i nivå med EU-genomsnittet

Den tidigare bilden att sjukfrånvaron i Sverige var bland de högsta i världen har förändrats. I förhållande till jämförbara länder har sjukfrånvaron i Sverige minskat kraftigt de senaste åren. Mätt enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU) ligger den svenska sjukfrånvaron numera i nivå med EU-genomsnittet, se diagram 2.3.

Diagram 2.3 Frånvaro från arbetet på grund av sjukdom i minst en vecka som andel av antalet anställda i åldrarna 20-64 år, 1990 – 2012

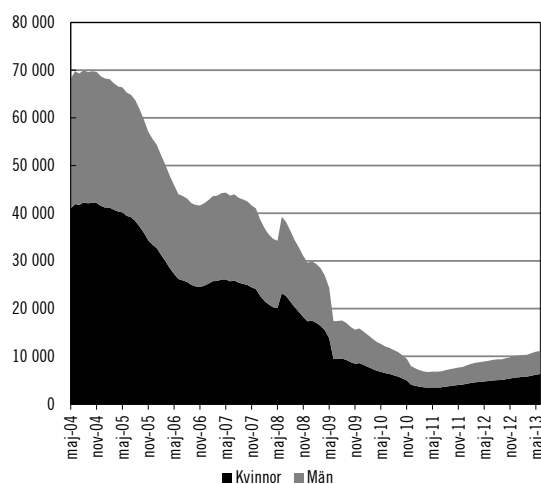
Källa: EULFS och AKU.

Färre i sjukersättning

Antalet personer som har sjukersättning har minskat dramatiskt de senaste åren. Inte minst har antalet personer som beviljas sjukersättning minskat som en följd av att det genom sjukförsäkringsreformen 2008 infördes striktare kriterier för att beviljas förmånen. Det faktum att det är färre långa sjukfall minskar också inflödet till sjukersättning. I kombination med att relativt stora kullar lämnar ersättningen för att de fyller 65 år och därmed övergår till ålderspension har detta medfört ett minskande antal personer som uppbär sjukersättning.

Genom sjukförsäkringsreformen avskaffades den tidsbegränsade sjukersättningen i juli 2008. Samtidigt infördes övergångsbestämmelser för personer som vid avskaffandet redan hade denna ersättning, som innebar att de kunde få förlängning i högst 18 månader. Dessa övergångsbestämmelser upphörde i december 2012, vilket innebär att det numera endast finns permanent sjukersättning. Utfasningen av tidsbegränsad sjukersättning har bidragit till minskningen av antal personer med sjukersättning. Det har avsiktligt bidragit till att fler personer istället uppbär sjukpenning.

I december 2012 hade 349 000 personer sjukersättning, varav 207 000 kvinnor och 142 000 män. Jämfört med december 2011 är det en minskning med 24 000 personer. Sedan mitten av 2011 har det emellertid skett en svag ökning i nybeviljandet av sjukersättning, se diagram 2.4.

Diagram 2.4 Antal nybeviljade sjukersättningar, maj 2004 – jun 2013

Källa: Försäkringskassan.

År 2012 beviljades strax under 10 100 nya ersättningar. Året innan var antalet strax under 7 800. Uppgången har fortsatt även under 2013. Nivån på nybeviljandet ligger dock fortfarande på en historiskt sett mycket låg nivå. Det finns flera bidragande orsaker till den uppgång som nu kan skönjas. En orsak är att något fler av de personer som uppnått maximal tid med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning, och som sedan återvänt till sjukförsäkringen efter deltagandet i arbetslivsintroduktion hos Arbetsförmedlingen, har beviljats sjukersättning.

Antal personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen

Ett viktigt syfte med sjukförsäkringsreformen var att motverka långa och passiva sjukskrivningar som i stor utsträckning ledde till permanent utanförskap. En del av reformen var därför att antalet dagar med sjukpenning begränsades och att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades.¹ Den som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen erbjuds möjlighet att skriva in sig hos Arbetsförmedlingen och delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion. Syftet med arbetslivsintroduktionen är att förbereda personer för ett arbete eller för fortsatta insatser inom arbetsmarknads-

¹ I normalfallet kan en försäkrad få sjukpenning i högst 914 dagar. Undantag finns då den försäkrade är arbetsoförmögen till följd av en allvarlig sjukdom. I dessa fall kan sjukpenning lämnas för obegränsad tid.

politiken. Därmed har tillgången till arbetsmarknadspolitiska insatser förstärkts.

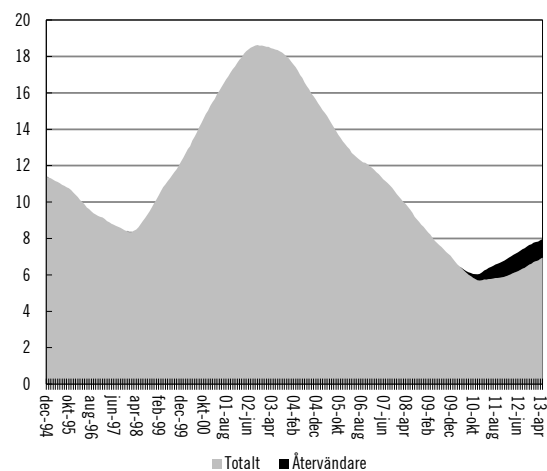
Från den 1 januari 2010, då de första försäkrade nådde tidsgränsen för maximal tid i sjukförsäkringen, till den sista december 2012 har 90 200 personer nått den borte gränsen för antalet dagar som ersättning kan betalas ut. Försäkringskassan har särskilt följt de 76 507 personer som till den sista december 2011 har nått den borte tidsgränsen. Enligt Försäkringskassans uppföljning ("Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling", juni 2013) framgår att i genomsnitt ca 15 procent av dessa personer har gått till arbete eller försörjer sig på annat sätt än via Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Cirka 25 procent är inskrivna hos Arbetsförmedlingen och ca 55 procent har återvänt till sjukförsäkringen och beviljats antingen sjukpenning eller sjukersättning. Därutöver har en del personer fyllt 65 år och övergått till ålderspension. Försäkringskassans uppföljning visar att det över tid är något fler personer som beviljas sjukersättning, övergår till ålderspension eller försörjer sig på annat sätt än via Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Ökning av antalet personer med sjukpenning

Antalet personer som uppbär sjukpenning, mätt med sjukpenningtalet², var som lägst i december 2010, 6,0 dagar. Därefter har sjukpenningtalet ökat. I maj 2013 var det 8,0 dagar, se diagram 2.5.

Diagram 2.5 Sjukpenningtalet, dec 1994 – maj 2013

Dagar

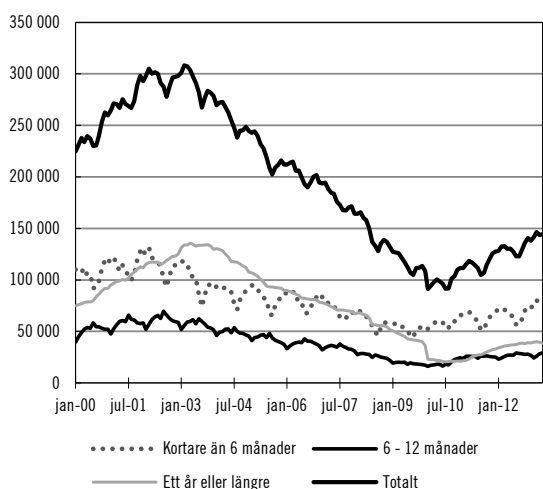


Källa: Försäkringskassan.

Sjukpenningtalets ökning under 2011 kännetecknades av att personer som haft sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning i maximalt antal dagar därefter återvände till sjukförsäkringen och påbörjade en ny sjukperiod, se ovanstående diagram. Totalt 41 000 personer lämnade sjukförsäkringen under 2010 och många av dessa har därefter påbörjat en ny sjukperiod. Avskaffandet av förmånen tidsbegränsad sjukersättning har medfört att ca 10 000 fler personer istället har sjukpenning.

Sjukpenningtalets ökning sedan 2012 kännetecknas av dels ett ökat inflöde av nya sjukfall, dels av att sjukfallen har blivit längre. I augusti 2012 var det 287 000 sjukfall som blev längre än 30 dagar, en ökning med ca 40 000 jämfört med 2010. Cirka 38 000 pågående sjukfall hade en fallängd över ett år i december 2012, att jämföra med ca 20 000 i början av 2010. Det är emellertid avsevärt färre än i början av 2000-talet. I april 2003 fanns det drygt 135 000 sjukfall med en fallängd över ett år, se diagram 2.6.

² Sjukpenningtalet anger hur många frånvarodagar som ersätts med sjuk- och rehabiliteringspenning per försäkrad 16-64 år under en 12-månadersperiod.

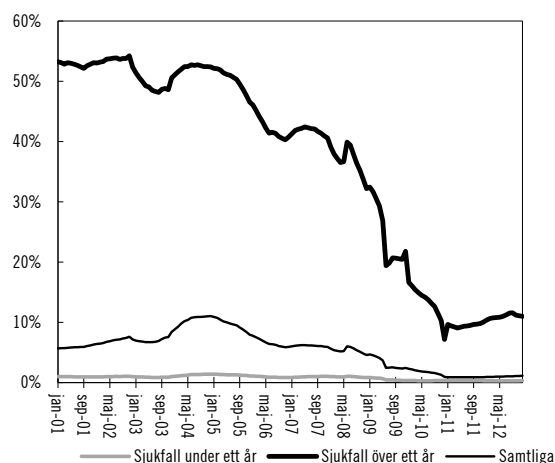
Diagram 2.6 Antalet pågående sjukfall, jan 2000 – apr 2013

Källa: Försäkringskassan.

Ökningen av antalet sjukfall som pågår i minst 30 dagar beror främst på ett ökat inflöde av anställda som blir sjukskrivna. Varaktigheten för anställda sjukskrivna har emellertid inte ökat. Varaktigheten har däremot ökat för arbetslösa sjukskrivna. Det beror delvis på införandet av en tidsgräns för hur många dagar den försäkrade kan få sjukpenning samt de striktare kriterierna för rätt till sjukersättning och avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen. Tidsgränsen för rätt till sjukpenning medförde att ett stort antal långvarigt sjukskrivna lämnade försäkringen i januari 2010. En del av dessa personer, samt personer som tidigare hade tidsbegränsad sjukersättning, har sedan återvänt och påbörjat en ny sjukperiod, vilket har bidragit till att antalet pågående sjukfall i de längre längdklasserna successivt ökat. Många av dessa personer, ca 60 procent, är arbetslösa. Det nya regelverket har således inneburit att en del av de personer som tidigare beviljades tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning tillsvidare numera istället uppbär sjukpenning under lång tid. Det är en förväntad effekt av sjukförsäkringsreformen.

Av diagram 2.7 framgår att under 2001–2006 avslutades mer än vartannat sjukfall med en fallängd över ett år genom att istället beviljas sjukersättning. Denna andel har därefter minskat

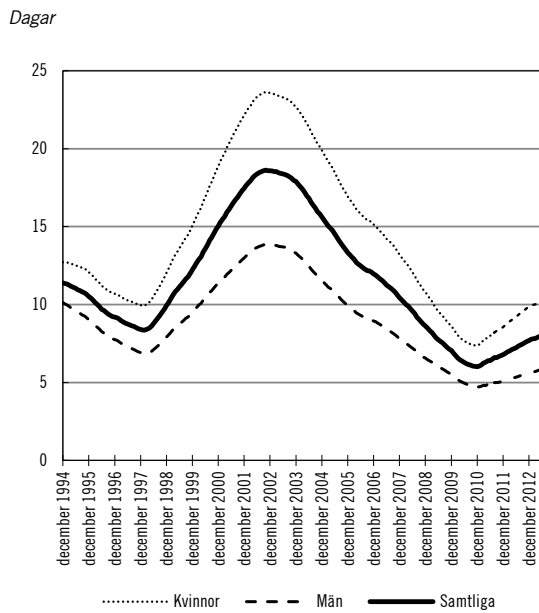
och i dagsläget ligger nivån kring 10 procent. Sannolikheten att ett långt sjukfall ska avslutas genom sjukersättning har därmed minskat med 80 procent jämfört med åren före sjukförsäkringsreformen (2001–2006). Vad gäller samtliga sjukfall (alla fallängder) avslutas i dagsläget en procent genom sjukersättning. Motsvarande andel 2004 var 11 procent.

Diagram 2.7 Andel av avslutade sjukfall som avslutats genom sjukersättning (förtidspension/sjukbidrag t.o.m. 2002). Rullande 12-månaderstal, jan 2001 – dec 2012

Källa: Försäkringskassan och Socialdepartementet

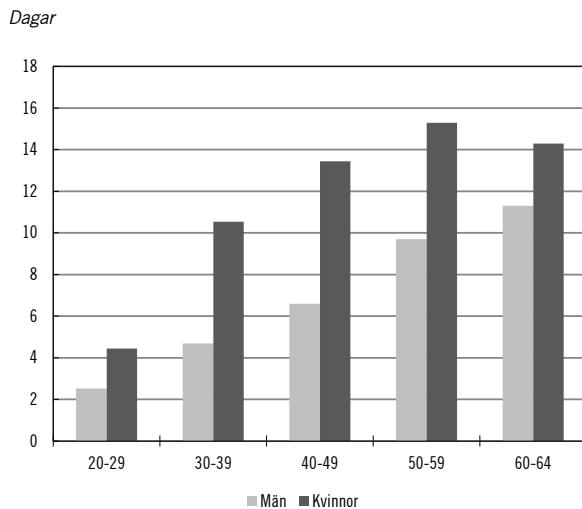
Kvinnors sjukfrånvaro ökar

Kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män. Kvinnors andel av sjukfrånvaron har också ökat i omfattning de senaste åren, se diagram 2.8. I december 2012 var kvinnors sjukpenningstal totalt sett 75 procent högre än mäns.

Diagram 2.8 Sjukpenningtalet fördelat på kvinnor och män, dec 1994 – jun 2013

Källa: Försäkringskassan, STORE.

Sjukpenningtalet varierar mycket mellan olika åldersgrupper, men kvinnor har genomgående ett högre sjukpenningtal än män, se diagram 2.9. Högst sjukpenningtal har kvinnor i åldersgruppen 50–59 år.

Diagram 2.9 Sjukpenningtalet för kvinnor och män i olika åldersgrupper, jun 2013

Källa: Försäkringskassan, STORE.

Skillnaden mellan kvinnor och män etableras på allvar i åldrarna 30-39 år. I denna åldersgrupp är också den relativa skillnaden mellan kvinnor och män som störst. Ett återkommande mönster är

att när sjukfrånvaron ökar så ökar den mer för kvinnor än för män.³ Regeringen bedömer det angeläget att fördjupa kunskaperna om de bakomliggande orsakerna till dessa skillnader. Ett antal uppdrag har därför initierats för att analysera detta ur olika perspektiv.

Ökad sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa

Sjukskrivning för psykiska diagnoser har ökat under senare år och är idag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Framförallt bland kvinnor dominerar de psykiska diagnoserna. Skador och förgiftningar samt diagnoser kopplade till cirkulationsorganen är relativt sett dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. I tabell 2.4 redovisas de vanligaste diagnostyperna för kvinnor och män.

Tabell 2.4 Diagnosfördelning pågående sjukfall, jun 2013

Procent

	Samtliga falllängder			Sjukfall över ett år		
	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män
Psykiska	39	43	32	44	47	38
Muskuloskeletala	23	23	25	20	21	19
Skador, förgiftningar	7	5	11	4	3	5
Tumörer	7	7	7	8	8	8
Cirkulationsorganen	4	3	7	5	3	8
Saknas/okänd	4	4	4	3	3	3

Källa: Försäkringskassans ärendesjukfallsregister DoA

Som framgår av tabellen har sjukfall som pågår i mer än ett år en hög andel psykiska diagnoser. En tänkbar förklaring kan vara att vid psykiska diagnoser är arbetsförmågan oftast nedsatt oavsett arbete, vilket medför att dessa sjukfall inte avslutas i samma utsträckning i samband med prövning av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.

Bland anställda sjukskrivna är det främst kvinnor som är sjukskrivna i psykiska diagnoser. Bland arbetslösa sjukskrivna är psykiska diag-

³ Skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro har analyserats av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) som fann att förekomsten av barn var starkt förknippad med högre sjukfrånvaro bland kvinnor, Angelov et.al. Kvinnor och mäns sjukfrånvaro, (IFAU 2011:2).

noser vanligast bland både kvinnor och män. Det är framförallt de s.k. återvändarna som förstärker ökningen av psykiska diagnoser för arbetslösa sjukskrivna.

Färre avslag och indrag

Med avslag avses att ansökan om sjukpenning inte beviljas på grund av att arbetsförmågan inte bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel (gäller nya sjukfall). Med indrag avses att en person gör anspråk på sjukpenning men att Försäkringskassan gör bedömningen att arbetsförmågan inte är nedsatt med minst en fjärdedel (gäller pågående sjukfall). Såväl avslag som indrag har minskat det senaste året, se tabell 2.5. Under 2012 avslogs 2,4 procent av de inkommande sjukpenningärendena, vilket är den lägsta andelen sedan 2008. Indragen har minskat sedan 2009.

Tabell 2.5 Avslag och indrag 2006 – 2012, antal och andel

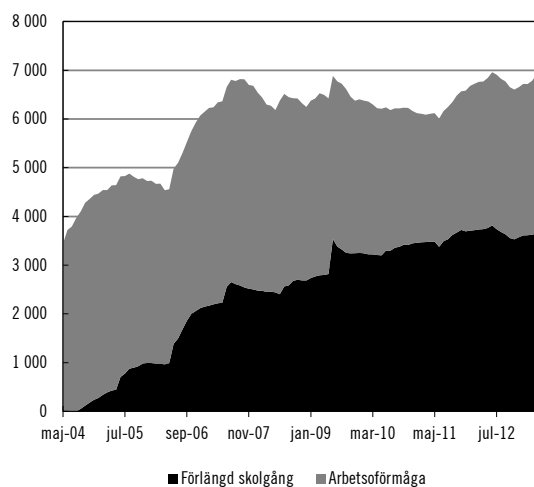
År	Avslag		Indrag	
	Antal	Andel	Antal	Andel
2006	9 185	1,5%	5 875	0,9%
2007	9 284	1,8%	4 617	0,8%
2008	8 486	1,8%	3 702	0,7%
2009	13 929	2,9%	10 010	2,2%
2010	15 730	3,2%	8 905	2,1%
2011	15 044	3,1%	7 122	1,7%
2012	12 402	2,4%	6 192	1,4%

Antalet personer med aktivitetsersättning på en fortsatt hög nivå

I december 2012 hade ca 28 800 personer aktivitetsersättning, varav 13 500 kvinnor och 15 300 män. Detta är fler än vid motsvarande tidpunkt 2011, då ca 27 500 personer hade aktivitetsersättning. År 2012 nybeviljades totalt 6 700 nya aktivitetsersättningar. Det är en mindre ökning från året innan då antalet var 6 600 ersättningar.

Nybeviljandet av aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga har ökat något den senaste tiden. Nybeviljandet för förlängd skolgång har däremot minskat mellan 2011 och 2012. Nivån är i stort sett oförändrad i början av 2013, se diagram 2.10.

Diagram 2.10 Antal nybeviljade aktivitetsersättningar, uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga, maj 2004 – jun 2013



Källa: Försäkringskassan.

Försäkringskassans tillämpning av gällande regelverk är av central betydelse. Med anledning av regeringsuppdrag bedriver Försäkringskassan⁴ ett utvecklingsarbete för handläggning av aktivitetsersättning. Bland annat utvecklar myndigheten sin vägledning om hur bedömning ska göras utifrån de kriterier som behöver vara uppfyllda för rätt till aktivitetsersättning, samt utvecklar metodstöd med fokus på mer stöd i att värdera informationen från olika underlag.

Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar i en studie, Unga förtidspensionärer – Studie av sju europeiska länder (ISF 2013:7) att den svenska utvecklingen inte är unik i ett internationellt perspektiv. Av de studerade länderna är det endast i Danmark och Finland som andelen unga förtidspensionärer är lägre än i Sverige. I alla de studerade länderna är psykiska sjukdomar och syndrom den mest förekommande diagnosgruppen bland unga förtidspensionärer.

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder både för att minska risken för unga att behöva aktivitetsersättning och öka chansen att kunna lämna den. Bland annat har Skolverket i uppdrag att i samråd med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Hjälpmedelsinstitutet, ta fram en fortbildningsinsats för studie- och yrkesvägledare i gymnasieskolan. Fortbildnings-

⁴ Uppdrag att utveckla metoder för bedömning av arbetsförmågan i förhållande till anpassat arbete, dnr. S2012/1809/SF.

insatsen ska särskilt inriktas på hur man löser de etableringssvårigheter som unga med funktionsnedsättningar möter på arbetsmarknaden. Vidare har utökade möjligheter till vilande ersättning införts i syfte att få fler personer med aktivitetsersättning att våga pröva att arbeta eller studera. Dessutom har utredningen om modernisering av studiehjälpen och anpassning av studiestödet till nya studerandegrupper (U 2012:2, dir. 2011:22) i juni 2013 lämnat förslag om hur den grupp som omfattas av rätt till aktivitetsersättning för förlängd skolgång i stället ska kunna få ersättning från studiestödssystemet (SOU 2013:52). Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringen har också gett Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i uppdrag att genom samordningsförbunden prioritera insatser för unga med aktivitetsersättning.

Sjukskrivningsprocessens aktörer bidrar till en aktiv sjukskrivningsprocess

Regeringen har gjort en rad satsningar som syftar till att utveckla och effektivisera sjukskrivningsprocessen och därmed stödja den enskildes återgång i arbete. Berörda aktörer bedöms i dag bidra mer aktivt till en sjukskrivningsprocess som präglas av tidiga och aktiva insatser.

Hälso- och sjukvårdens insatser

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör i sjukskrivningsprocessen som har ansvaret för den medicinska rehabiliteringen och för att utfärda läkarintyg och medicinska utlåtanden som behövs för beslut i sjukförsäkringsärenden. Genom en rehabiliteringsgaranti har hälso- och sjukvårdens utbud av evidensbaserade behandlingar av diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär samt lindring av medelsvår psykisk ohälsa förstärkts. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har utvärderat rehabiliteringsgarantin. Av ISF:s utvärdering av effekterna av behandlingarna⁵ framgår bl.a. att behandlingarna bidragit till att många patienter mår bättre efter avslutad behandling och vissa positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro efter kognitiv beteendeterapi, s.k. KBT-behandling i förebyggande syfte. För sjukskrivna personer som behandlats

med KBT visade dock studien ej på minskad sjukfrånvaro. För personer med långvarig smärta som behandlats med multimodal rehabilitering (MMR) ökade sjukfrånvaron för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna. Det är dock för tidigt att dra alltför långtgående slutsatser i nuläget utan regeringen avvaktar den slutrapport som ISF ska lämna i juli 2014. År 2012 producerade landstingen 7 420 multimodala rehabiliteringar och 35 850 KBT-behandlingar, som finansierades från den statliga rehabiliteringsgarantin. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården har också ökat genom den s.k. kömiljarden som bidragit till kortare vårdköer.

De åtgärder som har vidtagits inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden bedöms ha bidragit till att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen. De har bidragit till ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt samt stimulerat till åtgärder för att t.ex. säkerställa att hälso- och sjukvården gör bedömningar och lämnar medicinska underlag av god kvalitet. De har också bidragit till att undanröja hinder som försvårar en effektiv handläggning av sjukförsäkringsärenden. Som exempel har det utvecklats strukturer för sjukskrivningsprocessen i landstingens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som ett led i att stärka sjukskrivningsarbetet i hälso- och sjukvården. Andra åtgärder är det kvalitetsarbete som bedrivits av hälso- och sjukvården för att höja kvaliteten i läkarintyget. Enligt Försäkringskassans granskningar har andelen läkarintyg med tillräcklig kvalitet ökat från 45 till 55 procent mellan 2010 och 2012. Genom sjukskrivningsmiljarden har dessutom hälso- och sjukvården, tillsammans med Försäkringskassan, utvecklat elektroniska läkarintyg, s.k. e-intyg, i syfte att öka kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen. I Försäkringskassans granskning av 2012 års intyg var ca 60 procent av läkarintygen elektroniska. Av dessa intyg var 57 procent av tillräckligt god kvalitet jämfört med 52 procent av de intyg som skickades manuellt.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har utvecklats i syfte att ge vägledning till både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan för bedömning av arbetsförmåga och längd på sjukskrivningsperioder vid olika sjukdomar och medicinska tillstånd. Försäkringskassan har också i samverkan med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvårdens representanter vidareutvecklat

⁵ ISF 2012:17.

metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen, s.k. aktivitetsförmågeutredning (AFU). En pilotverksamhet har under 2013 initierats i ett antal landsting för att pröva användningen av aktivitetsförmågeutredningar som stöd till Försäkringskassan att bedöma arbetsförmåga i komplicerade sjukförsäkringsärenden.

Utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Sedan 2012 har regeringen uppdragit åt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att i samarbete vidareutveckla metoder och arbetssätt för att stödja den enskildes återgång i arbete. Början till ett gemensamt stöd och aktiva insatser sker genom en s.k. gemensam kartläggning. Även andra viktiga aktörer som vårdgivare, arbetsgivare och kommun kan delta i kartläggningen. I de fall Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade ser förutsättningar för fortsatta steg mot arbete planeras efter kartläggningen olika aktiva insatser. De insatser som erbjuds i samarbete mellan myndigheterna består av arbetsförberedande insatser, arbetslivsinriktade insatser och konsultativt stöd till arbetsgivare. Under 2012 genomfördes ca 20 000 gemensamma kartläggningar varav ca 55 procent av de försäkrade gick vidare till aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen. Myndigheterna bedömer att ca 25 000 kartläggningar kommer att genomföras under 2013. Av de ca 4 000 personer som omfattats av insatser enligt den nya samarbetsmodellen och som avslutat dessa fram till första halvåret 2013 har 38 procent gått till arbete eller utbildning, deltar i något arbetsmarknadspolitiskt program eller är öppet arbetslösa. Myndigheterna bedömer dock att samarbetet kan vidareutvecklas. Det gäller särskilt samarbetet med hälso- och sjukvården och kommunen som är nödvändiga parter i kartläggning, planering och genomförande av aktiva insatser.⁶

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat myndigheternas arbete med att implementera den nya samarbetsmodellen⁷. ISF konstaterar att de förändringar som myndigheterna genomfört skapar förutsättningar för att erbjuda fler personer stöd och aktivitet samt att detta kan ske i ett tidigare skede i sjukfallen jämfört med förut. ISF konstaterar vidare att den nya samarbetsmodellen också skapat nya förutsättningar för informationsöverföring mellan olika relevanta aktörer. Modellen har också inneburit att Arbetsförmedlingen får möjlighet att träffa den behandlande läkaren innan det beslutas om vilka aktiva insatser som ska vidtas i det enskilda fallet. ISF bedömer att detta ger ett bättre beslutsunderlag om vilken insats som bäst passar den enskilde.

Arbetsgivarens insatser

Arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar regleras främst i arbetsmiljölagen och socialförsäkringsbalken där det bl.a. framgår att de har ansvar att vidta anpassningsåtgärder så att en sjukskriven anställd ska kunna komma tillbaka till arbetet.

Av rapporten Hälsa och framtid⁸ framgår det att det finns stora skillnader i sjukfrånvaro, inte bara mellan branscher utan även inom branscher. Det finns företag med hög andel friska i alla branscher, även i sådana med generellt hög sjukfrånvaro som t.ex. städbranschen. Också i fysiskt tunga branscher som tillverkningsindustri och byggsektorn finns företag som under ett år inte haft ett enda fall av långtidssjukskrivning. Företag med låg långtidsfrånvaro har också lägre korttidsfrånvaro. Av rapporten framgår även att det är viktigt att åtgärder sätts in innan de anställda har blivit långtidssjukskrivna. Oberoende av frånvaronivån på arbetsplatsen är det svårt att komma tillbaka till arbetet efter en längre tids sjukskrivning.

Försäkringskassan har studerat erfarenheter av arbetsgivares insatser för anställda som är sjukskrivna. I rapporten "Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan" framgår att arbetsgivare, i enlighet med sitt ansvar, är den aktör som i störst utsträckning tar ansvar för att se över

⁶ Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete – Rehabiliteringsinsatser i samarbete. En återrapportering från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen enligt regleringsbrevet för 2013.

⁷ Förstärkta rehabiliteringsinsatser i samverkan – En granskning av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens utvecklingsarbete. Rapport 2013:3.

⁸ Hälsa och framtid är ett gränsöverskridande forskningsprojekt som studerat vad som utmärker privata företag som har friska medarbetare. Projektet bedrevs av Karolinska Institutet, Uppsala Universitet och Stockholms läns landsting och pågick mellan 2005 och 2008.

möjligheterna till anpassning av arbetsuppgifter och omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren. De sjukskrivna är också i stor utsträckning nöjda med stödet från arbetsgivaren. Samtidigt anses det finnas en otydlighet vad gäller arbetsgivares ansvar och Försäkringskassans roll i rehabiliteringsarbetet.

ISF beskriver i rapporten ”Arbetsgivare i små företag” (Rapport 2012:9) arbetsgivares erfarenheter, förhållningssätt och hur de agerar när en anställd drabbas av en längre sjukskrivning. Studien är inriktad på sjukskrivningsprocessen i företag med upp till 19 anställda. Av studien framgår att arbetsgivarna efterfrågar information och stöd i samband med aktuella sjukskrivningsärenden. De tycker att det är svårt att veta hur de ska agera när ett sjukfall uppstår och de efterfrågar information när de ställs inför faktum att en anställd blivit sjukskriven. Idag uppfattar företagarna inte att det finns någon sådan information att tillgå varken från Försäkringskassan eller någon annan aktör. Även Försäkringskassan konstaterar i sin rapport ”Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och andra aktörer i sjukskrivningsprocessen” att arbetsgivare behöver stöd i sitt rehabiliteringsarbete av sjukskrivna anställda tidigt i rehabiliteringskedjan.

Genom företagshälsovårdssatsningen har regeringen försökt stimulera arbetsgivarna att vidta tidiga arbetsplatsnära insatser. Statsbidraget till företagshälsovården består av dels grundbidrag som utgår i förhållande till antalet anställda som är anslutna till företagshälsovården, dels tilläggsbidrag som är knutet till prestationer i form av bl.a. koordinerande insatser. Grundbidraget infördes för att under en uppbyggnadsperiod fungera som ett smörjmedel för att stimulera företagshälsovården att producera mer koordinerande insatser som ett stöd för arbetsgivare och sjukskrivna i sjukskrivningsprocessen. Koordinerande insatser har dock producerats i mycket liten utsträckning.

Skillnader mellan kvinnor och män i arbetsskadeförsäkringen

Den skillnad som tidigare observerats vad avser beviljandefrekvens mellan kvinnor och män i ärenden om arbetsskadelivranta kvarstår i stort oförändrad. Under 2012 beviljades 42 procent av kvinnornas ansökningar om arbetsskadelivranta,

i vilka frågan om skadlig inverkan i arbete prövades. Motsvarande andel för män var 56 procent. Såväl Försäkringskassan som Inspektionen för socialförsäkringen har analyserat dessa skillnader och funnit att de huvudsakligen beror på att kvinnor och män delvis har olika arbetsmarknader. Det är en möjlig förklaring att män är utsatta för större arbetsmiljörisiker. Det är också möjligt att det finns mindre kunskap om kvinnors arbetsmiljöer jämfört med mäns arbetsmiljöer. Regeringen har därför gett Statens beredning för medicinsk utvärdering i uppdrag att göra kunskapsöversikter med avseende på arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom och då med särskilt beaktande av kvinnors arbetsmiljöer. De första rapporterna publiceras våren 2013 och under 2014. Vidare görs via Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd betydande satsningar för att öka kunskapen om kvinnors hälsa och arbetsliv. Det saknas ännu tillräcklig grund för att bedöma om arbetsskadeförsäkringen fungerar på ett likformigt sätt för kvinnor och män.

2.4.2 Försäkringskassan

Försäkringskassan är en av de största och mest centrala myndigheterna i Sverige, och ansvarar för en stor del av de offentliga trygghetsystemen. Myndigheten utreder, beslutar om och betalar ut bidrag och ersättningar inom socialförsäkringen. För närvarande handlägger myndigheten ca 40 bidrag och förmåner, och fattade under 2012 ca 20 miljoner beslut om ersättningar till barnfamiljer, sjuka och personer med funktionsnedsättning. Myndigheten gjorde ca 45 miljoner utbetalningar som totalt uppgick till drygt 205 miljarder kronor.

Regeringens styrning av Försäkringskassan har sedan förstatligandet 2005 i stor utsträckning handlat om att stärka rättssäkerheten och effektiviteten. Efter en del initiala påfrestningar, är det på det stora hela numera en väl fungerande myndighet. Verksamheten bedrivs idag mer effektivt än i början av 2000-talet, och produktiviteten – med undantag för sjukförsäkringen – har förbättrats, det vill säga administrationskostnaden per handlagt ärende har minskat, vilket har inneburit en stor ekonomisk besparing.

Samtidigt som kostnaderna för administrationen av socialförsäkringen har minskat har

kvaliteten för de flesta förmåner utvecklats positivt, så tillvida att handläggningstiderna blivit kortare och de försäkrade får beslut och utbetalning snabbare. Den sammantagna produktiviteten för samtliga förmåner har dock minskat något de senaste åren, vilket innebär att kostnaden per handlagt ärende har ökat.

Genom omfattande satsningar på digitalisering, dvs. självbetjäning, automatiserad handläggning och utveckling av digitala kanaler, har tillgängligheten till myndigheten förbättrats. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar också att Försäkringskassan utvecklat de digitala tjänsterna, såväl till antal som till innehåll (dnr. S2013/1719/SF). Det är en utveckling som regeringen ser positivt på. Däremot har tillgängligheten, mätt som andelen besvarade telefonsamtal både sammantaget och inom fem minuter, visat på en negativ utveckling sedan slutet av 2012. Den minskade tillgängligheten uppges bero på en kombination av betydligt fler samtal än beräknat och färre personer i kundtjänsten. Medel har tillförts verksamheten i syfte att förbättra situationen. Regeringen avser fortsätta följa utvecklingen.

Vidare har JO-anmälningarna mot Försäkringskassan minskat de senaste åren, från närmare 800 anmälningar 2009 till 400 anmälningar 2012. Antalet inkomna omprövningar till Försäkringskassan har under samma period minskat från 63 000 till närmare 44 600 ärenden, medan antalet inkomna överklaganden till förvaltningsdomstolarna har minskat från 20 400 ärenden 2006 till knappt 14 800 ärenden 2012.

Försäkringskassan har också, tillsammans med arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen, bidragit till att sjukskrivningsprocessen numera präglas av en högre aktivitet och tidigare insatser.

Försäkringskassans arbete med att öka förtroendet

Regeringen har satt upp ett övergripande mål för myndigheten att socialförsäkringen och Försäkringskassan ska åtnjuta medborgarnas förtroende. Försäkringskassan driver ett omfattande utvecklingsarbete och en rad åtgärder har vidtagits i syfte att förbättra förtroendet. Utgångspunkten är att skapa en verksamhet som utgår från medborgarnas behov, och aktivi-

teterna ska syfta till att skapa mervärde för medborgarna.

Medborgarnas förtroende för Försäkringskassan har glädjande, efter några års negativ utveckling, ökat något under de senaste två åren, och det är idag färre som saknar eller har mycket lågt förtroende för myndigheten. Bemötandet får som tidigare ett gott omdöme och nöjdhetsindex har ökat. Nivån på förtroendet är enligt Försäkringskassan dock fortfarande för låg och många individer upplever att handläggningen är krånglig och ineffektiv, och de litar inte på att utfallet av besluten alltid är oberoende av handläggare. Regeringen delar Försäkringskassans bedömning och avser att nogsamt fortsätta följa utvecklingen. Samtidigt som myndigheten arbetar med ett ökat individfokus och ökat förtroende är det viktigt att värna försäkringen och säkerställa att rätt person får rätt ersättning.

Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar

Arbetet med att motverka fel och fusk inom socialförsäkringen bedrivs både genom en effektiv kontrollverksamhet och genom att förenkla reglerna för den enskilde och handläggningen så att det blir lättare att göra rätt. Försäkringskassan har under 2012 inkommit med ett stort antal regelförenklingsförslag. Regeringen har berett dessa förslag och i juni 2013 lämnat en proposition till riksdagen med förslag på regelförenklningar inom socialförsäkringen. Från och med den 1 januari 2013 har regeringen också, i syfte att förenkla för barnfamiljerna och huvudmännen för förskola, pedagogisk verksamhet, fritidshem och skola, slopat kravet på intyg om barns frånvaro för att få tillfällig föräldrapenning.

Försäkringskassan har i sin kontrollverksamhet under senare år fokuserat mer på kontroll av de mest kostsamma ersättningarna, som assistansersättning och sjuk- och aktivitetsersättning. Det visar sig t.ex. i att andelen av Försäkringskassans polisanmälningar som gäller grovt bidragsbrott, dvs. över fem basbelopp, har ökat från 3 till 13 procent på fem år. En nationell kontrollsatsning inom assistansersättningen har påbörjats tillsammans med polis, åklagare, Skatteverket och andra berörda myndigheter. En dryg fjärdedel av kontrollutredarna på Försäkringskassan har avsatts till att arbeta enbart med denna förmån.

Tabell 2.6 Kontrollverksamheten hos Försäkringskassan

	2012	2011
Antal beslut om återkrav	4 003	3 726
Totalt belopp i återkrav ¹	284 mnkr	282 mnkr
Bedömd framtida besparing	724 mnkr	728 mnkr
Utestående fordringar ²	2 682 mnkr	2 457 mnkr
Åtgärdsfrekvens ³	27 %	23 %
Antal polisanmälningar	1 219	1 546

¹ Inklusive eftergifter.

² Fordringarna beräknas netto till 1 118 mnkr respektive 1 018 mnkr.

³ Åtgärd är t.ex. indragning, nedsättning eller återkrav. Räknas som andel av alla kontrollutredningar, som totalt uppgick till 19 503 stycken under 2012.

Vid en jämförelse mellan de olika förmånerna är det sjuk- och aktivitetsersättning, assistansersättning och sjukpenning som har högst totalbelopp av felaktiga utbetalningar.

Åtgärdsfrekvensen har ökat under året. Enligt Försäkringskassan beror det bl.a. på förbättrad myndighetssamverkan som gör att andra myndigheter blir bättre på att ge impulser till kontrollutredningar till Försäkringskassan. Även myndighetens egna handläggare har blivit bättre på att meddela kontrollenheten när de misstänker fel eller fusk. Flest tips kommer dock fortfarande från allmänheten, men åtgärdsfrekvensen bland dessa är relativt låg. Det beror bl.a. på att det ofta saknas väsentlig information i anmälningarna, som kan vara anonyma. Ibland har tipsaren missförstått regelverket, eller så har helt enkelt inte den person som tipset gäller någon förmån från Försäkringskassan.

Antalet polisanmälningar har minskat något under året, vilket är en följd av satsningen på assistansersättningen, se tabell 2.6. Dessa ärenden är mer komplicerade, rör större belopp och tar längre tid att utreda.

Tabell 2.7 Försäkringskassans polisanmälningar

	2012	2011
Beslut från polis, åklagare och domstol	1 156	1 144
Fällande domar	186	161
Andel fällande domar, strafförelägganden och/eller åtalsunderlåtelse	27 %	21 %
Avskrivna ärenden	819	880

Utvecklingen visar att färre polisanmälningar avskrivs, och fler leder till fällande domar. Även strafförelägganden och åtalsunderlåtelse har ökat. Försäkringskassan har arbetat med att förbättra kvaliteten i polisanmälningarna.

En effekt av arbetet med att undanröja oavsiktliga fel är hur antalet omprövningar och överklaganden utvecklas. Under året har både antalet omprövningar, överklaganden till förvaltningsdomstol, JO-anmälningar och ansökningar om skadestånd minskat.

Försäkringskassan beslutade om en kontrollpolicy under 2012. Policyn beskriver inriktningen på kontrollarbetet samt betonar vikten av ett riskmedvetet arbetssätt inom hela myndigheten och att kontrollerna ska integreras i handläggningsprocesserna. Riskanalyser har gjorts under 2012 för att beskriva, värdera och eliminera risker. I kontrollstrukturer har man fått en överblick över vilka kontroller som görs i varje förmånsprocess. Försäkringskassan ser ett behov av att fortsätta arbetet med att stärka kontrollperspektivet i handläggningen och att säkerställa att kontrollerna är väldimensionerade och effektiva.

Försäkringskassan har påbörjat utvecklingen av s.k. smarta kontrollsystem. En viktig förutsättning är att öka automatiseringen av förmånsprocesserna, som ger nya möjligheter att stärka kontrollerna. En viktig del i arbetet med smarta kontroller är att utveckla urval för kontrollutredning. Försäkringskassan har arbetat med att ta fram träffsäkra urvalsprofiler där högriskärenden kan skiljas ut. Försäkringskassan utvecklar för närvarande handläggningsystemen så att det ska komma upp en varningsflagg när det finns förhöjd risk för fel i ett ärende. Det ska också finnas stöd för handläggarna så att de lättare kan ta del av information som har betydelse i ärendet. Enligt Försäkringskassan finns det fortsatt stor potential att utveckla dessa slags smarta kontrollsystem i handläggningsprocesserna.

2.4.3 Inspektionen för socialförsäkringen

Genom sin granskning bidrar Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) till stärkt rättssäkerhet och effektivitet inom Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten. Under 2012 har ISF lämnat 18 rapporter till regeringen. Rapporterna har utgjort viktigt underlag för bedömningar och beslut inom de aktuella utgiftsområdena. Dialogen mellan myndigheten och regeringen behöver dock förbättras och utvecklas för att ISF i än större utsträckning ska fungera som ett

stöd i regeringens arbete med att bedriva en effektiv och ändamålsenlig politik.

2.4.4 Internationell samordning av sociala trygghetssystem

Av de 7,7 miljoner personer som var registrerade som försäkrade hos Försäkringskassan i slutet av 2012, var 84 procent födda i Sverige. Av de 16 procent som var födda i utlandet var 37 procent födda i ett annat EU-land. Andelen försäkrade som är födda i utlandet ökade med en procentenhet mellan 2011 och 2012.⁹ Rörligheten inom EU-området har ökat de senaste åren och 3 procent av EU-medborgarna i arbetsför ålder arbetar i ett annat land än det land i vilket de bor.¹⁰

Vad avser samordningen av sociala trygghetssystem har Sverige fullgjort sina åtaganden för att den nya nordiska konventionen om social trygghet som undertecknades 2012 ska kunna träda i kraft. Bilateral överenskommelser har förhandlats fram med Norge och Finland om möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering i bosättningslandet för gränsarbetare. Förhandlingar i samma fråga har inletts med Danmark. EU:s samordningsbestämmelser om social trygghet (förordning nr 883/2004) har ändrats under 2012 i flera avseenden. En ändring gäller arbete i två länder och bedöms vara särskilt viktig för svenskt vidkommande då den kommer att förenkla för personer som gränspendlar i t.ex. Öresundsregionen. Bestämmelsen innebär att en ”väsentlig del av arbetet”, vid arbete i två länder, kan omfatta arbete för fler än en arbetsgivare. Även de ändringar som avser ”stationeringsort för luftfartspersonal” innebär en förenkling, eftersom det nu kopplas till regler om administrativa förfaranden inom området för civil luftfart. Vidare har Sverige ingått socialförsäkringsavtal med Indien och Sydkorea.

2.5 Analys och slutsatser

2.5.1 Sjukfrånvarons utveckling

Det kan konstateras att sjukfrånvaron totalt sett fortsätter att minska och sannolikt kommer att göra så de närmaste åren. Sedan 2012 har det emellertid skett en ökning av nya sjukfall. Det är sannolikt flera faktorer som kan förklara denna ökning. Att sjukförsäkringen påverkas av attityder och normer i samhället får stöd av studier som visar att sociala interaktioner i områden och på arbetsplatser påverkar sjukfrånvaro¹¹ och att det finns ärftlighet i sjukfrånvaro mellan föräldrar och barn¹². Antalet försäkrade som får avslag på ansökan om sjukpenning eller får sin ersättning indragen har minskat de senaste åren. Avslag och indragningar har i sig en signaleffekt för individers incitament att söka ersättning men sannolikt också för kringliggande system. Det är därför av central betydelse för en väl fungerande sjukförsäkring att Försäkringskassan fortlopande prövar om ersättning ska betalas ut eller inte. Detta gäller särskilt vid de olika tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Den nuvarande ökningen av nya sjukfall är oroande. Än så länge ses ingen bred ökning av den långa sjukfrånvaron men den historiska erfarenheten indikerar att sjukfrånvaron relativt snabbt kan öka. Det är därför viktigt att sjukskrivningsprocessen är aktiv och att prövningen vid tidsgränserna upprätthålls. I rapporten Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling bedömer Försäkringskassan att rehabiliteringskedjans regler motverkar att sjukfrånvarons utveckling blir lika dramatisk som i slutet av 1990- och början av 2000-talet. Varaktigheten för de anställdas sjukfrånvaro ligger än så länge relativt stabilt, samtidigt som det inte sker några dramatiska öknings i nybeviljandet av sjukersättning. Enligt Försäkringskassan måste detta tolkas som att dessa sjukskrivningar i mycket högre utsträckning, jämfört med början av 2000-talet, avslutas med återgång i arbete. Enligt Försäkringskassan tyder det på att dagens processer och aktiviteter kring sjukskrivning från Försäkringskassans och övriga aktörers sida tydligare motverkar långa sjukskrivningsperioder bland anställda. Även Inspektionen för socialförsäkringen bedömer att de senaste årens reformer

⁹ Försäkringskassan Socialförsäkringen i siffror 2012 och 2013.

¹⁰ OECD Economic Surveys, European union, mars 2012.

¹¹ ISF 2012:15.

¹² ISF 2012:7.

sannolikt bidragit till att sjukfrånvaron har minskat och att rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser troligen bidrar till en mer stabil utveckling av sjukfrånvaron¹³.

Regeringen delar denna bedömning. Sjukförsäkringsreformen har i stor utsträckning inriktats på att ge stärkta drivkrafter åt aktuella aktörer att vidta åtgärder som bidrar till en aktiv sjukskrivningsprocess. Försäkringskassan och andra aktörer som arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården bedöms idag bidra till en ökad aktivitet i sjukskrivningsprocessen. Samtidigt finns det skäl att noggrant följa utvecklingen, så att regeringen vid behov kan vidta ytterligare åtgärder.

2.5.2 Försäkringskassan

Försäkringskassan bedriver ett omfattande utvecklingsarbete i syfte att förbättra förtroendet för myndigheten. Arbetet består av många olika åtgärder. Det rör sig om allt från hur man lämnar svåra besked, till att förenkla och automatisera handläggning samt till att säkerställa en stabil och korrekt tillämpning av försäkringen. Mot bakgrund av de senaste årens positiva utveckling av förtroendet för myndigheten kan konstateras att regeringen och myndigheten är på rätt väg. Det är dock viktigt att fortsätta följa utvecklingen, då nivån – trots förbättringar – fortfarande bedöms vara alltför låg. En viktig komponent i ett ökat förtroende är att försäkringen tillämpas korrekt så att rätt person får rätt ersättning.

Försäkringskassan bedriver ett systematiskt och strukturerat arbete med att motverka felaktiga utbetalningar. Arbetet omfattar inte bara kontrollverksamheten utan även arbetet med regelförenklningar och automatisering av förmånsprocesserna som förenklar hanteringen och minskar de oavsiktliga felen. Regeringen ser positivt på att Försäkringskassans målmedvetna arbete har gett resultat i fler fällande domar, högre åtgärdsfrekvens och även minskande antal JO-anmälningar, överklaganden och omprövningar. Arbetet har betydelse för att stärka förtroendet för myndigheten och är mot bakgrund av de stora belopp som myndigheten betalar ut

ett område som regeringen kommer att fortsätta följa.

2.6 Politikens inriktning

En av de viktigaste frågorna för regeringen när den tillträdde i oktober 2006 var att minska det omfattande utanförskapet från arbetsmarknaden som till stor del bestod av sjukfrånvaro. Regeringen har sedan dess genomfört en rad åtgärder som syftar till att fler personer ska kunna återgå i arbete. Åtgärderna har haft stor bredd och omfattat såväl ändringar som rör regelverket för sjukskrivningsprocessen, exempelvis tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga, som nya samverkans- och stödåtgärder för att underlätta för sjukskrivna att komma tillbaka i arbete. Dessa åtgärder har gett resultat.

Sedan 2006 har sjukfrånvaron minskat kraftigt. Antalet pågående sjukfall har minskat från 194 500 personer i december 2006 till 138 100 personer i december 2012. Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning har minskat från drygt 554 000 personer till 378 000 personer under samma period. Det s.k. ohälsotoalet som mäter den totala sjukfrånvaron i genomsnitt per person och år har minskat från 39,9 dagar till 26,8 dagar. Regeringens sjukförsäkringsreform har bidragit till denna positiva utveckling.

Regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro kan dock ännu inte anses vara uppfyllt i och med att den del av sjukfrånvaron som ersätts med sjukpenning har ökat och bedöms fortsätta öka de närmaste åren. Det är till del en förväntad utveckling. Det var t.ex. väntat att avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen skulle leda till en ökning av antalet personer som får sjukpenning. Det var dock nödvändigt att avskaffa den tidsbegränsade sjukersättningen, då denna i mycket stor utsträckning ledde till ett permanent utanförskap.

Utöver effekten av borttagandet av den tidsbegränsade sjukersättningen har det emellertid också skett en ökning av nytillkommande sjukfall. Denna ökning inger viss oro med tanke på hur snabba och stora förändringar som tidigare skett beträffande nivån på sjukfrånvaron i Sverige. Under åren runt 2000 fördubblades sjukfrånvaron. Detta ledde till en rad åtgärder för att förändra attityderna till sjukskrivning och skapa en aktivare sjukskrivningsprocess. Allt-

¹³ ISF 2012:15.

sedan 2003 har regeringarna betonat Försäkringskassans betydelse av att pröva försäkrades rätt till ersättning.

Genom införandet av rehabiliteringskedjan, en aktivare sjukskrivningsprocess och förändringar i rätten till sjukersättning har strukturella förändringar av sjukförsäkringen genomförts i syfte att förhindra en utveckling motsvarande den som inträffade runt 2000. Rehabiliteringskedjan och tidsgränserna i sjukförsäkringen bedöms kunna motverka att denna utveckling upprepas. Det förutsätter emellertid att dessa delar av sjukförsäkringen bibehålls och att Försäkringskassan säkerställer att den försäkringsmässiga prövningen av försäkrades ersättningsanspråk görs i enlighet med gällande regelverk.

Sedan sjukförsäkringsreformen genomfördes den 1 juli 2008 har det gjorts ett antal justeringar av regelverket. Dessa har syftat till att avhjälpa vissa icke önskvärda effekter av reformen. Dessa förändringar har gjort det möjligt för något fler individer att få sjukpenning. Det var också avsikten med förändringarna, men regeringen vill betona vikten av att detta inte leder till en icke avsedd uppluckring av sjukförsäkringen.

Det är således ytterst viktigt att sjukförsäkringsreformens intentioner fortsatt värnas. Drivkrafterna för tidiga insatser ska stimuleras i syfte att motverka långvarig sjukfrånvaro. Åtgärder ska vidtas i syfte att underlätta återgång i arbete efter långvarig sjukfrånvaro. I denna proposition föreslås därför en rad åtgärder som avser att stärka drivkrafterna för en aktiv sjukförsäkring och motverka att sjukfrånvaron ökar.

2.6.1 Fördjupad kunskap om sjukfrånvarons utveckling

Sjukförsäkringen är en väsentlig del av vårt trygghetssystem. Den som på grund av sjukdom är förhindrad att arbeta ska ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Det är rimligt att sjukfrånvaron varierar i viss utsträckning. Den kortvariga sjukfrånvaron ökar t.ex. kraftigt i samband med omfattande influensaperioder. Sjukfrånvaron i stort kan variera över tid på grund av förändrad folkhälsa. Utöver dessa "naturliga" variationer har sjukfrånvaron i Sverige emellertid präglats av betydande nivåförändringar. De kraftiga svängningarna i sjukfrånvaron är tecken på en mindre väl fungerande försäkring och riskerar att underminera försäkringens legitimitet. Det är

därför av stor vikt att öka kunskapen om de bakomliggande faktorerna. Mot denna bakgrund har regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att analysera förändringar i sjukfrånvaron över tid.

De senaste åren har kvinnors andel av sjukfrånvaron ökat. Att förklara könsskillnader i sjukfrånvaron är dock komplext. Enligt rapporten Kvinnor och mäns sjukfrånvaro (IFAU, 2011:2) tycks det vara så att kvinnor och män är sjukfrånvarande i ungefär samma utsträckning fram till det att de får sitt första barn tillsammans. Därefter är kvinnornas sjukfrånvaro ungefär dubbelt så hög jämfört med männens. Regeringen anser att det behövs mer kunskap om denna utveckling och lämnade därför under 2012 tre uppdrag som med olika ansats syftar till att närmare undersöka frågan om könsskillnader i sjukfrånvaron efter första barnets födelse. Bland annat ska Försäkringskassan genomföra en studie i vilken man ska beskriva de kvinnor som är sjukfrånvarande i högre utsträckning än andra förstagångsföräldrar samt genomföra en analys om varför kvinnors sjukfrånvaro ökar relativt mäns efter första barnets födelse. Regeringen har också uppdragit åt Karolinska Institutet att genomföra en studie om sambandet mellan barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro. Regeringen kommer att följa frågan och vid behov vidta ytterligare åtgärder för att öka kunskapen om könsskillnader i sjukfrånvaron.

Psykisk ohälsa har ökat som andel av den totala sjukfrånvaron och psykiska diagnoser utgör idag den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Kunskapen om vad denna utveckling beror på är fortfarande tämligen begränsad och sannolikt har ett flertal faktorer varit bidragande. Mot bakgrund av detta kunskapsbehov har två uppdrag lämnats under 2013, båda i syfte att öka förståelsen för psykisk ohälsa inom ramen för sjukförsäkringen. Försäkringskassan har fått i uppdrag att beskriva karaktäristika för de personer som uppbär ersättning från sjukförsäkringen i psykiska diagnoser och genomföra en analys av diagnospanoramats sammansättning. Inspektionen för socialförsäkringen har fått i uppdrag att analysera sjukförsäkringens utformning och tillämpning avseende psykiska diagnoser. Det finns emellertid anledning att beakta ytterligare aspekter av frågan. Det kan konstateras att de psykiska diagnoserna är särskilt frekventa hos sjukskrivna arbetslösa. Detta kan bero

på att arbetslöshet i sig påverkar den psykiska hälsan. Människor med psykiska besvär kan också ha fått ökade svårigheter att finna en plats i arbetslivet. Det behövs därför ökad kunskap om sambanden mellan arbetsmarknad, psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Regeringen avser att ge Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd i uppdrag att göra en kunskapsöversikt på detta område. Vid behov avser regeringen därefter att initiera fördjupade forskningsuppdrag om sambandet mellan psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.

2.6.2 Försäkringskassan

Regeringens styrning av Försäkringskassan har sedan förstatligandet 2005 i stor utsträckning handlat om att stärka rättssäkerheten och effektiviteten. Försäkringskassan har också levererat i enlighet med regeringens önskemål; handläggningstiderna har minskat, sjukfrånvaron har minskat och myndigheten bedriver ett aktivt och väl utvecklat arbete med att minska de felaktiga utbetalningarna. Mot bakgrund av de senaste årens goda resultat har regeringens styrning ändrat inriktning och fokus ligger numera på att öka förtroendet för såväl myndigheten som socialförsäkringen. För att upprätthålla en stabil och rättssäker tillämpning, t.ex. i sjukförsäkringen, är det viktigt att allmänheten och andra aktörer, inte minst när myndigheten fattar negativa beslut, har förtroende för systemen. Reglerna ska vara tydliga och förutsägbara och de försäkrade ska kunna lita på att de tillämpas rättssäkert, enhetligt och lika över landet.

Regeringen har tidigare formulerat ett övergripande mål för Försäkringskassan, vilket handlar om att myndigheten ska åtnjuta medborgarnas förtroende och bidra till en hög tilltro till socialförsäkringen. Försäkringskassans arbete förefaller ha gett resultat. Förtroendet har förbättrats. Det är idag färre personer som saknar eller har mycket lågt förtroende för myndigheten. Bemötandet får ett gott omdöme och det s.k. nöjdhetsindex har förbättrats.

Att bygga respekt för och tilltro till en komplicerad verksamhet, och därigenom skapa förtroende för myndigheten, är ett långsiktigt arbete som kräver många förändringar i verksamheten innan det ger resultat. Det är därför viktigt att Försäkringskassan ges förutsättningar att fortsätta det påbörjade arbetet där många åt-

gärder redan vidtagits. För att stärka detta arbete gör regeringen en satsning i form av ökade resurser till Försäkringskassan. En effektiv och rättssäker administration av socialförsäkringen är en nödvändig förutsättning för att höja såväl legitimiteten i de beslut som myndigheten fattar som tilltron till myndigheten som sådan. Förtroende och legitimitet byggs i många led och det är viktigt att fler aktörer än Försäkringskassan bidrar i detta arbete. Regeringen vill betona att det samtidigt är viktigt att värna försäkringen och säkerställa att den försäkringsmässiga prövningen av den försäkrades ersättningsanspråk görs i enlighet med gällande regelverk. Det finns ingen motsättning mellan ett ökat förtroende och en korrekt tillämpning av försäkringen, tvärtom är det senare en förutsättning för det första. Regeringen avser att fortsätta följa detta arbete noga.

En viktig del i arbetet med att förbättra förtroendet är att Försäkringskassan säkerställer att beslut och utbetalningar är korrekta. Regeringens arbete med att verka för rätt utbetalningar inom socialförsäkringen har två parallella fokus. Dels är arbetet inriktat på att motverka felaktiga utbetalningar, både vad gäller att minska oavsiktliga fel och att beivra bidragsbrott. Dels vill regeringen arbeta aktivt med regelförenklingar, både från medborgarnas och från myndighetens perspektiv i syfte att göra det lättare att göra rätt.

För medborgarnas förtroende för socialförsäkringen är det viktigt att försäkringen och de myndigheter som handlägger den kan bli föremål för tillsyn och kvalificerad granskning. Regeringen har den 23 maj 2013 beslutat kommittédirektiv Tillsyn inom socialförsäkringsområdet (dir. 2013:58) varigenom en särskild utredare kommer att få i uppdrag att analysera behovet av en förstärkt tillsyn över socialförsäkringen utöver den tillsyn som utövas idag. Utredaren ska framförallt fokusera på tillsynen över Försäkringskassans och Pensionsmyndighetens ärendehandläggning ur ett förvaltningsrättsligt perspektiv. Genom detta beslut svarar regeringen även upp mot riksdagens begäran om att låta utreda frågan om bristen på reguljär tillsyn inom bl.a. socialförsäkringsområdet (rskr. 2011/12:161). Riksdagsskrivelsen är därmed slutbehandlad.

2.6.3 Åtgärder för en effektiv rehabilitering

Införandet av rehabiliteringskedjan och satsningar inom samverkans- och rehabiliteringsområdet har lett till att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen idag präglas av mer aktivitet, tidigare insatser och tydligare spelregler. Att sjukskrivningsprocessen präglas av ett aktivt förhållningssätt är grundläggande för att sjukskrivna snabbt ska kunna komma tillbaka i arbete. Tidsgränserna medför att antalet dagar i försäkringen är begränsade och att den enskildes tid i försäkringen måste tillvaratas på ett effektivt sätt av sjukskrivningsprocessens aktörer. Försäkringskassan och andra aktörer såsom arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården bedöms i dag bidra till den ökade aktiviteten i sjukskrivningsprocessen. Ökningen av nytillkommande sjukfall indikerar vikten av att sjukskrivningsprocessens aktörer fortsatt arbetar aktivt med att stödja den enskilde och underlätta en snabb återgång i arbete.

Stimulera berörda aktörer att vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder

Rehabilitering, enligt socialförsäkringsbalken, syftar till att den som drabbats av sjukdom ska återfå sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. En viktig utgångspunkt är att rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den enskilde och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov. Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med

- den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation,
- hälso- och sjukvården,
- socialtjänsten,
- Arbetsförmedlingen, och
- andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade.

Försäkringskassan ska verka för att organisationer och myndigheter, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska också se till att re-

habiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.

Huruvida en person får de rehabiliteringsinsatser som behövs för att han eller hon ska kunna återgå i arbete avgörs ytterst av de olika rehabiliteringsaktörernas förmåga att vidta nödvändiga insatser. Att stimulera berörda aktörer att vidta nödvändiga insatser är därför en central del av sjukförsäkringsreformen. Införandet av tidsgränser bedöms också ha medfört att berörda aktörer bidrar till en ökad aktivitet i sjukskrivningsprocessen.

För att i möjligaste mån säkerställa att nödvändiga rehabiliteringsinsatser vidtas anser regeringen att stimulanserna för berörda aktörer kan vidareutvecklas enligt följande.

Ett utvecklat arbetsplatsnära stöd

Arbetsgivaren har ansvar för de åtgärder som behöver vidtas på arbetsplatsen för att en sjukskriven anställd ska kunna komma tillbaka till arbete. Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) är arbetsgivaren skyldig att vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att en arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetsgivaren ska också anpassa arbetet efter arbetstagarens individuella förutsättningar. Arbetsgivaren ansvarar enligt socialförsäkringsbalken för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan ske inom eller i anslutning till den egna verksamheten och som syftar till att arbetstagaren ska kunna beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren.

Regeringen bedömer att det finns behov av att stötta och bistå arbetsgivare och anställda i syfte att underlätta återgång i arbete. Bidraget till företagshälsovårdsbranschen har emellertid inte fungerat som det stöd till arbetsgivarna som var avsikten. Regeringen anser därför att ett bidrag ska kunna ges till arbetsgivarna när de har behov av stöd i det enskilda fallet. Stödet ska underlätta för arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar så att den anställdes arbetsförmåga tidigt kan tillvaratas på arbetsplatsen och på så sätt öka möjligheterna till att tidigt återgå i arbete. Avsikten är att stödet ska ges för de insatser för vilka det i dag lämnas bidrag för koordinerade insatser enligt förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. De företag som kan erbjuda dessa tjänster kan även fortsättningsvis vara företagshälsovårdsföretag, men också andra företag med nödvändig kompetens på området.

Insatser som anpassas för personer med psykisk ohälsa bedöms vara särskilt angelägna.

För att öka kunskapen om det stöd som kan erbjudas och den ekonomiska kompensation som arbetsgivarna kan få vid köp av detta stöd, bedömer regeringen att särskild information bör tas fram. Informationen bör spridas via bl.a. Försäkringskassan. Det kan även finnas andra aktörer, så som Arbetsmiljöverket och hälso- och sjukvården m.fl., som bör sprida information.

Syftet med det arbetsplatsnära stödet är att stödja arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar så att den anställdes arbetsförmåga tidigt kan tillvaratas på arbetsplatsen och på så sätt ökat möjligheterna till att tidigt återgå i arbete. När det gäller vilka möjligheter till arbetsanpassning och rehabilitering som behövs och är möjliga att genomföra på arbetsplatsen, är det i första hand arbetsgivaren, den anställde och de fackliga organisationerna som har sådana kunskaper. Mot denna bakgrund finns det skäl att öka möjligheterna till att anpassning och rehabilitering hos ordinarie arbetsgivare tas till vara innan det vid dag 181 i rehabiliteringskedjan görs en prövning mot övriga arbetsmarknaden. Detta skulle kunna ske genom att arbetsgivaren bjuder in den anställde, dennes fackliga organisation och Försäkringskassan till ett anpassnings- och rehabiliteringsmöte för att de tillsammans ska kunna värdera vad som kan göras på arbetsplatsen.

Även kunskapsspridning om arbetsmiljö och arbetsliv kan bidra till att stödja arbetsgivaren i sitt rehabiliteringsansvar. Att söka information om arbetsmiljöfrågor hos Arbetsmiljöverket är väl inarbetat hos såväl arbetsgivare som andra aktörer inom arbetsmiljöområdet. Regeringen avsätter därför medel till Arbetsmiljöverkets funktion för kunskapsspridning inom området arbetsmiljö och arbetsliv.

Utvecklat samspel med hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens ansvar i sjukskrivningsprocessen har under senare år tydliggjorts, vilket bidragit till att hälso- och sjukvården idag är en mer aktiv aktör i sjukskrivningsprocessen. Regeringen bedömer att det samtidigt finns mer att utveckla. Regeringen har identifierat några områden där ett fortsatt utvecklingsarbete behöver bedrivas inom ramen för överenskommelserna om den s.k. sjukskrivningsmiljarden och den s.k. rehabiliteringsgarantin som tecknas mellan

staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Det handlar om hur hälso- och sjukvården kan bidra till att stabilisera utvecklingen av sjukfrånvaron, bidra till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess och tydligare koppla medicinska rehabiliteringsåtgärder till återgång i arbete. Hälso- och sjukvården bör också tydligare vara en länk och kontaktyta tidigt i sjukskrivningsprocessen mot t.ex. arbetsgivare och andra berörda aktörer. Dessa frågor kommer att vara prioriterade områden i kommande förhandlingar med Sveriges Kommuner och Landsting.

Ett utvecklat samspel mellan sjukskrivningsprocessens aktörer framstår som ett allt viktigare område för att vidga perspektivet på vilka åtgärder som gynnar både individens hälsa och ökar arbetsförmågan. Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren ofta den aktör som tidigt, ibland redan före en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om den enskildes behov. Hälso- och sjukvården kan därmed skapa möjligheter att tidigt samverka kring individer i sjukskrivningsprocessen genom att informera och hitta former för samverkan med andra aktuella aktörer, t.ex. arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst.

Mot bakgrund av utvecklingen mot allt fler sjukfall inom det psykiska diagnospanoramats anser regeringen att det är viktigt att hälso- och sjukvården får ett ökat fokus på insatser för personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Möjligheten att utveckla ekonomiska incitament så att den statliga ersättningen till hälso- och sjukvården tydligare kopplas till förändringar i sjukfrånvaro för sjukfallen inom psykiska diagnospanoraman bör därför övervägas.

Utvecklat samarbete med Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har sedan 2003 samverkat löpande för att stödja sjukskrivnas återgång i arbete. Sedan 2012 har regeringen uppdragit åt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att vidareutveckla sitt samarbete. Syftet är att myndigheterna tidigare och mer systematiskt ska klargöra den enskildes förutsättningar för arbete och behov av insatser för att kunna återgå i arbete. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) konstaterar att de förändringar som myndigheterna nu genomför skapar förutsättningar för att erbjuda fler personer stöd och aktivitet samt att insatser kan ske i ett tidigare skede i sjukfallen. Myndigheterna

pekar dock på att den nya samarbetsformen behöver fortsatt implementeras och utvecklas bl.a. när det gäller samarbetet med vårdgivare och kommuner. Bakgrunden är att vårdgivare och kommuner i vissa fall behöver delta i kartläggning och planering för att en individs rehabiliteringsbehov ska kunna klarläggas.

Regeringen anser det vara angeläget att utvecklingsarbetet av den nya samarbetsmodellen fortsätter. Regeringen bedömer att arbetet med att stimulera rehabiliteringsaktörerna att vidta sådana åtgärder som framkommer i kartläggningen bidrar till att förkorta tiden i sjukförsäkringen. Genom uppdrag till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen avser regeringen säkerställa att samarbetet fortsatt utvecklas.

Säkerställ att den enskildes rehabiliteringsbehov klarläggs

De åtgärder som presenteras ovan syftar till att den enskilde ska kunna få ta del av de rehabiliteringsåtgärder som denne är i behov av. Dessa åtgärder ligger också i linje med vad riksdagen har uttalat. Genom Socialförsäkringsutskottets betänkande Rehabilitering tillbaka till arbete (bet. 2012/13:SfU6) har riksdagen tillkännagett regeringen följande:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition bör avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den borte tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Försäkringskassan ska under en sjukperiod fortlopande utreda individens möjligheter till rehabilitering samt bedöma arbetsförmågan och rätten till ersättning inom sjukförsäkringen. För att såsom riksdagen har uttalat säkerställa att en sådan fullständig bedömning sker systematiskt och att rehabiliteringsåtgärder vidtas innan den försäkrade når den borte gränsen i sjukförsäkringen avser regeringen att uppdra åt Försäkringskassan att säkerställa att den försäkrades rehabiliteringsbehov utreds i god tid innan den försäkrade når den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen.

2.6.4 Åtgärder för unga med aktivitetsersättning

När det gäller unga personer anser regeringen att det är av största vikt att de ges goda möjligheter att komma in på arbetsmarknaden. Gemensamt för många unga med aktivitetsersättning är att de inte har någon eller endast svag förankring på arbetsmarknaden. För att de ska få möjlighet att försörja sig själva genom förvärvsarbete och inte riskera ett mer permanent utanförskap behöver de ofta olika former av stöd för att återfå arbetsförmåga samt kunna etablera sig på arbetsmarknaden. Regeringen har därför vidtagit en rad åtgärder för att stödja personer med aktivitetsersättning att komma ut i arbete.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har fått i gemensamt uppdrag att inom ramen för samordningsförbundens verksamhet och genom samverkan med andra relevanta aktörer ge förstärkt stöd till unga med aktivitetsersättning (dnr. S2013/5454/SF). Dessutom finns numera utökade möjligheter till vilande ersättning, i syfte att få fler personer med aktivitetsersättning att våga pröva att arbeta eller studera. När det gäller förslag om hur personer som omfattas av rätt till aktivitetsersättning för förlängd skolgång¹⁴ i stället ska kunna få ersättning från studiestödssystemet, har utredningen om modernisering av studiehjälpen och anpassning av studiestödet till nya studerandegrupper (U 2012:2, dir. 2011:22) i juni 2013 lämnat sitt betänkande Moderniserad studiehjälp (SOU 2013:52). Utredningen föreslår bland annat att aktivitetsersättning för förlängd skolgång ska avskaffas som socialförsäkringsförmån. Dessa elever föreslås i stället kunna få ersättning från studiestödssystemet. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

2.6.5 Stärkt rättssäkerhet vid bedömning av arbetsförmåga

Regeringen anser att rättssäkerheten behöver stärkas vid de prövningar som innebär att en persons arbetsförmåga provas vidare än till arbeten hos den befintliga arbetsgivaren. Regeringen har

¹⁴ Denna ersättning beviljas elever som på grund av funktionshinder ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskolenivå och gymnasial nivå från och med juli månad det år då han eller hon fyller 19 år.

gett Försäkringskassan i uppdrag (dnr. S2013/3626/SF) att bedriva en pilotverksamhet för att möjliggöra justeringar och uppföljningar vid införande av vidareutvecklade metoder och verktyg för bedömning av arbetsförmåga. Riksdagen har därefter som sin mening tillkännagett (bet. 2012/13:SfU10, rskr. 2012/13:277) att regeringen ska återkomma till riksdagen med en utvärdering av den hittillsvarande försöksverksamheten med aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Med anledning av riksdagens tillkännagivande gav regeringen den 27 juni 2013 Försäkringskassan i uppdrag att utvärdera den hittillsvarande försöksverksamheten.

Försäkringskassan har till regeringen redovisat de erfarenheter som den begränsade försöksverksamheten har gett. Försäkringskassan kommer även att senast den 2 maj 2014 inom ramen för den pågående pilotverksamheten rapportera hur kravet på en individuell prövning i varje enskilt ärende tillgodoses och att de metoder som används är förenliga med bestämmelserna i 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken, dvs. vid en bedömning mot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Regeringen avser att därefter återkomma till riksdagen med en utvärdering av den genomförda försöksverksamheten.

2.6.6 Översyn av högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader

Högkostnadsskyddet mot höga sjuklönekostnader innebär att en arbetsgivare kan få ersättning från sjukförsäkringen för sjuklönekostnader som under ett kalenderår överstiger två och en halv gånger den genomsnittliga årliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare. Regeringen avser att se över konstruktionen av högkostnadsskyddet mot sjuklönekostnader i syfte att förbättra småföretagens situation. I översynen ingår frågan att pröva möjligheten att differentiera högkostnadsskyddet utifrån företagsstorlek.

2.6.7 Ökad kunskap avseende arbetsskador

Fortfarande är det betydande skillnader mellan kvinnor och män i beviljande av arbetsskadelivränta. Regeringen anser att det är viktigt att För-

säkringskassan har tillgång till aktuell forskning om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom. Regeringen har därför gett Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppdrag att bistå Försäkringskassan med kunskapsöversikter och då särskilt beakta kvinnors arbetsmiljöer. SBU bedriver för närvarande två sådana projekt vad avser depressioner och ryggsjukdomar. Regeringen anser att det är viktigt att SBU ges möjlighet att genomföra ytterligare kunskapsöversikter och avser därför förlänga satsningen till att omfatta hela perioden fram till och med 2017.

2.6.8 Funktionshinderspolitiken

Socialdepartementet tillsatte den 1 januari 2013 en intern utredning med uppgift att göra en översyn av regler och tillämpning av förmånerna bilstöd till personer med funktionsnedsättning, handikappersättning och vårdbidrag för barn med funktionshinder (S2012/9134/SF). Syftet är att stöden ska göras mer förutsägbara, rättssäkra och hållbara över tid. Målet med översynen är att åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för ersättning och för merkostnader för personer med funktionsnedsättning. Utredningsarbetet ska slutredovisas senast den 1 november 2014.

2.6.9 Internationell samordning av sociala trygghetssystem

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

Inom EU och EES-området finns ett utvecklat regelverk som syftar till att förverkliga den fria rörligheten genom samordning av medlemsländernas sociala trygghetssystem. Regelverket

är under ständig utveckling. Det är viktigt att samordningen av social trygghet inom EU/EES utvecklas på ett sätt som både värnar om medlemsstaternas rätt att själva utforma sina egna socialförsäkringssystem och behovet av att undanröja reella hinder för människor att utnyttja sin rätt till fri rörlighet inom EU. Rörligheten av människor mellan Sverige och länder utanför EU/EES blir också allt mer omfattande och varierad.

För att ytterligare stärka sin konkurrenskraft och även fortsättningsvis stå sig väl i en ökande globaliserad värld bör Sverige fortsätta att arbeta för att ingå bilaterala socialförsäkringsavtal med länder utanför EU/EES i situationer där det finns ett identifierat behov av samordning av social trygghet. Regeringen verkar för att nya avtal ska ingås och avtalsförhandlingar pågår för närvarande med Japan och Kina. Både Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten har centrala roller för att samordningen inom EU/EES och gentemot länder utanför EU/EES fungerar och utvecklas på ett bra, effektivt och ändamålsenligt sätt.

2.7 Budgetförslag

2.7.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tabell 2.8 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor

2012	Utfall	24 956 837	Anslags-sparande	-2 330 887
2013	Anslag	30 241 051 ¹	Utgifts-prognos	27 855 000
2014	Förslag	31 078 000²		
2015	Beräknat	32 635 000		
2016	Beräknat	34 112 000		
2017	Beräknat	34 873 000		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 2 971 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2014 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2011 som uppgick till 233 562 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning och arbetshjälpmedel enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) och införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får vidare an-

vändas för utgifter för boendetillägg och sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, s.k. sjuklönegaranti, särskilt högriskskydd och högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Anslaget får även användas för utgifter för återbetalningspliktiga studiemedel avseende studerandes sjukperioder enligt studiestödslagen (1999:1395). Därtill får anslaget användas för utgifter för ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetshjälpmedel m.m. Anslaget får också användas för utgifter för statliga ålderspensionsavgifter enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Kompletterande information

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

Regeringens överväganden

Sjukpenning

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

Utgifterna för sjukpenning har ökat mer än beräknat, i huvudsak till följd av ett ökat antal sjukfall. Vidare översteg utfallet 2012 anvisade medel på anslaget, varför ett underskott fördes över till 2013. Ytterligare medel föreslås därför tillföras genom ändringsbudget i samband med denna proposition.

För 2013 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 26 000 miljoner kronor. Antalet sjukpenningdagar beräknas

uppgå till 44,6 miljoner nettodagar under 2013 och 48,2 miljoner nettodagar 2014. Medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2013 beräknats till 536 kronor per dag och för 2014 till 544 kronor per dag. Nyckelfaktorer i sammanhanget är hur många sjukfall som kommer att påbörjas framöver samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

Sedan slutet av 2010 har antalet ersatta nettodagar ökat, vilket successivt har justerats i prognoserna. En förklaring till ökningen är att antalet personer som återvänder till sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid med antingen sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning blivit fler än vad som tidigare har beräknats. En annan förklaring är ett ökat inflöde av sjukfall som pågår i mer än 30 dagar. Denna ökning beräknas fortgå t.o.m. 2014. Åren därefter beräknas ett inflöde i nivå med 2014.

Utgifterna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2014 beräknas till 29 026 miljoner kronor. För åren 2015, 2016 och 2017 beräknas utgifterna till 30 505, 31 881 respektive 32 583 miljoner kronor.

Rehabiliteringspenning

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

Medelsförbrukningen t.o.m. augusti 2013 ger en utgiftsprognos för rehabiliteringspenning som innebär att tilldelade medel kommer att överskridas 2013 vilket medför att regeringen föreslår att medel tillförs genom ändringsbudget i samband med denna proposition.

För 2013 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till ca 1 274 miljoner kronor. Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till ca 2,5 miljoner nettodagar under 2013 och 2,7 miljoner nettodagar 2014 och medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2013 beräknats till 473 kronor per dag och för 2014 till 477 kronor per dag.

Utgifterna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2014 beräknas till 1 422 miljoner kronor. För 2015, 2016

och 2017 beräknas utgifterna till 1 481, 1 561 respektive 1 596 miljoner kronor.

Arbetshjälpmedel m.m.

Försäkringskassan har särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbetet. För 2012 fanns 148 miljoner kronor tillgängliga varav 132 miljoner förbrukades. Försäkringskassan har främst använt medlen för köp av arbetstekniska hjälpmedel. I övrigt användes medlen för bl.a. utgifter för läkarutlåtanden samt bidrag för resor. Försäkringskassans behov av att köpa medicinska underlag och utlåtanden för att bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering har minskat från 2011. Behovet av sådana kompletterande underlag och utlåtanden tillgodoses i stället inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården via en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

För 2013 beräknas 154 miljoner kronor att förbrukas. För 2014 tilldelas 168 miljoner kronor. Dessa medel får användas för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbetet.

Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall

Den 1 januari 2012 infördes förmånerna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Förmånerna kan lämnas till en försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning kan betalas ut. Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall kan lämnas till en försäkrad som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI), till en försäkrad som har en låg sådan och till en person vars aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Utgifterna för 2013 beräknas uppgå till 63 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall för 2014 beräknas till 81 miljoner kronor. För 2015, 2016 respektive 2017 beräknas utgifterna till 82, 79 respektive 78 miljoner kronor.

Boendetillägg

Den 1 januari 2012 infördes förmånen boendetillägg. Denna förmån kan lämnas till en försäkrad som fått tidsbegränsad sjukersättning

under det högsta antal månader som sådan ersättning kan lämnas om den försäkrade får sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukpenning i särskilda fall eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Boendetillägg kan även kunna lämnas om den försäkrade deltar i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) och uppbär aktivitetsstöd. Boendetillägg kan även lämnas till en person vars aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Utgifterna för 2013 beräknas uppgå till 113 miljoner kronor. Utgifterna för boendetillägg för 2014 beräknas till 122 miljoner kronor. För 2015, 2016 respektive 2017 beräknas utgifterna till 114, 111 respektive 111 miljoner kronor.

Närståendepenning

Närståendepenning utges till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar och löneutvecklingen. Antalet utbetalda nettodagar ökade med drygt 9 400 dagar (12 procent) under första halvåret 2013 jämfört med motsvarande period 2012. Utgifterna har uppvisat en något högre ökningstakt på drygt 13 procent (knappt nio miljoner kronor). För 2013 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till ca 168 miljoner kronor.

Utgifterna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2014 beräknas till 176 miljoner kronor. För åren 2015, 2016 och 2017 beräknas utgifterna till 186 miljoner kronor, 197 miljoner kronor respektive 205 miljoner kronor.

Tabell 2.9 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	27 041 051	27 041 051	27 041 051	27 041 051
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-59 000	-94 000	-94 000	-94 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	479 000	955 000	1 479 000	2 046 000
Volymer	3 626 949	4 754 199	5 707 199	5 901 199
Överföring till/från andra anslag	1 639 500	1 639 500	1 639 500	1 639 500
Övrigt	-1 649 500	-1 660 750	-1 660 750	-1 660 750
Förslag/ beräknat anslag	31 078 000	32 635 000	34 112 000	34 873 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 31 078 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 32 635 000 000 kronor, 34 112 000 000 kronor respektive 34 873 000 000 kronor.

2.7.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tabell 2.10 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tusental kronor				
2012	Utfall	54 464 425	Anslags-sparande	-451 654
2013	Anslag	51 320 000 ¹	Utgifts-prognos	51 806 535
2014	Förslag	49 553 336²		
2015	Beräknat	47 860 760		
2016	Beräknat	47 300 999		
2017	Beräknat	46 713 842		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 6 678 661 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2014 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2011 som uppgick till 254 453 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för aktivitets- och sjukersättning, bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning samt för kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Regeringens överväganden

Aktivitets- och sjukersättning

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

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

Utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2014 beräknas till 44 914 miljoner kronor. För 2015, 2016 och 2017 beräknas utgifterna till 43 126, 42 462 respektive 41 768 miljoner kronor.

Bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning

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

I denna proposition föreslås att bostadsbidraget i form av det särskilda bidraget för hemmavarande barn höjs fr.o.m. den 1 januari 2014 (se utgiftsområde 12, avsnitt 3.1). Förslaget medför en sänkning av utgifterna för bostadstillägget med 11 miljoner kronor.

Utgifterna för 2014 beräknas till 4 610 miljoner kronor. För 2015, 2016 och 2017 beräknas utgifterna till 4 707, 4 811 respektive 4 918 miljoner kronor.

Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning

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

Utgifterna för 2014 beräknas till 28,6 miljoner kronor. För 2015, 2016 och 2017 beräknas utgifterna till 28,3, 28,1 respektive 28,2 miljoner kronor.

Tabell 2.11 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	51 320 000	51 320 000	51 320 000	51 320 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	2 000	3 000	4 000	3 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-4 478	617 589	1 410 524	2 659 518
Volymer	-1 810 539	-4 268 341	-6 034 500	-7 883 202
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	46 353	188 512	600 975	614 526
Förslag/ beräknat anslag	49 553 336	47 860 760	47 300 999	46 713 842

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 49 553 336 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 47 860 760 000 kronor, 47 300 999 000 kronor respektive 46 713 842 000 kronor.

2.7.3 1:3 Handikappersättningar

Tabell 2.12 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

År	Slagsnamn	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	Utfall	1 277 278	-11 278	
2013	Anslag	1 284 000 ¹		1 309 000
2014	Förslag	1 314 000		
2015	Beräknat	1 338 000		
2016	Beräknat	1 368 000		
2017	Beräknat	1 415 000		

¹Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Utgifterna för handikappersättning uppgick 2012 till 1 277 miljoner kronor. För innevarande år beräknas utgifterna till ca 1 309 miljoner kronor.

Antalet personer med handikappersättning uppgick under 2012 till 61 700. Det är något fler kvinnor (33 160) än män (28 540) som uppbär handikappersättning. Till december 2017 förväntas antalet ha ökat till 63 900 personer.

Tabell 2.13 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:3 Handikappersättningar

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	1 284 000	1 284 000	1 284 000	1 284 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	-3 000	12 000	33 000	69 000
Volym	33 000	42 000	51 000	62 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	1 314 000	1 338 000	1 368 000	1 415 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 314 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Handikappersättningar* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 1 338 000 000 kronor, 1 368 000 000 kronor respektive 1 415 000 000 kronor.

2.7.4 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

Tabell 2.14 Anslagsutveckling 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

Tusental kronor

År	Slagsnamn	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	Utfall	3 952 997	4 003	
2013	Anslag	3 764 000 ¹		3 798 000
2014	Förslag	3 479 000²		
2015	Beräknat	3 267 000		
2016	Beräknat	3 018 000		
2017	Beräknat	2 889 000		

¹Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 279 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2014 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2011 som uppgick till 10 761 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för de arbets-kadeersättningar som omfattar förmåner enligt 40, 41, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken och motsvarande äldre lagar. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Regeringens överväganden

Utgifterna inom arbetsskadeförsäkringen har de senaste åren reducerats betydligt. Detta beror främst på att en aktivare sjukskrivningsprocess lett till färre långa sjukfall även i de fall sjukdomarna är arbetsrelaterade. Detta leder i sin tur till att färre personer beviljas livränta på grund av en bestående nedsättning av arbetsförmågan.

Även för de kommande åren beräknas ett lågt nybeviljande av arbetsskadelivräntor, i kombination med att ett större antal personer som har livränta når 65 års ålder, leda till att beståndet antalet personer med arbetsskadelivränta minskar.

Tabell 2.15 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	3 764 000	3 764 000	3 764 000	3 764 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makroekonomiska förutsättningar	4 000	83 000	163 000	259 000
Volymer	-289 000	-580 000	-909 000	-1 134 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	3 479 000	3 267 000	3 018 000	2 889 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 479 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbetskadeersättningar m.m.* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 3 267 000 000 kronor, 3 018 000 000 kronor respektive 2 889 000 000 kronor.

2.7.5 1:5 Ersättning för kroppsskador

Tabell 2.16 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning för kroppsskador

Tusental kronor

År	Utfall	Utfall	Anslags-sparande	Utfall
2012	Utfall	44 094		2 406
2013	Anslag	43 480 ¹	Utgifts-prognos	42 880
2014	Förslag	40 828²		
2015	Beräknat	38 930		
2016	Beräknat	37 570		
2017	Beräknat	36 130		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 1 328 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2014 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2011 som uppgick till 198 tkr.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Ersättningar för kroppsskador beräknas bli något lägre de kommande åren.

Tabell 2.17 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:5 Ersättning för kroppsskador

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	43 480	43 480	43 480	43 480
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-100	200	800	2 000
Volymer	-2 552	-4 750	-6 710	-9 350
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	40 828	38 930	37 570	36 130

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 40 828 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättning för kroppsskador* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 38 930 000 kronor, 37 570 000 kronor respektive 36 130 000 kronor.

2.7.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tabell 2.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

2012	Utfall	1 724 887	Anslags-sparande	716 614
2013	Anslag	2 458 500 ¹	Utgifts-prognos	2 269 500
2014	Förslag	3 118 500		
2015	Beräknat	3 142 000		
2016	Beräknat	3 157 000		
2017	Beräknat	3 152 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag och bidrag till berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Medlen avser rehabiliteringsgarantin, bidrag för arbetet med sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården, arbetsplatsnära stöd riktat till arbetsgivare samt till försäkringsmedicinska utredningar. Medlen avser även rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, finansiell samordning genom samordningsförbund, finansiell samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt vissa förvaltningskostnader. Därtill avser medlen utgifter för kunskapsutveckling för sjukskrivningsprocessen och åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess.

Regeringens överväganden

I syfte att samla statens bidrag för att stimulera sjukskrivningsprocessens aktörer, föreslås att medel på anslaget *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården* överförs till anslaget *Bidrag för sjukskrivningsprocessen*. Regeringens bedömning är att med denna förändring blir statens stöd för att stimulera en

aktivare sjukskrivningsprocess mer sammanhållna och därmed tydligare.

Rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar löpande i rehabiliteringskedjan för att underlätta övergången från ersättning via sjukförsäkringen till aktivt arbetssökande och nytt arbete. Sedan 2012 har regeringen uppdragit åt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att i samarbete vidareutveckla metoder och arbetssätt för att stödja den enskildes återgång i arbetet och resurserna förstärktes med 424 miljoner kronor jämfört med 2011. För 2013 avsattes 738 miljoner kronor till samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och dessa bedöms förbrukas i sin helhet.

Utgifterna 2014 för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beräknas till 738 miljoner kronor. Utgifterna för 2015, 2016 och 2017 beräknas till 738 miljoner kronor för respektive år.

Finansiell samordning genom samordningsförbund

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Fin-sam) infördes 2004 med syfte att ge ytterligare möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning bedrivs av samordningsförbund och är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Av resurserna till den finansiella samordningen ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen, landsting och kommuner ska bidra med var sin fjärdedel. I maj 2013 var 82 samordningsförbund i drift vilket omfattar 222 av landets 290 kommuner. Samordningsförbundet kan omfatta olika stora geografiska områden från en kommun till ett helt län. Målgruppen är individer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete.

För 2013 avsattes 280 miljoner kronor till samordningsförbundens verksamhet och dessa medel bedöms förbrukas i sin helhet. Utgifterna för 2014 beräknas till 280 miljoner kronor. Utgifterna för 2015, 2016 och 2017 beräknas till 280 miljoner kronor för respektive år.

Finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Försäkringskassan ska tillsammans med landstingen verka för att utveckla en mer effektiv sjukskrivningsprocess. Vidtagna åtgärder avser huvudsakligen strukturövergripande insatser som syftar till att utveckla arbetsformer och strukturer för effektiv samverkan kring sjukskrivna personer för att underlätta återgång i arbete, men även till att stödja läkares och medicinska teams kompetensutveckling inom det försäkringsmedicinska området för att öka kvaliteten på de medicinska beslutsunderlagen inom Försäkringskassan.

För 2013 avsattes 30 miljoner kronor som bedöms förbrukas i sin helhet. Dessa medel ska ses som ett komplement till övriga satsningar som vidtagits för att utveckla hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivningsprocessen; den s.k. sjukskrivningsmiljarden, kömiljarden och rehabiliteringsgarantin.

Utgifterna för 2014 beräknas till 30 miljoner kronor. Utgifterna för åren 2015, 2016 och 2017 beräknas till 30 miljoner kronor för respektive år.

Åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess

Regeringen avsätter särskilda medel under perioden 2013–2016 för att öka kunskapen om effektiva arbetsmetoder för att stödja personer som står långt ifrån arbetsmarknaden. Regeringen anser det viktigt att förbättra kunskapen om hur insatser enligt metoden supported employment kan påskynda en arbetsmarknads-etablering för unga. Regeringen avsätter också 1,5 miljoner kronor under 2014 för att fördjupa kunskapen om sambandet mellan psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.

Utgifterna för 2014 beräknas till 36,5 miljoner kronor. Utgifterna för 2015 beräknas till 40 miljoner kronor och för 2016 till 5 miljoner kronor.

Rehabiliteringsgarantin

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för 2013 undertecknat en överenskommelse om en medicinsk rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt 1 000 miljoner kronor för 2013, varav 40 miljoner kronor för forsknings- och utvecklingsinsatser och 12 miljoner kronor för utveckling av internetbaserad KBT-behandling. Regeringen avser att även för 2014 ingå en överenskommelse med SKL om en rehabiliteringsgaranti. Avsikten är att stimulera insatser för personer med lindriga eller medelsvåra psykiska diagnoser även genom den s.k. sjukskrivningsmiljarden, varför medlen till rehabiliteringsgarantin justeras ner med 250 miljoner kronor de kommande åren.

Utgifterna för 2014 beräknas till 750 miljoner kronor. Utgifterna för åren 2015, 2016 och 2017 beräknas till 750 miljoner kronor för respektive år.

Bidrag till hälso- och sjukvården

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har slutit en överenskommelse om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013 (den s.k. sjukskrivningsmiljarden). Överenskommelsen omfattar två delar där en del av utbetalningen är direkt kopplad till förändringar i sjukfrånvarons utveckling och den andra delen består av vissa villkor som landstingen måste uppfylla för att få ta del av de avsatta medlen. De valda åtgärderna bedöms höja kvaliteten och effektivisera arbetet med sjukskrivningsprocessen både inom hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan. Regeringen anser att sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att sjukskrivningsprocessen nu är en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården. De åtgärder som har vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens eget arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt. Det har också stimulerat åtgärder som har bidragit till att undanröja hinder som försvårar en effektiv handläggning av sjukförsäkringsärenden. Regeringen avser att även för 2014 ingå en överenskommelse med SKL om den s.k. sjukskrivningsmiljarden.

Utgifterna för 2014 beräknas till 1 000 miljoner kronor. Utgifterna för åren 2015, 2016

och 2017 beräknas till 1 000 miljoner kronor för respektive år.

Försäkringsmedicinska utredningar

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

Utgifterna för 2014 beräknas till 250 miljoner kronor. Utgifterna för åren 2015, 2016 och 2017 beräknas till 250 miljoner kronor för respektive år.

Arbetsplatsnära stöd

Regeringen avser att ersätta bidraget till företagshälsovården med ett bidrag riktat till arbetsgivare i syfte att underlätta för arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar så att den anställdes arbetsförmåga tidigt kan tillvaratas på arbetsplatsen och på så sätt öka möjligheterna till att tidigt återgå i arbete. Bidraget ska ges för sådana insatser för vilka det i dag lämnas bidrag för koordinerade insatser enligt förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Företagshälsovårdsföretag eller andra likvärdiga

företag med tillräcklig kompetens ska kunna erbjuda dessa tjänster och därmed få ersättning från staten.

Utgifterna för 2014 beräknas till 30 miljoner kronor. Utgifterna för 2015 beräknas till 50 miljoner kronor, för 2016 till 100 miljoner kronor och för 2017 till 100 miljoner kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2014 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 190 000 000 kronor 2015 och 2016.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen avser att under 2014 ingå överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting gällande den s.k. rehabiliteringsgarantin, den s.k. sjukskrivningsmiljarden samt om kompletterande försäkringsmedicinska utlåtanden.

Regeringen bör därför bemyndigas att under 2014 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 190 000 000 kronor 2015 och 2016.

Tabell 2.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
Ingående åtaganden	4 000 000 ¹		
Nya åtaganden	1 000 000		
Infriade åtaganden	-1 810 000	-2 070 000	-1 120 000
Utestående åtaganden	3 190 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	3 190 000		

¹ Avser beräknade utestående åtaganden 2013 för anslag 1:6 *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården* samt 1:7 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen*.

Tabell 2.20 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	2 458 500	2 458 500	2 458 500	2 458 500
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-340 000	-316 500	-301 500	-306 500
Överföring till/från andra anslag	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	3 118 500	3 142 000	3 157 000	3 152 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 118 500 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 3 142 000 000 kronor, 3 157 000 000 kronor, respektive 3 152 000 000 kronor.

2.7.7 2:1 Försäkringskassan

Tabell 2.21 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	7 623 259		132 895
2013	Anslag 7 445 867 ¹		7 614 424
2014	Förslag 7 869 334		
2015	Beräknat 7 926 395 ²		
2016	Beräknat 7 981 794 ³		
2017	Beräknat 8 123 618 ⁴		

¹ Inklusiva beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 7 824 527 tkr i 2014 års prisnivå.

³ Motsvarar 7 748 495 tkr i 2014 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 7 716 166 tkr i 2014 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Försäkringskassans förvaltningsutgifter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

För administration av egna resultatområden disponerar Försäkringskassan avgiftsinkomster. Dessa områden avser i huvudsak administration av ålderspension, familjebidrag/dagpenning till totalförsvarspåverkande och ersättning från affärsdrivande verk.

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

Tabell 2.22 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	396 059	398 934	-2 875
(varav tjänsteexport)	2 148	5 636	-3 488
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	380 360	380 360	0
Prognos 2013	359 208	359 208	0
(varav tjänsteexport)	2 200	2 200	0
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	342 360	342 360	0
Budget 2014	359 208	359 208	0
(varav tjänsteexport)	2 200	2 200	0
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	342 360	342 360	0

Regeringens överväganden

Försäkringskassans anslag ökas med 170 miljoner kronor för 2014, 150 miljoner kronor för 2015 respektive 100 miljoner kronor fr.o.m. 2016. Anslaget höjs för att möjliggöra en väl fungerande verksamhet.

Anslaget ökas vidare med 5 miljoner kronor för 2014, 20 miljoner kronor för 2015, 25 miljoner kronor 2016 och 17 miljoner kronor fr.o.m. 2017 till följd av föreslagna ändringar av åtgärdsreglerna i aktivitetsstödet (se utgiftsområde 14, avsnitt 4.5.7).

Försäkringskassan tillförs vidare medel 2014 för planerade reformer inom det familjepolitiska området (se utgiftsområde 12, avsnitt 3.6). För åren därefter beräknas reformerna generera besparingar.

Sammantaget ökas Försäkringskassans anslag med 182 miljoner kronor för 2014, 151 miljoner kronor för 2015, 83 miljoner för 2016 och 66 miljoner kronor för 2017.

Tabell 2.23 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:1 Försäkringskassan

Tusentals kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013 ¹	7 445 867	7 445 867	7 445 867	7 445 867
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	197 843	297 357	427 988	601 469
Beslut	223 656	181 178	105 911	74 210
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt ³	1 968	1 994	2 027	2 072
Förslag/ beräknat anslag	7 869 334	7 926 395	7 981 794	8 123 618

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

³ Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 7 869 334 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Försäkringskassan* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 7 926 395 000 kronor, 7 981 794 000 kronor, respektive 8 123 618 000 kronor.

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att för 2014 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 60 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

Skälen för regeringens förslag: Krediten ska användas till att finansiera Försäkringskassans betalning av utländska vårdfakturor. Landstingen och kommunerna övertar kostnadsansvaret för vissa ersättningar vid vård utomlands genom ikraftträdandet av lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet (se även utgiftsområde 9, avsnitt 4.11.7). Försäkringskassan kommer emellertid även fortsättningsvis att betala de utländska vårdfakturorna och först i efterhand kräva ersättning från berört landsting. Ordningen beror på att en viss utredning bör göras av kraven innan utbetalning sker. Krediten ges med stöd av 7 kap. 6 § budgetlagen (2011:203). Den räntekostnad som uppstår ska betalas av landstingen. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2014 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst

60 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

2.7.8 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tabell 2.24 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tusentals kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	59 173	7 709	
2013	Anslag	65 218 ¹	64 830
2014	Förslag	66 849	
2015	Beräknat	64 717 ²	
2016	Beräknat	65 803 ³	
2017	Beräknat	67 252 ⁴	

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 63 888 tkr i 2014 års prisnivå.

³ Motsvarar 63 887 tkr i 2014 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 63 888 tkr i 2014 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Inspektionen för socialförsäkringen bildades 1 juli 2009 och har idag en fullt utbyggd verksamhet. Under 2012 lämnade myndigheten 18 rapporter till regeringen.

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

Tabell 2.25 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

Tusentals kronor

	2014	2015	2016	2017
Anvisat 2013¹	65 218	65 218	65 218	65 218
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	1 725	2 594	3 732	5 250
Beslut		-3 000	-3 050	-3 118
<i>Överföring till/från andra anslag</i>				
Övrigt ³	-94	-95	-97	-99
Förslag/ beräknat anslag	66 849	64 717	65 803	67 252

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

³ Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 66 849 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 64 717 000 kronor, 65 803 000 kronor respektive 67 252 000 kronor.