

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

10





## Förslag till statsbudget för 2010

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

## Innehållsförteckning

---

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp .....	9
2.1	Omfattning.....	9
2.2	Utgiftsutveckling .....	9
2.3	Mål .....	10
2.4	Resultatredovisning .....	10
2.4.1	Indikatorer och tidigare mål.....	10
2.4.2	Sammanfattande bedömning av måluppfyllelsen .....	10
2.4.3	Sjukfrånvarons utveckling .....	11
2.4.4	Försäkringskassans bidrag till en stabil och låg nivå på sjukfrånvaron.....	17
2.4.5	Hälso- och sjukvårdens bidrag till en stabil och låg nivå på sjukfrånvaron.....	20
2.5	Försäkringskassan .....	23
2.6	Inspektionen för socialförsäkringen .....	25
2.7	Revisionens iakttagelser.....	25
2.7.1	Omställningskrav i sjukförsäkringen.....	25
2.7.2	Beslut om sjukpenning – Har Försäkringskassan tillräckliga underlag?.....	25
2.7.3	Försäkringskassans årsredovisning 2008 .....	25
2.7.4	Försäkringskassans inköp av IT-lösningar (RiR 2009:2) .....	26
2.7.5	Svenska trygghetssystem utomlands – Försäkringskassans och CSN:s utbetalningar och fordringshantering (RiR 2008:31) .....	26
2.8	Politikens inriktning .....	26
2.8.1	Utgångspunkter och huvudinriktning för regeringens politik .....	26
2.8.2	Den fortsatta strategin.....	28
2.8.3	Försäkringskassan och Inspektionen för Socialförsäkringen.....	34
2.9	Budgetförslag .....	34
2.9.1	1.1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	34
2.9.2	1.2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	38
2.9.3	1.3 Handikappersättningar .....	40
2.9.4	1:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	41
2.9.5	1:5 Ersättning för kroppsskador .....	41
2.9.6	1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård.....	42

2.9.7	2:1 Försäkringskassan.....	43
2.9.8	2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	46

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	7
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet.....	9
2.2 Härledning av ramnivån 2010–2012. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.....	10
2.3 Ramnivå 2010 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet för ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.....	10
2.3 Antal med pågående sjukfall per 1000 försäkrade. De vanligaste diagnosgrupperna. Juni 2009 respektive 2006. ....	12
2.4 Ohälsotal olika åldrar efter kön juni 2009 .....	14
2.5 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	34
2.6 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	37
2.7 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	38
2.8 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets och sjukersättningar m.m. ....	38
2.9 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:2 Aktivitets och sjukersättningar m.m.....	40
2.10 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar.....	40
2.11 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:3 Handikappersättning.....	40
2.12 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	41
2.13 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	41
2.14 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning för kroppsskador.....	41
2.15 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:5 Ersättning för kroppsskador .....	42
2.16 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård.....	42
2.17 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård .....	43
2.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan.....	43
2.19 Uppdragsverksamhet där intäkterna disponeras .....	44
2.20 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	45
2.21 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:1 Försäkringskassan.....	45
2.22 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	46
2.23 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	46

## Diagramförteckning

---

2.1	Antalet pågående sjukfall, månadsvis januari 1998–april 2009.....	11
2.2	Antalet startade sjukfall som blir minst 30 dagar januari 1994–februari 2008. 12-månadersvärden .....	12
2.3	Förväntad återstående fallängd i månader för sjukfall som passerat olika fallängder januari 1994–april 2009.....	12
2.4	Antal med sjuk- och aktivitetsersättning januari 2003–juni 2009.....	13
2.5	Ohälsotalets utveckling januari 2000–april 2009. Kvinnor, män, samtliga, 12-månadersvärden .....	14
2.6	Ohälsotalet efter olika åldersklasser .....	14
2.7	Ohälsotalet i juni 2009 i olika län sorterat efter nivå.....	14
2.8	Sjukfrånvaro på heltid i minst en vecka som andel av antal anställda i åldern 20–64 år, 1990–2008, procent.....	15
2.9	Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor och män i åldern 20–64 år, 2007, procent.....	16
2.10	”Förtidspensionärer” 2007 som andel av befolkningen i åldern 20–64 .....	16

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* ingå ekonomiska förpliktelser, som inklusive tidigare åtaganden, medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor efter 2010 (avsnitt 2.9.1),
2. bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 2.1 *Försäkringskassan* ingå ekonomiska förpliktelser, som inklusive tidigare åtaganden, medför behov av framtida anslag på högst 8 900 000 kronor efter 2010 (avsnitt 2.9.7),
3. för budgetåret 2010 anvisar anslagen under utgiftsområde 10 *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* enligt följande uppställning:

### Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag	Anslagstyp	
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	Ramanslag	21 601 948
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	Ramanslag	65 962 029
1:3 Handikappersättningar	Ramanslag	1 236 000
1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	Ramanslag	4 638 000
1:5 Ersättning för kroppsskador	Ramanslag	48 900
1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	Ramanslag	1 000 000
2:1 Försäkringskassan	Ramanslag	7 180 610
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	Ramanslag	51 886
<b>Summa</b>		<b>101 719 373</b>





## 2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

### 2.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp omfattar sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning, aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, ersättning vid arbets- och kroppsskador samt bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården. Utgiftsområdet innefattar även myndigheterna Försäkringskassan och fr.o.m. den 1 juli 2009 Inspektionen för socialförsäkringen.

### 2.2

### Utgiftsutveckling

Utgifterna för 2008 blev cirka 4 miljarder kronor (3,5 procent) lägre än anvisade medel. För 2009 beräknas utgifterna bli cirka 111 miljarder kronor, vilket är drygt 4 miljarder kronor lägre än budgeterat. Utgifterna 2009 beräknas bli cirka 5 miljarder kronor lägre än föregående år. Orsaken till detta är främst minskade kostnader för sjuk- och rehabiliteringspenning samt aktivitets- och sjukersättning.

**Tabell 2.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Ersättning vid sjukdom och handikapp</i>						
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	26 611	26 024	23 232	21 602	21 993	22 171
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	73 991	73 441	72 604	65 962	59 105	55 001
1:3 Handikappersättningar	1 192	1 235	1 245	1 236	1 246	1 257
1:4 Arbets-skadeersättningar m.m.	5 321	5 111	5 091	4 638	4 293	3 960
1:5 Ersättning för kroppsskador	52	53	51	49	48	46
1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
<b>Summa Ersättning vid sjukdom och handikapp</b>	<b>108 167</b>	<b>106 864</b>	<b>103 223</b>	<b>94 487</b>	<b>87 685</b>	<b>83 435</b>
<i>Myndigheter</i>						
2:1 Försäkringskassan <sup>2</sup>	7 695	7 989	7 438	7 181	6 995	7 040
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen		24	23	52	64	65
<b>Summa Myndigheter</b>	<b>7 695</b>	<b>8 013</b>	<b>7 461</b>	<b>7 232</b>	<b>7 060</b>	<b>7 105</b>
<b>Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp</b>	<b>115 862</b>	<b>114 877</b>	<b>110 685</b>	<b>101 719</b>	<b>94 745</b>	<b>90 541</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Beloppet är exklusive indragning på 298 528 000 kronor med anledning av kostnadsmissig avräkning.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2010–2012.  
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp**

Miljoner kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>113 927</b>	<b>113 927</b>	<b>113 927</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	250	314	354
Beslut	- 3 425	- 6 723	- 7 143
Övriga makroekonomiska förutsättningar	- 916	27	499
Volymer	- 8 142	- 12 435	- 16 980
Överföring till/från andra utgiftsområden	- 389	- 392	- 396
Övrigt	414	27	279
<b>Ny ramnivå</b>	<b>101 719</b>	<b>94 745</b>	<b>90 541</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2010 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet för ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp**

Miljoner kronor

	2010
Transferringar <sup>1</sup>	93 942
Verksamhetskostnader <sup>2</sup>	7 775
Investeringar <sup>3</sup>	2
<b>Summa ramnivå</b>	<b>101 719</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2008 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

## 2.3 Mål

För åren 2007 och 2008 beslutade inte riksdagen något specifikt mål för utgiftsområde Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. Sedan 2009 är målet för utgiftsområdet att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Detta mål innebär mer specifikt att:

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

- regionala skillnader i sjukfrånvaron ska minska
- nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med genomsnittet för länder med motsvarande system och motsvarande förmåner inom EU och OECD.

## 2.4 Resultatredovisning

### 2.4.1 Indikatorer och tidigare mål

Resultatredovisningen görs utifrån målet för utgiftsområdet för 2009. Resultatredovisningen inleds med en redovisning av sjukfrånvarons utveckling och därefter de åtgärder som bedöms ha bidragit till sjukfrånvarons utveckling.

För att mäta måluppfyllelsen används ett antal resultatindikatorer. Indikatorerna är valda efter hur väl de beskriver måluppfyllelsen om att frånvaro på grund av arbete ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Följande indikatorer används:

- ohälsotalet
- skillnader i ohälsotal mellan länen
- inflödet i sjukförsäkringen
- medelfallängd på sjukfallen
- antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar
- sjukfrånvaron enligt AKU (internationell jämförelse med jämförbara EU-/OECD-länder).

### 2.4.2 Sammanfattande bedömning av måluppfyllelsen

Målet för regeringens politik är att sjukfrånvaron ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. De senaste årens kraftigt sjunkande sjukfrånvaro innebär att förutsättningarna är goda att i framtiden nå detta mål. Antalet sjukanmälningar har minskat kontinuerligt de senaste åren och sjukfallen blir också kortare. Detta har medfört att den korta och medellånga sjukfrånvaron är på en historiskt låg nivå. Även nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar har minskat och är nu på ungefär samma nivå som på 1970-talet. Utvecklingen med ett ökande antal i sjuk- och

aktivitetsersättning har sedan slutet av 2007 definitivt brutits och minskningstakten sker allt snabbare och väntas fortsätta öka. Därför kan denna del av sjukfrånvaron ännu inte nivåmessigt anses vara låg och stabil.

Sammantaget innebär dessa förändringar att ohälsotoalet, dvs. Försäkringskassans samlade mått för ersatta dagar från sjukförsäkringen har minskat från 38,3 i december 2007 till 34,3 i juni 2009.

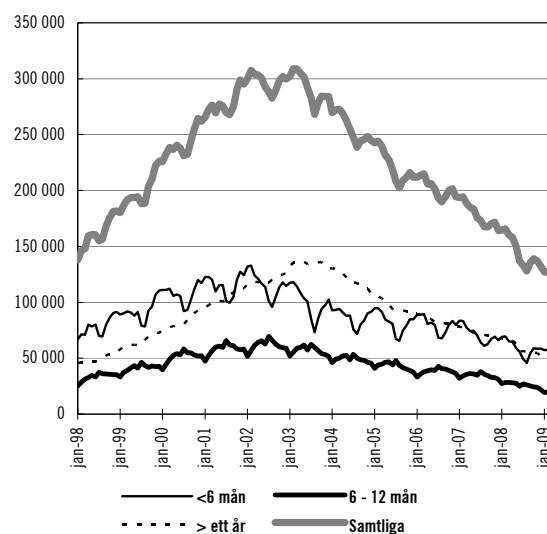
Det är regeringens bedömning att nedgången av sjukfrånvaron är stabil och kommer att fortsätta de närmaste åren. Det minskade antalet påbörjade sjukfall kommer, i kombination med de regelförändringar som regeringen har genomfört, att leda till en fortsatt nedgång, framför allt vad gäller antalet individer med sjukersättning. De regionala skillnaderna i ohälsa har de senaste åren minskat, men skillnaderna är fortfarande betydande. Detsamma gäller skillnaden mellan kvinnor och män.

### 2.4.3 Sjukfrånvarons utveckling

#### Sjukfall

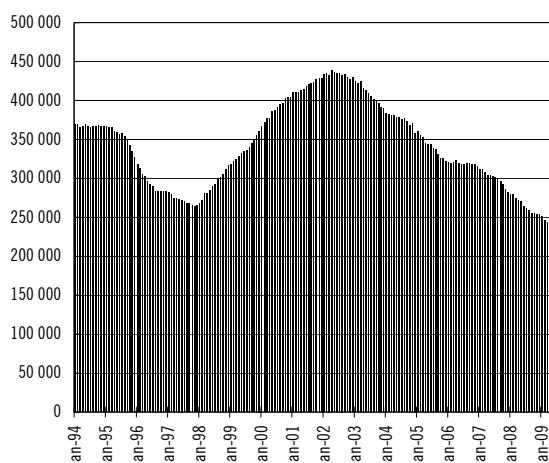
Antalet sjukfall (personer med sjuk- eller rehabiliteringspenning) har fortsatt att minska under såväl 2008 som första halvåret 2009. Vid utgången av 2008 var det totala antalet pågående sjukfall 132 000. Det var 32 000 färre än motsvarande tidpunkt ett år tidigare. Minskningen har skett både i korta och långa fallängder, exempelvis bestod hälften av minskningen av sjukfall som varat ett år eller längre. Antalet sjukfall är på en historiskt låg nivå. I slutet av april fanns 122 000 pågående sjukfall. Andelen kvinnor var 62 procent.

Diagram 2.1 Antalet pågående sjukfall, månadsvis januari 1998–april 2009



Källa: Försäkringskassan

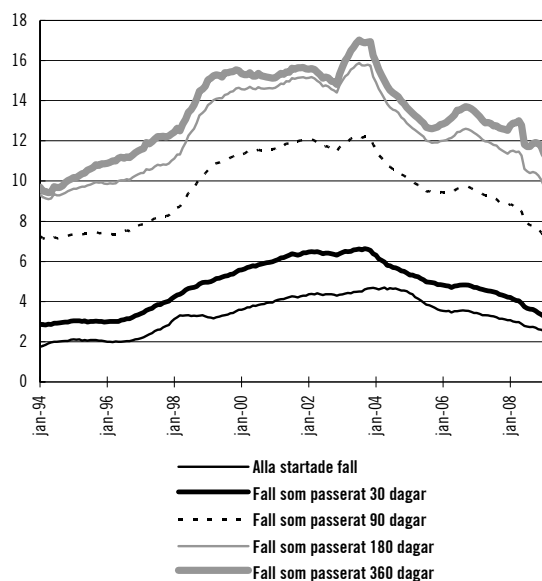
En central faktor för både historisk som framtida utveckling av sjukfrånvaron är antalet sjukfall som påbörjas. Inflödet till sjukförsäkringen – i diagram 2.2 mätt som startade sjukfall som får en varaktighet i minst 30 dagar – fortsätter att minska. Det senaste årets inflöde enligt detta sätt att mäta är cirka 10 procent lägre än ett år tidigare. Eftersom ett lågt inflöde i förlängningen ger avtryck på antalet i övriga längdklasser är detta grunden till en fortsatt god utveckling. Än så länge finns således inga tecken på att utvecklingen i termer av sammanlagd sjukfrånvaro är på väg att vända upp igen. Det måste till en ganska stor ökning av inflödet för att sjukfrånvaron totalt sett ska börja öka inom de närmaste åren allt annat lika. En osäkerhetsfaktor i detta är naturligtvis hur den försämrade konjunkturbilden kommer att påverka sjukfrånvaron framöver. Fram till 2005 fanns ett negativt samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet; när arbetslösheten ökade sjönk sjukfrånvaron och vice versa. Förhållandet har därefter varit det motsatta fram tills den senaste tidens ökade arbetslöshet då alltså förhållandet återigen varit negativt. Det är således oklart hur den stigande arbetslösheten kommer att påverka sjukförsäkringen – både på kort och lång sikt.

**Diagram 2.2** Antalet startade sjukfall som blir minst 30 dagar januari 1994–februari 2008. 12-månadersvärden

Källa: Försäkringskassan

Nämnda positiva utveckling vad gäller lägre inflöde kan i mångt och mycket beskrivas som spegelbilden till utvecklingen i slutet av 1990-talet med den kraftiga ökningen av antalet startade sjukfall. Sjukfallen avslutas i dag även snabbare i de flesta falllängder.

Beräknas en medelfalllängd för sjukfall med samma teknik som inom demografin (se diagram 2.3) visar det sig att sjukfall som exempelvis passerade sin 180:e dag under 12-månadersperioden fram till och med april 2009 i genomsnitt beräknas pågå omkring 9 månader till, vilket är en nästan 7 månader kortare förväntad tid jämfört med toppnoteringen 2003.

**Diagram 2.3** Förväntad återstående falllängd i månader för sjukfall som passerat olika falllängder januari 1994–april 2009

Källa: Försäkringskassan

**Tabell 2.3** Antal med pågående sjukfall per 1000 försäkrade. De vanligaste diagnosgrupperna. Juni 2009 respektive 2006.

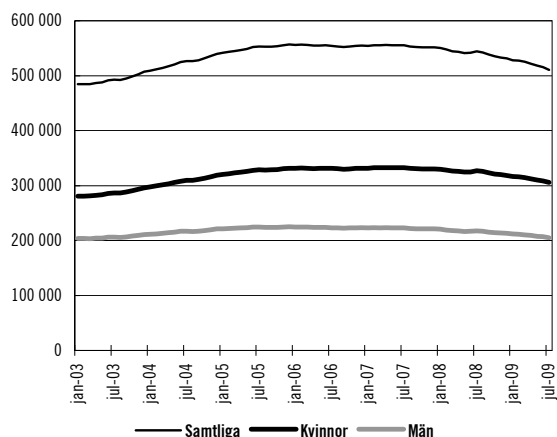
Diagnosgrupp	Jun -09			Jun -06			Förändring 2009/2006, %		
	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män
Samtliga sjukfall	18,3	23,2	14,5	35,4	45,3	25,8	-47	-49	-44
Psykiska	6,3	8,6	4,0	11,0	15,6	6,6	-43	-45	-39
Muskuloskeletala	4,9	6,0	3,9	10,6	13,5	7,9	-54	-56	-50
Skador, förgiftningar	1,6	1,4	1,8	2,5	2,3	2,7	-38	-42	-35
Tumörer	1,4	1,9	1,0	1,6	2,2	1,1	-11	-12	-8
Cirkulationsorganen	1,0	0,8	1,3	1,8	1,4	2,1	-42	-44	-40

Källa: Försäkringskassan, DoA

## Sjukersättning och aktivitetsersättning

Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) uppgick till 510 500 i juli 2009. Det motsvarar en minskning om 34 000, cirka sex procent, jämfört med ett år tidigare. Av personerna med sjuk- och aktivitetsersättning är cirka 60 procent kvinnor och cirka 40 procent män.

**Diagram 2.4** Antal med sjuk- och aktivitetsersättning januari 2003–juni 2009



Källa: Försäkringskassan

Utvecklingen av nybeviljandet vad gäller sjukersättning är starkt beroende av den tidigare utvecklingen av framför allt långa sjukfall. I och med att antalet långa sjukfall minskat väsentligt har detta bidragit till ett lågt nybeviljande. Därtill spelar regler och tillämpning en betydande roll. Nybeviljandet av sjukersättning har sett väldigt olika ut under första respektive andra halvåret 2008. Den 1 juli ändrades reglerna för när sjukersättning ska beviljas – kortfattat kan förändringen beskrivas som att en stadigvarande ned-sättning av arbetsförmågan krävs för att få sjukersättning. Den tidsbegränsade sjukersättningen kommer därmed att fasas ut. Totalt nybeviljades cirka 30 000 sjukersättningar under 2008. Två tredjedelar av dessa nybeviljanden kom under det första halvåret, och då särskilt under juni månad (8 000 nybeviljanden). Månaderna därefter har nybeviljandet varit mycket lågt, så även under 2009. Det är framför allt s.k. utbytesärenden – när sjukpenning byts ut mot sjukersättning – som minskat sedan regeländringen trädde i kraft.

Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning har alltså varit mycket lågt. Sett i relation till befolkningen är det den lägsta nivån sedan början av 1970-talet.

I augusti 2009 fanns 69 000 fall med tidsbegränsad sjukersättning. Cirka 70 procent är kvinnor och cirka 30 procent är män. Som nämnts kommer tidsbegränsad sjukersättning utfasas enligt följande regler. Den ytterligare period som kan beviljas får maximalt vara 18 månader och dock längst löpa fram till december 2012. Därefter får ingen tidsbegränsad ersättning utges. Sedan juli 2008 beviljas cirka 20 procent av dessa ärenden ingen ny ersättningsperiod efter den tidigare periodens slut. Totalt har 33 000 ärenden hittills fått en sådan förlängd period om maximalt 18 månader. Ungefär 36 000 ärenden har således ännu inte kommit till den tidpunkten där det beslutas om de ska beviljas en ytterligare period eller inte.

Samtidigt som nybeviljandet minskar har utflödet ökat kontinuerligt. Utflödet består till största delen av personer som fyller 65 år och går i ålderspension. Därtill finns ett utflöde genom dödsfall. Merparten av det övriga utflödet ur sjukersättning utgörs av personer med tidsbegränsad sjukersättning, varför detta utflöde beräknas minska väsentligt som en följd av att förmånen tidsbegränsad sjukersättning fasas ut.

Sammanfattningsvis har det låga nybeviljandet och att fler lämnat sjukersättning lett till att antalet personer med sjukersättning har minskat. Denna minskning väntas fortsätta de kommande åren.

## Ohälsotalet

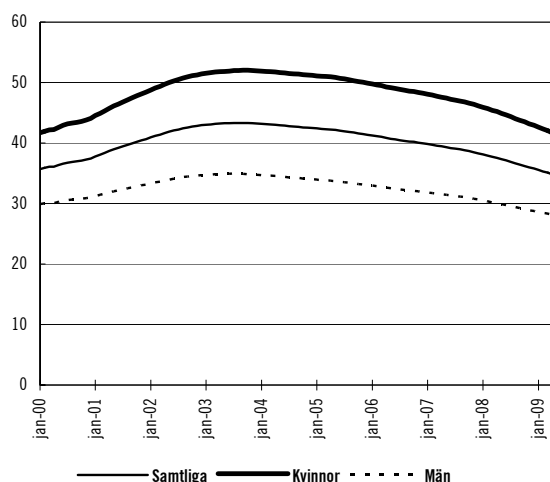
Det mått som bäst sammanfattar hela sjukförsäkringens volymnivå är ohälsotalet. Ohälsotalet innehåller information om volymen på sjukersättningar och aktivitetsersättningar (SA), men även sjukfallsdelen (sjukpenning och rehabiliteringspenning). Ohälsovolymen består till största delen av sjuk- och aktivitetsersättning, denna del motsvarar ungefär 80 procent av ohälsotalet. Ohälsotalet visar det genomsnittliga antalet dagar som utbetalats från sjukförsäringen per person i befolkningen 16–64 år.

Ohälsotalet i juni 2009 var 34,3 dagar. Det senaste året har ohälsotalet haft en årlig minskningstakt om 6–7 procent. Den senaste tidens minskning förklaras både av en minskande SA- och sjukfallsvolym, där sjukfallsdelen bidragit mest till minskningen. Sjukfallsdelen har minskat sedan 2003, men inledningsvis medförde detta inte lika stor minskning av ohälsotalet då

SA samtidigt ökade. Sedan 2006 minskar både sjukfalls- och SA-delen av ohälsotalet.

Skillnaderna i ohälsotal mellan kvinnor och män är stora. Kvinnor har ett cirka 50 procent högre ohälsotal än männen. Nivåskillnaden förstärktes något i samband med uppgången i ohälsotalet och har kvarstått sedan dess.

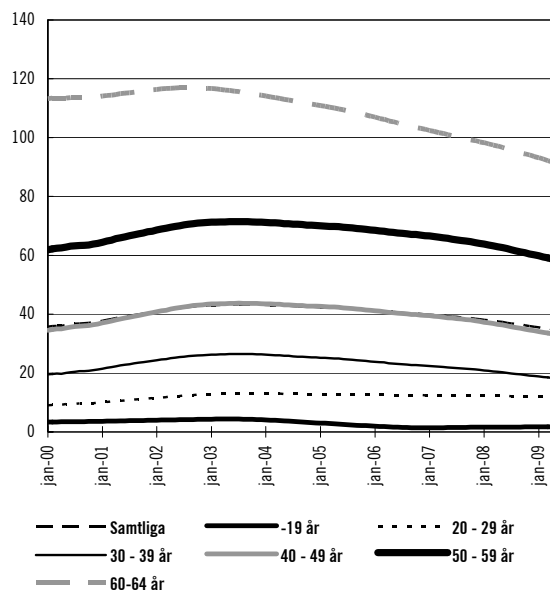
**Diagram 2.5 Ohälsotalets utveckling januari 2000–april 2009. Kvinnor, män, samtliga, 12-månadersvärden**



Källa: Försäkringskassan

Utöver kön finns även stora skillnader i ohälsotal beroende på ålder. Ju äldre åldersgrupper desto högre är ohälsotalet. Ett glädjande faktum är att ohälsotalet har minskat i alla åldersklasser de senaste åren.

**Diagram 2.6 Ohälsotalet efter olika åldersklasser**



Källa: Försäkringskassan

Av tabell 2.4 framgår att det är i åldrarna över 30 år som kvinnors ohälsa är förhållandevis störst jämfört med männens.

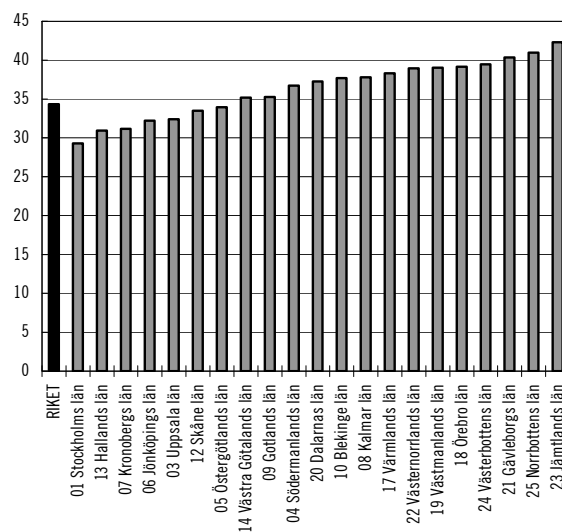
**Tabell 2.4 Ohälsotal olika åldrar efter kön juni 2009**

	Samtliga	Kvinnor	Män
–19 år	1,7	1,5	1,9
20–29 år	11,8	12,6	11,0
30–39 år	18,0	22,3	13,8
40–49 år	32,7	40,4	25,2
50–59 år	58,0	69,0	47,0
60–64 år	90,6	105,5	75,7
<b>Samtliga</b>	<b>34,3</b>	<b>41,0</b>	<b>27,8</b>

Källa: Försäkringskassan

Ohälsotalets regionala variation är påtaglig men har minskat de senaste åren i samband med att den absoluta nivån generellt sett sjunkit mer i de län där ohälsotalet är som högst. Den traditionella bilden gäller dock fortfarande, dvs. i län med en god arbetsmarknad och relativt ung befolkning är ohälsotalet lägst och vice versa.

**Diagram 2.7 Ohälsotalet i juni 2009 i olika län sorterat efter nivå**



Källa: Försäkringskassan

## Internationella jämförelser

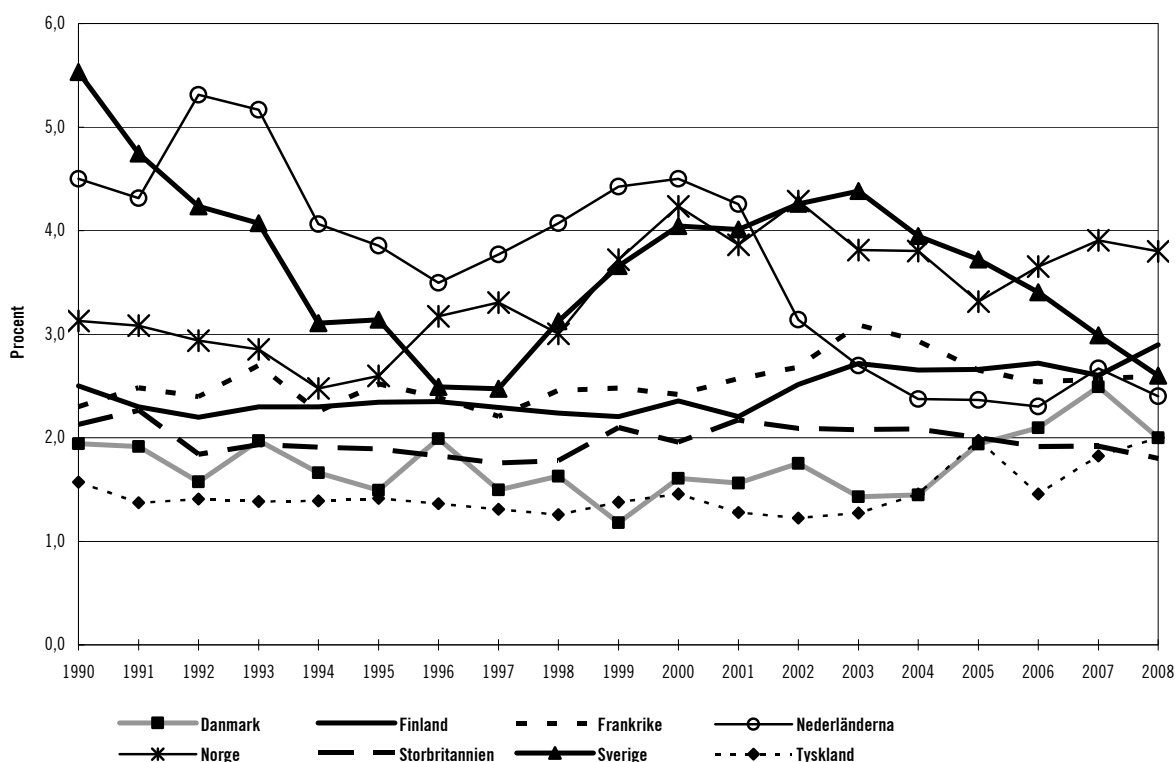
En utgångspunkt för målet att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå är att sjukfrånvaron ska vara i linje med genomsnittet för länder med motsvarande system och motsvarande förmåner inom EU och OECD. Både datatillgången och jämförbarheten av sjukfrånvaron i olika länder är dock begränsad, vilket försvårar internationella jämförelser.

### *Sjukfrånvarons utveckling*

Ett jämförbart mått på sjukfrånvaron kan fås från Arbetskraftsundersökningar (AKU) som genomförs på samma sätt i de europeiska länderna. Jämförbarheten gäller över tid, oavsett om ersättning av inkomstbortfall betalas ut eller inte

och oberoende av varifrån ersättningen betalas ut. Denna statistik tas fram av Europeiska unionens statistikbyrå Eurostat som sammanställer data från de nationella arbetskraftsundersökningarna. Det mått som är tillgängligt är av samma typ som måttet som används för jämförelser av arbetslöshet inom EU och i ILO-statistik för länder världen över. Måttet för sjukfrånvaron anger andelen anställda (i procent) som under en representativ vecka är frånvarande på heltid en hel vecka på grund av egen sjukdom eller skada. I diagram 2.8 redovisas sjukfrånvarons utveckling i Sverige, Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland.

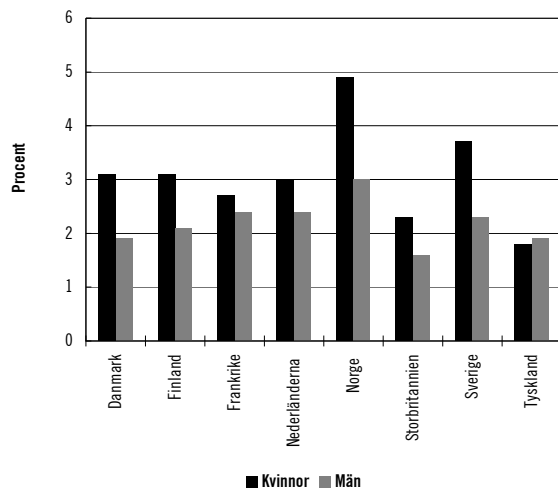
**Diagram 2.8 Sjukfrånvaro på heltid i minst en vecka som andel av antal anställda i åldern 20–64 år, 1990–2008, procent**



Källa: Labour Force Surveys, EUROSTAT

Av diagram 2.9 framgår att män i Sverige har en sjukfrånvaro som ligger nära det västeuropeiska genomsnittet medan kvinnor i Sverige ligger över motsvarande genomsnitt bland kvinnor.

**Diagram 2.9 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor och män i åldern 20–64 år, 2007, procent**



Källa: Labour Force Surveys, EUROSTAT

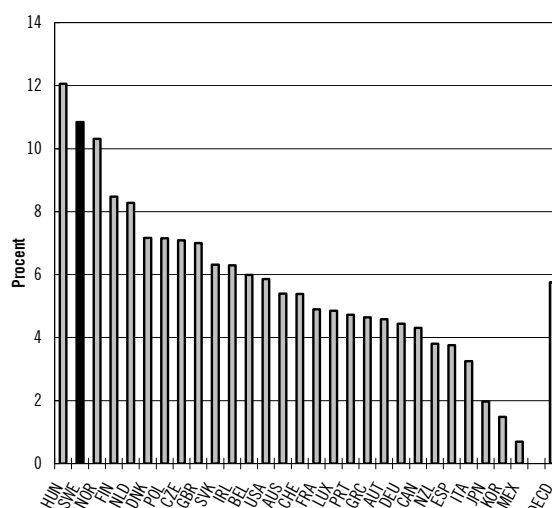
Andelen anställda i åldern 20–64 år som har varit frånvarande på heltid en hel vecka på grund av egen sjukdom eller skada.

### *Sjuk- och aktivitetsersättning*

OECD har samlat in statistik på andra länders motsvarighet till sjuk- och aktivitetsersättning. Denna jämförelse redovisas i diagram 2.10 och bygger på administrativ data över andelen personer i befolkningen mellan 20–64 år som uppstår en förtidspension (disability benefit).

Under det senaste decenniet har andelen förtidspensionärer i befolkningen utvecklats dramatiskt olika, både inom och mellan länderna. Andelen förtidspensionärer är anmärkningsvärt hög i till exempel Norge, Sverige och Ungern.

**Diagram 2.10 "Förtidspensionärer" 2007 som andel av befolkningen i åldern 20–64**



Källa: OECD, Background paper "Sickness, Disability and Work: Keeping on track in the economic downturn". Presenterades vid High-level Forum i Stockholm den 14-15 maj 2009

Not: 2004 för Frankrike; 2005 för Luxemburg; 2006 för Danmark, Italien, Japan, Slovakien och USA.

Diagram 2.10 visar att Sverige, med undantag för Ungern, 2007 hade den högsta andelen förtidspensionärer bland OECD-länderna. Cirka 11 procent av befolkningen 20–64 år hade sjuk- och aktivitetsersättning. Sedan dess har antalet personer i sjuk- och aktivitetsersättning sjunkit med cirka 40 000 i Sverige. Sveriges nuvarande nivå innebär således att vi närmast oss OECD-genomsnittet. Minskningen väntas fortsätta. Enligt Försäkringskassans prognos beräknas andelen med sjuk- och aktivitetsersättning i ålderna 20–64 år vara cirka sju procent 2012.

### **Uppföljning av det reformerade regelverket**

Den 1 juli 2008 trädde den nya sjukförsäkringsreformen, den s.k. rehabiliteringskedjan, i kraft för nya sjukfall. Sjukfall som har påbörjats före denna tidpunkt omfattas av de nya reglerna från och med den 1 januari 2009.

Försäkringskassan har fått regeringens uppdrag att kontinuerligt följa upp reformen. Av den senaste uppföljningen framgår att sjukfall som har påbörjats efter att sjukförsäkringsreformen trädde i kraft har visat en högre avslutssannolikhet än äldre sjukfall. Det framgår också att utflödet av de äldre sjukfallen har ökat påtagligt när dessa har nått 365 dagar och där-



igenom blivit föremål för de nya sjukskrivningsreglerna. För de kortaste sjukfallen har dock utflödet legat på en oförändrad nivå. Detta kan ha samband med det lägre inflöde till sjukpenning som har beskrivits ovan.

Försäkringskassan har, utifrån de sjukfall som avslutades i januari 2009 och då pågått i minst 180 dagar, undersökt vilken huvudsaklig försörjningskälla dessa personer hade några månader efter det att sjukfallet avslutades. Undersökningen genomfördes under sensvåren 2009 i form av telefonintervjuer. Undersökningen visar att 67 procent arbetar som anställda och fyra procent är egna företagare. 11 procent är arbetsökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Två procent är åter sjukskrivna med ersättning från Försäkringskassan och tre procent är sjukskrivna utan ersättning från Försäkringskassan. Detta ska jämföras med situationen innan sjukskrivningen då 91 procent var anställda eller fem procent drev eget företag. Två procent har sedan sjukpenningen avslutades eller blev indragen i januari ansökt om försörjningsstöd. Andelen är högre (sex procent) bland de ensamstående jämfört med gifta/sammanboende (en procent). Bland dem som sökt fick drygt hälften försörjningsstöd, en tredjedel var inte berättigad till det och 11 procent uppger att ärendet fortfarande utreds. Ungefär en tiondel av de sjukfall som avslutades i januari enligt ovan var indragningar.

Reformen innebär vidare att sjukpenning ska kunna betalas ut med 80 procents ersättningsnivå maximalt 365 dagar under en viss ramtid. En person som har uppburit sjukpenning 365 dagar kan beviljas fortsatt sjukpenning med 80 procent om det finns synnerliga skäl för det. Till och med den 20 mars 2009 hade nästan 8 200 personer ansökt om fortsatt sjukpenning med 80 procent varav närmare 2 500 fått ersättningen beviljad. Cancerdiagnoser står för omkring 60 procent av beviljad fortsatt sjukpenning. Det har funnits en relativt stor spridning i diagnoserna bland avslagsbesluten.

Ytterligare en ändring i sjukförsäkringen är att sjukersättning fr.o.m. juli 2008 endast beviljas personer som har en stadigvarande nedsättning av sin arbetsförmåga. Den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats. Personer som redan uppbär en tidsbegränsad sjukersättning vid ikraftträdandet juli 2008 har dock ersättningen kvar. Dessutom har dessa personer möjlighet till ytterligare en eller flera perioder med sjukersätt-

ning på sammanlagt 18 månader enligt de bestämmelser som gällde före reformen.

Sedan juli 2008 har den tidsbegränsade sjukersättningen löpt ut för 47 500 personer. Cirka 59 procent av dessa personer har fått en ny period med tidsbegränsad sjukersättning. Detta är något färre än under motsvarande period året innan (65 procent juli 2007–mars 2008). Knappt 20 procent har fått en stadigvarande sjukersättning, även detta något färre jämfört med vad som gällde före regeländringarna (23 procent juli 2007– mars 2008). En viktig förändring är att cirka 20 procent av personerna har lämnat sjukförsäkringen helt jämfört med 12 procent året innan. Cirka 25 procent av dessa personer har övergått till Arbetsförmedlingen, vilket är en oförändrad andel jämfört med motsvarande period året innan. Det höga utflödet kan inte förklaras av reformen i sig eftersom äldre regler fortfarande gäller för denna grupp. Det är dock troligt att reformen har haft en indirekt effekt på utflödet. Det faktum att ersättningen kommer att ta slut ger både den försäkrade, Försäkringskassan och andra aktörer ökade incitament att finna andra lösningar än fortsatt passivitet med sjukersättning.

Från och med den 1 januari 2009 gäller nya regler för personer som har beviljats en varaktig sjukersättning före juni 2008. Dessa personer kan arbeta, arbeta ideellt eller studera utan att rätten till sjukersättning omprövas. Vid arbete minskas den utbetalda sjukersättningen på ett särskilt sätt enligt ett system med steglös avräkning. Reglerna för steglös avräkning är konstruerade så att det alltid ska löna sig ekonomiskt att arbeta. Till och med maj hade cirka 8 000 personer ansökt om att arbeta med steglös avräkning.

#### **2.4.4 Försäkringskassans bidrag till en stabil och låg nivå på sjukfrånvaron**

##### **Informations- och utbildningsinsatser samt ärendehandläggning**

Försäkringskassan arbetar kontinuerligt med kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning om sjukförsäkringens intentioner och regelverk. Under 2008 har det genomförts informationsinsatser gentemot allmänheten. Enligt Försäkringskassans mätningar har informationsinsatserna bidragit till att allmänhetens kunskaper om sjukförsäkringen och regelverket har förbättrats.

Regeringen anser att Försäkringskassans informationsinsatser är ett viktigt verktyg för att påverka attityder och värderingar kring sjukförsäkringens intentioner och funktionssätt. Dessa insatser bedöms ha bidragit till den minskade sjukfrånvaron.

Försäkringskassan har under senare år arbetat aktivt med att uppnå en mer försäkringsmässig tillämpning av sjukförsäkringen, bl.a. vad avser prövning av arbetsförmåga och därmed rätt till ersättning. Försäkringskassan har också genomfört utbildningsinsatser kring sjukförsäkringens intentioner och regelverk gentemot handläggare och läkare i syfte att uppnå en likformig och rättssäker tillämpning. Även dessa insatser bedöms ha bidragit till den minskade sjukfrånvaron.

Handläggningstiderna inom sjukförsäkringen har periodvis under 2008 varit oacceptabelt långa. Detta kan till viss del förklaras av de påfrestningar som blev följderna av den stora omorganisation som Försäkringskassan genomförde under året. Dessutom har det under 2008 funnits stora brister i kvaliteten i ärendehandläggningen av sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Andelen av sjukpenningärendena som hade tillräckliga beslutsunderlag uppgick till 53 procent för 2008 jämfört med 75 procent för 2007. Däremot förbättrades handläggningstiderna för sjuk- och aktivitetsersättning och arbetsskadelivräntor jämfört med 2007. Emellertid nåddes inte regeringens mål för Försäkringskassan att senast vid utgången av 2008 ska 75 procent av dem som ansökt om arbetsskadelivränta få beslut inom 120 dagar från ansökningsdagen. Vid utgången av 2008 fick 64 procent beslut inom 120 dagar. Det är inte tillfredsställande att detta mål inte har uppnåtts. Regeringen bedömer att det bör vara möjligt att nå målet, eftersom antalet ansökningar om livränta har minskat betydligt de senaste åren.

I samband med regelförenklaringsarbetet har bl.a. Arbetsgivarverket påpekat nödvändigheten av att arbetsgivaren får kännedom om de beslut som Försäkringskassan fattar. Det gäller bl.a. beslut om sjukersättning. Enligt 33 § lagen om anställningsskydd (LAS) kan arbetsgivaren avsluta en anställning om arbetstagaren beviljas hel sjukersättning som inte är tidsbegränsad. Att lämna uppgifter om en enskild persons hälsosituation är dock inte tillåtet enligt sekretesslagstiftningen. Försäkringskassan har därför i sitt beslut till den enskilde om sjukersättning lagt in

information om att den enskilde själv ska ta kontakt med sin arbetsgivare och informera om beslutet om sjukersättning. Regeringen ser positivt på de åtgärder som Försäkringskassan har vidtagit i syfte att arbetsgivaren ska få kännedom om Försäkringskassans beslut.

### **Samverkan inom rehabiliteringsområdet**

För att få fler personer att återgå i arbete bedrivs rehabiliteringsinsatser i samverkan mellan Försäkringskassan och andra aktörer inom rehabiliteringsområdet. För detta ändamål får fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning användas. Regeringen bedömer att de samlade aktiva åtgärder som vidtagits inom ramen för samverkansmedlen har bidragit till att förebygga och minska det samlade utanförskapet samt minskat utgifterna för trygghetssystemen.

#### *Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska genom samverkan underlätta övergången från ersättning via sjukförsäkringen till aktivt arbetsökande och nytt arbete. För detta har myndigheterna, på regeringens uppdrag, upprättat en nationell handlingsplan för stöd till den enskildes återgång i arbete. Handlingsplanen innehåller ett fokus på effektiv matchning till arbete samtidigt som människor ska få det stöd de behöver. Regeringen har pekat ut arbetet med den nationella handlingsplanen som ett viktigt verktyg i samband med införandet av den s.k. rehabiliteringskedjan den 1 juli 2008. För att säkerställa ett väl fungerande samarbete i rehabiliteringskedjan har Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utarbetat följande rutiner:

- kontaktmöte efter 90 dagars sjukskrivning,
- överlämningsmöte vid nej till sjukpenning och sjuk- eller aktivitetsersättning,
- avstämningsmöte för att klargöra arbetsförmågan.

Målgruppen för rehabiliteringsinsatser via denna s.k. handlingsplanssamverkan är arbetslösa med ersättning från sjukförsäkringen och sjukskrivna anställda som bedöms behöva byta anställning på grund av ohälsa. Under 2008 deltog cirka 12 000 personer i den nationella handlingsplanen, varav cirka 65 procent var kvinnor och

35 procent var män. Av dessa gick 37 procent vidare till arbete eller utbildning. Det är en minskning med en procentenhet jämfört med 2007. Under hösten 2008 försämrades förutsättningarna på arbetsmarknaden och antalet varsel och uppsägningar ökade, vilket bedöms ha påverkat resultatet för 2008.

Antalet personer som omfattas av den nationella handlingsplanen beräknas till 15 000 personer under 2009 vilket är en ökning med 3 000 jämfört med 2008. Under första halvåret 2009 deltog cirka 8 500 personer inom ramen för handlingsplanens verksamhet, varav 65 procent var kvinnor och 35 procent var män. Resultatet för första halvåret visar att 36 procent av deltagarna var i arbete eller utbildning 12 månader efter påbörjad insats. Resultatet är en försämring jämfört med 2008 med 1 procentenhet. Regeringen gör bedömningen att rådande konjunkturläge har påverkat möjligheterna för grupperna inom samverkan – som från början står långt från arbetsmarknaden – att erbjudas arbetsprövning samt att få en anställning.

#### *Alternativa insatser för långtidssjukskrivna*

Under 2008 har regeringen uppdragit åt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att inom ramen för en försöksverksamhet pröva alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Försöksverksamheten bedrivs i Stockholm, Göteborg, Dalarna och Västerbotten under 2008 och 2009. Försöksverksamheten är riktad till samma målgrupp som samverkan enligt nationella handlingsplanen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Syftet med försöksverksamheten är att pröva om man genom att anlita kompletterande aktörer, som ges ersättning utifrån prestation och resultat, snabbare och effektivare kan ge långtidssjukskrivna stöd för att återfå arbetsförmågan och erhålla ett reguljärt arbete. Under försöksperioden ska minst 1 500 personer ta del av insatser hos de alternativa aktörerna. Både sociala och privata företag deltar i försöksverksamheten att stödja långtidssjukskrivna. Fram till och med juni 2009 har 1 200 personer fått ta del av service från privata aktörer, varav 150 personer från sociala företag. Det är ännu för tidigt att säga något om resultaten. En slutrapport ska senast den 28 februari 2010 lämnas av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) utvärderar försöksverksamheten och en rapport kommer att lämnas under

2010. En processutvärdering görs av Malmö högskola på uppdrag av Arbetsförmedlingen.

#### *Finansiell samordning genom samordningsförbund*

Sedan den 1 januari 2004 är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting att genom samordningsförbund bedriva finansiell samordning av rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning inom ramen för samordningsförbund bedrevs under 2008 i 72 samordningsförbund som fanns representerade i 19 län och 141 kommuner. Den 30 juni 2009 fanns 81 samordningsförbund representerade i 19 län och 166 kommuner.

Samordningsförbundet är ett forum för myndigheterna att samverka. Målgruppen utgörs av individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärsarbete. Myndigheterna aktualiserar de individer som bedöms ha samman-satta problem. Samordningsförbundet kan via den gemensamma budgeten finansiera de insatser som behövs för individer med behov av stöd från olika myndigheter. Dessa insatser köps eller utförs sedan av respektive ansvarig myndighet. Under 2009 bedöms cirka 30 500 individer omfattas av aktiviteter finansierade av samordningsförbunden. De individinriktade verksamheterna syftar till att såväl förbättra som att uppnå förmåga till egen försörjning och många aktiviteter ger även stöd till individen att komma ut på arbetsmarknaden. En uppföljning som samordningsförbunden i Västra Götaland finansierat visar att 38 procent av deltagarna (2 120 personer) hade vid avslutad aktivitet fått egen försörjning via arbete, arbete med stöd eller via utbildning.

Statskontoret, som har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning, konstaterar att det finns ett brett stöd för lagstiftningen. Antalet samordningsförbund har ökat kontinuerligt vilket, enligt Statskontoret, indikerar att denna samverkansform inte hindras av faktorer i lagstiftningen. I slutrapporten "Effekter av Finsam?" konstaterar Statskontoret att effekterna av verksamheten inte kunnat klarläggas. Deltagarnas förvärvsfrekvens har ökat efter Finsam-insatserna, men Statskontoret har inte kunnat klarlägga i vilken utsträckning som ökningen av förvärvsfrekvensen beror på Finsam-insatserna. Statskontoret betonar att Finsam-insatserna bör förbehållas de

grupper som inte kan få sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda på annat sätt och att det därför finns anledning att överväga om målgruppen för Finsam bör avgränsas i högre grad än för närvarande.

#### *Finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*

Från 2008 infördes möjlighet till finansiell samordning mellan enbart sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. I denna samverkansform ska Försäkringskassan tillsammans med landstingen verka för att förbättra behandling och rehabilitering så att den enskildes arbetsförmåga kan återställas.

Under 2008 har Försäkringskassan fört över framgångsrika projekt och aktiviteter från övrig samverkan enligt prop. 1996/97:63 (s.k. Frisamsamverkan) till denna form av finansiell samordning. Den vanligaste formen av verksamhet under 2008 handlar om förstärkta insatser vid framför allt vårdcentraler där vårdpersonal tillsammans med Försäkringskassans handläggare verkar för att säkerställa tidiga insatser för personer med psykisk ohälsa eller olika former av smärttillstånd och som riskerar långvarig sjukskrivning. Under 2009 prioriteras insatser som på olika sätt kan snabba upp rehabiliteringsprocessen, korta sjukskrivningstiden samt utveckla sjukskrivningsprocessen. Insatserna syftar ofta till att föra över försäkringsmedicinsk kompetens från Försäkringskassan till vårdenheter och att parterna gemensamt ska organisera en effektiv struktur för att så fort som möjligt hjälpa tillbaka sjukskrivna till arbete.

#### **2.4.5 Hälso- och sjukvårdens bidrag till en stabil och låg nivå på sjukfrånvaron**

Regeringen har under senare år tagit flera initiativ för att genom ekonomiska incitament stötta landstingen att utveckla sitt arbete med att minska sjukfrånvaron. Vissa åtgärder har bidragit till att samordna grunderna för beslut inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, medan andra har stimulerat hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder. Sjukfrånvaron har minskat under de senaste åren, vilket regeringens initiativ bedöms ha bidragit till.

Enligt en studie från Karolinska Institutet "Läkares arbete med sjukskrivning" framgår det att många läkare upplever att sjukskrivningsarbetet är problematiskt. Drygt en tredjedel av läkarna svarade att de varje vecka hade någon typ av problem i sitt arbete med sjukskrivning och hälften såg det som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem. Att bedöma patienters arbetsförmåga, bedöma sjukskrivningstid samt att hantera meningsskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning uppgavs som exempel på problematiska uppgifter.

#### **Försäkringsmedicinskt beslutsstöd**

Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick i slutet av 2005 i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Hösten 2007 publicerade Socialstyrelsen en vägledning för sjukskrivning som fick namnet Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. En första version av ett komplett beslutsstöd var klart i maj 2008.

Beslutsstödet introducerades i ett läge när socialförsäkringen var präglad av förändringar, bl.a. omfattande regelförändringar inom sjukförsäkringen och stora organisationsförändringar inom Försäkringskassan.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan gör i sin första lägesrapport om beslutsstödet, från januari 2009, bedömningen att kunskapen om vad beslutsstödet är och har för syfte, är utbredd både i hälso- och sjukvården och bland Försäkringskassans handläggare. Myndigheternas uppfattning är att introduktionen av beslutsstödet gett en tillfredsställande bas att utgå ifrån i myndigheternas fortsatta engagemang. Mycket arbete återstår dock innan stödet används och fungerar som det är tänkt.

Av rapporten framgår även att de flesta läkare har använt beslutsstödet någon gång. Inom primärvården uppger 22 procent av läkarna att man använder stödet minst en gång i veckan. Användandet av beslutsstödet är dock fortfarande inte fullt utvecklat. Cirka 42 procent av läkarna uppger enligt preliminära data att man "aldrig eller nästan aldrig använt stödet".

En majoritet av Försäkringskassans handläggare har fått utbildning om beslutsstödet och de flesta anser att det är tydligt hur det kan vara ett stöd i handläggningen och har vid ett flertal tillfällen använt det. De flesta handläggarna uppger

dock att de inte alltid begär kompletteringar när sjukskrivningstiden överskrids och motivering saknas. De främsta skälen till detta uppges vara att de inte anser sig ha tid till det.

Socialstyrelsens arbete med det försäkringsmedicinska beslutsstödet fortsätter. En ny version av beslutsstödet lanserades i juni 2009 och innehåller nya rekommendationer för bland annat bipolär sjukdom, alkoholberoende och psykotiska syndrom som schizofreni.

Försäkringskassan har genomfört en studie i syfte att undersöka om det skett förändringar i sjukskrivningstider och spridning efter beslutsstödet införande med särskilt fokus på fysiska sjukdomar med specifika rekommendationer i beslutsstödet från mars 2008. Studien är en jämförelse mellan sjukskrivningar som pågått 15 dagar eller längre och som påbörjades före (mars–juni 2007) och efter (mars–juni 2008) införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet för de fysiska sjukdomarna. Sammanfattningsvis visar analysen att efter det att rekommendationerna för de fysiska diagnoserna infördes i mars 2008 har det skett förändringar i sjukskrivningsmönstret:

- Sjukskrivningstiderna har blivit kortare. Medianlängden har minskat från 46 till 43 dagar.
- Sjukskrivningstiderna har minskat mer för kvinnor än för män.
- Sjukskrivningstiderna för kvinnor med fysiska diagnoser som ingår i beslutsstödet har minskat.
- Sjukskrivningstiderna för kvinnor med psykiska diagnoser har minskat.
- Sjukskrivningstiderna för män med fysiska sjukdomar utanför beslutsstödet har ökat.
- Spridningen i sjukskrivningslängd har minskat. Kvartilavståndet som innefattar 50 procent av sjukskrivningarna har minskat från 89 till 73 dagar.
- Spridningen har minskat betydligt för fysiska diagnoser som ingår i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Försäkringskassan har också gjort en aktstudie där det har undersökts om det finns motiveringar i de fall där det borde finnas och om handläggare begär in motiveringar när den rekommenderade sjukskrivningstiden överskrids. Försäkringskassan genomförde en gransk-

ning av 1 500 ärenden under februari 2009. De huvudsakliga resultaten visar följande:

- I de ärenden där det borde finnas en motivering till att den rekommenderade tiden i beslutsstödet hade överskridits, fanns det i 44 procent av fallen. Resultatet talar för att användandet av stödet i hälso- och sjukvården är bättre än vad som framgick av tidigare lägesrapport till regeringen i januari 2009.
- I de ärenden där det borde finnas en motivering och också gör det, har en motivering i 84 procent av fallen kommit in från läkaren. I 16 procent har Försäkringskassans handläggare begärt att läkarintyget ska kompletteras med en motivering. Att majoriteten av motiveringarna självmant kommit från läkarkåren är positivt.
- I de fall där det behövs en motivering men det inte har kommit in någon, har Försäkringskassans handläggare i 4,5 procent av fallen begärt en komplettering av läkarintyget. Att handläggarna långt ifrån alltid begär in motivering överensstämmer med slutsatsen från tidigare lägesrapport till regeringen.
- I de fall det finns en motivering finns den i de allra flesta fall på det nya läkarintyget.

Den sammanlagda bilden utifrån de studier som Försäkringskassan genomfört under hösten 2008 och våren 2009 talar för att beslutsstödet använts, i högre grad av vårdcentraler och företagshälsovård än inom andra verksamheter. Fortfarande återstår dock mycket arbete innan stödet används fullt ut och fungerar som det är tänkt. Försäkringskassan och Socialstyrelsen kommer att fortsätta att följa upp och utvärdera beslutsstödet enligt den beslutade gemensamma planen för uppföljning. En slutrapport ska levereras i januari 2010.

### Sjukvårdsmiljarden

För att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och utveckla sjukskrivningsprocessen, införde staten för åren 2006–2008 ekonomiska incitament, den s.k. sjukvårdsmiljarden. Utbetalningen av sjukvårdsmiljarden regleras

enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Landstingen får del av sjukvårdsmiljarden i direkt förhållande till hur mycket antalet sjukpenningdagar minskar i respektive län i förhållande till föregående år. Under 2008 förlängdes denna överenskommelse till att även omfatta 2009.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) har fått i uppdrag att utvärdera sjukvårdsmiljarden. IFAU bedömer att sjukvårdsmiljardens konstruktion inte gör det möjligt att utvärdera den på nationell nivå. Emellertid konstaterar IFAU bl.a. att åtgärder för att samordna sjukskrivningsprocessen på ledningsnivå, t.ex. genom sjukskrivningskommittéer, samvarierar med större minskningar i sjukfrånvaron.

Regeringen kan konstatera att införandet av sjukvårdsmiljarden sammanfaller med de senaste årens kraftiga nedgång i sjukfrånvaron. Självklart är det många faktorer som påverkat sjukfrånvarons utveckling, men hälso- och sjukvården är en viktig aktör och de åtgärder som vidtagits med anledning av sjukvårdsmiljarden bör ha bidragit till denna utveckling.

### Rehabiliteringsgarantin

I december 2008 undertecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för åren 2009 och 2010. Utifrån denna överenskommelse får landstingen ersättning per patient och behandling.

Följande utgångspunkter gäller för att landstingen ska få ersättning för medicinsk rehabilitering/behandling från 1 januari 2009.

- De åtgärder som berättigar till ersättning ska vara definierade i Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapporter om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att återfå arbetsförmågan.
- Personer i åldern 16–67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattas.

- Tidsgränserna för medicinsk bedömning och ställningstagande samt att påbörja och genomföra rehabilitering/behandlingar regleras inom ramen för vårdgarantin. Målsättningen är att berörda patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början.

Med medicinsk rehabilitering avses evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär som tillhandahålls på individnivå med evidens för att återfå arbetsförmågan.

Av överenskommelsen framgår att landstingen efter första kvartalet skulle redovisa en bedömning av i vilken omfattning som patienterna i länet kan komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin. Av redovisningen framgår att landstingen kommer att uppnå sådana volymer för de angivna behandlingsmetoderna att de i överenskommelsen avsatta 560 miljoner kronorna för 2009 kommer att förbrukas. En tredjedel av behandlingarna för smärtor i rygg, axlar och nacke beräknas utföras av fristående aktörer, resten av landstingen i egen regi. Totalt beräknar landstingen att under 2009 genomföra cirka 35 000 rehabiliteringsinsatser för de diagnosgrupper som innefattas i rehabiliteringsgarantin. Under 2009 är 40 miljoner kronor avsatta för forskningsprojekt gällande interventionsstudier inom rehabiliteringsområdet.

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Den 18 juni 2008 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2008:87) till samma utredare att lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktions sätt.

Utredningen har i maj 2009 lämnat sitt betänkande Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring (SOU 2009:49). Utredningen föreslår att det genom lagreglering tydliggörs att medicinskt motiverade rehabiliteringsåtgärder ska omfattas av den lagstadgade vårdgaranti, som utredningen tidigare lämnat förslag till (SOU 2008:127).

Detta innebär ett förtydligande att medicinsk rehabilitering utgör en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Utredningen föreslår vidare att regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsen att särskilt uppmärksamma och innefatta rehabiliteringsåtgärder i arbetet med nationella riktlinjer. I det fortsatta arbetet med att utveckla nationella riktlinjer bör hälsoekonomiska konsekvenser av när åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården undersökas. Detta skulle leda till att hälso- och sjukvården successivt får tillgång till ett underlag som kan belysa de samhällsekonomiska konsekvenserna orsakade av olika väntetider till behandling. I syfte att betona vissa åtgärder eller premiera sammantagna resultat för hälsoutvecklingen föreslår utredningen att regeringen även efter 2010 sluter överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting. Utredningen föreslår även en lagreglering som ger Försäkringskassan möjlighet att till annan aktör överlåta den samordningsroll för rehabiliteringsverksamhet som myndigheten har enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Utredningens förslag remissbehandlas för närvarande.

### Företagshälsovård

I juni 2008 undertecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om att stödja en vidareutveckling av företagshälsovården. Överenskommelsen innebär att arbetsgivarna, staten och landstingen ska bidra med i princip lika delar till den långsiktiga finansieringen av en utvecklad företagshälsovård. Vidare ska företagshälsovården medverka till förbättrad koordinering i första hand när det gäller insatser från sjukvård, arbetsplats och Försäkringskassan.

Ambitionen med modellen är att företagshälsovården ska bli en fullvärdig första linjens kontakt med hälso- och sjukvården och att landstingen, staten och arbetsgivarna tillsammans bör stå för kostnaden för denna sjukvård för anställda med godkänd företagshälsovård. Arbetsgivarna kan välja om de vill upphandla företagshälsovård med sjukvård, individen kan välja om de vill anlita företagshälsovårdsenheten för första linjens sjukvård. Varje landsting väljer om de vill ansluta sig till modellen. Hittills har dock inget landsting tecknat något avtal för att ansluta sig till modellen. Anledningen är bl.a. att landstingen avvaktar utvecklingen av de

vårdvalssystem inom primärvården som landstingen har inrättat eller håller på att inrätta.

## 2.5 Försäkringskassan

År 2008 har varit ett tungt år för Försäkringskassan. Samtidigt som stora reformer genomförts inom sjukförsäkrings- och tandvårdsområdena, har en omfattande organisationsförändring genomförts för att möta regeringens krav på effektivitet och rättssäkerhet. Att fullfölja sitt uppdrag med hög kvalitet har varit en utmaning för myndigheten.

Försäkringskassans nya organisation innebär att volymmässigt stora och enklare förmåner, som kräver begränsade kundkontakter handläggs i nationella försäkringscenter, medan mer komplicerade förmåner som kräver mer omfattande kundkontakter handläggs i lokala försäkringscenter. Därutöver finns lokalkontor för ärenden av mer generell karaktär samt gemensamma service- och samverkanskontor med Arbetsförmedlingen och Skatteverket. I den nya organisationen har också Försäkringskassans telefonkundtjänst, Kundcenter och självbetjäningstjänster en central roll.

Regeringen konstaterar att det under 2008 fanns brister i den interna styrningen och kontrollen på Försäkringskassan. Bristerna förelåg både i handläggningen och kontrollverksamheten samt i styrningen av viss IT-utveckling. Exempelvis var handläggningstiderna långa och tillgängligheten bristande. På grund av bl.a. brister i teknikstöd genomfördes inte i önskad utsträckning utbetalningskontroller i syfte att förebygga, förhindra och upptäcka oavsiktliga fel och oegentligheter i utbetalningar.

Myndighetens resultat har under 2008 i flera avseenden kritiserats av såväl de försäkrade som granskande organ, såsom Statskontoret, Justitieombudsmannen (JO) och Riksrevisionen. JO har uppmärksammat problem med långa handläggningstider och svårigheter för de försäkrade att komma i kontakt med myndighetens handläggare. Antalet anmälningar till JO har också ökat kraftigt under året. I ett initiativärende uttalar JO allvarlig kritik mot Försäkringskassan för att ha åsidosatt de förvaltningsrättsliga kraven vid omorganisationen. JO anser att Försäkringskassan underskattat svårigheterna vid genomförandet av omorganisationen.

Statskontoret, som på regeringens uppdrag har följt Försäkringskassan sedan förstatligandet 2005, pekar på problem med förändringsarbetet. Enligt Statskontoret är genomförandet av omorganisationen orsaken till att myndigheten inte kunnat uppnå målen för handläggnings-tiderna under 2008. Statskontoret konstaterar bl.a. att samordningen mellan förändringsarbetet och myndighetens ordinarie verksamhet har brustit. Styrningen av IT-verksamheten har också varit otydlig med höga kostnader och bristande långsiktighet i verksamheten som följd. Statskontoret föreslår även att åtgärder vidtas i syfte att implementera en sammanhållen personalpolitik i hela myndigheten.

Regeringen konstaterar att Försäkringskassans organisationsförändring har varit nödvändig och att grunden nu är lagd för myndighetens fortsatta arbete. Regeringen har haft en nära och frekvent dialog med myndigheten i syfte att säkerställa att åtgärder vidtas för att förbättra myndighetens resultat. Försäkringskassan har på regeringens uppdrag löpande lämnat fördjupade underlag om verksamhetens utveckling. Sedan våren 2009 lämnar Försäkringskassan även varje månad rapporter om utvecklingen av myndighetens ekonomi.

Sedan årsskiftet har Försäkringskassan genomfört ett antal åtgärder för att säkerställa den interna styrningen och kontrollen. Bland annat har ledningsgruppens sammansättning och arbetsformer setts över och förtydligats och en tydlig ordning för kvalitetssäkring av underlag och beslut har upprättats. Ett flertal åtgärder har vidtagits för att förbättra myndighetens styrning gällande IT-utveckling. Exempelvis har en särskild utvecklingsstab inrättats med uppdrag att hålla samman portföljen för IT-utveckling. I syfte att återupprätta den interna kontrollmiljön har en samlad översyn av Försäkringskassans internkontrollstruktur inletts. Målet är att säkerställa effektiva kontroller av handläggningskvalitet och utbetalningar i den nya organisationen och vilka krav på styrning och kontrollmiljö som detta ställer. Ytterligare åtgärder planeras av Försäkringskassan för att möta kommande utmaningar och åstadkomma resultat som lever upp till kraven på en rättssäker socialförsäkringsadministration som är effektiv och håller hög kvalitet.

Under 2008 har Försäkringskassan även vidtagit åtgärder för att på sikt integrera arbetet mot felaktiga utbetalningar i Försäkringskassans ordinarie handläggnings-, kvalitets- och IT-system. Myndighetens samarbete med polis och åklagare har därtill fördjupats vad avser brottsanmälningar och ett utvecklat samarbete kring elektroniskt informationsutbyte med andra myndigheter har enligt Försäkringskassan gett positiva resultat. Enligt Statskontoret kan emellertid en viss avmattning noteras i Försäkringskassans aktiviteter inom kontrollområdet under 2007 och 2008.

Vad beträffar Försäkringskassans krisberedskap kan nämnas att myndigheten i sin senaste åiterrapportering till regeringen (S2008/9507/SF) bedömer att Försäkringskassans krisledningsförmåga och förmåga att motstå störningar i huvudsak är god men att det finns brister att åtgärda, bl.a. avseende IT-systemen.

Utifrån den övergripande målsättningen för arbetet med de mänskliga rättigheterna har Försäkringskassan bedrivit ett arbete för att motverka all form av diskriminering på grund av kön, etnisk bakgrund samt trosuppfattning, ålder, funktionshinder eller sexuell bakgrund. Arbetet sker utifrån en treårig handlingsplan som myndigheten har tagit fram och under 2008 har Försäkringskassan bland annat genomfört en bred satsning på utbildning i mänskliga rättigheter.

Flera av de brister och negativa resultat som myndigheten uppvisade 2008 har hanterats och förbättrats under 2009. Tillgängligheten har ökat och handläggningstiderna har förbättrats för flera förmåner, bl.a. sjukpenning och riktade stöd till personer med funktionsnedsättning. Den positiva utvecklingen av ohälsotalet har fortsatt och de geografiska skillnaderna i sjukfrånvaron har minskat.



## 2.6 Inspektionen för socialförsäkringen

Det är angeläget att rättssäkerheten och effektiviteten i socialförsäkringsadministrationen fortlöpande blir föremål för objektiv granskning. Regeringen aviserade därför i budgetpropositionen för 2007 (prop. 2006/07:01) att man avsåg att se över de organisatoriska formerna för tillsynen av socialförsäkringsadministrationen i syfte att få till stånd en från Försäkringskassan skild funktion för systemtillsyn och effektivitetsgranskning.

Regeringen inrättade den nya myndigheten Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) den 1 juli 2009. Genom inrättandet av ISF finns återigen en självständig tillsynsfunktion inom socialförsäkringsområdet. ISF har till uppgift att utöva systemtillsyn över och utföra effektivitetsgranskning av den verksamhet som bedrivs av Försäkringskassan och till vissa delar av Premiepensionsmyndigheten och Skatteverket. Inspektionen får vidare utöva systemtillsyn över och utföra effektivitetsgranskning av verksamheter och samverkansinsatser som gränsar till socialförsäkringsområdet. ISF ska genom sin verksamhet stärka rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet samt skapa ökad tilltro till socialförsäkringssystemet hos medborgarna.

## 2.7 Revisionens iakttagelser

### 2.7.1 Omställningskrav i sjukförsäkringen

Riksrevisionen har lämnat granskningsrapporten Omställningskrav i sjukförsäkringen – att pröva sjukas förmåga i annat arbete (RiR 2009:1). Granskningen avser det regelverk som gällde före 1 juli 2008. Riksrevisionen menar att Försäkringskassan allt för sent prövar om en försäkrad kan klara annat arbete än sitt tidigare. Detta gäller även de arbetslösa som även enligt den tidigare lagstiftningen skulle prövas mot hela arbetsmarknaden från sjukfallets början. Riksrevisionen hyser viss oro för att Försäkringskassan även med den nya lagstiftningen ska ha svårigheter att klara att göra bedömningarna vid rätt tid. Vidare anser Riksrevisionen att det finns skillnader mellan olika enheter inom Försäkringskassan. Riksrevisionen pekar på risken att

även den nya lagstiftningen inte får fullt genomslag i Försäkringskassans handläggning. Regeringen har därför för avsikt att noggrant följa upp att det nya regelverket efterlevs.

### 2.7.2 Beslut om sjukpenning – Har Försäkringskassan tillräckliga underlag?

Riksrevisionen har lämnat rapporten Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag? (RiR 2009:07). Granskningen avser det regelverk som gällde före 1 juli 2008. I den har Riksrevisionen granskat om Försäkringskassan har tillgång till underlag av tillräcklig kvalitet vid beslut om sjukpenning. Riksrevisionens bedömning är att Försäkringskassan vid beslut om sjukpenning ofta saknar underlag av tillräcklig kvalitet. Alltför många medicinska underlag är bristfälliga. Underlagen saknar obligatoriska uppgifter samtidigt som de uppgifter som finns inte håller tillräcklig kvalitet. Riksrevisionen anser att insatser måste göras för att få fram beslutsunderlag i ett tidigt skede. Dessa insatser kan leda till ökade administrativa kostnader, men det är Riksrevisionens uppfattning att denna kostnad mer än väl motsvarar den besparing som kan göras för sjukförsäkringen som helhet. Regeringen förutsätter att Försäkringskassan vidtar åtgärder för att säkerställa att handläggarna fattar beslut utifrån korrekta underlag. Det är viktigt att Försäkringskassan snabbt får läkarintyg som håller god kvalitet. Mellan Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting pågår ett arbete med att möjliggöra en digitaliserad informationsöverföring av läkarintyg mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Elektroniskt överförbara läkarintyg bör leda till en ökad likformighet och högre kvalitet samtidigt som behovet av kompletteringar minskar.

### 2.7.3 Försäkringskassans årsredovisning 2008

Riksrevisionen har granskat Försäkringskassans årsredovisning avseende räkenskapsåret 2008. Revisionen har avgivit revisionsberättelse utan invändning, men vill fästa uppmärksamhet på de brister som myndigheten redovisat avseende intern styrning och kontroll inom handläggning

och kontrollverksamhet samt inom viss IT-utveckling. Riksrevisionen bedömer att beskrivningen ger en rättvisande bild av de brister som konstaterats och rekommenderar Försäkringskassan att fortsätta utveckla sitt arbete för att säkerställa att förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll följs. Myndigheten bör enligt Riksrevisionen förstärka sin interna styrning och kontroll i fråga om upphandlingar, beslutskvalitet i handläggningen och uppföljning av beslutade kontroller och dessutom säkerställa en bättre process för sitt arbete med årsredovisningen, inklusive kvalitetssäkring av underlag.

Som tidigare nämnts har och planerar Försäkringskassan att genomföra ett antal åtgärder för att säkerställa den interna styrningen och återupprätta den interna kontrollmiljön. Frågorna har även behandlats inom ramen för regeringens årliga mål- och resultatdialog med myndigheten.

#### **2.7.4 Försäkringskassans inköp av IT-lösningar (RiR 2009:2)**

Riksrevisionen har granskat om Försäkringskassans inköp av IT-lösningar har skett enligt gällande rätt och med hög kvalitet. Bedömningen har skett med bestämmelserna i lagen om offentlig upphandling (LOU) och bakomliggande EG-rättsliga regler som grund. Riksrevisionen bedömer att Försäkringskassans inköp av IT-lösningar i flera avseenden inte skett på ett sådant sätt att bestämmelserna i LOU är uppfyllda. Bristerna avser främst låg kvalitet i myndighetens förfrågningsunderlag till leverantörer och i upphandlingsrapporter samt för korta tidsfrister. Dessutom har avrop på ramavtal genomförts när en regelrätt upphandling varit lämpligare. Riksrevisionen konstaterar att en huvudorsak till bristerna är att Försäkringskassan avsatt för lite tid för dessa stora och komplicerade inköp. Riksrevisionen bedömer att förutsättningarna för konkurrens har blivit sämre än vad de hade kunnat vara.

Försäkringskassan förstärker inköpsfunktionen och utvecklar dess uppdrag. Vidare kommer riktlinjer och information gällande offentlig upphandling, inköpsprocessen m.m. att ses över och göras lättillgänglig. Rutiner för hantering och uppföljning tas fram och följs löpande. Frågan har även behandlats inom ramen för den årliga mål- och resultatdialogen med myndigheten.

#### **2.7.5 Svenska trygghetssystem utomlands – Försäkringskassans och CSN:s utbetalningar och fordringshantering (RiR 2008:31)**

Riksrevisionen har granskat Försäkringskassans (och CSN:s) utbetalningar och hantering av fordringar för utlandsbosatta. I fråga om Försäkringskassan har Riksrevisionen funnit felaktigheter i statistiken om antalet utlandsbosatta med ersättning från socialförsäkringen. Vidare har utbetalningarna ofta försenats och myndighetens indrivning av fordringar utomlands visat brister. Riksrevisionen anser att regeringen i högre grad bör uppmärksamma myndigheternas fordringshantering i förhållande till personer som bor utomlands.

I socialförsäkringsutskottets betänkande 2008/09:SfU11 Trygghetssystemen utomlands tillkännager riksdagen för regeringen som sin mening att regeringen dels bör utveckla sin styrning och uppföljning av Försäkringskassans och CSN:s utbetalnings- och fordringsverksamhet utomlands, dels bör se över de regelverk som styr myndigheternas fordringshantering utomlands i syfte att effektivisera verksamheten och göra den mer rättssäker.

Regeringen har givit Försäkringskassan i uppdrag (S2009/101/SF) att redovisa de åtgärder myndigheten avser att vidta med anledning av Riksrevisionens påpekanden. Redovisningen ska lämnas senast den 30 oktober 2009.

### **2.8 Politikens inriktning**

#### **2.8.1 Utgångspunkter och huvudinriktning för regeringens politik**

Sedan slutet av 1990-talskrisen har Sverige präglats av ett omfattande utanförskap från arbetsmarknaden. Arbetslösheten förmåddes inte minska med mindre än att sjukfrånvaron ökade i princip lika mycket. Utanförskapet har därefter hållit sig kring drygt en miljon människor som försörjts med ersättning från trygghetssystemen. När regeringen tillträdde i oktober 2006 uppbar 554 000 personer sjuk- eller aktivitetsersättning. Dessutom hade cirka 80 000 personer varit sjukskrivna i mer än ett år. Sverige var ett av de län-

der som hade högst sjukfrånvaro bland OECD-länderna.

Bakom denna utveckling fanns en sjukförsäkring med svaga drivkrafter för de berörda aktörerna, en otydlig ansvarsfördelning samt en passiv sjukskrivningsprocess där de sjukskrivna inte fick tillräckligt stöd för att komma tillbaka i arbete. Ju längre en person var sjukskriven utan att ges stöd genom aktiva åtgärder desto längre ifrån arbetsmarknaden hamnade personen. Detta resulterade i att människor blev sjukskrivna under alltför långa perioder. Många människor förtidspensionerades även bort från arbetsmarknaden.

Utanförskapet får många negativa konsekvenser för individen. Detta gäller inte minst för unga och för kvinnor, vilka är de grupper som ökat mest bland dem med sjuk- eller aktivitetsersättning. En av regeringens högst prioriterade uppgifter sedan tillträdet har därför varit att minska utanförskapet så att alla som kan ges möjligheter till ett aktivt liv och en väg tillbaka till arbetsgemenskapen.

Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet för den som drabbas av sjukdom eller skada och därför inte kan försörja sig genom eget arbete. Sjukförsäkringen får dock inte vara en parkeringsplats för andra problem. Fokus ska vara på tidiga och aktiva insatser så att den sjukskrivne får ökad möjlighet att komma tillbaka i arbete. Sjukförsäkringen måste därför ge drivkrafter för att ta till vara individens arbetsförmåga, förbättra stödet för individen och erbjuda fler vägar tillbaka till arbete. Detta har varit huvudriktningen för regeringens reformerade sjukförsäkring, som trädde i kraft under 2008.

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder för att åstadkomma tidiga insatser i syfte att motverka långvarig sjukfrånvaro, bl.a.:

- En rehabiliteringskedja med fasta tidsgränser för prövning av arbetsförmågan har införts från och med den 1 juli 2008.
- Tiden under vilken en person kan få sjukpenning har begränsats.
- Sjukersättning kan endast beviljas om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt.
- En rehabiliteringsgaranti har skapats, som innebär förbättrad tillgång till medicinsk rehabilitering.
- Genom en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har det skapats förutsättningar för att stödja de arbetsplatsnära insatserna genom att vidareutveckla företagshälsovården.
- Landstingen har tillförts en miljard kronor årligen för att hälso- och sjukvården ska förbättra arbetet med sjukskrivna (den s.k. sjukvårdsmiljarden).
- Landstingen har även tillförts en miljard kronor per år från och med 2010 för en långsiktig resultatbaserad satsning för att förbättra tillgängligheten i vården (den s.k. kömiljarden).
- Ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för läkare och Försäkringskassan har införts som ger riktlinjer om sjukskrivningstider vid olika diagnoser.
- Förutsättningar har skapats för en omfattande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen till stöd för den försäkrades återgång i arbete (den s.k. handlingsplanssamverkan).

Regeringen har också vidtagit åtgärder för att underlätta återgång i arbete efter långvarig sjukfrånvaro, bl.a.:

- Gjort det möjligt för personer med sjukersättning att pröva sin arbetsförmåga, utan att förlora sin rätt till sjukersättning.
- En försöksverksamhet där privata och sociala företag hjälper långtidssjukskrivna tillbaka i arbete har initierats.
- Vidtagit åtgärder för att minska trösklarna in på arbetsmarknaden för människor med funktionsnedsättning eller långvarig sjukfrånvaro.
- Flera förändringar har gjorts i syfte att stimulera arbetsgivare att anställa människor som varit långtidssjukskrivna.

## 2.8.2 Den fortsatta strategin

Regeringen kan konstatera att sjukfrånvaron minskar och att fler människor får hjälp att komma tillbaka till arbete. Antalet som varit sjukskrivna i mer än ett år har minskat från 80 000 till 45 000 personer. Antalet med sjuk- eller aktivitetsersättning har minskat från 554 000 till 510 000 personer. Antalet påbörjade sjukfall minskar och sjukskrivningstiderna blir allt kortare. Enligt regeringens bedömning är det angeläget att noga följa utvecklingen för att säkerställa att regeringens avsikter med reformerna får genomslag, vidareutveckla hittills vidtagna åtgärder samt att vidta vissa ytterligare åtgärder.

För att säkerställa att regeringens reformer genomförs på ett bra sätt och får avsedd effekt är det angeläget att reformerna följs upp och utvärderas. Regeringen har redan initierat ett flertal uppföljningar av de olika åtgärderna i reformpaketet. Regeringen har gett Socialstyrelsen respektive Karolinska Institutet i uppdrag att följa upp och utvärdera rehabiliteringsgarantin. Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att följa upp sjukfrånvarons utveckling mot bakgrund av rehabiliteringskedjan och reglerna som gör det möjligt för personer med sjukersättning att arbeta utan att förlora sin rätt till sjukersättning. Regeringen bedömer dock att det kan behövas ytterligare insatser för att följa upp och utvärdera det reformerade regelverket och avser att i så fall återkomma med sådana uppdrag till berörda myndigheter.

Regeringen bedömer att Försäkringskassans arbete med att uppnå en mer försäkringsmässig tillämpning av sjuförsäkringen samt myndighetens utbildningsinsatser har bidragit till den minskade sjukfrånvaron. Det är enligt regeringens uppfattning angeläget att detta arbete fortsätter. Därigenom ökar förutsättningarna för att sjukfrånvaron kan hållas på en inte bara låg utan även stabil nivå.

### Vidareutveckla hittills vidtagna åtgärder

De insatser som regeringen har vidtagit handlar om att skapa en aktivare sjukförsäkring med tidiga insatser som ökar möjligheterna att återgå i arbete, men också att i detta sammanhang utveckla och samordna de insatser som stöttar denna inriktning. Ett centralt område har varit

att förstärka hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivningsprocessen samt för sjukskrivna genom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, rehabiliteringsgarantin, sjukvårdsmiljarden och kömiljarden. Ett annat område har varit att ytterligare stödja de arbetsplatsnära insatserna genom en vidareutvecklad företagshälsovård. Ytterligare ett område har varit att förbättra de arbetsmarknadspolitiska insatserna så att sjukskrivna ges bättre möjligheter att komma tillbaka till arbetsmarknaden. Regeringen bedömer att det har skett förbättringar inom dessa områden, men att det samtidigt finns anledning att vidareutveckla hittills vidtagna åtgärder.

### *Rehabiliteringsgarantin*

Utredningen om patientens rätt har haft i uppdrag att lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt samt se över regleringen av det statliga ekonomiska stödet för rehabiliteringsgarantin. Utredningen lämnade sitt betänkande (SOU 2009:49) i maj 2009. Betänkandet remissbehandlas för närvarande. En ny överenskommelse och eventuell lagstiftning kommer att utarbetas under 2010.

### *Sjukvårdsmiljarden*

Staten har under åren 2006–2009 genom den s.k. sjukvårdsmiljarden stimulerat landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och utveckla sjukskrivningsprocessen. Utbetalningen av sjukvårdsmiljarden regleras enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringen anser att erfarenheterna från sjukvårdsmiljarden har varit positiva och avser att fortsätta arbetet med att ytterligare effektivisera sjukskrivningsprocessen för att upprätthålla de goda resultat som hittills uppnåtts. Självklart är det många komponenter som påverkar sjukfrånvarons utveckling, men hälso- och sjukvården är en viktig aktör. Mot den bakgrunden är det regeringens målsättning att under 2009 sluta en ny överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

### *Företagshälsovården*

Företagshälsovården har genom sin arbetsplatsnära verksamhet särskilda förutsättningar och en väsentlig potential att kunna bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro, särskilt i de tidiga faserna av sjukskrivningsprocessen. Villkoren för vidare-

utvecklingen av företagshälsovården framgår av en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen innefattar viss medverkan från landstingens sida i de delar som tangerar primärvårdens uppgifter. I den delen har den avsedda vidareutvecklingen inte skett i den takt som regeringen inledningsvis hoppades. Det sammanhänger i första hand med att landstingen koncentrerat sina ansträngningar på att klara den förändring av vårdvalssystemet som samtidigt genomförs. Regeringen överväger nu vidare åtgärder för en vidareutvecklad företagshälsovård.

Regeringen har stärkt företagshälsovårdsutbildningen för perioden 2009 – 2011 genom inrättandet av Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård (dir. 2009:18). Delegationen har i uppgift att upphandla och samordna långa utbildningar i företagshälsovård. Delegationen ska även stödja utvecklingen inom området företagshälsovård och verka för ökad forskning inom området. Delegationens uppgift är ett led i arbetet att ge universitet och högskolor möjlighet att utveckla företagshälsovårdsutbildningar om minst ett år på avancerad nivå. Högskoleverket har rapporterat de ekonomiska förutsättningarna för att utbildningarna ska ges som högskoleutbildningar. Regeringen avser att bereda frågan vidare. Regeringen har även i propositionen 2008/09:50 Ett lyft för forskning och innovation framhållit att Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) ska överväga ett tvärvetenskapligt forskningsprogram på det multidisciplinära kunskapsområdet företagshälsovård som bl.a. ska belysa dess roll i arbetet med att minska sjukfrånvaron och stödja återgång i arbetet. Även detta arbete pågår och beräknas medföra önskade förbättringar under de närmaste åren.

#### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*

Ett bra samarbete mellan myndigheterna är en viktig del i regeringens arbete med att minska utanförskapet. Därför bedrivs en omfattande samverkan mellan berörda myndigheter för att underlätta och skapa förutsättningar för individer att återfå arbetsförmågan och snabbt återgå i arbete. Under 2009 beräknas cirka 46 000 individer omfattas av rehabiliteringsåtgärder finansierade via de medel på sjukpenninganslaget som får användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

En väl fungerande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är viktig för att ge stöd åt sjukskrivna som behöver byta arbete eller behöver arbetsmarknadsåtgärder för att kunna återgå i arbete. Finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är angelägen för att utveckla och förstärka behandling och rehabilitering, som ett komplement till åtgärderna inom ramen för sjukvårdsmiljarden och rehabiliteringsgarantin.

Sedan den 1 januari 2004 är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting att genom samordningsförbund bedriva finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Denna form av finansiell samordning är viktig för människor som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Denna målgrupp framgår av Finsam-lagen och enligt regeringens bedömning är det inte nödvändigt att ytterligare avgränsa målgruppen. Däremot anser regeringen att den finansiella samordningen behöver bli mer flexibel och avser att återkomma med förslag som gör det möjligt att bilda samordningsförbund över länsgränserna i syfte att möjliggöra anpassningar till de naturliga geografiska samverkansområdena.

#### **Förstärka insatser till personer som lämnar sjukförsäkringen**

I juli 2008 trädde den nya sjukförsäkringsreformen i kraft vilket har inneburit att sjukskrivningsprocessen blivit mer aktiv. En viktig del av reformen var att bryta de tidigare mycket långa och passiva sjukskrivningarna som ofta ledde till permanent utanförskap. Reformen innebar bl.a. att den tid under vilken en person kan få sjukpenning begränsades till 2,5 år. Från och med den 1 juli 2008 gäller också att sjukersättning endast kan komma i fråga om den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt. Den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades därmed. Övergångsbestämmelser gäller för personer som den 1 juli 2008 uppbar tidsbegränsad sjukersättning vilket innebär att tidsbegränsad sjukersättning kommer att avslutas successivt under 2010 – 2012.

Regeringen anser att personer som har haft sjukpenning och förlängd sjukpenning i sammanlagt 2,5 år i första hand behöver ett intensifierat stöd från Arbetsförmedlingen för att komma tillbaka i arbetslivet. Detta stöd måste

vara anpassat till individernas förmåga, samtidigt som fokus måste ligga på att hjälpa individerna vidare till arbete i någon form. Individanpassade stödinsatser är särskilt viktiga för personer som har mycket långa sjukskrivningar som påbörjades före rehabiliteringskedjans ikraftträdande. Dessa personer uppbär i dag förlängd sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning med stöd av övergångsbestämmelser. En förutsättning för att rehabiliteringen hos Arbetsförmedlingen ska bli lyckad är att personerna känner sig trygga med sin försörjning. Stödet från Arbetsförmedlingen måste därför kompletteras med nedanstående förändringar i arbetslöshetsförsäkringen för att så många personer som möjligt ska kunna uppbära inkomstrelaterad ersättning under tiden de deltar i åtgärder eller är inskrivna som arbetsökande vid Arbetsförmedlingen.

Under 2010 väntas cirka 54 000 personer lämna sjukförsäkringen till följd av att dagarna med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning tar slut. Nedan presenteras regeringens åtgärds paket för att säkra en bra övergång till Arbetsförmedlingen och för att ge stöd och hjälp att återgå till arbete efter långtidssjukfrånvaro. Samtliga åtgärder träder i kraft senast den 1 januari 2010. Förändringarna kommer att medföra ökade utgifter på flera av anslagen under utgiftsområde 14. Dessa redovisas i avsnitt 3.6.2, utgiftsområde 14.

#### *Introduktion vid Arbetsförmedlingen*

Det är viktigt att skapa ett effektivt mottagande och rätt former av stöd vid Arbetsförmedlingen för de personer vars dagar med sjukpenning eller sjukersättning har tagit slut. Regeringen avser därför att den 1 januari 2010 införa ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet syftar till att kartlägga individens förutsättningar och behov av stöd och ska som längst pågå i tre månader. Målgruppen för introduktionsprogrammet är de personer vars dagar med sjukpenning eller sjukersättning har tagit slut och som på grund av att de antingen saknar ett arbete eller inte kan återgå till sitt tidigare arbete och har skrivit in sig vid Arbetsförmedlingen. Introduktionsprogrammet, där en individuell handlingsplan ska tas fram, kommer att innebära en koncentrerad utredning och kartläggning där Arbetsförmedlingens olika tjänster och metoder erbjuds. Efter avslutad introduktion ska personen hänvisas till Arbetsförmedlingens ordinarie insatser. Regeringen

avser att göra det möjligt att direkt efter avslutad introduktion erbjudas plats i jobb- och utvecklingsgarantin alternativt i jobbgarantin för ungdomar. Införandet av introduktionsprogrammet förutsätter en hög grad av samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i samband med att de personer vars dagar med sjukpenning eller sjukersättning tar slut övergår till stöd i Arbetsförmedlingens regi. Regeringen avser därför att under hösten 2009 ge de båda myndigheterna i uppdrag att förbereda införandet av introduktionsprogrammet.

#### *Ersättning för personer som förbrukat maximalt antal dagar med sjukpenning/tidsbegränsad sjukersättning*

Under den tid som en person deltar i introduktionsprogrammet och andra arbetsmarknadspolitiska program utbetalas aktivitetsstöd. Personer som har varit medlemmar i en arbetslöshetskassa under 12 månader kan få inkomstrelaterat aktivitetsstöd. Ett antal personer har lämnat arbetslöshetskassorna efter det att de blev långtidssjukskrivna. När de avslutade sitt medlemskap i arbetslöshetskassan hade de inte kännedom om förändringarna i sjukförsäkringen. Regeringen anser därför att de personer som avslutat sitt medlemskap under perioden 1 januari 2007 – 30 september 2009 och därefter på nytt blir medlemmar i en arbetslöshetskassa under perioden 1 oktober 2009 – 31 december 2010 bör ges möjlighet att uppfylla ett medlemsvillkor, och därmed få möjlighet att erhålla inkomstrelaterad ersättning, efter tre i stället för 12 månader. Dessutom bör den överhoppningsbara tiden vid styrkt sjukdom, under perioden 1 januari 2010 – 31 januari 2013, förlängas till högst tio år för att även personer som har varit långvarigt sjukfrånvarande ska kunna få arbetslöshetsersättning. Regeringen avser även att utöka möjligheten för personer som är tjänstlediga, vars dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning har tagit slut, att få aktivitetsstöd med samma belopp som skulle ha lämnats som arbetslöshetsersättning. Med dessa ändringar kommer flertalet av de personer som lämnar sjukförsäkringen att kunna få rätt till inkomstrelaterad ersättning i samband med deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program eller eget arbetssökande. De personer som inte var medlemmar i någon arbetslöshetskassa vid sjukfallets början kan få aktivitetsstöd med grundbeloppet.

*Fortsatt sjukpenning i vissa fall*

Regeringens bedömning är att det i ett fåtal fall inte är möjligt för en försäkrad att delta i verksamhet vid Arbetsförmedlingen. Detta kan t.ex. gälla om personen vårdas ineliggande på sjukhus eller på annat sätt får omfattande vård i hemmet eller via sjukvården. Regeringen anser att i sådana fall ska förlängd sjukpenning kunna betalas ut utöver de tidsramar som nu gäller. Detta bör även vara möjligt för den som inte kan få ytterligare tid med tidsbegränsad sjukersättning och som vårdas ineliggande på sjukhus eller motsvarande. För att möjliggöra detta ska en person med sjukersättning eller aktivitetsersättning kunna återfå sin tidigare sjukpenninggrundande inkomst i samband med att ersättningen upphör.

*Arbetsförmågebedömning för sjukskrivna i arbetsmarknadspolitiska program*

Deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program kan i dag vara frånvarande på grund av sjukdom och samtidigt uppbära aktivitetsstöd. Detta innebär att även deltagare som på grund även längre tids sjukdom inte haft förmågan att delta i någon verksamhet hos Arbetsförmedlingen uppbär aktivitetsstöd i stället för sjukpenning eller sjukersättning. Från ett legitimitets- och försäkringsmässigt perspektiv är det viktigt att personer omfattas av rätt ersättningsystem. Regeringen avser därför att ändra dagens regelverk så att deltagare i arbetsmarknadspolitiska program skrivs ut ur programmet efter en månads sjukfrånvaro. De personer som på grund av sjukdom skrivs ut ur introduktionsprogrammet, jobb- och utvecklingsgarantin eller jobbgarantin för ungdomar ska dock ha möjlighet att inom 12 månader återinträda i samma program när han eller hon tillfrisknat. Regeringen avser att under hösten 2009 uppdraga åt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att utarbeta och etablera samverkansrutiner kring hanteringen av sjukfrånvaro i arbetsmarknadspolitiska program.

Regeringen anser vidare att det bör förtydligas i lagstiftningen hur arbetsförmågan ska bedömas för försäkrad som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Bedömningen bör utgå från deltagarens förmåga och möjlighet att genomföra ett arbetsmarknadspolitiskt program. Vid prövning av arbetsförmågan för rätt till sjukpenning bör dock bedömningen inte begränsas till den aktuella åtgärden.

**Trygghetssystemen för företagare**

Utredningen Trygghetssystemen för företagare (SOU 2008:89) har haft i uppdrag att se över företagarnas försäkringsvillkor i trygghetssystemen och lämna förslag på tydligare och bättre regler. En viktig utgångspunkt har varit att det ska skapas en ökad balans i villkoren för och behandlingen av företagare och anställda i trygghetssystemen. Utredningens betänkande har remitterats. Regeringen har för avsikt att föreslå ett antal åtgärder som ska ge större tydlighet, förutsägbarhet och valfrihet för företagarna på socialförsäkringens område. Ett förslag utöver de som redovisas nedan finns i avsnitt 3.8 under utgiftsområde 12, *Ekonomisk trygghet för familjer och barn*.

Regeringen avser att återkomma till riksdagen med dessa förslag under våren 2010 och de bör träda i kraft senast den 1 juli 2010.

*Borttagande av den särskilda begränsningsregeln för egenföretagare*

Med nuvarande regler finns det utöver den generella begränsningen om 7,5 prisbasbelopp för egenföretagare med inkomst av annat förvärvsarbete ytterligare en begränsningsregel. Enligt 3 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring får nämligen ”inkomst av arbete för egen räkning ej beräknas högre än som motsvarar skälig avlöning för liknande arbete för annans räkning”, den s.k. jämförelseinkomsten. Regeringen har av rättviseskäl för avsikt att föreslå att denna begränsningsregel avskaffas.

*Egenföretagare ges möjlighet att välja längre karenstid*

I dag kan en företagare med inkomst av annat förvärvsarbete till Försäkringskassan anmäla att i stället för en dags karenstid ha en karenstid på tre eller 30 dagar. För att öka valfriheten för företagare har regeringen för avsikt att föreslå att företagare med inkomst av annat förvärvsarbete ges möjlighet att välja 14, 30, 60 eller 90 dagars karenstid. Vidare har regeringen för avsikt att föreslå att karenstiden ändras till de första sju dagarna i en sjukperiod för företagare med inkomst av annat förvärvsarbete.

*Generellt uppbyggnadsskede på två år*

Den som i dag startar ett företag, såsom enskild firma, kan under ett uppbyggnadsskede ha rätt till en sjukpenninggrundande inkomst motsva-

rande vad en anställd skulle få (skälig avlöning för liknande arbete). Längden på uppbyggnadsskedet varierar i dag beroende på förhållandena i det enskilda fallet. Regeringen har för avsikt att föreslå att reglerna om uppbyggnadsskede görs generella på så sätt att alla försäkrade med inkomst av annat förvärvsarbete under de två första åren omfattas av reglerna om uppbyggnadsskede. Efter dessa två år kan sedan en individuell bedömning göras även fortsättningsvis. Förslaget innebär större tydlighet, förutsägbarhet och social trygghet vid nystart av företag.

#### *Generellt högkostnadsskydd avseende sjuklönekostnader för arbetsgivare*

Regeringen har för avsikt att föreslå att ett generellt högkostnadsskydd som omfattar alla arbetsgivare införs. Det generella högkostnadsskyddet ger arbetsgivarna möjlighet att av Försäkringskassan få ersättning för sjuklönekostnader som överstiger två och en halv gånger den genomsnittliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare, med hänsyn taget till antalet anställda. Det generella högkostnadsskyddet syftar till att särskilt de små företagen ska våga anställa fler personer.

#### **Parlamentarisk utredning**

En parlamentarisk utredning tillsätts för att formulera principer för ett sammanhållet, balanserat och hållbart socialförsäkringssystem. Utredningen ska ha som utgångspunkt att socialförsäkringssystemet ska ge en god ekonomisk trygghet och samtidigt utformas så att det understödjer arbetslinjen. Utredningen ska eftersträva ett brett samarbete med myndigheter och organisationer.

#### **Övriga åtgärder**

##### *Kvinnors ohälsa*

Under 2008 var sjukfrånvaron bland kvinnor nästan dubbelt så hög som bland män. Kvinnor beviljas dessutom sjuk- och aktivitetsersättning i högre grad än män. När det gäller könsskillnader i sjukfrånvaro saknas emellertid kunskap om varför kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män och vad man kan göra åt dessa skillnader. Regeringen har därför beviljat Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU)

respektive Karolinska Institutet medel för forskningsprojekt om kvinnors ohälsa och sjukfrånvaro. Regeringen har dessutom satsat 25 miljoner kronor på rehabiliteringsåtgärder för kvinnor inom ramen för samordningsförbundens verksamhet. Regeringen bedömer att dessa projekt kommer att bidra till att belysa de grundläggande orsakerna till kvinnors ohälsa samt utgöra grunden för att kunna vidta ytterligare åtgärder för att minska kvinnors sjukfrånvaro.

##### *Åldersgräns för rätt till bidrag till arbetshjälpmedel*

Bidrag till arbetshjälpmedel kan lämnas som ett led i rehabiliteringen till en person som förvärvsarbetar.<sup>1</sup> I de fall en person arbetar efter 65 år lämnas inget sådant bidrag. En person har emellertid, enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd, rätt att kvarstå i anställning fram till 67 års ålder. Konsekvensen kan därmed bli att en person som har behov av arbetshjälpmedel inte kan förvärvsarbeta efter 64 års ålder. Regeringen arbetar aktivt med att främja arbetslinjen och avser därför att höja åldersgränsen för rätt till bidrag till arbetshjälpmedel.

##### *Reseersättning*

Ersättning för resekostnader utbetalas i vissa situationer av Försäkringskassan.<sup>2</sup> Exempel på sådana situationer är om en försäkrad på grund av sjukdom eller skada inte kan resa till arbetet på vanligt sätt och annars skulle ha rätt till sjukpenning eller om en försäkrad deltar i arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Kostnader för resa med egen bil ersätts om det med hänsyn till tidsvinst eller andra skäl är motiverat med högst 110 öre per kilometer. Regeringen avser emellertid att höja högsta beloppet från 110 öre till 185 öre per kilometer. Förslaget innebär en anpassning till milersättningen när egen bil används av den som anvisats till ett arbetsmarknadspolitiskt program.

##### *Åtgärder för unga med aktivitetsersättning*

Utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen har i sitt slutbetänkande Brist på brådska (SOU 2008:102) framfört att unga med aktivi-

<sup>1</sup> Förordning (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

<sup>2</sup> Enligt förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.



tetsersättning har stort behov av stöd för att kunna lämna ersättningen och övergå till arbetsmarknaden. Utredningen har vidare föreslagit att aktivitetsersättning för förlängd studiegång avskaffas och att de ungdomar som på grund av en funktionsnedsättning behöver förlängd tid för grundläggande studier i stället ska kunna få ersättning från studiestödssystemet. Regeringen bereder för närvarande frågan.

#### *Nordiskt samarbete*

Samarbetet inom Norden och i närområdet är prioriterat av regeringen liksom ambitionen att stärka samarbetet i Östersjöregionen. Ett starkare och mer fokuserat samarbete stärker Nordens och Östersjöregionens möjligheter i en globaliserad värld.

Ökad mobilitet i Norden är ett genomgående tema i det nordiska samarbetet. Medborgarnas krav på att kunna flytta, studera och arbeta med god social trygghet och tillgång till bland annat de sociala trygghetssystemen, har ökat. Det är mycket positivt för Norden att rörligheten har ökat. Detta ställer samtidigt stora krav på att de nordiska länderna gemensamt fortsatt arbetar aktivt för att lösa gränsöverskridande problem och vidtar åtgärder för att undvika nya gränshinder med hänsyn tagen till de regler som gäller inom det europeiska samarbetet.

#### **Höjd bostadskostnadsgräns och höjd ersättningsgrad för bostadskostnaderna för bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning**

**Regeringens förslag:** Gränsen för högsta bostadskostnad för bostadstillägg ska höjas från 4 500 kronor till 5 000 kronor för en försäkrad som inte har fyllt 65 år och är ogift och från 2 250 kronor till 2 500 kronor om den försäkrade är gift. Bostadstillägget ska utges med 93 procent av bostadskostnaden.

Gränsen för den skäliga bostadskostnaden vid beräkning av särskilt bostadstillägg ska höjas från 5 700 kronor till 6 200 kronor för den försäkrad som inte har fyllt 65 år och är ogift och från 2 850 kronor till 3 100 kronor om en försäkrade är gift.

Ändringarna ska träda i kraft 1 januari 2010.

**Skälen för regeringens förslag:** För personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, utbetalas bostadstillägg med 91 procent av bostadskostnaderna upp till 4 500 kronor för den som är ogift och 2 250 kronor för den som är gift. Regeringen kan konstatera att bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning finns det grupper med mycket små marginaler på grund av höga bostadskostnader. Ett exempel på en sådan grupp är försäkrade med så svåra funktionsnedsättningar från barndomen att det inte har varit möjligt för dem att träda in på arbetsmarknaden, vilket flera utredningar lyfter fram.

Sjuk- och aktivitetsersättning skrivs årligen om med basbeloppets förändring, vilket innebär att ersättningarna beräknas minska 2010. Denna sänkning drabbar dem med de minsta marginalerna, framför allt personer med omfattande funktionsnedsättningar. Regeringen föreslår därför att bostadstillägget ska höjas för personer som inte har fyllt 65 år. Förslaget innebär en förbättring med 555 kronor per månad för de personer som har de lägsta sjuk- och aktivitetsersättningarna och högsta boendekostnaderna. Den ekonomiska situationen förbättras i någon omfattning för drygt 131 000 personer.

Förslaget innebär att gränsen för högsta bostadskostnad för bostadstillägg ska höjas till 5 000 kronor för den som är ogift och till 2 500 kronor för den som är gift. Bostadstillägget ska utges med 93 procent av bostadskostnaden.

Motsvarande höjning föreslås vad gäller det särskilda bostadstillägget. Detta innebär att gränsen för den skäliga bostadskostnaden vid beräkning av särskilt bostadstillägg ska höjas från 5 700 kronor till 6 200 kronor för den som är ogift och från 2 850 kronor till 3 100 kronor om den försäkrade är gift. Ändringarna ska träda i kraft 1 januari 2010.

Förslagen till författningsändringar lämnas under utgiftsområde 11.

### 2.8.3 Försäkringskassan och Inspektionen för Socialförsäkringen

Regeringen anser att det är ytterst angeläget att välfärdsystemen är långsiktigt hållbara och rättssäkra och att medborgarna får god service. För att åstadkomma en socialförsäkringsadministration med hög legitimitet är det viktigt att rätt person får rätt ersättning i tid. Detta kräver en väl fungerande kontrollverksamhet och en effektiv handläggning på Försäkringskassan.

Regeringen anser att den omfattande organisationsförändring som genomfördes inom Försäkringskassan under 2008 har varit nödvändig och att grunden nu är lagd för att myndigheten ska kunna åstadkomma resultat som lever upp till kraven på en socialförsäkringsadministration som är rättssäker, effektiv och håller hög kvalitet.

Omorganisationen innebar en stor ansträngning för myndighetens medarbetare och en påfrestning för medborgarna. För Försäkringskassan återstår det en hel del arbete för att den nya organisationens fulla potential ska kunna tas till vara. Ett viktigt arbete är enligt regeringens mening att åtgärda de brister som har förelegat, och till viss del ännu föreligger bl.a. gällande efterlevnaden av förordningen om intern styrning och kontroll. Här ingår bland annat att förbättra styrning och planeringen av myndighetens IT-utveckling. Regeringen är angelägen om att arbetet mot felaktiga utbetalningar fortskrider och att myndigheten håller en hög ambitionsnivå i detta arbete. En rad generella åtgärder som syftar till att förebygga felaktiga utbetalningar från trygghetssystemen så som bl.a. utredning om inhämtande av månatliga inkomstuppgifter redovisas i Förslag till statsbudget, finansplan m.m. avsnitt 12.4 Arbetet mot felaktiga utbetalningar inom välfärdsystemen.

Den 1 juli 2009 bildades Inspektionen för socialförsäkringen som genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning ska stärka rättsäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet och skapa ökad tilltro hos medborgarna. Myndigheten bidrar till en förbättrad granskning av socialförsäkringsområdet.

Ett annat viktigt arbete för Försäkringskassan är att fullfölja regeringens reformer vilket ställer stora krav på myndigheten. Därtill kommer att delar av Försäkringskassans verksamhet flyttas över till den nya Pensionsmyndigheten som bildas den 1 januari 2010. Det är av största vikt att samarbetet mellan de båda myndigheterna fungerar väl då verksamheterna i flera delar kommer att vara nära sammankopplade. Försäkringskassan kommer t.ex. att tillhandahålla tjänster till Pensionsmyndigheten.

För att skapa förutsättningar för långsiktighet i myndighetens planering tillförs Försäkringskassan på tilläggsbudget 350 miljoner kronor för 2009 samtidigt som anslagsnivån höjs med 600 miljoner kronor från och med 2010. Genom detta skapas förutsättningar för Försäkringskassan att inom givna ekonomiska ramar åstadkomma resultat som lever upp till kraven på god service till medborgaren samt en rättssäker och effektiv verksamhet som håller hög kvalitet.

## 2.9 Budgetförslag

### 2.9.1 1.1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

**Tabell 2.5 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor				
2008	Utfall	26 610 938	Anslags-sparande	3 121 018
2009	Anslag	26 024 405 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	23 232 197
2010	Förslag	21 601 948 <sup>2</sup>		
2011	Beräknat	21 993 448		
2012	Beräknat	22 171 367		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 1 499 167 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2010 varav -197 939 tkr avser regleringsbelopp för 2007.

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

### Regeringens överväganden

De prognoser som ligger till grund för regeringens bedömning för 2010 och tiden därefter är osäkra. Arbetet med att minska ohälsan och därmed kostnaderna för sjukfrånvaron fortsätter.

#### *Sjukpenning*

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

Den förbrukning av medel som skett t.o.m. augusti 2009 ger en prognos för utgiften för sjukpenning som visar att tilldelade medel kommer att underskridas 2009.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till 32,5 miljoner nettodagar under 2010 och medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2010 beräknats till 503 kronor per dag.

Eftersom förlängd sjukpenning endast utges maximalt 550 dagar beräknas sammantaget cirka 22 000 personer med sådan ersättning att lämna sjukförsäkringen 2010 till följd av att deras ersättningsdagar tar slut. Under 2011 och 2012 beräknas cirka 7 000 personer respektive år att lämna sjukförsäkringen av samma anledning. Detta medför att kostnaderna inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas minska drygt 2 100 miljoner kronor jämfört med om dagbegränsningen inte funnits. Motsvarande kostnadsminskningar för åren 2011 och 2012 beräknas till 1 900 respektive 1 800 miljoner kronor. Ett visst återflöde till sjukpenning samt de aviserade förändringarna att sjukfrånvarande i arbetsmarknadspolitiska program vid längre sjukdom ska skrivas ut från programmen bedöms innebära ökade kostnader på sjukpenningens anslag om cirka 700, 900 respektive 1 000 miljoner kronor åren 2010–2012. Till följd av de förändringar i form av ett högkostnadsskydd m.m. som regeringen har för avsikt att föreslå vad gäller trygghetssystemen för företagare beräknas utgifterna på anslaget öka med cirka 400 miljoner kronor 2010–2012. Regeringen har i sin prognos över den totala utgiftsnivån tagit hänsyn till användandet av s.k. försäkringsmedicinskt beslutsstöd samt förkortade sjukfallslängder till följd av rehabiliteringskedjan. Effekterna av dessa förändringar i termer av minskade utgifter har emellertid inte inkluderats under beslut utan ligger i volymkomponenten i tabell 2.7.

För 2010 beräknas kostnaderna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 18 839 miljoner kronor, för 2011 till 19 192 miljoner kronor och för 2012 till 19 326 miljoner kronor.

#### *Samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*

Fem procent av anslaget för sjukpenning får användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Dessa medel är statens resurser för såväl Försäkringskassans som Arbetsförmedlingens kostnader för samverkan och finansiell samordning. Under 2008

användes totalt 1 193 miljoner kronor för dessa ändamål, vilket var alla de tillgängliga medlen. För 2008 har mer än hälften av förbrukade medel använts för samverkan enligt nationella handlingsplanen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Verksamheten omfattade under 2008 cirka 680 miljoner kronor, varav Arbetsförmedlingens kostnader var 438 miljoner kronor och Försäkringskassans 242 miljoner kronor. Cirka 290 miljoner kronor har använts för pilotverksamheten med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna (Pila-projektet), övrig samverkan enligt proposition 1996/97:63, finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården samt alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Slutligen har cirka 223 miljoner kronor använts för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Under 2009 beräknas de totala kostnaderna uppgå till cirka 1 030 miljoner kronor, vilket innebär att de tillgängliga medlen kommer att förbrukas i sin helhet. 650 miljoner kronor beräknas användas för samverkan enligt den nationella handlingsplanen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser beräknas uppgå till cirka 250 miljoner kronor och för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården beräknas cirka 60 miljoner kronor användas. Cirka 70 miljoner kronor beräknas användas till försöksverksamheten mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att bedriva alternativa insatser för långtidssjukskrivna, insatser för att öka kunskapen om de sociala företagens potential när det gäller rehabilitering och sysselsättning samt till centrala insatser inom Försäkringskassan.

Regeringen gör bedömningen att samverkan inom ramen för handlingsplanssamverkan är viktig. Regeringen ser därför över frågan och avser att återkomma avseende medlens storlek och fördelning i Försäkringskassans regleringsbrev för 2010. Samverkansmedlen kommer enligt regeringens bedömning att förbrukas i sin helhet. Det är därför nödvändigt att ange en prioriteringsordning för vad dessa medel får finansiera.

Med anledning av de reformer som genomförts av sjukförsäkringen anser regeringen att samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård bör prioriteras. Vidare ska Försäkringskassan också avsätta medel för försöksverksamheten med alternativa insatser för långtidssjukskrivna och samverkan enligt lagen om finansiell samordning. Regeringen kommer att pröva huruvida medlen på sikt ska utgöra en del av myndighetens ordinarie verksamhet.

#### *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. Kostnaderna för rehabiliteringspenning har minskat under 2008 och beräknas minska ytterligare under 2009. För 2008 uppgick kostnaderna för rehabiliteringspenning till 1 213 miljoner kronor. För 2009 beräknas kostnaderna uppgå till 1 081 miljoner kronor. Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till 1,9 miljoner nettodagar under 2010 och medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2010 beräknats till 463 kronor per dag. För 2010 beräknas kostnaderna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 965 miljoner kronor, för 2011 till 920 miljoner kronor och för 2012 till 964 miljoner kronor.

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

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

Förbrukningen av medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster har minskat under senare år. 2008 tilldelades 735,5 miljoner kronor varav 681 miljoner förbrukades. Försäkringskassan har främst använt medlen för att köpa de utredningar som behövs för att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning respektive behovet av rehabilitering. Under 2008 köptes försäkringsmedicinska utredningar för 530 miljoner kronor. I övrigt användes medlen för bl.a. köp av arbetstekniska hjälpmedel, uppgifter för läkarutlåtanden samt bidrag för resor.

För 2009 tilldelades 435,5 miljoner kronor och dessa beräknas användas i sin helhet. Under 2010 görs ytterligare satsningar på rehabiliteringsgarantin som delvis finansieras genom en omfördelning av medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m. För 2010 flyttas 300 miljoner kronor till företagshälsovården och rehabiliteringsgarantin. För 2010 tilldelas 148 miljoner kronor. Dessa medel bör användas för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar, särskilt bidrag samt resor till och från arbete. Dessutom bör medlen användas för att köpa försäkringsmedicinska och arbetslivsinriktade utredningar.

### *Företagshälsovård och rehabiliteringsgaranti*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har under 2008 undertecknat en överenskommelse om en medicinsk rehabiliteringsgaranti. En uppföljning efter det första kvartalet visar att de medel som avsatts för ändamålet kommer att förbrukas.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har under 2008 även undertecknat en överenskommelse om en vidareutvecklad företagshälsovård. Vidareutvecklingen har dock inte skett i den takt som regeringen inledningsvis hoppades. Regeringen överväger därför nu vilka justeringar som bör vidtas för att vidareutveckla företagshälsovården.

För 2010 har regeringen avsatt i storleksordningen 600 miljoner kronor till företagshälsovårdsutveckling och i storleksordningen 1 miljard kronor till rehabiliteringsgarantin.

### **Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

För företagshälsovårdsutbildning har det avsatts 34 miljoner kronor för åren 2010 och 2011. Även för 2012 bör en ram om 30 miljoner kronor för företagshälsovårdsutbildning fastställas inom anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.*

Regeringen föreslår därför att riksdagen bemyndigar regeringen att ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor efter 2010.

**Tabell 2.6 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

*Tusental kronor*

	Utfall 2008	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012–
Ingående åtaganden		18 000	7 500	10 000	
Nya åtaganden		7 500	10 000	0	
Infriade åtaganden		18 000	7 500	10 000	
Utestående åtaganden		7 500	10 000	0	
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>		<b>25 000</b>	<b>10 000</b>		

*Närståendepenning*

Närståendepenning utges till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar, löneutvecklingen och regelverket. I beräkningarna av utgiftsutvecklingen för åren 2010–2012 ingår regeringens förslag om att utöka högsta antalet dagar för vilka närståendepenning sammanlagt kan utges från 60 till 100 dagar (prop. 2008/09:194).

Det är cirka sju procent av de individer som avlider som har anhöriga som använder sig av förmånen. Den största gruppen är föräldrar som vårdas av sina barn. Drygt hälften av de personer som vårdades var kvinnor. Kvinnor vårdar en nära anhörig i större omfattning än män, fördelningen ligger generellt i storleksordningen 70/30 procent.

Prognosen för 2010–2012 är beräknad på att antalet ersatta dagar ökar något per år samt på förväntad timlöneutveckling.

För 2010 beräknas kostnaderna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift uppgå till 87 miljoner kronor, för 2011 till 90 miljoner kronor och för 2012 till 91 miljoner kronor.

**Tabell 2.7 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

*Tusental kronor*

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>26 024 405</b>	<b>26 024 405</b>	<b>26 024 405</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	–871 597	–566 770	–332 785
Övriga makroekonomiska förutsättningar	–248 000	–13 000	236 000
Volym	–3 303 916	–3 452 268	–3 756 253
Överföring till/från andra anslag	1 056	1 081	
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 601 948</b>	<b>21 993 448</b>	<b>22 171 367</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 601 948 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 21 993 448 000 respektive 22 171 367 000 kronor.

## 2.9.2 1.2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 2.8 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets och sjukersättningar m.m.**

*Tusental kronor*

År	Slags	Beräknat	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	73 991 462		1 404 415
2009	Anslag	73 441 170 <sup>1</sup>		72 604 170
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>65 962 029<sup>2</sup></b>		
2011	Beräknat	59 104 985		
2012	Beräknat	55 000 911		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 10 422 000 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2010 varav –244 920 tkr avser regleringsbelopp för 2007.

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

### 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 beroende av utvecklingen av antalet långa sjukskrivningar, den demografiska utvecklingen samt prisbasbeloppsutvecklingen.

Från och med 1 januari 2009 gäller nya regler för de personer som 1 juli 2008 hade rätt till en icke tidsbegränsad sjukersättning. Syftet med dessa regler är att underlätta återgången till arbete. De nya reglerna innebär att rätten till sjukersättning i regel inte prövas om. En person som t.ex. arbetar behåller rätten till ersättning, men den utbetalda sjukersättningen minskar med hänsyn till arbetsinkomstens storlek. Ungefär 400 000 personer omfattas av dessa regler. De nya förmånliga reglerna förväntas öka arbetsutbudet bland personer med sjukersättning. Reglerna innebär samtidigt att få av de personer som omfattas helt lämnar ersättningen, annat än för ålderspension. Trots detta beräknas utgifterna för sjukersättning sjunka såväl under det innevarande budgetåret, som under de kommande åren.

Utgiftsutvecklingen under åren 2010–2012 påverkas i stor utsträckning av att möjligheten att nybevilja tidsbegränsad sjukersättning har slopats från och med juli 2008. De befintliga ersättningarna fasas successivt ut. Detta sker genom att de personer som vid ikraftträdandet uppbar en tidsbegränsad sjukersättning endast kan beviljas ytterligare perioder med tidsbegränsad sjukersättning på maximalt 18 månader. Dessa övergångsregler innebär att den tidsbegränsade sjukersättningen är helt avskaffad efter december 2012. Till följd av detta beräknas cirka 32 000 personer lämna sjukförsäkringen under 2010. Under 2011 och 2012 beräknas cirka 19 000 respektive cirka 2 000 personer lämna sjukförsäkringen av samma anledning. Huvudsakligen till följd av detta beräknas utgifterna på anslaget minska med 3,3 miljarder kronor 2010. Motsvarande belopp för åren 2011 och 2012 är 6,6 respektive 7,3 miljarder kronor.

Vidare påverkas utgifterna i minskande riktning av ett minskat inflöde från långtidssjukskrivning samt ett ökat antal personer som lämnar både den stadigvarande och tidsbegränsade sjukersättningen för ålderspensionering. Ytterligare en faktor som bidrar till nedgången i utgifterna är att prisbasbeloppet för 2010 sänks från 42 800 till 42 400 kronor. Utgifterna för 2010 beräknas till 50 765 miljoner kronor. För åren 2011 och 2012 beräknas utgifterna till 45 572 respektive 41 916 miljoner kronor.

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

Syftet med bostadstillägget för personer med aktivitets- eller sjukersättning (BTP) är att förbättra förutsättningarna för skälig bostadsstandard för dem med låg ersättning. BTP utges med högst 91 procent av bostadskostnaden upp till 4 500 kronor per månad. BTP är en inkomstprövad förmån och den inkomst som överstiger ett fribelopp reducerar bostadstillägget med 62 procent av inkomsten upp till ett prisbasbelopp och med 50 procent av inkomsten däröver. Fribeloppet är 2,4 prisbasbelopp för den som uppbar sjukersättning. För en försäkrad som uppbar aktivitetsersättning är fribeloppet den samma som garantinivån för aktivitetsersättningen, 2,1 – 2,35 prisbasbelopp beroende på den försäkrades ålder. Utgiftsutvecklingen för BTP styrs förutom av antalet personer med aktivitets- och sjukersättning, av utvecklingen av prisbasbeloppet, boendekostnaderna samt medelersättningen.

Regeringen föreslår i denna proposition att BTP höjs. Ersättningsgraden ska höjas till 93 procent och gränsen för den högsta bostadskostnad som ersätts med bostadstillägg höjs till 5 000 kronor för den som är ogift och till 2 500 kronor för den som är gift. Det särskilda bostadstillägget ska anpassas till de nya nivåerna. Till följd av dessa förslag beräknas utgifterna för BTP öka med 360 miljoner kronor per år under åren 2010–2012. Den beräknade nedgången av antalet personer med sjukersättning har en dämpande effekt på utgiftsutvecklingen för bostadstillägget. År 2010 beräknas utgifterna till cirka 4 730 miljoner kronor, vilket är en marginell minskning. För åren 2011 och 2012 beräknas utgifterna till 4 619 respektive 4 600 miljoner kronor.

#### *Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitetsersättning*

Sedan 1999 finns ett särskilt försäkringsstöd för att finansiera ersättning som utbetalas 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 vid Samhall AB. Utvecklingen av utgifterna för detta särskilda stöd styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall och arbetsmarknadsmyndigheterna, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivaren i varje enskilt fall. Utgifterna har ökat successivt och beräknas 2010 uppgå till närmare 45 miljoner kronor. Utgifterna för åren 2011–2012 beräknas till 46 respektive cirka 47 miljoner kronor.

**Tabell 2.9 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:2 Aktivitets och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>73 441 170</b>	<b>73 441 170</b>	<b>73 441 170</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-2 960 960	-6 273 197	-6 917 143
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-636 000	3 000	151 000
Volym	-4 394 181	-8 133 988	-11 976 116
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	512 000	68 000	302 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>65 962 029</b>	<b>59 104 985</b>	<b>55 000 911</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 65 962 029 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 59 104 985 000 respektive 55 000 911 000 kronor.

### 2.9.3 1.3 Handikappersättningar

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

## Regeringens överväganden

**Tabell 2.10 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättningar**

Tusental kronor

2008	Utfall	1 192 007	Anslags-sparande	6 993
2009	Anslag	1 235 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 245 000
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 236 000</b>		
2011	Beräknat	1 246 000		
2012	Beräknat	1 257 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Utgifterna för handikappersättning uppgick 2008 till 1 192 miljoner kronor. För innevarande år beräknas utgifterna till cirka 1 245 miljoner kronor. Antalet handikappersättningar uppgick i december 2008 till 61 400 stycken. I december 2012 beräknas antalet ha ökat till 61 950. Antalet handikappersättningar på 69 procent av prisbasbeloppet förväntas fortsätta att minska under perioden, medan antalet på 53 och 36 procent förväntas öka.

**Tabell 2.11 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:3 Handikappersättning**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>1 235 000</b>	<b>1 235 000</b>	<b>1 235 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-12 000	-6 000	
Volym	13 000	17 000	22 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 236 000</b>	<b>1 246 000</b>	<b>1 257 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 236 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Handikappersättningar* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 1 246 000 000 respektive 1 257 000 000 kronor.



## 2.9.4 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.

**Tabell 2.12 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	5 321 417	225 583	
2009	Anslag	5 111 000 <sup>1</sup>		5 091 000
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>4 638 000 <sup>2</sup></b>		
2011	Beräknat	4 293 000		
2012	Beräknat	3 960 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 287 000 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2010 varav -78 656 tkr avser regleringsbelopp för 2007.

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

### Regeringens överväganden

Utgifterna inom arbetsskadeförsäkringen har de senaste åren reducerats betydligt, främst som en följd av nedgången av sjukfrånvaron i stort och att färre personer överförts från sjukpenning till sjukersättning. Ansökningarna om arbetsskadelivränta har därigenom minskat. Den mer försäkringsmässiga handläggningen på Försäkringskassan har sannolikt också inneburit att beviljandefrekvensen i livränteärenden har sjunkit.

Regeringen bedömer att anslagsbelastningen kommer att minska även de kommande åren.

**Tabell 2.13 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009 <sup>1</sup></b>	<b>5 111 000</b>	<b>5 111 000</b>	<b>5 111 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-19 000	43 000	112 000
Volym	-454 000	-861 000	-1 263 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>4 638 000</b>	<b>4 293 000</b>	<b>3 960 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 4 638 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbetsskadeersättningar m.m.* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 4 293 000 000 respektive 3 960 000 000 kronor.

## 2.9.5 1:5 Ersättning för kroppsskador

**Tabell 2.14 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning för kroppsskador**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	51 591	6 109	
2009	Anslag	52 600 <sup>1</sup>		51 100
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>48 900 <sup>2</sup></b>		
2011	Beräknat	47 500		
2012	Beräknat	46 200		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 900 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2010 varav -435 tkr avser regleringsbelopp för 2007.

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

### Regeringens överväganden

Ersättningar för kroppsskador beräknas bli något lägre de kommande åren.

**Tabell 2.15 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:5 Ersättning för kroppsskador**

*Tusental kronor*

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>52 600</b>	<b>52 600</b>	<b>52 600</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-500	-200	
Volymer	-3 200	-4 900	-6 400
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>48 900</b>	<b>47 500</b>	<b>46 200</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 48 900 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättning för kroppsskador* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 47 500 000 respektive 46 200 000 kronor.

### 2.9.6 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård

**Tabell 2.16 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård**

*Tusental kronor*

År	Utfall	1 000 000	Anslags-sparande	0
2008	Anslag	1 000 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 000 000
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2011	Beräknat	1 000 000		
2012	Beräknat	1 000 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för åtgärder för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och utveckla sjukskrivningsprocessen. Förutsättningarna regleras genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

### Regeringens överväganden

Regeringen anser att erfarenheterna från sjukvårdsmiljarden har varit positiva och avser att fortsätta arbetet med att ytterligare effektivisera sjukskrivningsprocessen för att upprätthålla de goda resultat som hittills uppnåtts. Mot den bakgrunden har regeringen målsättningen att under 2009 sluta en ny överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

**Tabell 2.17 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	1 000 000	1 000 000	1 000 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1.6 *Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 1 000 000 000 respektive 1 000 000 000 kronor.

## 2.9.7 2:1 Försäkringskassan

**Tabell 2.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	7 694 815		-279 997
2009	Anslag	7 989 295 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	7 437 923
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>7 180 610</b>		
2011	Beräknat	6 995 309 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	7 040 415 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition. Beloppet är exklusive indragning på 298 528 000 kronor med anledning av kostnadmässig avräkning.

<sup>2</sup> Motsvarar 6 934 329 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 6 941 944 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Försäkringskassans förvaltningskostnader. Verksamheten består huvudsakligen i att pröva, utbetala och kontrollera

utbetalningar från socialförsäkringssystemet samt för andra förmåner och ersättningar som handläggs av Försäkringskassan. Försäkringskassans förvaltning finansieras med anslag, men även via avgiftsintäkter avseende egna resultat-områden. Tilldelat anslag 2008 inklusive tilläggsanslag var 6 943 379 miljoner kronor. Till detta kommer ett anslagssparande från 2007 om 471 miljoner kronor. Dessutom utnyttjade myndigheten anslagskrediten med 280 miljoner kronor.

Förutom förvaltningsanslaget 2:1 *Försäkringskassan* disponerar myndigheten även viss del av anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för kostnader för samverkan inom rehabiliteringsområdet. År 2008 finansierades 484 miljoner kronor av myndighetens verksamhetskostnader med dessa medel, vilket är knappt 300 miljoner kronor lägre än under 2007.

Under 2007 och 2008 genomförde Försäkringskassan en omfattande omorganisation, som beräknades leda till stora rationaliseringar. Regeringen konstaterade dock våren 2009 att fördröjningar i verkkningsgraden hos den nya organisationen och projekt inom IT-området har medfört att rationaliseringspotentialen ännu inte kunnat tas tillvara. Regeringen konstaterade också att Försäkringskassans ekonomi till följd av detta var i obalans. De medel som anvisats för 2009 täckte inte myndighetens behov. Mot denna bakgrund tillfördes därför Försäkringskassans förvaltningsanslag 600 miljoner kronor i 2009 års proposition om vårtilläggsbudget (prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21).

I förslag till tilläggsbudget (prop. 2009/2010:2) i samband med denna proposition föreslår regeringen att anslaget tillförs ytterligare 350 miljoner kronor för 2009. Härigenom skapas förutsättningar för en nödvändig långsiktig planering och anpassning till de givna ekonomiska ramarna samtidigt som god kvalitet i verksamheten möjliggörs.

**Budget för avgiftsbelagd verksamhet**

För administration av egna resultatområden disponerar Försäkringskassan avgiftsintäkter. Dessa områden har i huvudsak hittills varit administration av ålderspension, småföretagarförsäkring och familjebidrag/dagpenning till totalförsvärspliktiga, samt ersättning från affärsdrivande verk och ADB-bearbetningar.

Administration av ålderspension inklusive premiepension finansieras med ersättning från Allmänna pensionsfonderna och medel från Premiépensionsmyndigheten (PPM). För 2008 uppgick de sammanlagda kostnaderna för Försäkringskassans pensionsadministration till drygt 500 miljoner kronor, varav viss del finansieras genom tidigare överskott.

I samband med att Pensionsmyndigheten inrättas den 1 januari 2010 förs administrationen av delar av ålderspensionen samt administrationen av pensionsrelaterade förmåner från Försäkringskassan till Pensionsmyndigheten, se vidare avsnitt 3.7 utgiftsområde 11. Försäkringskassan kommer att sälja tjänster till Pensionsmyndigheten, vilka omfattar främst IT och del i Försäkringskassans kundmötesorganisation. Försäkringskassans avgiftsinkomster kommer därmed att uppgå till omkring 550 miljoner kronor.

Försäkringskassan har även andra avgiftsintäkter från bl.a. administration av statlig fordran samt intäkter enligt 4 § avgiftsförordningen 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 2.19 Uppdragsverksamhet där intäkterna disponeras**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 2008	304 178	535 816	-231 638
– varav AP-fond/PPM	264 792	501 322	-236 530 <sup>1</sup>
– varav tjänsteexport	–	18	-18
Prognos 2009	600 646	618 922	-18 276
– varav AP-fond/PPM	554 624	572 950	-18 326
– varav tjänsteexport	200	150	50
Budget 2010	553 950	553 950	0
– varav AP-fond/PPM	–	–	–
– varav tjänsteexport	50	50	50
– varav ersättning från Pensionsmyndigheten för IT-tjänster och administrativa tjänster	508 000	508 000	0

<sup>1</sup> För 2008 är nettoresultatet negativt. Underskottet finansieras genom tidigare överskott från 2006.

**Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

För att stödja forskning av betydelse ur socialförsäkringsadministrationens perspektiv fastställdes i budgetpropositionen för 2009 ramen för forskning inom Försäkringskassans anslag till 7,9 miljoner kronor per år. Samtidigt bemyndigades myndigheten att ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet som, inklusive tidigare åtaganden, innebär utgifter om högst 8,9 miljoner kronor efter 2009.

Även för 2010 bör en ram för forskning på 7,9 miljoner kronor fastställas inom anslaget 2:1 *Försäkringskassan*. Myndigheten bör också kunna ingå ekonomiska åtaganden inom socialförsäkringsområdet, som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter om högst 8,9 miljoner kronor efter 2010.

Regeringen föreslår därför att riksdagen bemyndigar regeringen att ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 8 900 000 kronor efter 2010.

**Tabell 2.20 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2008	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012–
Ingående åtaganden	8 900	8 900	8 900		
Nya åtaganden	7 900	7 900	7 900		
Infriade åtaganden	7 900	7 900	7 900	6 900	2 000
Utestående åtaganden	8 900	8 900	8 900		
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>8 900</b>	<b>8 900</b>	<b>8 900</b>		

## Regeringens överväganden

Regeringen beräknar anslaget utifrån en pris- och löneomräkning.

Genom beslut tillförs anslaget 600 miljoner kronor från och med 2010 i syfte att inom givna ekonomiska ramar skapa förutsättningar för Försäkringskassan att åstadkomma resultat som lever upp till kraven på god service till medborgaren samt en rättssäker och effektiv verksamhet som håller hög kvalitet. Försäkringskassan får därutöver 17 miljoner kronor 2010 till följd av den administrativa hantering av förslaget om att i vissa fall medge ytterligare tid i sjukförsäkringen. Under 2010 tillförs även Försäkringskassan 35 miljoner kronor för att bygga upp ett system för administrationen av statlig etableringsersättning, barn tillägg och bostadsersättning till vissa nyanlända invandrare. Anslaget minskas med 98 miljoner kronor 2010 som en följd av övergången till kostnadsförfarande. Från anslaget förs 300 000 kronor 2010 och 200 000 kronor från 2011 till utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning uppförda anslaget 1:2 *Kammarkollegiet*. Minskningen sker med anledning av att arbetet med att följa upp verksamheten som bedrivs enligt lagen (2000:453) om samtidigt vid medborgarkontor överförs till Kammarkollegiet. Anslaget minskar även då tidigare lämnade tillskott inte längre lämnas. Från och med 2010 överförs 390 miljoner kronor från anslag 2:1 *Försäkringskassan* till utgiftsområde 11 anslag 2:1 *Pensionsmyndigheten* i samband med bildandet av den nya Pensionsmyndigheten.

**Tabell 2.21 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>7 039 295</b>	<b>7 039 295</b>	<b>7 039 295</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	248 877	312 969	352 260
Beslut	380 447	77 250	67 475
Överföring till/från andra anslag	–390 000	–393 430	–395 532
Övrigt <sup>3</sup>	–98 009	–40 775	–23 083
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>7 180 610</b>	<b>6 995 309</b>	<b>7 040 415</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsförfarande av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 180 610 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Försäkringskassan* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 6 995 309 000 respektive 7 040 415 000 kronor.

## 2.9.8 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

**Tabell 2.22 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

2008	Utfall		Anslags-sparande	0	
2009	Anslag	24 000	<sup>1</sup>	Utgifts-prognos	23 421
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>51 886</b>			
2011	Beräknat	64 351	<sup>2</sup>		
2012	Beräknat	64 699	<sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 63 779 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 63 779 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningskostnader. Inspektionen för socialförsäkringen ska genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning stärka rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet och skapa ökad tilltro hos medborgarna.

## Regeringens överväganden

Myndigheten inrättades den 1 juli 2009 och kommer under 2010 fortfarande att vara i ett uppbyggnadsskede.

**Tabell 2.23 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>24 000</b>	<b>24 000</b>	<b>24 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	886	1 109	1 245
Beslut	27 000	39 242	39 454
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>51 886</b>	<b>64 351</b>	<b>64 699</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 51 886 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 64 351 000 respektive 64 699 000 kronor.