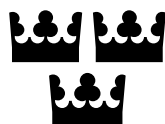


# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

10





## Förslag till statens budget för 2016

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

## Innehållsförteckning

---

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2	Lagförslag.....	9
2.1	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken .....	9
3	Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	13
3.1	Omfattning.....	13
3.2	Utgiftsutveckling .....	13
3.3	Mål för utgiftsområdet .....	14
3.4	Resultatredovisning .....	14
3.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	14
3.4.2	Resultat .....	15
3.5	Analys och slutsatser .....	29
3.6	Årlig revision.....	31
3.7	Politikens inriktning.....	31
3.8	Förslag om borttagande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen.....	34
3.8.1	Ärendet och dess beredning.....	34
3.8.2	Bakgrund .....	34
3.8.3	Regeringens överväganden och förslag.....	38
3.8.4	Konsekvenserna av förslagen .....	43
3.8.5	Författningskommentar .....	47
3.9	Förslag om borttagande av samordningsregel mellan boendetillägg och bostadstillägg .....	48
3.10	Budgetförslag .....	48
3.10.1	1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.....	48
3.10.2	1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	51
3.10.3	1:3 Handikappersättning .....	52
3.10.4	1:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	53
3.10.5	1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	53
3.10.6	1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	54
3.10.7	1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	57
3.10.8	2:1 Försäkringskassan.....	58
3.10.9	2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	59

Bilaga Förteckning över remissinstanserna avseende promemorian Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen Ds 2015:17

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	7
Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.....	13
Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2016–2019. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	14
Tabell 3.3 Ramnivå 2016 realkonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	14
Tabell 3.4 Andelen ensamstående bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna och övriga befolkningen .....	21
Tabell 3.5 Disponibla inkomsten för en ensamstående med två barn före och efter övergången till arbetslivsintroduktion .....	43
Tabell 3.6 Reformens effekter för statens budget.....	46
Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	48
Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	50
Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	51
Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.....	52
Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättning.....	52
Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:3 Handikappersättning.....	52
Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	53
Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	53
Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	53
Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	54
Tabell 3.17 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	54
Tabell 3.18 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.....	56
Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.....	57
Tabell 3.20 Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader.....	57
Tabell 3.21 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	57
Tabell 3.22 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan .....	58
Tabell 3.23 Uppdragsverksamhet.....	58
Tabell 3.24 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:1 Försäkringskassan .....	59
Tabell 3.25 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	59
Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen.....	60

## Diagramförteckning

---

Diagram 3.1 Ohälsotalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA), 2000–2019 .....	15
Diagram 3.2 Ohälsotalet 2014 efter ålder och kön .....	15
Diagram 3.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995 .....	16
Diagram 3.4 Antal pågående sjukfall, kvinnor och män, 2000–2015 .....	16
Diagram 3.5 Sjukpenningtalet för kvinnor och män per län .....	17
Diagram 3.6 Sjukfrånvaro i olika sektorer .....	17
Diagram 3.7 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2014, för EU15.....	17
Diagram 3.8 Andelen pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos för kvinnor och män, under ett år eller mer .....	18
Diagram 3.9 Andel kvinnor och män som återvänt till sjukförsäkringen inom 15 månader efter att de lämnat sjukförsäkringen.....	18
Diagram 3.10 Antalet nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning, 2003–2014.....	20
Diagram 3.11 Disponibel inkomst per konsumtionsenhet för gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning och långtidssjukskrivna, i relation till övriga befolkningen.....	21
Diagram 3.12 Andel män och kvinnor som återvänt till sjukförsäkringen inom 15 månader efter det att de lämnat sjukförsäkringen .....	36
Diagram 3.13 Pågående sjukfall för kvinnor och män .....	45

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (avsnitt 2.1, 3.8 och 3.9),
2. bemyndigar regeringen att under 2016 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 700 000 000 kronor 2017 och 2018 (avsnitt 3.10.6),
3. bemyndigar regeringen att för 2016 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 140 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder (avsnitt 3.10.8),
4. för budgetåret 2016 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning enligt följande uppställning:

### Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag		
1:1	Sjukpenning och rehabilitering m.m.	43 503 000
1:2	Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	50 334 250
1:3	Handikappersättning	1 370 000
1:4	Arbetsskadeersättningar m.m.	3 121 000
1:5	Ersättning inom det statliga personskadeskyddet	35 658
1:6	Bidrag för sjukskrivningsprocessen	2 907 000
1:7	Ersättning för höga sjuklönkostnader	360 000
2:1	Försäkringskassan	8 171 906
2:2	Inspektionen för socialförsäkringen	65 467
<b>Summa</b>		<b>109 868 281</b>





## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken<sup>1</sup>  
*dels* att 27 kap. 24 a och 35 a §§ ska upphöra att gälla,  
*dels* att 27 kap. 20, 24, 32 och 51 §§, 28 a kap. 15 §, 31 kap. 10 §, 31 a kap. 12 §, 103 c kap. 4 §, 103 d kap. 1 och 9 §§, 103 e kap. 3 § och 110 kap. 6 § ska ha följande lydelse,  
*dels* att rubriken närmast före 103 d kap. 9 § ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 27 kap.

##### 20 §

Sjukpenning kan lämnas för dagar i en sjukperiod så länge den försäkrade uppfyller förutsättningarna för rätt till sjukpenning inom den tid som anges i 21–24 a §§.

Sjukpenning kan lämnas för dagar i en sjukperiod så länge den försäkrade uppfyller förutsättningarna för rätt till sjukpenning inom den tid som anges i 21–24 §§.

##### 24 §

Sjukpenning på fortsättningsnivån lämnas för högst 550 dagar om sjukpenning på normalnivån inte kan lämnas på grund av det som föreskrivs i 21 §. Detta gäller även för dagar i en ny sjukperiod *under förutsättning att sjukpenning för maximalt antal dagar inte redan har lämnats.*

Sjukpenning på fortsättningsnivån lämnas om sjukpenning på normalnivån inte kan lämnas på grund av det som föreskrivs i 21 §. Detta gäller även för dagar i en ny sjukperiod.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse av 27 kap. 24 a § 2011:1513.

**32 §**

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelserna i 20–24 a och 27 §§ tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelserna i 20–24 och 27 §§ tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

**51 §<sup>2</sup>**

Vid beräkningen av hur lång tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga enligt 46–49 §§ ska dagar i sjukperioder läggas samman om färre än 90 dagar förflutit mellan sjukperioderna.

*Vid beräkning av antalet dagar ska det bortses från dagar under vilka den försäkrade har deltagit i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion och fått aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning.*

**28 a kap.****15 §<sup>3</sup>**

När det enligt 27 kap. 20–24 a §§ kan lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån, ska även sjukpenning i särskilda fall kunna lämnas.

När det enligt 27 kap. 20–24 §§ kan lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån, ska även sjukpenning i särskilda fall kunna lämnas.

**31 kap.****10 §<sup>4</sup>**

Hel rehabiliteringspenning för dag motsvarar kvoten mellan  
– den försäkrades beräkningsunderlag enligt 28 kap. 7 § 1 eller 2 och  
– 365.

Vid beräkningen ska bestämmelserna i 27 kap. 21–24 a, 26 och 32 §§ samt 28 kap. 10 och 11 §§ tillämpas.

Vid beräkningen ska bestämmelserna i 27 kap. 21–24, 26 och 32 §§ samt 28 kap. 10 och 11 §§ tillämpas.

**31 a kap.****12 §<sup>5</sup>**

När det kan lämnas rehabiliteringspenning på den nivå som föreskrivs i 27 kap. 21–24 a §§, ska även rehabiliteringspenning i särskilda fall kunna lämnas.

När det kan lämnas rehabiliteringspenning på den nivå som föreskrivs i 27 kap. 21–24 §§, ska även rehabiliteringspenning i särskilda fall kunna lämnas.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2013:747.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2010:2005.

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

**103 c kap.****4 §<sup>6</sup>**

- Boendetillägg kan lämnas till den som omfattas av 2 § och som
- |                                                                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. får sjukpenning enligt 27–28 a kap.,                                                           | 1. får sjukpenning enligt 27–28 a kap., <i>eller</i>    |
| 2. får rehabiliteringspenning enligt 31 eller 31 a kap., <i>eller</i>                             | 2. får rehabiliteringspenning enligt 31 eller 31 a kap. |
| 3. deltar i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion och får aktivitetsstöd. |                                                         |

**103 d kap.****1 §<sup>7</sup>**

- I detta kapitel finns bestämmelser om
- |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| – ersättningsnivåer i 2–4 §§,                            |                                       |
| – bidragsgrundande inkomst i 5 och 6 §§,                 |                                       |
| – minskning av boendetillägg i 7 §,                      |                                       |
| – andelsberäkning vid partiell ersättning i 8 §, och     |                                       |
| – samordning med bostadsbidrag och bostadstillägg i 9 §. | – samordning med bostadsbidrag i 9 §. |

**Samordning med bostadsbidrag och bostadstillägg**

**Samordning med bostadsbidrag<sup>8</sup>**

**9 §<sup>9</sup>**

- |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boendetillägget enligt 8 § ska minskas med <i>de</i> belopp som lämnas som                                                                                  | Boendetillägget enligt 8 § ska minskas med <i>det</i> belopp som lämnas som preliminärt bostadsbidrag enligt 98 kap.                                      |
| 1. preliminärt bostadsbidrag enligt 98 kap., och                                                                                                            |                                                                                                                                                           |
| 2. bostadstillägg till <i>make</i> enligt 100–102 kap.                                                                                                      |                                                                                                                                                           |
| Om boendetillägg lämnas till båda makarna ska boendetillägget till vardera maken minskas med halva det preliminära bostadsbidraget enligt första stycket 1. | Om boendetillägg lämnas till båda makarna ska boendetillägget till vardera maken minskas med halva det preliminära bostadsbidraget enligt första stycket. |

**103 e kap.****3 §<sup>10</sup>**

- Boendetillägget får räknas om utan föregående underrättelse om den bidragsgrundande inkomsten enligt 103 d kap. 6 § ändras.
- |                                                                 |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Det som anges i första stycket gäller också när ändring sker av |                                                                       |
| – förmånsnivån i de förmåner som anges i 103 c kap. 4 §,        | – förmånsnivån i de förmåner som anges i 103 c kap. 4 §, <i>eller</i> |

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

<sup>9</sup> Senaste lydelse 2012:599.

<sup>10</sup> Senaste lydelse 2011:1513.

– preliminärt bostadsbidrag enligt 98 kap., *eller*  
– *bostadstillägg till make enligt 100–102 kap.*

– preliminärt bostadsbidrag enligt 98 kap.

### 110 kap.

#### 6 §<sup>11</sup>

Ansökan behöver, trots det som föreskrivs i 4 §, inte göras om följande förmåner:

1. Barnbidrag, i annat fall än som avses i 15 kap. 6 §. Det finns dock särskilda bestämmelser om anmälan som gäller flerbarnstillägg i 16 kap. 12 §.

2. Sjukpenning i fall *som avses i 27 kap. 24 a § 3* *eller* där den försäkrade *annars* på grund av sjukdomen är förhindrad eller har synnerliga svårigheter att göra en ansökan.

3. Assistansersättning när kommunen har anmält till Försäkringskassan att det kan antas att den enskilde har rätt till sådan ersättning.

Om vårdbidrag eller handikappersättning har beviljats för begränsad tid får den tid för vilken förmånen ska lämnas förlängas utan att ansökan om detta har gjorts.

Ytterligare bestämmelser om att förmåner lämnas utan ansökan finns beträffande

1. sjukersättning och aktivitetsersättning i 36 kap. 25–27 §§,
2. allmän ålderspension i 56 kap. 4 a och 6 §§,
3. efterlevandepension och efterlevandestöd i 77 kap. 13 §,
4. efterlevandelivränta i 88 kap. 10 § första stycket, och
5. premiepension till efterlevande i 92 kap. 2 § första stycket.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016 i fråga om 103 d kap. 1 och 9 §§ och 103 e kap. 3 § och i övrigt den 1 februari 2016.

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

3. För den som före den 1 februari 2016 har påbörjat deltagande i arbetslivsintroduktion gäller 27 kap. 51 § och 103 c kap. 4 § i den äldre lydelsen.

---

<sup>11</sup> Senaste lydelse 2013:747.

## 3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

### 3.1 Omfattning

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

arbetskadorna och inom det statliga personskadeskyddet, bidrag för sjukskrivningsprocessen samt ersättning för höga sjuklönekostnader. Utgiftsområdet omfattar även myndigheterna Försäkringskassan och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). Här behandlas också internationellt samarbete på socialförsäkringsområdet.

### 3.2 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
<i>Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</i>							
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	32 300	37 093	36 983	<b>43 503</b>	46 896	49 350	50 949
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	50 828	50 087	50 662	<b>50 334</b>	50 104	49 996	50 962
1:3 Handikappersättning	1 331	1 351	1 359	<b>1 370</b>	1 400	1 439	1 491
1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	3 610	3 358	3 393	<b>3 121</b>	2 985	2 869	2 763
1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet	40	38	38	<b>36</b>	34	32	30
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	3 056	3 014	2 767	<b>2 907</b>	2 902	2 902	2 902
1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader	–	–	–	<b>360</b>	360	360	360
<b>Summa Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>91 164</b>	<b>94 941</b>	<b>95 202</b>	<b>101 631</b>	<b>104 681</b>	<b>106 948</b>	<b>109 457</b>
<i>Myndigheter</i>							
2:1 Försäkringskassan	7 811	8 030	7 809	<b>8 172</b>	8 237	8 379	8 545
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	61	64	63	<b>65</b>	66	68	69
<b>Summa Myndigheter</b>	<b>7 873</b>	<b>8 095</b>	<b>7 871</b>	<b>8 237</b>	<b>8 303</b>	<b>8 446</b>	<b>8 614</b>
<b>Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>99 036</b>	<b>103 035</b>	<b>103 073</b>	<b>109 868</b>	<b>112 984</b>	<b>115 394</b>	<b>118 071</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2016–2019. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>100 474</b>	<b>100 474</b>	<b>100 474</b>	<b>100 474</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	148	246	397	565
Beslut	1 679	1 798	1 862	1 984
Övriga makroekonomiska förutsättningar	712	1 963	3 656	5 792
Volymer	6 855	8 504	9 006	9 257
Överföring till/från andra utgiftsområden	–	–	–	–
Övrigt	–	–	–	–
<b>Ny ramnivå</b>	<b>109 868</b>	<b>112 984</b>	<b>115 394</b>	<b>118 071</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2016 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2016
Transferringar <sup>1</sup>	101 036
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	8 816
Investeringar <sup>3</sup>	17
<b>Summa ramnivå</b>	<b>109 869</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2014 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.

### 3.3 Mål för utgiftsområdet

Målet för utgiftsområdet är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå (prop. 2008/09:1 utg. omr. 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138). Den förra regeringen har i prop. 2009/10:1 valt att precisera målet. Det innebär mer specifikt att:

- sjukfrånvaron inte ska variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer,
- osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma,
- nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med motsvarande system och förmåner inom EU och OECD.

Utöver målet för utgiftsområdet föreslår regeringen i denna proposition ett jämställdhetspolitiskt verksamhetsmål med innebörden att skillnaden i sjukpenningtal mellan kvinnor och män ska minska (se avsnitt 3.7).

## 3.4 Resultatredovisning

### 3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

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

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

Dessa indikatorer kan även användas för att göra regionala jämförelser och illustrera säsongsvariationer i sjukfrånvaron. Utöver detta görs även en internationell jämförelse av hur den svenska sjukfrånvaron förhåller sig till sjukfrånvaron i länderna i EU15<sup>1</sup> med hjälp av arbetskraftsundersökningarna (AKU). Samtliga indikatorer redovisas efter kön. De huvudsakliga källorna för uppföljning av indikatorerna är

<sup>1</sup> I denna benämning ingår följande länder: Frankrike, Österrike, Belgien, Tyskland, Danmark, Spanien, Finland, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Storbritannien och Sverige.

Försäkringskassans redovisningar, rapporter från ISF samt uppgifter från Statistiska centralbyrån.

### 3.4.2 Resultat

Resultatredovisningen inleds med en redovisning av sjukfrånvarons utveckling, där även Försäkringskassans och andra relevanta aktörers arbete med sjukskrivningsprocessen redovisas. Därefter lämnas en redovisning av resultaten för den samlade verksamheten på Försäkringskassan och ISF. Även internationellt samarbete inom socialförsäkring redovisas i detta avsnitt.

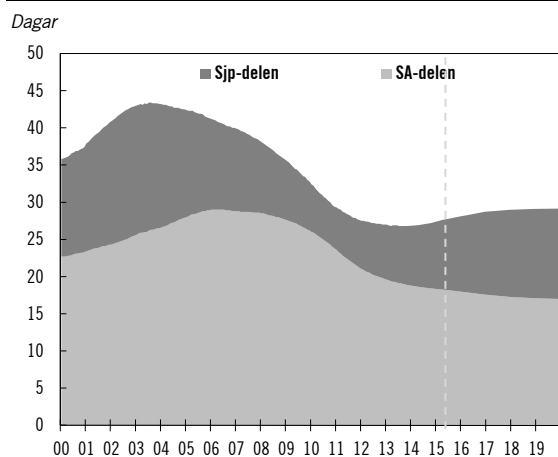
#### Sjukfrånvarons utveckling

*Ohälsotoalet – den totala sjukfrånvaron – ökar*

Den totala sjukfrånvaron mätt som ohälsotoalet uppgick i juni 2015 till nära 28 dagar. För kvinnor uppgick ohälsotoalet till 33 dagar och för män till 22 dagar. Kvinnor står således för en betydligt större del av sjukfrånvaron än män.

Ohälsotoalet uppvissade under åren 2003–2013 en kontinuerlig minskning. Numera ökar det svagt. Ökningen förklaras både av att fler sjukfall startar och av att sjukfallens varaktighet ökar.

**Diagram 3.1 Ohälsotoalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA), 2000–2019**

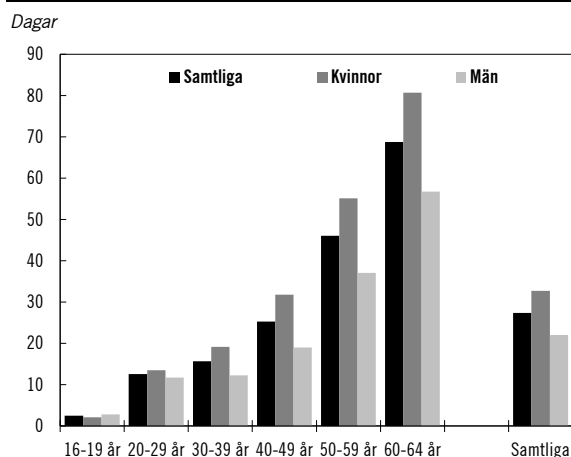


Källa: Försäkringskassan.  
Anm: Prognos fr.o.m. juli 2015.

Sammansättningen av antalet utbetalade dagar med sjuk- och rehabiliteringspenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning har förändrats. Antalet personer som har sjukersättning har minskat, vilket till stor del kan förklaras av att nybeviljandet av ersättningen har varit lågt i

kombination med att många personer övergår från sjukersättning till ålderspension. Eftersom antalet sjukfall och därmed antalet som har sjuk- eller rehabiliteringspenning samtidigt har ökat, innebär det sammantaget att det har skett en omfördelning inom ohälsotoalet mellan antalet personer som har sjuk- och rehabiliteringspenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning, se diagram 3.1. I diagrammet framgår även att nuvarande ökning av ohälsotoalet väntas plana ut och stabiliseras på en nivå om 29 dagar i slutet av prognosperioden.

**Diagram 3.2 Ohälsotoalet 2014 efter ålder och kön**



Källa: Försäkringskassan.

Som framgår i diagram 3.2 ökar ohälsotoalet kraftigt med ålder. Exempelvis är ohälsotoalet nästan tre gånger så högt bland 50–59-åringar som bland 30–39-åringar. Det gäller både för kvinnor och män. Vad som också framgår i diagrammet är att kvinnor har ett högre ohälsotal än män i samtliga åldersgrupper förutom bland de yngsta försäkrade, individer i åldern 16–19 år.

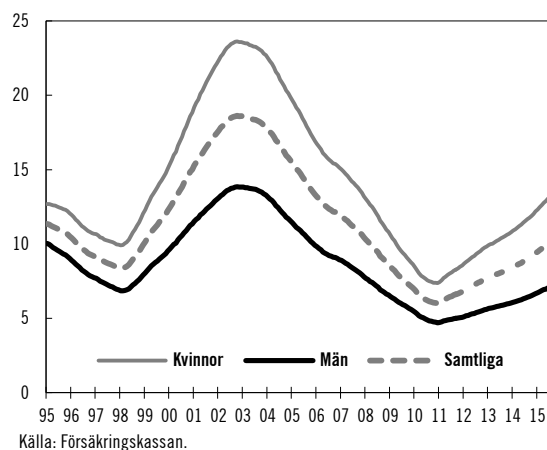
*Sjukpenningtalet och antalet pågående sjukfall ökar*  
Sedan 2011 ökar sjukpenningtalet i snitt med 13 procent på årsbasis. I juni 2015 uppgick sjukpenningtalet till 10 dagar, uppdelat på 13 dagar för kvinnor och 7 dagar för män. Sjukpenningtalet var som högst 2002 (18,6) och nådde sin lägsta notering i slutet av 2010 (6,0).

De senaste årens ökning kan sägas bestå av två olika faser. Den första fasen kännetecknades av att det framför allt var personer som återvände till sjukförsäkringen efter att först ha tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen. Detta kan närmast beskrivas som en mekanisk och förväntad effekt till följd av ändringarna i regelverket 2008. Ökningen därefter (från 2012) är däremot sammansättningsmässigt en annan och

kan inte längre förklaras av att personer återvänder. Ökningen förklaras i stället av att antalet helt nya sjukfall stiger och att dessa sjukfall blir längre.

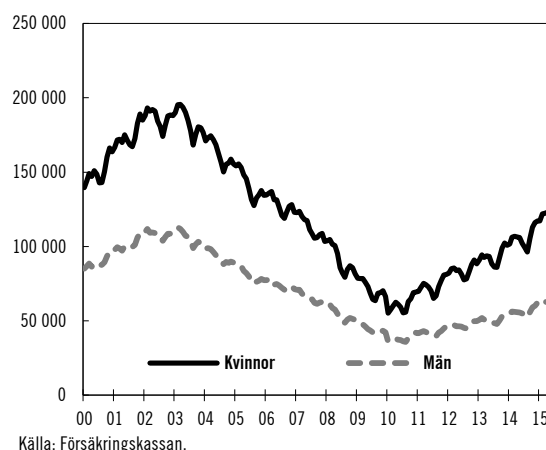
**Diagram 3.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995**

Rullande 12-månadersvärde



Antalet pågående sjukfall har varierat kraftigt under de två senaste decennierna. I början av 2000-talet uppgick det totala antalet till över 300 000 per månad. Därefter minskade antalet till som lägst knappt 100 000 per månad 2010. Antalet pågående sjukfall har sedan dess ökat och uppgick i april 2015 till 186 000. Andelen kvinnor bland sjukfallen är 65 procent. Det är ett förhållande som varit relativt konstant över tid. Forskning påvisar att det finns ett stort antal faktorer både i och utanför arbetet som ökar risken för kvinnor att bli sjukskrivna. Resultaten indikerar att kvinnors högre sjukfrånvaro i många fall har inslag av såväl medicinska som sociala och ekonomiska aspekter, och att både faktorer i arbetsmiljön och fördelningen av obetalt hem- och omsorgsarbete bidrar till skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen.<sup>2</sup>

**Diagram 3.4 Antal pågående sjukfall, kvinnor och män, 2000–2015**



#### *Sjukfallens varaktighet ökar*

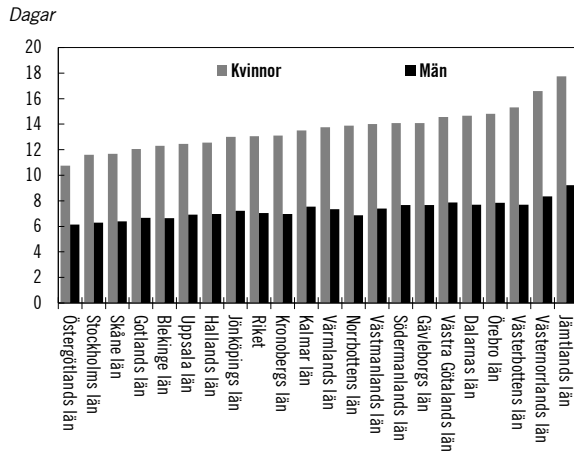
Utvecklingen av sjukfallens varaktighet över tid kan beskrivas med hjälp av medianlängden för sjukfall längre än 14 dagar. Bland sjukfall i gruppen anställda med sjuklön (den antalsmässigt största gruppen) som startade under 2014 uppgick medianen till omkring 49 dagar. Det utgör en ökning om ca 8 dagar i fallängd jämfört med 2009. Sjukfallen pågår fortfarande längst för arbetslösa, i genomsnitt ca 170 dagar.

#### *Störst regionala skillnader i sjukfrånvaro för kvinnor*

Sjukpenningtalet skiljer sig åt mellan olika län. Skillnaden mellan den högsta respektive lägsta länsvisa noteringen i sjukpenningtalet i juni 2015 uppgick till 7 dagar för kvinnor och 3 dagar för män. Således är det bland kvinnorna som de största regionala skillnaderna finns. För både kvinnor och män är sjukfrånvaron högst i Jämtlands län och lägst i Östergötlands län.

<sup>2</sup> Se bl.a. Försäkringskassans rapport, Kvinnors sjukfrånvaro 2013, och Statens beredning för medicinsk och social utvärderings rapporter Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar (2013) och Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom (2014).



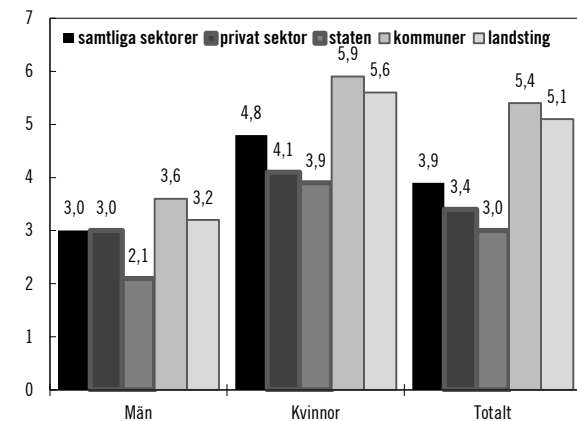
**Diagram 3.5 Sjukpenningtalet för kvinnor och män per län**

Källa: Försäkringskassan.  
Anm: Sorterat efter nivån för kvinnor.

*Sjukfrånvaron är högst i kommuner och landsting*  
Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika sektorer. Högst är sjukfrånvaron i kommuner och landsting, medan den är lägst inom staten. Under de senaste åren har knappt 40 procent av alla sjukskrivna varit anställda i offentlig sektor, vilket är en överrepresentation då andelen offentliganställda av det totala antalet anställda är ca 30 procent.

**Diagram 3.6 Sjukfrånvaro i olika sektorer**

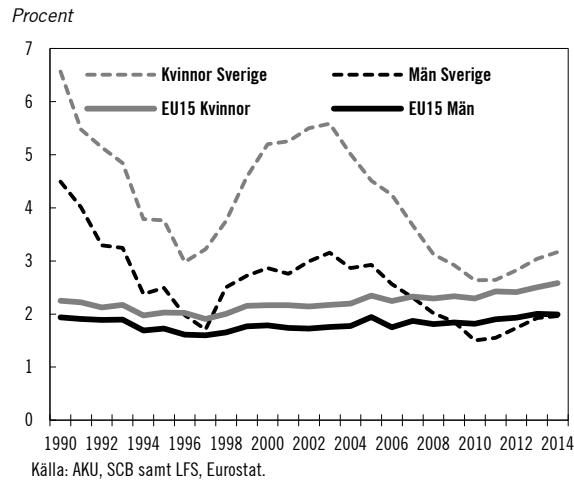
Procent sjukfrånvarande kvartal 1 2015



Källa: kortperiodisk sysselsättningsstatistik, SCB.

*Svensk sjukfrånvaro i nivå med EU-genomsnittet*  
Enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU) ligger den svenska sjukfrånvaron i nivå med EU-genomsnittet. Den svenska sjukfrånvaron har dock varierat betydligt mer över tid jämfört med EU-genomsnittet. I Sverige har kvinnorna högre sjukfrånvaro än vad kvinnor inom EU i genomsnitt har, vilket delvis kan bero på att arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor i Sverige generellt sett är högre än bland kvinnor i andra EU-länder. För män i Sverige gäller däremot att

de har ungefär samma sjukfrånvaro som EU-genomsnittet för män.

**Diagram 3.7 Sjukfrånvaron som andel av anställda i åldern 20–64 år, 1990–2014, för EU15**

*Den psykiska ohälsan fortsätter att öka*

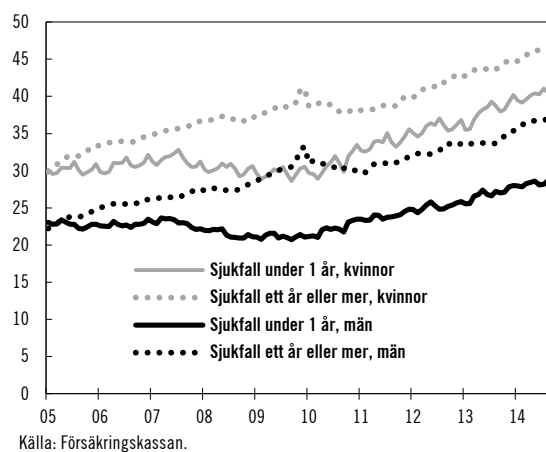
Sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa, i form av bl.a. ångest och depressioner, har ökat under senare år och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män.

Risken för att bli sjukskriven på grund av psykisk ohälsa är högre för kvinnor än för män. För både kvinnor och män är risken att bli sjukskriven till följd av psykisk ohälsa högst i åldern 30–39 år och ännu något högre för personer med barn i åldern 3–12 år. Personer i yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (s.k. kontaktyrken) har en högre genomsnittlig risk att bli sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Risken är lika hög för kvinnor som för män, men eftersom kvinnor i större utsträckning arbetar i dessa yrken är det fler kvinnor som drabbas.<sup>3</sup> Den genomsnittliga varaktigheten för sjukfall är generellt sett längre vid psykisk ohälsa än vid sjukfall som t.ex. beror på sjukdomar i rörelseorganen. Detta är en orsak till att de psykiatriska diagnosernas andel av de pågående sjukfallen ökar och att de sammantaget utgör den största diagnosgruppen både för kvinnor och män. Som framgår i diagram 3.8 har andelen pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos som är ett år

<sup>3</sup> Socialförsäkringsrapport 2014:4. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år.

eller längre ökat med 16 procentenheter för kvinnor sedan 2005, till 46 procent. Motsvarande ökning för män är 15 procentenheter, till 40 procent. Andelsökningen för psykiatriska diagnoser har också varit högre för sjukfall ett år eller längre än för sjukfall under kortare tid än ett år, för såväl kvinnor som män.

**Diagram 3.8** Andelen pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos för kvinnor och män, under ett år eller mer



ISF har genomfört en studie om hur sjukförsäkringens utformning och tillämpning förhåller sig till de senaste årens utveckling med en stigande andel sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser.<sup>4</sup> I rapporten konstateras att det ofta är svårare att fastställa arbetsförmågan för personer med en psykiatrisk sjukdom än för personer med en fysisk åkomma. Dessutom påverkar psykiatrisk sjukdom funktioner som är väsentliga för de flesta arbeten. Byte av arbetsuppgifter eller andra anpassningar ökar inte förutsättningarna för arbete på samma sätt som vid till exempel ryggbesvär.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) publicerade under våren 2015 rapporten *Arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning – en kunskapsöversikt*. Kunskapsöversikten visar att det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som mest effektivt underlättar återgång i arbete efter en sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är vagt. Däremot finns det flera vetenskapligt dokumenterade faktorer i arbetet, så kallade friskfaktorer, som kan reducera risken

för psykisk ohälsa och som kan användas i det förebyggande arbetet. Kunskapsöversikten visar att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet. Det finns belägg för att påfrestningar på jobbet i form av psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter kan knytas till psykisk ohälsa och sjukskrivning. Kunskapsöversikten visar tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att en medarbetare som varit sjukskriven för psykisk ohälsa ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt, oavsett orsaken till sjukskrivningen.

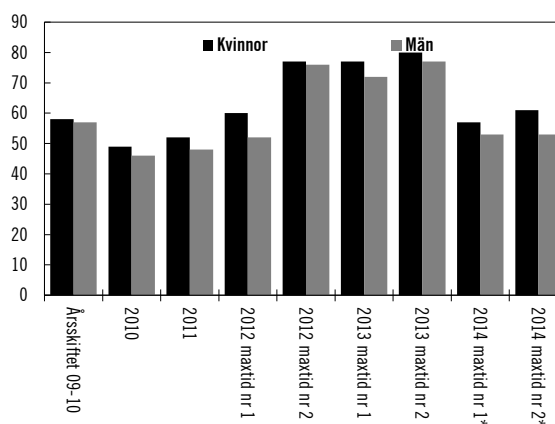
#### *Många återvänder efter att ha lämnat sjukförsäkringen vid den bortre tidsgränsen*

Sedan årsskiftet 2009/2010 har personer lämnat sjukförsäkringen – antingen på grund av den bortre tidsgränsen i försäkringen eller på grund av att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats – vid uppskattningsvis 100 000 tillfällen.

Många av dem som tvingats lämna sjukförsäkringen på grund av den bortre tidsgränsen återvänder efter en tid hos Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan och får då åter sjukpenning. Andelen som återvände (inom 15 månader) var närmare 60 procent i gruppen som hade lämnat försäkringen vid årsskiftet 2009/2010. Andelen som återvänder till Försäkringskassan och får sjukpenning har ökat över tid. En högre andel kvinnor än män återvänder.

**Diagram 3.9** Andel kvinnor och män som återvänt till sjukförsäkringen inom 15 månader efter att de lämnat sjukförsäkringen

Andel, (procent)



Källa: Försäkringskassan.

Anm: Andel som återvänt för 2014 är underskattade eftersom tidsramen för att räknas som återvändare är 15 månader lång.

<sup>4</sup> ISF:s rapport Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Rapport 2014:22.

Cirka 10 000 personer har lämnat sjukförsäkringen en andra gång till följd av den bortre tidsgränsen. I denna grupp (maxtid 2 i diagram 3.9) har nästan 80 procent återvänt till Försäkringskassan och fått sjukpenning igen. Även bland dessa var andelen kvinnor högre än andelen män. Under 2015 beräknas i genomsnitt mellan 1 000 och 1 100 personer per månad förlora sin sjukpenning på grund av den bortre tidsgränsen.

Begränsningarna i det antal sjukpenningdagar som kan betalas ut har lett till en försämrad ekonomisk situation för många försäkrade. Detta framgår av Försäkringskassans redovisning av inkomstutvecklingen för de personer som berörs av begränsningarna under åren 2010–2012.<sup>5</sup> Rapporten visar att andelen personer som fått försörjningsstöd från kommunerna har ökat efter att individerna inte längre haft rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Denna utveckling gäller för både kvinnor och män.

Försäkringskassans rapport visar också att relativt många i de äldre åldersgrupperna har tagit ut den allmänna ålderspensionen i samband med att de inte längre kan få ersättning från sjukförsäkringen vid den bortre tidsgränsen. År 2012 gällde detta 27 procent av kvinnorna och 29 procent av männen i åldersgrupperna 61–64 år. Ett uttag av ålderspension före 65 års ålder innebär att pensionen för resten av livet blir lägre än om pensionen hade börjat tas ut vid 65 års ålder.

#### *Aktivitetsförmågeutredning*

Försäkringskassan bedriver en pilotverksamhet för att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga, s.k. aktivitetsförmågeutredning (AFU). Med anledning av tillkännagivande från riksdagen (bet. 2012/13:SfU10, rskr 2012/13:277) om metoder för bedömning av arbetsförmåga har ISF på regeringens uppdrag granskat vissa delar av bedömningsinstrumentet AFU. Syftet med granskningen har varit att undersöka om bedömningsmodellen i AFU tillgodoser kravet på en individuell prövning i varje enskilt ärende och om AFU är förenligt med en bedömning mot

arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

ISF anser att det finns betydande fördelar med AFU. Utredningen ger god transparens avseende vad som bedöms och hur det bedöms. En sådan öppenhet och tydlighet gynnar den försäkrades möjligheter till delaktighet i utredningen och bedömningen. Standardiseringen bidrar även till möjligheter att bygga bort oönskad variation i tillämpningen av sjukförsäkringen.

Vidare anser ISF att informationen i AFU-utlåtandet kan ge goda förutsättningar för att göra en individuell prövning av det enskilda ärendet. I huvudparten av de granskade ärendena bedömer ISF att en individuell prövning har gjorts, dvs. att bedömningen har gjorts i förhållande till den enskilde och inte i förhållande till en ”normal referensperson” eller andra försäkrade med liknande sjukdomar eller skador. I vart tjugonde ärende hade Försäkringskassan inte tagit hänsyn till nya, och för bedömningen betydelsefulla, uppgifter i AFU-utlåtandet. Det gör att det finns tveksamheter i prövningen av dessa ärenden.

ISF bedömer att metoden har betydande fördelar men att det behövs åtgärder beträffande Försäkringskassans handläggning både före och efter en AFU.

Det finns stora variationer i om handläggare använder sig av möjligheten att beställa en AFU eller inte. Dessutom anser ISF att Försäkringskassan inte i tillräcklig utsträckning använder sig av sina medicinska rådgivare och försäkrings-specialister vid bedömningen av de AFU som kommer in till Försäkringskassan. ISF anser därför att det behövs tydliga riktlinjer och en kontinuerlig kompetensutveckling som ger handläggarna det stöd som behövs för att man ska uppnå en mer enhetlig handläggningsprocess vid en AFU.

När det gäller det kunskapsunderlag som tagits fram beträffande olika yrkens tolerans för funktionsnedsättningar anser ISF att det finns brister. De olika komponenterna i underlaget är ännu inte validerade, vilket innebär att det är osäkert om underlaget speglar de krav som den svenska arbetsmarknaden ställer på arbetstagare. Dessutom är kunskapsunderlaget inte färdigutvecklat och det finns inte någon säkerställd förvaltning av det.

ISF konstaterar att det har funnits farhågor om att kunskapsunderlaget, som endast ska vara

<sup>5</sup> Försäkringskassan – Socialförsäkringsrapport 2014:12: Sjukfrånvarons utveckling Delrapport 1, 2014.

en referensram, ska få en normerande roll vid bedömning av arbetsförmågan gentemot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta har inte kunnat studeras av ISF på grund av att det av Försäkringskassans dokumentation oftast inte framgår om och hur kunskapsunderlaget har använts.

Regeringen bedömer att AFU är väl förenligt med att kunna göra en individuell bedömning i varje enskilt ärende. I fråga om de brister ISF har påtalat i Försäkringskassans arbete avser regeringen att hantera dessa inom ramen för sin styrning av Försäkringskassan. Härmed anser regeringen att riksdagens tillkännagivande är slutbehandlat.

### *Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning ökar*

Allt sedan mitten av 2011 har det skett en – om än svag – ökning av nybeviljandet av sjukersättning. Under 2014 nybeviljades totalt 13 144 personer sjukersättning (57 procent kvinnor och 43 procent män). Uppgången beror bl.a. på att fler personer har sjukpenning, varav vissa efter en tid får sjukersättning. Trots ökat nybeviljande fortsätter det totala antalet personer med sjukersättning att minska. Det beror på att relativt många personer med sjukersättning samtidigt övergår till ålderspension. Under 2014 var det nära 26 700 personer vars sjukersättning upphörde på grund av att de fyllde 65 år.

Försäkringskassan har undersökt den rättsliga kvaliteten i beslut om sjukersättning.<sup>6</sup> Granskningsresultaten visar att det finns en betydande förbättringspotential, både när det gäller utredning och bedömning av rätten till sjukersättning.

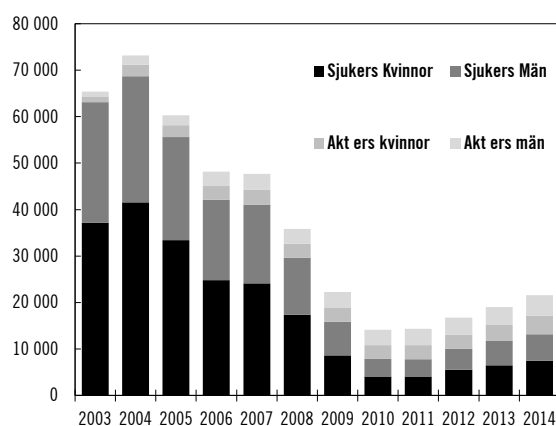
För aktivitetsersättningen har ett högt nybeviljande i kombination med relativt lågt utflöde medfört att antalet personer med denna ersättning har ökat allt sedan aktivitetsersättningen infördes 2003. I december 2014 hade ca 34 500 personer aktivitetsersättning varav ca 16 200 unga kvinnor och 18 400 unga män. Av dessa hade 83 procent ersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga och 17 procent för förlängd skolgång. Omkring 70 procent av alla som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga

gör det på grund av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

Tidigare ökade inflödet till aktivitetsersättningen främst av nybeviljande för förlängd skolgång. Numera är det i stället ett aningen högre nybeviljande för nedsatt arbetsförmåga, vilket uppgick till ca 54 procent av det totala nybeviljandet för 2014.

Trenden med allt fler unga med aktivitetsersättning<sup>7</sup> återfinns även i ett flertal andra OECD-länder, inklusive våra grannländer. Orsaken till den generella ökningen är dock inte helt klarlagd.

**Diagram 3.10** Antalet nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning, 2003–2014



Källa: Försäkringskassan.

### *Lägre inkomststandard bland långtidssjukskrivna och personer med sjuk- och aktivitetsersättning<sup>8</sup>*

Bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning beräknas inkomststandard (medianen) 2015 motsvara 74 procent av inkomststandard för den övriga befolkningen. Jämförs kvinnor respektive män som har sjuk- och aktivitetsersättning har män totalt sett en lägre ekonomisk standard. Det beror till viss del på att män som har sjuk- och aktivitetsersättning i

<sup>6</sup> Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig kvalitetsuppföljning. Rättslig uppföljning 2015:4, Försäkringskassan.

<sup>7</sup> Ersättningar som i de länderna motsvarar aktivitetsersättning.

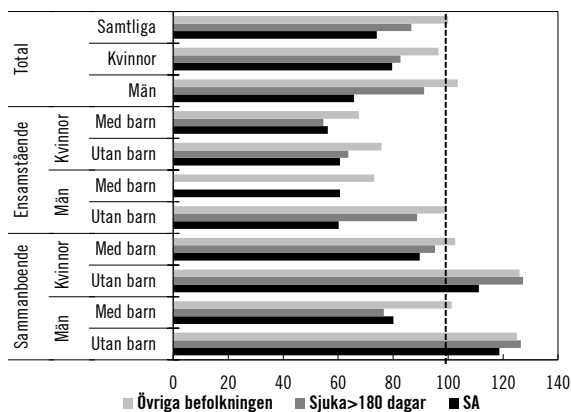
<sup>8</sup> I avsnittet redogörs översiktligt för den ekonomiska situationen för personer med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) samt långvarigt sjukskrivna (>180 dagar). I avsnittet redovisas beräkningar gjorda i SCB:s FASIT-modell baserat på ett urval från 2013 som är framskrivet till år 2015. Med SA-tagare avses personer som någon gång under kalenderåret haft sjuk- och/eller aktivitetsersättning. Med långvarigt sjuka avses personer som under kalenderåret haft minst 180 nettodagar sjuk- eller rehabiliteringspenning.

högre utsträckning än kvinnor som har sjuk- och aktivitetsersättning är ensamstående (se tabell 3.4). Ensamstående har generellt sett en lägre inkomststandard än sammanboende. En majoritet av alla personer med sjuk- och aktivitetsersättning är ensamstående, vilket är en faktor som i sig bidrar till att dessa personer generellt, både kvinnor och män, sammantaget får en svårare ekonomisk situation än den övriga befolkningen.

När det gäller den ekonomiska standarden bland långvarigt sjukskrivna så motsvarar den 87 procent av den övriga befolkningens medianvärde. Generellt sett har långtidssjukskrivna kvinnor en lägre ekonomisk standard än långtidssjukskrivna män. Liksom i gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning är det de ensamstående som har den lägsta inkomststandard.

Bland personer som är långtidssjukskrivna är hälften sammanboende och hälften ensamstående. Detta förhållande gäller både för kvinnor och män. Sjukfrånvarande med hemmavarande barn har en lägre ekonomisk standard än sjukfrånvarande utan barn, se diagram 3.11. För ytterligare information om barnhushållens ekonomiska situation se utgiftsområde 12, Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

**Diagram 3.11** Disponibel inkomst per konsumtionsenhet för gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning och långtidssjukskrivna, i relation till övriga befolkningen



Källa: Socialdepartementets beräkningar i FASIT, SCB.

Anm: Urvalet för ensamstående män med lång sjukskrivning och hemmavarande barn är för litet för att resultat ska kunna redovisas.

**Tabell 3.4** Andelen ensamstående bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna och övriga befolkningen

Procent

	Män	Kvinnor	Total
Sjuk- och aktivitetsersättning	61	48	53
Långtidssjukskrivna	53	48	50
Övriga befolkningen	33	36	35

Källa: Socialdepartementets beräkningar i FASIT, SCB.

#### *Skillnaden mellan kvinnor och män i beviljandet av arbetsskadeföränta har ökat*

Under de senaste åren har den andel av ansökningar om arbetsskadeföränta som har beviljats stigit och under 2014 uppgick beviljandefrekvensen till nära 57 procent. Ökningen är störst för män, vilket medför att skillnaden i beviljandefrekvens mellan kvinnor (ca 50 procent) och män (ca 62 procent) har ökat jämfört med 2013. När det gäller nybeviljandet sett till antal arbetsskadeföräntor så har det också ökat något under 2014 jämfört med 2013.

Antalet anmälda arbetsolyckor och arbetsjukdomar har ökat fyra år i rad. När det gäller arbetssjukdomar svarar belastningsskador för ungefär hälften av samtliga anmälningar. Andra vanliga orsaker är organisatoriska och sociala faktorer, som också har ökat under de senaste fyra åren. Drygt var fjärde anmälan om arbetsjukdom uppges vara orsakad av organisatoriska eller sociala faktorer, dvs. den psykosociala arbetsmiljön. En tredjedel av den totala ökningen av anmälda arbetssjukdomar återfinns inom sektorerna vård och omsorg samt sociala tjänster, där kvinnors anmälningar ökar mest.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i uppdrag att göra kunskapssammanställningar avseende arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdomar och ska då särskilt beakta kvinnors arbetsmiljö. Hittills har fyra rapporter sammanställts. Den första, som publicerades 2013, handlade om sömnstörningar. Två rapporter publicerades 2014, avseende arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningsdepression respektive ryggproblem. En rapport om arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom har publicerats i augusti 2015.

Försäkringskassan har i en rapport till regeringen<sup>9</sup> redovisat bedömningen att SBU:s kunskapsöversikter så gott som alltid används vid handläggning av ärenden inom de besvärsområden som täcks av kunskapsöversikterna.

#### *Minskat antal avslag och indrag av ersättning*

För sjukpenning har såväl antalet avslag på ansökan om ersättning som antalet indrag av ersättning minskat kraftigt sedan 2009, både i relativa och absoluta termer. Under 2014 uppgick andelen avslag till 1,5 procent (andelen är i princip densamma för båda könen). Vad gäller indragen har de nästan halverats både till antal och andel sedan 2009, till ca 5 300. Andelen indrag är något högre för män än för kvinnor.

Cirka en procent av alla sjukfall avslutas i dag genom att sjukpenningen dras in. Denna andel har varit oförändrad mellan 2013 och 2014.

Även för sjukersättning har andelen avslag minskat mellan 2012 och 2014. Under 2014 uppgick andelen avslag på ansökan om sjukersättning till 27 procent för både kvinnor och män.

#### *Minskat antal omprövningar och överklaganden<sup>10</sup>*

Vad gäller sjukpenningärenden har antalet omprövningar hos Försäkringskassan och överklaganden till förvaltningsdomstol<sup>11</sup> fortsatt att minska under 2014. Antalet omprövningar minskade med 19 procent mellan 2013 och 2014, vilket enligt Försäkringskassan troligen beror på att det har fattats allt färre negativa beslut avseende förmånen. Antalet överklaganden till förvaltningsdomstol har minskat med ca 14 procent under samma period. Jämförs utfallet för 2014 med antalet överklaganden 2012 handlar det om en minskning av antalet överklaganden med ca 42 procent.

Även avseende sjuk- och aktivitetsersättning fortsatte antalet överklaganden till förvaltningsdomstol att minska under 2014. Jämfört med utfallet för 2012 noteras en minskning i antalet överklaganden med 46 procent.

För såväl sjukpenningbeslut som beslut om sjuk- och aktivitetsersättning har andelen beslut som har ändrats genom överklagande till förvaltningsdomstol minskat med två procentenheter under perioden.<sup>12</sup>

#### *Sjuklönesystemet*

Riksdagen har i tillkännagivande (bet. 2005/06:SfU1, rskr. 2014/15:90 mom 10) tillkännagett som sin mening vad utskottet anfört om att en utvärdering av sjuklönesystemets effekter för småföretagare bör komma till stånd under 2006.

Frågan om sjuklönesystemet har behandlats av den parlamentariskt tillsatta kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (S 2010:04)(dir. 2010:48, dir. 2011:40, dir. 2012:26 och dir. 2012:90), som har haft i uppdrag att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Kommitténs arbete slutredovisades i mars 2015 (SOU 2015:21). Regeringen kan konstatera att kommittén inte har lämnat några förslag vad avser sjuklönesystemet. Kommitténs bedömning är att ekonomiska och juridiska drivkrafter är effektiva verktyg för att arbetsgivare ska ta ansvar för sjukfrånvaro och arbetsmiljö. De positiva effekterna måste emellertid vägas mot de negativa effekter som ökade drivkrafter kan ge upphov till. Blir arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser för stora, ökar riskerna att personer med hälsoproblem och svag anknytning till arbetsmarknaden får svårare att hitta en anställning.

En ny ersättning för höga sjuklönekostnader beslutades av riksdagen i december 2014 efter förslag i budgetpropositionen för 2015 (volym Ia Förslag till statens budget för 2015, finansplan och skattefrågor, avsnitt 7.4). Den nya ersättningen som trädde i kraft den 1 januari 2015 är utformad efter en differentierad modell som beaktar att sjukfrånvaron ser olika ut bland olika stora arbetsgivare. Syftet är att minska den börda arbetsgivares sjuklönekostnader kan utgöra. Det är särskilt de små företagen med höga sjuklönekostnader som ska avlastas denna börda. I

<sup>9</sup> Kunskapsöversikter beträffande arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom (S2014/1356/SF).

<sup>10</sup> Eventuella skillnader mellan könen vad beträffar omprövningar och överklaganden går inte att utläsa i Försäkringskassans årsredovisning.

<sup>11</sup> I statistiken om överklagade sjukpenningärenden ingår även graviditetspenning.

<sup>12</sup> För sjukpenning har ändringsfrekvensen minskat från 20,2 procent till 18,2 procent. För sjuk- och aktivitetsersättning har andelen minskat från 19,8 procent till 17,7 procent.

propositionen framgår att en uppföljning av reformen och dess effekter är nödvändig på sikt för att bl.a. tillse att regeländringen får avsedd effekt bl.a. när det gäller konsekvenser för företag.

Mot bakgrund av kommitténs ställningstagande och den nyligen införda ersättningen finner inte regeringen anledning att nu vidta ytterligare åtgärder. Härmed anser regeringen att tillkännagivandet är slutbehandlat.

### *Översyn av förmånerna handikappersättning och vårdbidrag*

Socialdepartementet tillsatte den 1 januari 2013 en interdepartemental arbetsgrupp med uppgift att göra en översyn av regler och tillämpning av förmånerna bilstöd till personer med funktionsnedsättning, handikappersättning och vårdbidrag för barn med funktionshinder (dnr S2012/09134/SF). Syftet med översynen är att stöden ska göras mer förutsägbara, rättssäkra och hållbara över tid för att därigenom åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för ersättning och för merkostnader för personer med funktionsnedsättning. Arbetet med översynen av handikappersättning och vårdbidrag för barn med funktionshinder fortskrider i Regeringskansliet.

### **Aktörer i sjukförsäkringen**

#### *Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen*

Försäkringskassan är som försäkringsgivare en central aktör i sjukskrivningsprocessen. Myndigheten ska bedöma den försäkrades arbetsförmåga och pröva rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheten ska även klarlägga den sjukskrivnes behov av rehabilitering och samordna de åtgärder som kan behövas, och som andra aktörer har ansvar för. Enligt mål i regleringsbrevet ska Försäkringskassan verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess.<sup>13</sup>

Uppföljningar visar att kvaliteten är god i de beslut där Försäkringskassan nekar sjukpenning. Det finns däremot förbättringspotential i bifallsbesluten både vad gäller bedömningen av

arbetsförmågans nedsättning (framför allt från dag 180) och efterlevnaden av gällande regelverk, där beslut för närvarande fattas alltför sent.

Uppföljningar av sjukskrivningsprocessen visar att färre bedömningar sker i rätt tid. Enligt en studie från ISF<sup>14</sup> har andelen sjukfall som avslutas i samband med tidsgränserna minskat sedan 2012, vilket innebär att sjukperioderna blir längre. Enligt ISF är förlängningen av sjukperioderna generell och omfattar såväl män som kvinnor som är sjukskrivna med olika diagnoser. Vidare konstateras att Försäkringskassan under senare år i allt mindre utsträckning prövar rätten till ersättning vid dag 90 respektive 180 i enlighet med regelverket.

Försäkringskassans egna analyser visar på samma mönster. År 2012 gjordes bedömningarna vid dag 90 i ca 70 procent av samtliga ärenden och bedömningarna vid dag 180 i 76 procent av alla ärenden. År 2014 hade andelen bedömningar vid dag 90 respektive dag 180 sjunkit till ca 35 procent.<sup>15</sup>

Vidare visar uppföljningar att Försäkringskassan använder försäkringsmedicinska utredningar i liten utsträckning. Av de anslagna medlen om 250 miljoner kronor förbrukades 115 miljoner kronor under 2014. Det finns också stora regionala variationer i Försäkringskassans beställningar av försäkringsmedicinska utredningar.

I en av Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljningar av sjukfall som nått den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen framgår att i cirka en tredjedel av sjukfallen som avslutats på grund av den bortre tidsgränsen hade myndigheten inte tagit ställning till den enskildes behov av rehabilitering. I de fall sådana insatser hade planerats blev de ofta försenade. Försäkringskassan har även funnit brister vad gäller utredningen av de medicinska förutsättningarna för att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Möjligheterna till omställning till annat arbete på arbetsmarknaden har vidare inte beaktats tillräckligt.

Försäkringskassan har under 2014 inte kunnat fokusera på utredning och samordning av insatser för återgång i arbete i den utsträckning myn-

<sup>13</sup> Försäkringskassans regleringsbrev för budgetåret 2015.

<sup>14</sup> Tidsgränserna i sjukförsäkringen, Rapport 2015:5.

<sup>15</sup> Sjukfrånvarons utveckling, Delrapport 1, 2015, Försäkringskassan.

digheten har önskat. Ett högt inflöde av nya sjukfall, en organisationsförändring och ett nytt arbetssätt uppges vara anledningar till detta. Handläggningstiderna har under 2014 ökat något för sjukpenning medan de i stort sett är oförändrade för sjukersättning.

Förvaltningskostnaderna för förmåner inom sjukförsäkringen har dock ökat och uppgick 2014 till omkring 4 miljarder kronor.

#### *Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens gemensamma uppdrag avseende tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete är en central del i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Målsättningen är att den arbetssökande ska finna, få och behålla ett arbete. Myndigheternas samarbete består av två delar: gemensam kartläggning och aktiva insatser. Gemensam kartläggning är ett arbetssätt för samarbetet mellan myndigheterna som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. De aktiva insatserna ska stödja målsättningen om övergång eller återgång till arbete. Inom ramen för samverkan är Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster tillgängligt.

Under 2014 initierades färre gemensamma kartläggningar än tidigare år. Under 2014 genomfördes knappt 17 000 gemensamma kartläggningar, vilket kan jämföras med 2013 då ca 21 600 kartläggningar genomfördes. Under januari – maj 2015 har ca 7 500 kartläggningar genomförts, vilket är i nivå med antalet kartläggningar som genomfördes under motsvarande period 2014. Cirka 73 procent av personerna som var föremål för kartläggning under 2014 hade sjukpenning och av dessa var 66 procent kvinnor och 34 procent män. Kartläggningarna sker allt senare i sjukfallen och genomförs till viss del som en delförberedelse för programmet arbetslivsintroduktion. 37 procent av kartläggningarna genomfördes mellan dag 730 och 914 i sjukfallen.

Under 2014 påbörjade 12 650 personer aktiva insatser, varav 63 procent kvinnor och 37 procent män. Majoriteten utgörs av arbetslösa sjukskrivna medan andelen anställda sjukskrivna har minskat. Cirka 50 procent av dem som lämnat samverkan efter en arbetslivsinriktad insats gick till arbete eller utbildning 90 dagar efter insatsen 2014. Cirka 20 procent av delta-

garna gick till program med aktivitetsstöd eller var öppet arbetslösa.

Den effektutvärdering som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har genomfört har inte kunnat påvisa några tydliga effekter i termer av minskad sjukfrånvaro eller ökad arbetsförmåga för deltagarna jämfört med en kontrollgrupp. Däremot finns vissa indikationer på positiva effekter i form av att kvinnor som tidigt fick del av samverkan snabbare kom tillbaka till arbete eller studier.<sup>16</sup>

När det gäller aktivitetsersättning lämnade 430 kvinnor och män ersättningen under 2014 efter avslutad arbetslivsinriktad insats. Drygt 240 av de 430 personerna var i arbete eller utbildning 90 dagar efter avslutad arbetslivsinriktad insats.

#### *Samordningsförbund*

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser ger Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt kommuner och landsting möjlighet att genom samordningsförbund vidta åtgärder för individer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser för att uppnå eller förbättra sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Samordningsförbunden kan prioritera insatser för målgruppen genom att t.ex. initiera och finansiera särskilda rehabiliteringsinsatser eller rehabiliteringsprojekt samt verka för en effektiv rehabiliteringsprocess genom en utvecklad samverkan mellan myndigheterna.

Vid utgången av 2014 fanns det 85 samordningsförbund, vilka omfattade 240 av Sveriges 290 kommuner. I ytterligare 18 kommuner planeras bildandet av samordningsförbund under 2016.

Under 2014 omfattades ca 39 000 personer av samordningsförbundets insatser<sup>17</sup>. Av dessa är 52 procent kvinnor och 48 procent män. Män är således överrepresenterade i förhållande till sin andel av det totala antalet sjukfall. Cirka 8 700 personer har avslutat en insats under 2014 och av dessa arbetade eller studerade ca 35 procent i någon omfattning i anslutning till att insatsen har avslutats.

<sup>16</sup> Det förstärkta samarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliterings-samarbete – uppföljning nr 2, 2015.

<sup>17</sup> Uppföljning av finansiell samordning, Försäkringskassan, 2015.



Sedan 2011 har Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i uppdrag att särskilt prioritera unga med aktivitetsersättning inom ramen för samordningsförbundens verksamhet. När det gäller aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga har drygt 6 procent av alla som har denna ersättning under 2014 deltagit i insatser i samordningsförbundens regi. Cirka 20 procent av deltagarna med aktivitetsersättning har gått vidare till arbete eller studier efter avslutad insats.

#### *Hälso- och sjukvårdens insatser*

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i sjuk-skrivningsprocessen på grund av sitt ansvar att dels tillhandahålla medicinsk behandling och rehabilitering, dels bedöma patientens medicinska tillstånd och leverera medicinska utlåtanden som underlag för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

God tillgänglighet till effektiv och kunskapsbaserad vård, behandling och rehabilitering via primärvården är centralt för att motverka ohälsa och sjukskrivning, samt bidra till en väl fungerande sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården och då främst primärvården är tidigt involverade i ett sjukfall då även ställning tas till behovet av sjukskrivning. Det är av stor vikt att det finns en ändamålsenlig primärvård med tillgång till alla, för den enskilde, relevanta kompetenser. Läkarna har en viktig roll i sjuk-skrivningsprocessen givet den betydelse läkarens intyg har för bedömning av rätten till ersättning och vikten att denna bedömning blir korrekt.

#### *Rehabiliteringsgarantin*

Genom statens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om den så kallade rehabiliteringsgarantin stimulerar staten hälso- och sjukvårdens utbud av kunskapsbaserade behandlingar. De behandlingsmetoder och diagnosgrupper som inkluderas i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR) vid icke specifika rygg- och nackbesvär samt kognitiv beteendeterapi (KBT) vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.

Utvärdering av behandlingar inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne visar på positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro efter KBT-behandling för de patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades. KBT-behandling av de personer som redan var sjukskrivna gav emellertid ingen effekt på sjukfrån-

varon. Multimodal rehabilitering (MMR) uppvisade negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro<sup>18</sup>.

Riksrevisionen har granskat överenskommelserna mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting från ett styrningsperspektiv<sup>19</sup>. I rapporten görs bedömningen att prestationsbaserade överenskommelser kan leda till att målet om likvärdig vård i hela landet riskeras.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen redovisat beräkningar på landstingens faktiska kostnader för genomförda behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin<sup>20</sup>. För såväl KBT som MMR är de faktiska kostnaderna enligt Socialstyrelsens beräkningar lägre än den ersättning som landstingen får från rehabiliteringsgarantin.

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har medel reserverats för ny forskning, den så kallade Rehsam-satsningen. Forte har fått i uppdrag att göra en vetenskaplig bedömning av forskningsresultaten från Rehsam-satsningen.

#### *Sjukskrivningsmiljarden*

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

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har kartlagt och analyserat landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan inom ramen för sjukskrivningsmiljarden.<sup>21</sup> Myndigheternas övergripande slutsats är att arbetet med nuvarande incitamentsmodell endast har lett till en begränsad

<sup>18</sup> Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro, ISF 2014:12.

<sup>19</sup> Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej (RiR 2014:20).

<sup>20</sup> Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar, Socialstyrelsen 2014-10-05.

<sup>21</sup> Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys, Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2015.

integration av sjukskrivningsfrågan på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att sätta sjukskrivningsfrågan i fokus och till ett mer strukturerat arbete. Samtidigt upplever sjukvårdsföreträdare incitamentsmodellen som en påläga vilken har lett till undanträngningseffekter gentemot andra områdessatsningar. Socialstyrelsen och Försäkringskassan bedömer att incitamentsmodellen skulle behöva utvecklas ytterligare för att stödja landstingen mer effektivt i deras arbete med att utveckla en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

#### *Försäkringsmedicinska utredningar*

I dag kan Försäkringskassan beställa försäkringsmedicinska utredningar från landstingen. Detta regleras sedan 2010 genom överenskommelser mellan staten och SKL. Överenskommelserna är emellertid frivilliga, vilket innebär att landsting inte är ålagda att genomföra försäkringsmedicinska utredningar.

FörMed-utredningen har i betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) lämnat förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar bättre ska tillgodoses. Utredningen föreslår att det i lag regleras att landstingen ska få ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Betänkandet har remitterats och en majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslagen. Frågan bereds i Regeringskansliet.

#### *Arbetsgivares insatser*

Arbetsgivaren har en central roll både vad avser att förebygga sjukfrånvaro och i fråga om anställdas rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren är bl.a. skyldig att se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet och ska även svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Att arbeta för och värna en god arbetsmiljö – och därigenom förebygga sjukfrånvaro – är centralt.

Som tidigare nämnts visar Fortes kunskapsöversikt vilken viktig roll arbetsgivaren har och att arbetsplatserna måste involveras för att sjukskrivna ska komma tillbaka i arbete efter sjukskrivning. Regeringen har under våren 2015 inlett samtal med arbetsmarknadens parter för att diskutera både den stigande sjukfrånvaron och vilka åtgärder som kan vidtas för att vända utvecklingen.

#### *Arbetsplatsnära stöd*

Sedan den 1 april 2014 finns ett bidrag riktat till arbetsgivare för att ge möjlighet att köpa arbetsplatsnära stödinsatser till anställda i syfte att förebygga sjukfall respektive att vid sjukfall underlätta arbetstagarens återgång i arbete. Med en arbetsplatsnära stödinsats avses en utredande insats för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdomar och skador samt att initiera åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Stödinsatsen kan anordnas av företagshälsovården eller annan anordnare med likvärdig kompetens. Bidraget syftar till att underlätta för arbetsgivaren att ta sitt rehabiliteringsansvar och ska stödja arbetsgivaren att vidta tidiga och anpassade åtgärder. Under 2014 genomförde Försäkringskassan informationsinsatser om det arbetsplatsnära stödet riktade till bl.a. arbetsgivare och arbetsgivarorganisationer, fackföreningar och företagshälsovård.

Nästan 550 arbetsgivare ansökte om bidraget 2014 och drygt 10 200 arbetsplatsnära stödinsatser har genomförts. Knappt tre fjärdedelar av alla insatser avser kvinnor. Det är framför allt kommunala arbetsgivare som använt sig av bidraget. Drygt hälften av totalsumman av utbetalda bidrag har gått till denna sektor, ca 25 procent till företag och organisationer, 17 procent till landsting och knappt 5 procent till statliga myndigheter. Den kommunala sektorn har högst andel kvinnliga mottagare av insatserna, 86 procent. Endast bland företag och organisationer har en majoritet (58 procent) av insatserna riktats till män.

#### **Myndigheten Försäkringskassan**

Försäkringskassan genomgick under 2014 en omorganisation där ledning och styrning av verksamheten har gått från fokus på ett internt produktionsinriktat perspektiv till att i större utstäckning utgå från individens behov. Verksamheten styrs numera utifrån medborgarnas behov inom sex livssituationer, såsom att ha tillfälligt nedsatt arbetsförmåga, att leva med funktionsnedsättning samt att vänta eller ha barn. Från och med 2014 utgör även de s.k. kundlöftena, som handlar om att myndigheten ska bli mänskligare, enklare och tryggare, grunden för Försäkringskassans arbete. Arbetssättet Lean, som innebär en strävan efter ständiga för-

bättringar, utgör numera en integrerad del i verksamheten.

#### *Svårbedömd kvalitetsutveckling*

Försäkringskassan bedrev under 2014 ett arbete för att utveckla den systematiska kvalitetsuppföljningen. Myndigheten har tagit fram en ny kvalitetsdefinition som syftar till att i större utsträckning mäta kvaliteten utifrån kundernas behov, givet det utrymme som lagstiftningen tillåter. Därutöver har en modell för systematisk kvalitetsutveckling tagits fram. Arbetet har inneburit vissa utmaningar och den nya modellen har ännu inte kommit på plats i alla delar. Det är med anledning av detta inte möjligt att för 2014 göra en sammantagen helhetsbedömning av kvaliteten. Av de indikatorer som finns att tillgå visar emellertid flera att kvaliteten har utvecklats positivt. Tillgängligheten i telefon har förbättrats under den andra halvan av 2014 och JO-anmälningar samt skadeståndsansökningar var färre 2014 än 2013. Det finns emellertid även indikatorer som pekar på en mindre positiv utveckling av kvaliteten. Handläggningstiderna har försämrats för ett antal förmåner och bedömningarna inom ramen för sjukförsäkringens regelverk görs i mindre utsträckning i rätt tid än tidigare.

#### *Medborgarnas förtroende för Försäkringskassan*

Försäkringskassan har under de senaste åren bedrivit ett aktivt arbete för att öka medborgarnas förtroende för myndigheten och för socialförsäkringen. Försäkringskassans egna undersökningar visar också på en positiv utveckling av förtroendet. Sedan 2010 har Försäkringskassans s.k. nöjd-kund-index ökat från 51 till 62. Män är överlag mer nöjda med Försäkringskassan än kvinnor, men under 2014 har nöjd-kund-index ökat även för kvinnor. Externa undersökningar ger en mer varierad bild över utvecklingen av förtroendet.

#### *Ökad digitalisering*

Försäkringskassan har sedan lång tid arbetat med standardisering och digitalisering, och under 2014 har myndigheten fortsatt att vidareutveckla sina självbetjäningstjänster. Utvecklingen av automatiserad handläggning av föräldrapenning har slutförts, vilket bedöms ha bidragit till bättre service, effektivare ärendeflöden och lägre kostnader för verksamheten. Det pågår även flera projekt för automatisering av olika förmåner, exempelvis handläggning av aktivitetsstöd och

delar av sjukförsäkringen. Vidare har Försäkringskassan tillsammans med hälso- och sjukvården fortsatt att utveckla de digitala tjänsterna för att skicka medicinsk information elektroniskt mellan vårdgivare och Försäkringskassan.

#### *Ökade volymer påverkar administrationen*

Under de senaste åren har ärendevolymer ökat inom framför allt sjukförsäkringen men även inom föräldraförmånerna och assistansersättningen. Volymökningarna har inneburit en högre arbetsbelastning och högre tryck på administrationen inom aktuella förmåner.

#### *Jämställdhetsintegrering på myndigheten*

Försäkringskassan bedriver sedan 2013 ett jämställdhetsarbete inom ramen för regeringens projekt för jämställdhetsintegrering av myndigheter, JiM (se utgiftsområde 13 avsnitt 5.4.2). Jämfört med många andra myndigheter har Försäkringskassan kommit långt i arbetet och har under året vidtagit ytterligare ett flertal åtgärder inom ramen för detta projekt. Myndigheten har bl.a. tagit fram en modell för jämställdhetsintegrering avseende styrningen inom myndigheten, genomfört fördjupade analyser av osakliga könsskillnader, genomlyst utbildningar ur ett jämställdhetsperspektiv och tagit fram ett metodstöd för att handläggare ska kunna utreda om våld mot kvinnor är en bakomliggande orsak till sjukskrivning. Aktiviteterna har genomförts i syfte att skapa förutsättningar för ett hållbart och långsiktigt arbete med jämställdhetsintegrering.

#### **Internationellt samarbete inom socialförsäkringen – samordning av sociala trygghetssystem**

Sverige är en del av en internationell värld, vilket avspeglas i socialförsäkringssystemen. Ett exempel på detta är det faktum att av de närmare 7,8 miljoner personer som enligt Försäkringskassan var försäkrade 2014 var 17 procent födda i ett annat land än Sverige. Av dessa personer var drygt en tredjedel födda inom EU/EES, främst Norden. Ett annat exempel är att ca 122 000 pensionärer som bor utomlands fick pension från Sverige 2014. De flesta av dessa personer bor i Finland, Tyskland, Danmark eller Norge. Sammantaget kan det konstateras att rörligheten till och från Sverige är betydande.

Under 2014 tillsattes en särskild utredning (S 2014:17) om svensk social trygghet i en inter-

nationell värld. Utredaren ska se över försäkringsvillkoren i de svenska sociala trygghetssystemen och tillämpningen av villkoren. Med social trygghet avses här förmåner inom socialförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen samt hälso- och sjukvården. Översynen ska göras utifrån de nya förutsättningar som globaliseringen ger i en unionsrättslig och internationell kontext. Syftet är att ta fram ett tydligt, hållbart och lättillgängligt regelverk avseende försäkringstillhörighet. Regelverket ska skapa goda förutsättningar för gränsöverskridande personrörlighet samt en effektiv och rättsäker myndighetsadministration.

Sverige genomförde under 2014 förhandlingar om socialförsäkringsavtal med Filippinerna. Förhandlingarna är nu avslutade och avsikten är att ett avtal ska undertecknas under hösten 2015 för att sedan godkännas av riksdagen.

Europeiska kommissionen har angett att den i slutet av 2015 kommer att lägga fram ett förslag till ett lagstiftningspaket i syfte att underlätta arbetskraftens rörlighet och stödja medlemsstaternas arbete mot fel och missbruk av regelverket. Paketet kommer bl.a. att omfatta en riktad översyn över valda delar av samordningsreglerna för social trygghet (Europaparlamentets och rådets förordning [EG] nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen). Kommissionen har bjudit in medlemsstaterna att vara delaktiga i arbetet med att utarbeta förslagen. Med anledning av detta har regeringen inlett ett arbete i syfte att verka för att frågor som är av stor betydelse för Sverige omfattas av förslagen.

Regeringen vill verka för ordning och reda på arbetsmarknaden. Rätten för alla EU-medborgare att fritt röra sig och arbeta var de vill inom EU är en hörnsten för det europeiska samarbetet. Regeringen har i detta sammanhang uppmärksammat att det finns utrymme för förbättrade kontroller t.ex. när det gäller socialavgifter och hanteringen av s.k. A1-intyg (intyg om försäkringstillhörighet). Mot bakgrund av detta har regeringen inlett ett arbete med att se över myndigheternas hantering av A1-intyg, både vid utfärdande och inlämnade av intyg, och har under 2014 gett ISF i uppdrag att kartlägga och analysera myndigheternas tillämpning av lagvalsreglerna i artikel 12 (utsändning) och 13 (arbete i flera medlemsstater) i förordningen 883/2004.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 oktober 2015.

### **Myndigheten Inspektionen för socialförsäkringen**

Under 2014 lämnade ISF 26 rapporter till regeringen. Av dessa ligger 14 huvudsakligen inom området systemtillsyn och 12 inom området effektivitetsgranskning. Den årliga rapporten ingår inte i denna indelning. Under 2014 publicerade ISF dessutom en arbetsrapport, tre skrivelser och två så kallade working paper på den externa webbplatsen. Under 2014 har sju vetenskapliga artiklar blivit publicerade. Förmåner inom sjukförsäkringen utgör det största fokusområdet i myndighetens granskningar.

För närvarande bereder regeringen två betänkanden av betydelse för ISF:s verksamhet, dels betänkandet från Utredningen om personuppgiftsbehandlingen vid ISF (Inbyggd integritet inom Inspektionen för socialförsäkringen [SOU 2014:67]), dels betänkandet från Utredningen om tillsyn inom socialförsäkringsområdet (Skapa tilltro – Generell tillsyn, enskilda klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen [SOU 2015:46]). Den första utredningen har analyserat behovet av en särskild lagreglering för behandling av personuppgifter för tillsyns- och granskningsverksamheten vid ISF. I betänkandet föreslås bl.a. att en ny registerlag för ISF införs och att ISF medges direktåtkomst till den s.k. socialförsäkringsdatabasen vid Försäkringskassan. Betänkandet har remitterats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I betänkandet som lämnades av Utredningen om tillsyn inom socialförsäkringsområdet i april 2015 föreslås ISF få ett utökad tillsynsuppdrag. ISF bör enligt utredningen få möjlighet att utöva generell tillsyn, inte enbart systemtillsyn, vilket innebär att inspektionen kan välja den tillsynsform myndigheten finner lämplig. Det föreslås även att ISF inom ramen för det utökade tillsynsuppdraget ska ta emot klagomål från enskilda och utreda dessa. Betänkandet är för närvarande föremål för remissbehandling.

### 3.5 Analys och slutsatser

#### *Sjukfrånvarons utveckling*

Regeringen bedömer att målet om en långsiktigt låg och stabil sjukfrånvaro inte kan anses vara uppfyllt. Sjukfrånvaron varierar fortfarande alltför mycket. Sedan 2010 har sjukfrånvaron stigit kontinuerligt och prognosen gör gällande att sjukfrånvaron kommer att fortsätta öka, med kraftigt ökande kostnader som följd. Regeringen är oroad över utvecklingen och anser att ytterligare åtgärder för att bryta den ökande sjukfrånvaron är nödvändiga.

Nu, liksom vid tidigare ökning, är det kvinnors sjukfrånvaro som ökar mest. Antalet nybeviljanden av sjuk- respektive aktivitetsersättning fortsätter också att öka. Därtill har längden på sjukfallen ökat under de senaste åren. Sammantaget medför detta att den totala sjukfrånvaron, som under nära tio års tid har minskat, nu i stället ökar svagt.

Utvecklingen är bekymmersam, inte minst mot bakgrund av att den nuvarande uppgången i sjukskrivningar har många likheter med den stora uppgången i sjukfrånvaro som skedde vid millennieskiftet. Då liksom nu handlar det till stor del om kvinnor med psykiatriska diagnoser som blir sjukskrivna. Medelåldern för sjukskrivning är dessvärre lägre denna gång – det är yngre personer med längre tid i arbetslivet framför sig som blir sjukskrivna.

Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen gjort en analys av sjukfrånvarons variationer över tid. Analysen baseras på en omfattande genomgång av befintlig forskning samt egna analyser. Slutsatsen är att det inte är möjligt att peka ut en enskild faktor som förklarar hela sjukfrånvarons variation under de senaste decennierna. Variationen i sjukfrånvaron har uppkommit på grund av en mängd faktorer som samspelar med varandra i upp- och nedgångar. Exempel på sådana komponenter är förändringar i regelverket, samspelet med förtidspensions-/sjukersättningsystemet, politiska mål och uppdrag, socialförsäkringsadministrationens förutsättningar att möta och hantera förändringar samt attityder och ageranden hos de olika aktörerna (de försäkrade, Försäkringskassan, arbetsgivare, hälso- och sjukvården samt Arbetsförmedlingen). En slutsats i Försäkringskassans rapport är att det inte skett några förändringar i folkhälsan som kan förklara den stora variationen i sjukfrånvarons nivå. Samtidigt

visar andra undersökningar att det finns en tendens både i Sverige och internationellt av ökande psykisk ohälsa, särskilt bland unga människor. Se vidare utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och arbetsliv. Denna tendens mot ökande psykisk ohälsa leder till att nivån för sjukfrånvaron höjs långsiktigt. Den förklarar däremot inte de kraftiga variationerna.

Försäkringskassan lyfter också fram några underliggande faktorer som har stor betydelse för sjukfrånvarons nivå: arbetslivets krav samt attityder och beteendeförändringar. Ett allt mer krävande arbetsliv bidrar till att accentuera trender av ökande sjukfrånvaro, samt motsatt, att motverka nedgångarna i sjukfrånvaro. Vidare förstärker människors attityder till ohälsa, sjukskrivning och arbetsförmåga redan pågående upp- respektive nedgångar i sjukfrånvaro.<sup>22</sup>

Sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är den fortsatt vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Dessvärre är det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd eller rehabilitering som är mest effektiv vid psykisk ohälsa svagt. Det är emellertid vetenskapligt belagt att arbetsgivarens medverkan är av stor betydelse för återgång i arbete.

Två tredjedelar av alla sjukskrivna är kvinnor. Mycket tyder på att en kombination av flera samverkande faktorer bidrar till skillnaden. Bland dessa faktorer finns kvinnors större ansvar för det obetalda arbetet i hemmet, den omständigheten att kvinnodominerade yrken ofta är mer människonära än mansdominerade yrken och att kvinnor oftare än män arbetar i yrken och sektorer med sämre upplevd psykosocial arbetsmiljö.<sup>23</sup>

Ökningen av nybeviljandet av sjukersättning drivs främst av utvecklingen för sjukpenningen. När antalet personer som uppbär sjukpenning samt varaktigheten i sjukfallen ökar, så ökar på sikt också antalet nybeviljade sjukersättningar, eftersom personer som har längre sjukfall i högre grad tenderar att få en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga som berättigar till sjukersättning. Bland annat av den anledningen är det bekym-

<sup>22</sup> Analys av sjukfrånvarons variation – Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

<sup>23</sup> Socialförsäkringsrapport 2014:4. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år.

mersamt att sjukfallen både ökar och tenderar att bli längre.

För unga med aktivitetsersättning är det också ett bekymmersamt faktum att få av dessa personer går vidare till utbildning och arbete. Det är angeläget att de personer som har förutsättningar att utveckla en arbetsförmåga får det stöd de behöver av olika aktörer för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden. Därmed får de också förutsättningar att genom lönearbete kunna bli mer självständiga. Det finns ett behov av fler insatser och bättre stöd för att vända trenden med ett högt antal unga personer som uppbär aktivitetsersättning.

Det finns en betydande förbättringspotential, både när det gäller utredning och bedömning av rätten till sjukersättning. Det är angeläget att Försäkringskassan vidtar relevanta åtgärder för att förbättra kvaliteten i handläggningen av dessa ärenden.

#### *Sjukfrånvaro och jämställdhet*

Det jämställdhetspolitiska målet om att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv är enligt regeringens bedömning svårt att uppfylla givet sjukfrånvarons skeva könsfördelning. Sjukfrånvaro försvårar såväl en jämn fördelning av makt och inflytande och möjligheten att vara en aktiv medborgare, som möjligheten att ge och få omsorg på lika villkor och möjligheten till ekonomisk självständighet. (Se regeringens jämställdhetspolitiska mål, och delmål, utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering).

Försäkringskassan arbetar aktivt med jämställdhetsintegrering i sin verksamhet och har vidtagit ett flertal åtgärder för att bidra till de jämställdhetspolitiska målen. Myndigheten har på ett positivt sätt inkluderat jämställdhetsperspektivet i den strategiska inriktningen och i den årliga verksamhetsplaneringen. Försäkringskassan har även analyserat förekomsten av oavsiktliga könsskillnader i handläggningen, och genomlyst sina internutbildningar ur ett könsperspektiv. Ett ytterligare resultat av myndighetens arbete med jämställdhetsintegrering är att handläggare numera utbildas i att utreda om våld i nära relationer är en orsak till ohälsa.

#### *Sjukskrivningsprocessen och dess aktörer*

Sjukskrivningsprocessens olika aktörer har alla viktiga uppgifter och kan på olika sätt bidra till målet om en låg och stabil sjukfrånvaro. Det gäller särskilt Försäkringskassan, arbetsgivarna

samt hälso- och sjukvården. Aktörernas attityder och ageranden är bl.a. av betydelse för att säkras dels att rätt person är i försäkringen, dels att tidiga insatser genomförs för att förebygga sjukdom och sjukskrivningar.

De provningar som ska ske enligt gällande regelverk genomförs inte i avsedd utsträckning. Att provningarna sker i rätt tid är av central betydelse för att upprätthålla ett aktivt förhållningssätt i sjukskrivningsprocessen och ta tillvara människors arbetsförmåga, vilket bidrar till en mer stabil utveckling av sjukfrånvaron. Det kan vidare konstateras att den bortre tidsgränsen, dvs. dag 914 i sjukfallet, har inneburit att många försäkrade har varit tvungna att lämna sjukförsäkringen utan att deras arbetsförmåga har förbättrats. Det ekonomiska skydd som sjukförsäkringen syftar till att ge vid arbetsoförmåga har, till följd av tidsgränsen i försäkringen, uteblivit. Det faktum att 70-80 procent av de personer som har lämnat sjukförsäkringen till följd av den bortre tidsgränsen har återvänt till försäkringen, indikerar att vidtagna insatser inte har varit tillräckliga för att förbättra arbetsförmågan hos dessa personer.

Enligt ett mål i Försäkringskassans regleringsbrev ska myndigheten verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som präglas av att rätt person får rätt åtgärd i tid så att fler personer återfår arbetsförmågan och ges förutsättningar att återgå i arbete. Mot bakgrund av att bl.a. sjukfrånvaron ökar, bedömningarna av sjukskrivnas arbetsförmåga görs i minskande utsträckning och att rehabiliteringsinsatser vidtas allt senare i sjukfallen bedömer regeringen att målet inte kan anses vara uppfyllt.

Myndigheten bör rikta mer kraft på att åstadkomma en väl fungerande sjukskrivningsprocess och det är angeläget att Försäkringskassan ytterligare stärker handläggningen av sjukförsäkringsärenden. Stora volymökningar inom bl.a. sjukförsäkringen har bidragit till ett hårt tryck på sjukförsäkringshandläggningen, vilket är en av orsakerna till att myndigheten haft svårt att genomföra sitt uppdrag fullt ut. En sjukskrivningsprocess där bedömningar och provningar görs enligt gällande regelverk är viktig för att motverka en stigande varaktighet i sjukfallen. Det är angeläget att Försäkringskassan åstadkommer en stärkt handläggning och samtidigt hanterar antalet sjukförsäkringsärenden som förväntas fortsätta att öka. I det arbetet ingår

även att stävja sjukfrånvaron på myndigheten som också ökat de senaste åren.

De stimulansmedel som tillförts landstingen genom sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin har bidragit till att sjukskrivningsfrågan är mer uppmärksammat än tidigare inom hälso- och sjukvården. Däremot kan det konstateras att behandlingsinsatser inom rehabiliteringsgarantin i vissa fall uppvisar negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro. Det kan bl.a. bero på att varken avslutad sjukskrivning eller återgång i arbete är utfallsmått för hälso- och sjukvårdens insatser. Det finns anledning att ytterligare stödja hälso- och sjukvårdens insatser på detta område.

### 3.6 Årlig revision

Försäkringskassan har i årsredovisningen för 2014 fått en revisionsberättelse med reservation gällande beställningsbemyndigande. Reservationen avser regeringens efterlevnad av gällande regler. Regeringen har sett över rutinerna för detta.

### 3.7 Politikens inriktning

Regeringens politik syftar till att göra sjukförsäkringen mera trygg, effektiv och förutsägbar. Utgångspunkten är att försäkringen ska ge den trygghet som försäkrade har rätt att förvänta sig samt att den försäkrade snabbt ska återkomma till arbete. Ersättning från sjukförsäkringen ska lämnas under den tid det behövs för att återfå arbetsförmågan. Den försäkrade ska erbjudas stöd för rehabilitering och omställning och den enskilda människans förmåga ska bättre tas till vara. Att alla som har förmåga är i arbete bidrar till regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro liksom målet att Sverige ska ha lägst arbetslöshet i EU 2020.

De allmänna socialförsäkringarna är en central del i den svenska välfärdsmodellen och har under lång tid framgångsrikt bidragit till att motverka ekonomisk utsatthet. De har också bidragit till en rättvisare fördelning av de ekonomiska resurserna och medverkat till både social sammanhållning och god ekonomiskt tillväxt. För regeringen är det centralt att fortsatt värna starka

offentliga trygghetssystem. Samtidigt förutsätter socialförsäkringssystemens långsiktiga legitimitet tydliga krav och en effektiv kontroll.

Den stigande sjukfrånvaron är oroande. Att bryta utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron är en av regeringens mest prioriterade frågor. Utmaningen är stor och ytterst angelägen. Bedömningen är att det behövs åtgärder på bred front och av olika aktörer för att sjukfrånvaron ska kunna stabiliseras. Regeringen avser att vidta ett flertal åtgärder under mandatperioden. Till exempel finns det anledning att återkomma till förslag som den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har lämnat i sitt slutbetänkande *Mer trygghet och bättre försäkring* (SOU 2015:21). Åtgärder inom arbetsmiljö, hälso- och sjukvård, familjepolitik, jämställdhet och arbetsmarknad bidrar till förbättrad hälsa och bättre möjligheter för människor att stanna kvar i eller återkomma till arbete.

Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna för att komma till rätta med utvecklingen. En korrekt regeltillämpning samt god samverkan med de aktörer som svarar för själva insatserna för återgång i arbete är grundläggande för en väl fungerande sjukförsäkring. Ingen mår bra av en passiv sjukskrivning.

Regeringen avser att se över möjligheterna för långtidssjuka att prova arbete eller studera en tid med bibehållen sjukersättning. Rehabiliteringsgarantin som infördes av den förra regeringen har i utvärderingar visat sig endast i mycket begränsad utsträckning bidra till minskad sjukfrånvaro. Regeringen ser därför över rehabiliteringsgarantins utformning.

#### *Jämställdhetspolitisk målsättning*

Regeringen är en feministisk regering, som sätter jämställdheten i centrum både i det nationella och internationella arbetet. Regeringen har som uttryck för sina ambitioner inom jämställdhetsområdet formulerat mål, indikatorer och åtgärder på en rad områden.

Kvinnors sjukfrånvaro är i dag 85 procent högre än mäns och har över tid också uppvisat större variationer än mäns. Regeringen föreslår därför ett jämställdhetspolitiskt verksamhetsmål med innebörden att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, mätt som sjukpenningtal, ska minska.

Regeringens aktiva jämställdhetsarbete bedöms kunna få positiva effekter på sjukfrånvarons utveckling.

### Avskaffande av den bortre tidsgränsen

Ersättningen från sjukförsäkringen ska ge trygghet och lämnas under den tid det tar att återfå arbetsförmågan. Införandet av en tidsgräns för hur länge sjukpenning kan lämnas innebär en avvikelse från denna princip. Konsekvensen har blivit att kvinnor och män som ännu inte återfått sin arbetsförmåga, eller som inte är så medicinskt färdigbehandlade att de kan medverka i arbetslivsinriktad rehabilitering, förlorat sin sjukpenning och i stället hänvisats till Arbetsförmedlingen.

En stor andel av dem som på så vis har tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen blir s.k. återvändare, dvs. de återkommer till sjukförsäkringen och Försäkringskassan och får sjukpenning efter en tid hos Arbetsförmedlingen. Den bortre tidsgränsen vare sig främjar rehabiliteringsprocessen eller garanterar att de försäkrade får rätt hjälp hos rätt myndighet eller annan aktör. Mot denna bakgrund lämnar regeringen i denna proposition förslag om att avskaffa den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen fr.o.m. den 1 februari 2016. Se vidare avsnitt 3.8.

### Medel till Försäkringskassan

Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna i sjukskrivningsprocessen. En grundläggande uppgift för myndigheten är att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. I bedömningen ingår även att ta vara på människors arbetsförmåga och förmåga till omställning för att undvika långvariga sjukskrivningar. Detta är särskilt viktigt när den bortre tidsgränsen avskaffas.

En väl fungerande sjukförsäkring som resulterar i en sjukfrånvaro på en låg och stabil nivå förutsätter att Försäkringskassan både har förutsättningar att utföra sitt uppdrag och sedan också fullgör det.

Regeringen kan konstatera att det finns brister i Försäkringskassans utrednings- och bedömningsarbete. De lagstadgade bedömningarna av de sjukskrivnas arbetsförmåga görs inte i till-

räcklig utsträckning och de sjukskrivnas möjligheter till återgång i arbete, rehabilitering och omställning tas inte tillräckligt till vara. Bristerna måste åtgärdas, inte minst för att motverka att varaktigheten i sjukfallen ökar till följd av tillkortakommanden i handläggningen.

Flera år med stigande volymer inom framför allt sjukförsäkringen har ökat trycket på Försäkringskassans administration. Myndigheten har i dag svårt att utföra sitt uppdrag inom sjukförsäkringen fullt ut. Regeringen har förståelse för att höga volymer tynger handläggningen, men vill samtidigt betona att det även i tider med höga volymer är viktigt att värna försäkringen och att den försäkringsmässiga prövningen görs i enlighet med gällande regelverk.

För att stärka handläggningen av sjukförsäkringen föreslår regeringen att Försäkringskassan tillskjuts 128 miljoner kronor i höständringsbudgeten för 2015 och 250 miljoner kronor årligen från och med 2016.

### Försäkringsmedicinska utredningar

Försäkringsmedicinska utredningar är ett verktyg för Försäkringskassan att bättre kunna ta ställning till arbetsförmågan i samband med bedömningen av rätten till ersättning.

Regeringen kommer i sin styrning av Försäkringskassan att verka för en ökad och mer enhetlig användning av försäkringsmedicinska utredningar. Det är viktigt att myndigheten använder de möjligheter som finns att vid behov komplettera befintliga medicinska utlåtanden med försäkringsmedicinska utredningar.

Ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna har utretts och förslag har lämnats i betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17). Betänkandet har remitterats och en majoritet av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag om att landstingen ska få ett lagstiftat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### Ökade medel till samordningsförbunden

Regeringen bedömer att rehabiliteringsinsatserna behöver utvecklas. Det kan vara nödvändigt att arbetslivsinriktade, medicinska och sociala



rehabiliteringsinsatser samordnas för att förbättra individens arbetsförmåga. Genom samordningsförbunden ges Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting möjlighet att åstadkomma samordnade rehabiliteringsinsatser av såväl arbetslivsinriktad som medicinsk och social karaktär, inriktade mot att stärka individens förmåga till förvärvsarbete. För att motverka långtidssjukskrivningar behöver ofta flera behov hanteras effektivt och samordnat. Det talar för att i ökad utsträckning använda samordningsförbunden för att åstadkomma ett ändamålsenligt stöd för dem som är långtidssjukskrivna.

I denna proposition föreslår regeringen att medlen till samordningsförbunden ökas för att fler förbund ska kunna bildas och för att stärka stödet för långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning.

#### **Borttagande av samordningsregel mellan boendetillägg och bostadstillägg**

En person som har haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning har i vissa fall rätt till boendetillägg. Boendetillägget minskas med de belopp som eventuellt betalas ut som preliminärt bostadsbidrag och som bostadstillägg till make eller sambo. Avsikten med denna samordning har varit att undvika en situation där två bidrag täcker samma boendekostnader. Försäkringskassan har uppmärksammat regeringen på att behovet av samordning mellan den försäkrades egna boendetillägg och makens bostadstillägg saknar grund då det redan vid beräkningen av boendetillägg respektive bostadstillägg tas hänsyn till att de försäkrade är makar. Regeringen föreslår därför i denna proposition att den nu gällande samordningen mellan boendetillägget och bostadstillägget tas bort, se vidare avsnitt 3.9. Ändringen föreslås gälla från och med den 1 januari 2016.

#### **Ändrad ersättningsgrad för närståendepenning**

Närståendepenning är en dagersättning som kan ges till en försäkrad för att vårda en närstående person som är så sjuk att sjukdomen är ett påtagligt hot mot hans eller hennes liv. Ersättningen kan i dag ges med hel, halv eller en fjärdedels omfattning. Gällande övriga dag-

ersättningar inom socialförsäkringen (som exempelvis sjukpenning och graviditetspenning) kan dessa även lämnas med tre fjärdedels ersättning. Att närståendepenning inte kan lämnas med denna omfattning är en inkonsekvens i regelverket som regeringen avser att ändra.

#### **Internationella socialförsäkringsfrågor**

Regeringen anser att en effektiv och ändamålsenlig samordning av sociala trygghetsförmåner mellan länder är en förutsättning för att ta till vara de möjligheter som globaliseringen ger i form av ökad handel, ekonomiskt utbyte och människors möjligheter att kunna arbeta och bo i olika länder. Samordningen av de sociala trygghetssystemen ska förenkla för människor att ta med sig intjänade socialförsäkringsrättigheter mellan olika länder. Det underlättar för företag att verka internationellt och bidrar till att stärka Sveriges konkurrenskraft.

Inom EU/EES finns ett utvecklat regelverk som syftar till att förverkliga den fria rörligheten genom samordning av medlemsländernas sociala trygghetssystem<sup>24</sup>. Regelverket är under ständig utveckling och Europeiska kommissionen har angett att den i slutet av 2015 kommer att lägga fram ett paket i syfte att underlätta arbetskraftens rörlighet och motverka fel och missbruk. Paketet kommer bl.a. att omfatta en riktad översyn över valda delar av samordningsreglerna för social trygghet. Regeringens uppfattning är att dessa regler bör utvecklas på ett sätt som både värnar enskildas rättigheter och medlemsstaternas rätt att själva utforma sina socialförsäkringssystem, särskilt med hänsyn till medlemsstaternas behov av att värna de nationella trygghetssystemens långsiktiga finansiella hållbarhet. Rätten för alla medborgare att fritt röra sig och arbeta var de vill inom EU måste värnas. Samtidigt ska inte regelverket kunna tillämpas på ett sätt som leder till försämrade villkor för arbetstagare eller kunna utnyttjas på ett annat otillbörligt sätt.

<sup>24</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

Regeringen anser att regelverket om försäkringsvillkoren ska vara tydligt, hållbart och lättillgängligt liksom skapa goda förutsättningar för gränsöverskridande rörlighet samt en effektiv och rättsäker myndighetsadministration. Kommande förslag från utredningen om trygghetssystemen och internationell rörlighet (S2014:17), vilka ska lämnas under 2016, utgör en viktig beståndsdel i arbetet med att skapa ett ändamålsenligt regelverk.

För regeringen är det även viktigt att arbetet med att underlätta och främja den fria rörligheten mellan de nordiska länderna fortsätter och utvecklas.

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

Ett av regeringens uttalade mål i regeringsförklaringen 2014 var att förnya och stärka arbetet med Gemensamt ansvar: Sveriges politik för global utveckling. Regeringen ska arbeta för att stärka bl.a. grundläggande social trygghet internationellt och avser att återkomma med en skrivelse till riksdagen under våren 2016.

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

### **3.8 Förslag om borttagande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen**

#### **3.8.1 Ärendet och dess beredning**

En arbetsgrupp i Socialdepartementet har tagit fram promemorian Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen (Ds 2015:17) vilken har remitterats till ett antal myndigheter

och organisationer den 30 mars 2015. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga*. Remissyttrandena och en sammanställning av remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (dnr S2015/02330/SF).

### **3.8.2 Bakgrund**

#### **Gällande regelverk**

##### *Tidsbegränsningen av sjukpenning*

Sjukpenning lämnas till den vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Antalet dagar som en försäkrad i normalfallet kan få sjukpenning är begränsat till 914. Sjukpenning på normalnivå, vilket motsvarar ca 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), kan betalas för 364 dagar inom en ramtid av de 450 närmast föregående dagarna. Den som fått sjukpenning på normalnivå i 364 dagar kan därefter få sjukpenning på fortsättningsnivå, ca 75 procent av SGI:n, under ytterligare 550 dagar. Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom, kan han eller hon emellertid få sjukpenning på normalnivå utan tidsbegränsning så länge arbetsförmågan med anledning av den allvarliga sjukdomen är nedsatt med minst en fjärdedel. Rehabiliteringspenning till försäkrade som är sjukskrivna och genomgår rehabilitering betalas ut med samma belopp och har samma tidsbegränsning som sjukpenning på normal- respektive fortsättningsnivå. När en försäkrad har fått sjukpenning för den maximala tiden om 914 dagar erbjuds han eller hon att delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) hos Arbetsförmedlingen. ALI pågår i längst tre månader och inkluderar individuellt anpassade arbetsmarknadspolitiska insatser för den som behöver förbereda sig för ett arbete eller för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Under tiden i ALI får deltagaren aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning. Den som uppfyller villkoren för arbetslöshetsersättning får, vid en anvisning till ett arbetsmarknadspolitiskt program på heltid, ett aktivitetsstöd som motsvarar vad som skulle ha betalats som arbetslöshetsersättning, dvs. högst 910 kronor och lägst 365 kronor per dag före skatt. Den som inte skulle ha varit berättigad till arbetslöshetsersättning och har

fyllt 25 år får i stället aktivitetsstöd med 223 kronor per dag före skatt.

I vissa undantagsfall kan en försäkrad som fått 914 dagar med sjukpenning få fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå. När så är fallet finns ingen tidsbegränsning och den försäkrades eventuella deltagande i ALI skjuts då på framtiden. De situationer när fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå kan betalas ut är:

- när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel till följd av en godkänd arbetsskada,
- när han eller hon är intagen på sjukhus,
- när sjukdomen medför en avgörande förlust av verklighetsuppfattningen och förmågan att orientera sig så att den försäkrade inte kan tillgodogöra sig information,
- när en återgång i arbete eller ett deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program skulle medföra risk för allvarlig försämring av sjukdomen, eller
- när det i annat fall på grund av sjukdomen är oskäligt att inte ge sjukpenning.

Reglerna om ramtid innebär att en försäkrad som fått sjukpenning i 914 dagar i normalfallet kan få sjukpenning igen först efter ca 3 månader, dvs. efter en tid som ungefär motsvarar ett eventuellt deltagande i ALI. Det rör sig således om en slags karenstid innan sjukpenning på normalnivån kan lämnas på nytt.

#### *Fasta tidsgränser för att pröva arbetsförmåga*

Det är Försäkringskassan som bedömer om den sjukskrivnes arbetsförmåga är nedsatt och fattar beslut om huruvida individen har rätt till sjukpenning. Denna bedömning görs utifrån fasta tidsgränser, den s.k. rehabiliteringskedjan, som styr när och i förhållande till vilket eller vilka arbeten som arbetsförmågan ska prövas.

Under de första 90 dagarna i en sjukperiod bedöms arbetsförmågan i förhållande till det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som den försäkrades arbetsgivare tillfälligt erbjuder. Från och med den 91:a dagen i sjukperioden ska hänsyn även tas till om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren, som denne erbjuder. Från och med den 181:a dagen ska det dessutom bedömas om den försäkrade kan försörja sig själv genom sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt. Om det finns särskilda skäl, eller om det i annat fall kan anses oskäligt, kan sjukpenning betalas ut även om den försäkrade bedöms ha en arbetsförmåga i ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Från och med dag 366 ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden om det inte kan anses oskäligt.

Rehabiliteringskedjan kan tillämpas i alla delar bara när den försäkrade har en arbetsgivare. För egna företagare bedöms arbetsförmågan i relation till det egna arbetet och från och med dag 181 även i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan alltid mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Även när rätten till sjukpenning i särskilda fall ska prövas görs bedömningen mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

För att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning enligt rehabiliteringskedjan måste man veta var i rehabiliteringskedjan den försäkrade befinner sig. Om han eller hon inte har haft några sjukperioder tidigare, motsvarar den första dagen i sjukperioden dag ett i rehabiliteringskedjan. Har den försäkrade däremot tidigare haft sjukpenning eller någon annan ersättning som ingår i en sjukperiod ska sjukperioderna läggas samman om det har gått färre än 90 dagar mellan dem. Den försäkrade hamnar då redan från början längre fram i rehabiliteringskedjan. Vid sammanläggning av sjukperioder ska man dock bortse från dagar under vilka den försäkrade har deltagit i ALI och fått aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning.

#### *Efter period med sjuk- eller aktivitetsersättning*

De personer som oavsett anledning lämnar sjuk- eller aktivitetsersättning får tillbaka sin SGI om de hade en sådan innan de beviljades ersättningen. Däremot kan de enligt huvudregeln få sjukpenning först efter tre månader för den del som avser den nedsatta arbetsförmåga för vilken de tidigare hade sjuk- eller aktivitetsersättning. Det rör sig således om en karenstid. Under vissa förutsättningar kan dock sjukpenning betalas redan i direkt anslutning till det att sjuk- eller aktivitetsersättningen upphör. Det gäller försäkrade som uppfyller antingen villkoren för fler dagar med

sjukpenning på normalnivå, dvs. nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av allvarlig sjukdom, eller något av undantagsfallen för fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå.

Härutöver finns ytterligare regler som gäller enbart för dem som lämnar aktivitetsersättningen på grund av att de fyller 30 år eller som tidigare lämnade tidsbegränsad sjukersättning med anledning av att de fått maximalt antal månader med denna ersättning. Reglerna innebär i huvudsak följande: När ersättningsperioden löper ut kan dessa försäkrade, på samma sätt som sjukskrivna som fått sjukpenning i 914 dagar, delta i ALI och få aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning under tiden i programmet. Om de inte har någon SGI att få tillbaka, eller enligt 28 a kap. 19 § socialförsäkringsbalken (SFB), har en SGI som understiger 80 300 kronor, kan de i stället för SGI-baserad sjukpenning ha rätt till sjukpenning i särskilda fall, vilket är en bosättningsbaserad förmån som betalas ut med högst 160 kronor per dag. Sjukpenning i särskilda fall lämnas i övrigt utifrån i stort sett samma villkor som annan sjukpenning. De försäkrade i fråga kan även få ett boendetillägg till aktivitetsstödet när de deltar i ALI eller om de får sjukpenning eller rehabiliteringspenning i någon form. Boendetillägget är en bosättningsbaserad skattefri månadersersättning som inte är pensionsgrundande. Storleken på boendetillägget beror bl.a. på den försäkrades civilstånd och antal barn.

### Hur fungerar gällande regelverk?

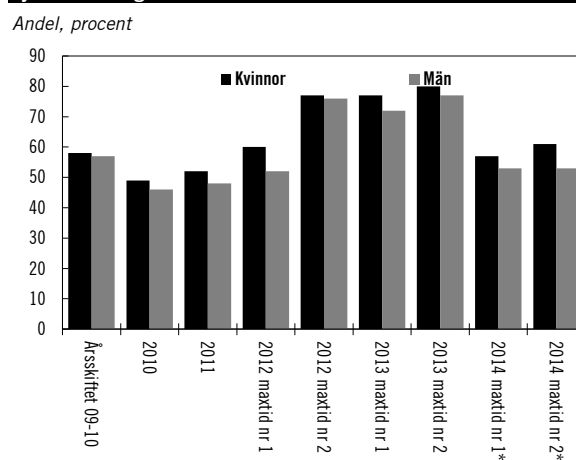
*Antalet personer som tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen till följd av den bortre tidsgränsen*

Sedan årsskiftet 2009/2010 har personer tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen vid uppskattningsvis 100 000 tillfällen på grund av den bortre tidsgränsen i försäkringen eller på grund av att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats. Ca 10 000 personer har tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen en andra gång. Sedan juli 2015 har även personer lämnat ersättningen en tredje gång.

Många av dem som tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen på grund av den bortre tidsgränsen återvänder till Försäkrings-

kassan och får sjukpenning. Andelen som återvände (inom 15 månader) uppgick till närmare 60 procent i årsskiftesgruppen 2009/2010. Årsskiftesgruppen bestod till allra största delen av personer som hade fått sjukpenning i minst två och ett halvt år. I gruppen ingick nästan 9 500 kvinnor och 4 800 män. De som tvingades lämna ersättningen från sjukförsäkringen under resten av 2010 och 2011 (ca 31 500 kvinnor och 13 400 män) hade huvudsakligen haft tidsbegränsad sjukersättning. Andelen av dessa som återvände till Försäkringskassan och fick sjukpenning uppgick till ca 50 procent, varav en något högre andel kvinnor än män. En förklaring till att det var en lägre andel återvändare bland de personer som lämnade 2010–2011 än i årsskiftesgruppen 2009/10 är att de som hade haft sjukersättning på garantinivån och inte hade någon sjukpenninggrundande inkomst att få tillbaka inte kunde få sjukpenning oavsett om de fortfarande saknade arbetsförmåga eller inte. Andelen som återvänder till Försäkringskassan och får sjukpenning har ökat över tid.

**Diagram 3.12 Andel män och kvinnor som återvänt till sjukförsäkringen inom 15 månader efter det att de lämnat sjukförsäkringen**



Källa: Försäkringskassan.

\*Andel som återvänt för 2014 är underskattade eftersom tidsramen för att räknas som återvändare är 15 månader lång.

I den grupp som har tvingats lämna sjukförsäkringen en andra gång (maxtid 2 i diagram 3.12) återvänder nästan 80 procent till Försäkringskassan och får återigen sjukpenning.

Ca 1 000–1 100 personer per månad beräknas i genomsnitt lämna sjukpenning på grund av den bortre tidsgränsen under 2015. För åren 2016–2018 väntas antalet bli 1 300–1 700 i genomsnitt per månad, varav ca 200 personer förväntas behöva lämna ersättningen för andra gången.

### *Inkomstutvecklingen för de personer som inte längre kan ersättning från sjukförsäkringen*

Begränsningarna i det antal sjukpenningdagar som kan betalas ut har lett till en försämrad ekonomisk situation för många försäkrade. Detta framgår av Försäkringskassans redovisning av inkomstutvecklingen för de personer som berörts av begränsningarna under åren 2010–2012. Rapporten visar att andelen som fått försörjningsstöd från kommunerna ökade efter det att de inte längre hade rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Denna utveckling gäller för både kvinnor och män.

Rapporten visar också att relativt många i de äldre åldersgrupperna har tagit ut den allmänna ålderspensionen i samband med att de inte längre har kunnat få ersättning från sjukförsäkringen vid den bortre tidsgränsen. År 2012 gällde detta 29 procent av männen och 27 procent av kvinnorna i åldersgrupperna 61–64 år. Tidigt uttag av ålderspension, dvs. före 65 års ålder, innebär att pensionen blir livslångt lägre jämfört med om pensionen hade tagits ut vid 65 års ålder.

Av rapporten framgår vidare att den genomsnittliga årsinkomsten (lön och offentliga transfereringar) sjönk för flertalet i de redovisade grupperna det år som de inte längre kunde få ersättning från sjukförsäkringen. För de personer som återvände till sjukpenning återställdes emellertid inkomsterna året efter. Den genomsnittliga årsinkomsten för de personer som inte återgick till sjukpenning var däremot fortsatt lägre än året innan det år dessa lämnade försäkringen. Samtidigt ökade förvärvsinkomsterna för dessa personer. Sannolikt kan denna ökning hänföras till en mindre grupp personer som har övergått till ett arbete efter att de inte längre haft rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

### *Programmet arbetslivsintroduktion*

De personer som fått maximalt antal dagar med sjukpenning eller inte längre haft rätt till aktivitetsersättning för att de har fyllt 30 år ges möjlighet att delta i programmet arbetslivsintroduktion (ALI) hos Arbetsförmedlingen. Programmets syfte är att ge individanpassade insatser av utredande, vägledande eller orienterande karaktär för att förbereda inför ett arbete eller för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program.

Under perioden januari 2010 till juni 2014 deltog ca 80 000 personer i ALI. Ungefär

68 procent av deltagarna är kvinnor och flest deltagare finns i åldersintervallet 40–49 år. Generellt är aktivitetsnivån låg och Arbetsförmedlingens uppföljningar har visat att en majoritet har en aktivitetsnivå på högst fem timmar i veckan. Vissa deltagare deltar inte alls i aktiva insatser under programtiden. Den främsta orsaken till detta är ohälsa. I oktober 2013 var 32 000 personer av dem som avslutat ALI inskrivna vid Arbetsförmedlingen, varav drygt 15 000 var inskrivna som arbetslösa. Övriga deltog framför allt i arbete med stöd.

Den generella bilden är att ju längre tid som gått efter avslutad ALI desto fler personer återvänder till Försäkringskassan och får återigen sjukpenning.<sup>25</sup>

### *Insatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

Människor ska få rehabilitering och, när så behövs, stöd för omställning för att kunna ta till vara sin arbetsförmåga. Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens gemensamma uppdrag om tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete är en central del i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Målsättningen är att den arbetssökande ska finna, få och behålla ett arbete. Samarbetet består av två delar, gemensam kartläggning och aktiva insatser. Gemensam kartläggning är ett arbetsätt för samarbetet mellan myndigheterna som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv. De aktiva insatserna ska stödja målsättningen om övergång eller återgång till arbete. Inom ramen för samverkan är Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster tillgängligt. Resultaten av detta samarbete redovisas i avsnitt 3.4.2.

<sup>25</sup> Arbetsförmedlingens årsredovisning 2014.

### 3.8.3 Regeringens överväganden och förslag

#### Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen

**Regeringens förslag:** Begränsningen av förmånstiden med sjukpenning på fortsättningsnivån till 550 dagar ska avskaffas. Även bestämmelsen om att sjukpenning i normalfallet inte lämnas för de tre första kalendermånader som följer på en period då en försäkrad har haft sjuk- eller aktivitetsersättning ska avskaffas. Motsvarande förändringar ska göras beträffande sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Det ska även göras nödvändiga följdändringar i vissa andra bestämmelser om sjukpenning. Bestämmelsen om att det vid beräkning av dagar i rehabiliteringskedjan ska bortses från dagar i arbetslivsintroduktion ska tas bort. Detsamma ska även gälla bestämmelsen om att boendetillägg kan lämnas till den som deltar i arbetslivsintroduktion.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Förslaget tillstyrks bland andra av *Landsorganisationen i Sverige (LO)*, *Handikappförbunden*, *Sveriges Kommuner och Landsting*. *Myndigheten för delaktighet* tillstyrker förslaget och framhåller att rehabilitering av funktionshindrade kan dra ut på tiden. *Diskrimineringsombudsmannen* anser att förslaget är positivt ur jämställdhetssynpunkt eftersom de flesta som inte kan få sjukpenning till följd av tidsgränsen är kvinnor. Detta har lett till försämrad ekonomi och att försäkrade i en del fall blivit beroende av sin partner för sitt uppehälle. Även *Tjänstemännens centralorganisation (TCO)* accepterar förslaget, men hade föredragit att den maximala tiden med sjukpenning hade förlängts med ett år och att det därefter skulle vara möjligt att bevilja tidsbegränsad sjukersättning. *Försäkringskassan* ser risker med att avskaffa den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen, eftersom tidigare erfarenheter visar att regelförändringar inom sjukförsäkringen har förstärkt den redan pågående utvecklingen av sjukfrånvaron. *Arbetsförmedlingens* bedömning är att det finns risk för att längden på sjukfallen inom överskådlig tid

kommer att öka till följd av förslaget, då det inte längre finns något krav på överlämning till Arbetsförmedlingen efter dag 914 i sjukskrivningen. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* anser att ett avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen är möjligt men då under förutsättning att Försäkringskassan upprätthåller tidsgränserna vid dag 90, 180 och 365 och prövar arbetsförmågan i enlighet med regelverket. Granskningar från Försäkringskassan och ISF visar att det kan ifrågasättas om så är fallet. *Institutet för arbetsmarknadspolitisk och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)* avstår från att yttra sig om den bortre tidsgränsen ska avskaffas eller inte. Däremot anser IFAU att det finns mycket forskning som tyder på att utflödet ur sjukförsäkringen – liksom den närbesläktade arbetslöshetsförsäkringen – ökar i samband med olika tidsgränser. IFAU föreslår därför att andra kontrollstationer införs om den bortre tidsgränsen avskaffas. *Svenskt Näringsliv* anser att det är allvarligt att föreslå ett avskaffande av den bortre tidsgränsen utan att samtidigt lämna förslag om hur de försäkrades arbetsförmåga ska tas till vara och bedömas efter 2,5 års sjukskrivning. Ett avskaffande av den bortre tidsgränsen kan innebära att attityderna till sjukskrivningarna påverkas, så att det än en gång blir mer accepterat att sjukskriva mycket långa perioder. *Arbetsgivarverket* anser att förslaget riskerar att bidra till fler långa sjukfall och anser att det bör kompletteras med bedömningstidpunkter liknande dem som finns i rehabiliteringskedjans första år. *Saco* är kritisk mot förslaget och framför att även om intentionerna med förslaget är goda så leder en avskaffad tidsgräns till längre sjukpenningperioder och minskad återgång i arbete.

**Skälen för regeringens förslag:** Den bortre gränsen i sjukförsäkringen bör tas bort. Denna tidsgräns innebär enligt huvudregeln att sjukpenning kan lämnas för högst 914 dagar: 364 dagar på normalnivån 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) och 550 dagar på fortsättningsnivån 75 procent av SGI. De som inte längre kan få sjukpenning hänvisas till det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI). Efter deltagande i detta program i minst 87 dagar kan de på nytt få sjukpenning i maximalt 914 dagar.

Många av dem som hänvisats till ALI har varit för sjuka för att kunna delta i någon meningsfull arbetsmarknadspolitisk insats. Myndigheterna har i många fall känt till att så har varit fallet,

men det restriktiva regelverk som funnits har inte gett utrymme för att lämna sjukpenning för längre tid.

För många har övergången från sjukpenning till aktivitetsstöd inneburit en betydligt lägre ersättning. Av Arbetsförmedlingens redovisning framgår att de personer som hänvisats till ALI har haft svårt att tillgodogöra sig insatsen på grund av oro för den egna ekonomin.

Huvuddelen av dem som inte längre haft rätt till sjukpenning efter 914 dagar blir s.k. återvändare, dvs. de återkommer till Försäkringskassan och får sjukpenning efter tiden i ALI. Andelen som återvänder har ökat och personerna tenderar att återvända snabbare. Ett stort antal individer som återvänt har uppnått maximalt antal dagar med sjukpenning flera gånger. Att på detta sätt behöva byta förmån innebär ökad administration för Försäkringskassan och för den enskilde kan det innebära en period utan ersättning innan den nya förmånen betalas ut.

Ett betydande antal återvänder dock inte till sjukpenning eller sjukersättning och kan inte heller ta del av stöd från Arbetsförmedlingen. Dessa riskerar att hamna i ett permanent utanförskap. För många innebär det att de måste få hjälp av kommunen i form av försörjningsstöd. Alla har dock inte rätt till försörjningsstöd eftersom hushållets totala ekonomi beaktas vid bestämmande av rätten till detta stöd. Det innebär att personen kan bli beroende av sin partner för sitt uppehälle. Av dem som tvingats lämna sjukförsäkringen är en stor majoritet kvinnor och det finns därför, som *Diskrimineringsombudsmannen* påpekat, en viktig jämställdhetsaspekt avseende utformningen av regelverket. Personer i de äldre åldersgrupperna har i många fall valt att ta ut sin ålderspension i förtid, vilket medför en lägre ålderspension för resten av livet.

Ett antal remissinstanser har framfört reservationer mot ett borttagande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Framför allt framförs att ett sådant borttagande riskerar att öka sjukfrånvaron och särskilt de långa sjukskrivningsperioderna. Det finns därför skäl att utveckla motiven bakom förslaget.

Syftet med sjukförsäkringen är att ge ekonomisk kompensation för inkomstförlust vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Det är regeringens uppfattning att ersättning ska lämnas från sjukförsäkringen så länge individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Arbetsmarknadspolitiska insatser genom

Arbetsförmedlingen ska komma i fråga för den som kan tillgodogöra sig sådana insatser. Det är inte rimligt att – som nu sker – hänvisa människor som inte har förutsättningar att tillgodogöra sig Arbetsförmedlingens insatser till myndigheten. Arbetsmarknadspolitiska insatser och aktivitetsstöd ska inte användas som ett alternativt sätt att försörja människor som på grund av sjukdom saknar arbetsförmåga och förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det är heller inte hållbart med ett regelverk som innebär att människor hamnar i en rundgång med två och ett halvt år långa sjukperioder med avbrott för tre månaders vistelse i ALI där aktivitetsnivån ofta är mycket låg. En del av dem som nu tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen gör det för tredje gången.

#### *Riksdagens tillkännagivande angående rehabilitering tillbaka till arbete*

Riksdagen beslutade den 14 mars 2013 att till regeringen ge till känna att denna skulle återkomma med förslag som säkerställer att människor som behöver rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete får det i god tid innan de når den bortre gränsen för sjukpenning. (bet. 2012/13: SfU6, rskr. 2012/13:174). En rättslig kvalitetsuppföljning som Försäkringskassan gjorde våren 2015 visar att i närmare en tredjedel av de fall som avslutas på grund av den bortre tidsgränsen har inte förutsättningarna för rehabilitering klarlagts före det att den bortre tidsgränsen nåtts, än mindre har rehabiliteringsåtgärder genomförts<sup>26</sup>. Att det hittills inte varit möjligt att säkerställa att människor får rehabiliteringsinsatser innan de tvingats lämna ersättningen från sjukförsäkringen på grund av den bortre tidsgränsen är ytterligare ett skäl att avskaffa denna. Genom förslaget att avskaffa den bortre tidsgränsen anser regeringen att tillkännagivandet är slutbehandlat.

#### *Den bortre tidsgränsens betydelse för sjukfrånvaron*

Den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen började tillämpas den 1 januari 2010. Efter denna tidpunkt har sjukfrånvaron stigit med

<sup>26</sup> Försäkringskassan. Rättslig uppföljning 2015:03, Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut, s. 13ff.

67 procent. Det är därför svårt att tro att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen har haft någon betydande positiv effekt på sjukfrånvaron.

Det kan tvärtom inte uteslutas att förekomsten av en bortre tidsgräns på ett negativt sätt påverkat sjukfrånvaron. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har tvingats lägga resurser sent i sjukskrivningsperioden för att åstadkomma bästa möjliga övergång mellan myndigheterna, i många fall för individer som saknat förutsättningar att tillgodogöra sig arbetsmarknadspolitiska insatser. En risk med tidsgränser är att åtgärder inte vidtas förrän tidsgränsen närmar sig. I detta fall har den bortre tidsgränsen kommit mycket sent i sjukskrivningsprocessen, vilket i sig kan ha försenat nödvändiga insatser. Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens återrapportering av rehabiliteringssamverkan visar att en stor andel av samverkansinsatserna vidtas nära eller i anslutning till dag 914. Detta kan tala för att den bortre tidsgränsen styr resurser bort från tidiga insatser. Försäkringskassans rättsliga kvalitetsuppföljning av sjukpenningärenden<sup>27</sup>, vilka avslutats för att dagarna tar slut, visar att en stor andel, 62 procent, har fått gemensam kartläggning som ett sätt att lämna över personer till Arbetsförmedlingen.

#### *Riksdagens tillkännagivande angående tidsgränser i sjukförsäkringen*

Riksdagen har i ett tillkännagivande (bet. 2014/15:SfU1 rskr. 2014/15:46 Mom. 4) uttalat att tidsgränserna i sjukförsäkringen ska vara kvar. Med anledning av ovan nämnda skäl anser dock regeringen att den bortre tidsgränsen bör avskaffas. Härmed anser regeringen också att tillkännagivandet är slutbehandlat.

#### *Stöd för återgång i arbete*

Som *Arbetsförmedlingen* framhållit har sannolikt ALI inneburit en positiv kontakt för många som hänvisats dit. För en mindre andel av deltagarna i ALI har insatserna också hjälpt dem att komma tillbaka till arbetslivet. De allra flesta har dock återvänt till Försäkringskassan och fått sjukpenning på nytt. Regeringen anser inte att det är rimligt att mer än 100 000 personer ska

tvingas lämna ersättningen från sjukförsäkringen för att ett mindre antal ska kunna hjälpas tillbaka till arbetslivet. Det måste vara möjligt att erbjuda stöd för återgång i arbete, även i frånvaro av en bortre tidsgräns, långt före 2,5 års sjukskrivning.

I denna budgetproposition lämnar regeringen förslag om kraftigt ökade resurser till Försäkringskassan i syfte att myndigheten ska kunna göra tidiga bedömningar av den enskildes nedläggning av arbetsförmågan och behov av rehabilitering.

Regeringen för också samtal med arbetsmarknadens parter och är beredd att vidta de ytterligare åtgärder som kan behövas för att förebygga sjukfrånvaro och bistå enskilda individer som behöver rehabilitering och omställning.

Flera remissinstanser, t.ex. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* och *Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)* har efterlyst andra kontrollstationer då den bortre tidsgränsen och ALI avskaffas. Även den rättsliga kvalitetsuppföljning som gjorts av Försäkringskassan<sup>28</sup>, och som omnämns ovan, talar för behovet av någon typ av kontrollstationer. Försäkringskassan konstaterar i sin uppföljning att det finns brister, både när det gäller bedömningen av rätten till ersättning för individen och när det gäller hur Försäkringskassan utreder den försäkrades rehabiliteringsbehov och samordnar rehabiliteringsinsatser. Detta gäller särskilt i de fall då en person inte längre kan fortsätta i tidigare arbete utan en omställning till annat arbete behövs.

Regeringen anser att det är viktigt att Försäkringskassan har ett aktivt förhållningssätt och att det finns en individuellt anpassad uppföljningsplan för varje långtidssjukskriven person liksom att Försäkringskassan säkerställer att åtgärder vidtas när det är behövligt. Det är svårt att se vad en lagreglering avseende kontrollstationer vid fasta tidpunkter skulle innebära utöver Försäkringskassans nuvarande ansvar. En reglering av fasta kontrollstationer riskerar att medföra icke-flexibla aktiviteter och uppföljningar. Bedömningar och åtgärder kan då komma att skjutas upp till de olika bedömningstillfällena.

<sup>27</sup> Försäkringskassan. Rättslig uppföljning 2015:03, Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut, s.12.

<sup>28</sup> Försäkringskassan. Rättslig uppföljning 2015:03, Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut.



Detta var vad som i stor utsträckning hände vid den tidigare tidsbegränsade sjukersättningen.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det är olämpligt att lagstifta om de metoder som myndigheterna ska använda. Däremot avser regeringen att återkomma till Försäkringskassan avseende behovet av åtgärder för att säkerställa att Försäkringskassan gör de bedömningar som följer av gällande regelverk och att människor som är i behov av det får stöd för rehabilitering och omställning. Ett sådant arbete måste avse såväl Försäkringskassans eget arbete som samverkan med Arbetsförmedlingen och andra aktörer.

Regeringen föreslår således att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffas. Förutom sjukpenning avser detta även rehabiliteringspenning, sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

#### *Avskaffad karens efter sjuk- eller aktivitetsersättning*

Den 1 januari 2010 infördes även en begränsning för den som haft sjuk- eller aktivitetsersättning och vill ansöka om sjukpenning. Begränsningen innebär att sjukpenning i normalfallet inte lämnas de första tre månaderna efter det att en period med sjuk- eller aktivitetsersättning har avslutats. En försäkrad, vars rätt till aktivitetsersättning har upphört på grund av att den försäkrade fyllt 30 år, kan i stället övergå till ALI för att prövas mot Arbetsförmedlingens insatser. Under tiden i ALI kan den försäkrade få aktivitetsstöd och boendetillägg.

Regeringen anser att även denna begränsning i möjligheterna att få sjukpenning bör tas bort. Om den försäkrade är arbetsoförmögen på grund av sjukdom, bör sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall lämnas. Den försäkrade som är i behov av arbetslivsriktad rehabilitering bör få dessa insatser samt rehabiliteringspenning eller rehabiliteringspenning i särskilda fall.

#### *Följändringar*

Regeringens förslag föranleder även följändringar i 27 kap. 20 och 32 §§ samt i 110 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

Genom regeringens förslag bortfaller behovet av det arbetsmarknadspolitiska programmet ALI och därmed även behovet av en bestämmelse om att boendetillägg kan lämnas under tid i detta program.

Vid beräkning av hur många dagar som har förflutit i den s.k. rehabiliteringskedjan finns en bestämmelse om att det ska bortses från dagar då personen deltagit i ALI och fått aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning. Även denna bestämmelse tas bort.

#### **Upphörande av programmet arbetslivsintroduktion**

**Regeringens bedömning:** Från och med den 1 februari 2016 bör det inte vara möjligt att påbörja deltagande i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion. Samtidigt bör det vara möjligt för den som före nämnda datum redan har påbörjat deltagande i programmet arbetslivsintroduktion att fullfölja det samma.

**Promemorians bedömning:** Överensstämmer med regeringens förslag, dock inte vad gäller ikraftträdandetidpunkten.

**Remissinstanserna:** Nästan samtliga remissinstanser som yttrat sig om arbetsgruppens bedömning delar denna. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* anser dock att programmet borde finnas kvar, men att deltagarna borde få ersättning från sjukförsäkringen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) infördes för att de personer som till följd av tids- och åldersgränser i sjukförsäkringen inte längre kunde få ersättning från sjukförsäkringen ändå skulle kunna få en försörjning och hjälp tillbaka till arbetslivet. I och med att regeringen nu föreslår att begränsningarna i sjukförsäkringen ska tas bort upphör även behovet av det särskilda programmet ALI. De personer som redan har påbörjat deltagande i programmet när begränsningarna i sjukförsäkringen avskaffas, bör dock ha möjlighet att fullfölja ALI om de så önskar.

Det är programmet ALI och de särskilda ersättningsreglerna vid deltagande i detta program som upphör. Den som är i behov av arbetslivsriktade rehabiliteringsinsatser och tjänster från Arbetsförmedlingen kommer även fortsättningsvis kunna ta del av dessa, t.ex. arbetsförberedande insatser inom ramen för samverkan mellan Försäkringskassan och

Arbetsförmedlingen, oavsett tid med sjukpenning. De metoder som använts och den erfarenhet som byggts upp inom ALI bör således kunna tas till vara i den övriga verksamheten.

Mot bakgrund av ovanstående bör förändringar göras i förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program och förordning (1996:1100) om aktivitetsstöd. Följändringar kommer även att göras i övriga relevanta förordningar.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

**Regeringens förslag:** De nya bestämmelserna ska träda i kraft den 1 februari 2016 och sjukpenning ska kunna lämnas för dagar från och med den tidpunkten. Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för sjukpenning och andra berörda förmåner som avser tid före ikraftträdandet. För den som före ikraftträdandet har påbörjat arbetslivsintroduktion ska dagar med tid i nämnda program inte räknas med vid beräkning av dagar i rehabiliteringskedjan. Den som efter ikraftträdandet deltar i arbetslivsintroduktion ska kunna beviljas boendetillägg enligt de tidigare gällande föreskrifterna.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag, dock inte vad gäller ikraftträdandetidpunkten. I promemorian föreslogs att ändringarna skulle träda i kraft den 1 januari 2016.

**Remissinstanserna:** *Försäkringskassan* anser att tiden mellan beslut om förändringen och ikraftträdandet är för kort med tanke på de svårigheter enskilda försäkrade kan ha att överblicka konsekvenserna av valet att fullfölja arbetslivsintroduktionen (ALI) eller att ansöka om ersättning från sjukförsäkringen.

**Skälen för regeringens förslag:** De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 februari 2016. Med tanke på att många försäkrade gör en betydande ekonomisk förlust genom den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen så bör även sådana försäkrade som nått den bortre tidsgränsen före ikraftträdandet ha möjlighet att återigen få sjukpenning från och med ikraftträdandet av de nya bestämmelserna. Motsvarande bör gälla för dagar som infaller från och med avskaffandet av

begränsningen till ersättning efter en tid med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Möjligheten att återigen få sjukpenning bör gälla oavsett om personen har påbörjat ALI eller inte. Under tid som en person deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd är personens sjukpenninggrundande inkomst (SGI), enligt 26 kap. 13 och 19 §§ SFB, vilande. Om en person som påbörjat ALI i stället vill ha sjukpenning, måste personen först skrivas ut från ALI, så att den sjukpenninggrundande inkomsten kan aktiveras innan sjukpenning enligt de nya bestämmelserna kan lämnas.

En del personer som påbörjat ALI före den 1 februari 2016 och som fortfarande deltar i programmet vid ikraftträdandet kan delta i aktiva arbetsmarknadspolitiska insatser och kan även vilja fortsätta dessa. För vissa kan det också innebära ekonomiska fördelar att fullfölja ALI. Det är bl.a. av dessa anledningar av största vikt att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tydligt informerar den enskilde om de alternativ som finns och vad som blir följden för den enskilde om denne fullföljer ALI respektive väljer att ansöka om sjukpenning. Detta är särskilt viktigt då avsikten är att ALI som programform ska upphöra och att inga personer ska skrivas in i eller återinträda i ALI från och med den 1 februari 2016.

Bestämmelsen om att det vid beräkning av hur många dagar som förflutit i rehabiliteringskedjan ska bortses från dagar i ALI, bör fortsätta att tillämpas från ikraftträdandet även för de personer som före nämnda datum har påbörjat sitt deltagande i programmet. Det bör även vara möjligt att beviljas boendetillägg enligt äldre bestämmelser för den som från och med ikraftträdandet väljer att fortsätta sitt deltagande i ALI.

Regeringens förslag avviker något från förslaget i promemorian vad gäller ikraftträdandetidpunkten. Regeringen anser i likhet med Försäkringskassan att de individer som är i ALI när de nya reglerna träder i kraft bör få rimlig tid att välja om de vill fullfölja ALI eller omedelbart ansöka om sjukpenning på nytt.

### 3.8.4 Konsekvenserna av förslagen

#### Konsekvenser för individen

Personer som har haft sjukpenning maximalt antal dagar erbjuds i dag möjlighet att delta i ALI. Det har framkommit att detta för många innebär minskade inkomster. I vissa fall behöver människor komplettera sin försörjning med försörjningsstöd under tiden de befinner sig i ALI. Arbetsförmedlingen har i tidigare rapporter framfört att Arbetsförmedlingen får lägga mycket tid på ekonomisk rådgivning för de personer som deltar i ALI. Människors oro för den egna ekonomin försvårar också arbetet med rehabilitering. Förslagen i denna promemoria innebär således en ökad trygghet för enskilda försäkrade som är långvarigt sjuka. Detta ger, i sin tur, bättre förutsättningar för rehabilitering och återgång i arbete.

De negativa effekterna med nuvarande regelverk är särskilt påtagliga för de personer som inte har kvalificerat sig för full ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. I tabell 3.5 illustreras detta med ett typfall. Typfallet avser en ensamstående person med två barn i åldrarna 14 och 16 år, en månadshyra på 6 000 kronor samt kostnader för hushållsel och hemförsäkring om totalt 400 kronor. Personens sjukpenning antas vara densamma som genomsnittet för samtliga som har haft sjukpenning längre tid än ett år. Efter 914 dagar avslutas sjukpenningen och personen övergår till ALI. Personen får aktivitetsstöd med 365 kronor per dag. Det framgår att personens disponibla inkomst, dvs. inkomst efter skatt, är 19 600 kronor så länge han/hon får sjukpenning. Under de tre månader personen deltar i ALI är den disponibla inkomsten avsevärt lägre, 14 900 kronor. Det framgår att personens inkomster är så låga att han/hon har rätt till ekonomiskt bistånd med 1 900 kronor per månad under förutsättning att personen inte har några tillgångar så som lägenhet, bil eller sparande.

**Tabell 3.5 Disponibel inkomst för en ensamstående med två barn före och efter övergången till arbetslivsintroduktion**

Kronor per månad, avrundade belopp

Inkomstslag	Under tiden med sjukpenning	Under tiden med aktivitetsstöd
Sjukpenning/aktivitetsstöd	15 200	7 700
Barnbidrag	2 300	2 300
Bostadsbidrag	3 100	3 500
Underhållsstöd	3 100	3 100
Skatt	-4 100	-1 700
<b>Disponibel inkomst</b>	<b>19 600</b>	<b>14 900</b>
Ekonomiskt bistånd	0	1 900

Källa: Socialdepartementets beräkningar.

#### Konsekvenser för myndigheterna

##### Försäkringskassan

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar löpande för att underlätta övergången från sjukförsäkring till aktivt arbetsökande eller arbete. En del i detta samarbete är att kartlägga rehabiliteringsbehovet för de personer som närmar sig den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Behovet av kartläggningar och aktiva rehabiliteringsinsatser kommer att finnas kvar. Genom att den bortre tidsgränsen tas bort får Försäkringskassan större utrymme att fokusera på insatser tidigare i ett sjukfall.

I anslutning till att en person uppnår den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen vidtar Försäkringskassan ett antal aktiviteter i syfte att underlätta övergången till ALI. I och med avskaffandet av den bortre tidsgränsen försvinner dessa aktiviteter, vilket leder till minskad administration. Administrationen underlättas också av att det inte längre är aktuellt att handlägga ansökningar om att få rätt till fler dagar med sjukpenning efter dag 914 i sjukfallet. Administrationen minskar dessutom genom att utbetalning av aktivitetsstöd till personer som finns i ALI upphör, när programmet avskaffas. Ytterligare en faktor som minskar administrationen är att antalet nya sjukfall blir färre när inflödet av s.k. återvändare upphör.

Samtidigt beräknas förslagen leda till att Försäkringskassan från och med 2016 kommer att behöva administrera ca 7 000 fler sjukfall. Detta leder till ökade administrativa kostnader för Försäkringskassan. De administrativa kostna-

derna ökar också på grund av förändringar i istöd m.m.

Den totala effekten är svår att bedöma. Bedömningen är att besparingar och kostnader huvudsakligen tar ut varandra, vilket medför att Försäkringskassans totala förvaltningskostnader är oförändrade till följd av de här föreslagna förändringarna.

#### *Arbetsförmedlingen*

Till följd av förslagen i denna proposition kommer personer som tidigare skulle ha deltagit i programmet ALI fortsättningsvis kunna beviljas ersättning inom sjukförsäkringen eller övergå till Arbetsförmedlingen i samband med en individuell prövning. Då de föreslagna förändringarna inom sjukförsäkringen medför att de målgrupper som ALI är avsett för upphör föreslås även att programmet avskaffas.

Många av dem som tidigare påbörjat ALI har direkt eller snart efter att programmet avslutats avaktualiserats från Arbetsförmedlingen då de på grund av ohälsa saknat tillräcklig arbetsförmåga för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. Många har också varit inskrivna som arbetssökande med förhinder att söka arbete och/eller omgående tillträda på arbetsmarknaden i förekommande arbete. Andelen som inte går vidare till arbete, utbildning eller andra insatser vid Arbetsförmedlingen har ökat med tiden. De föreslagna ändringarna förväntas medföra att dessa individer, som inte bedömts ha arbetsförmåga, framöver inte kommer att övergå till Arbetsförmedlingen. Samtidigt har vissa kvarstått inom ramen för Arbetsförmedlingens verksamhet och fått del av insatser efter att ALI avslutats. För personer med behov av stöd för att lämna sjukförsäkringen och kunna arbeta kommer det att vara möjligt att få insatser inom ramen för samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan eller genom samordningsförbund. Det är angeläget att personer som kan övergå till arbete gör detta i så stor utstäckning som möjligt. Därför kommer det även fortsatt att finnas ett omfattande behov av rehabiliteringsinsatser hos Arbetsförmedlingen eller genom samordningsförbund för sjukskrivna personer som genom rehabiliteringsinsatser bedöms kunna återfå arbetsförmågan och lämna sjukförsäkringen.

Förslagen bedöms medföra ett minskat resursbehov för Arbetsförmedlingen mot-

svarande 72 miljoner kronor 2016 och 78 miljoner kronor från och med 2017.

*Småföretagarnas Arbetslöshetskassa (SMÅA)* noterar att det i promemorian saknas en analys och bedömning av konsekvenser för arbetslöshetskassorna och arbetslöshetsförsäkringen. För rätt till arbetslöshetsersättning krävs bl.a. att ett arbetsvillkor ska vara uppfyllt inom en ramtid om 12 månader. Ramtiden är vanligtvis de 12 månader som närmast föregår arbetslöshetens inträde. När ramtiden ska bestämmas räknas dock inte s.k. överhoppningsbar tid, exempelvis tid under vilket sjukdom är styrkt. Överhoppningsbar tid får dock uppgå till längst fem år. Begränsningsregeln har motiverats med att arbetslöshetsförsäkringen är en omställningsförsäkring och att det arbete som kvalificerar för ersättning inte ska ligga alltför långt tillbaka i tiden.

Bestämmelserna om överhoppningsbar tid i arbetslöshetsförsäkringen är inte utformade i förhållande till bestämmelserna i sjukförsäkringen. Ett avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen innebär förvisso att personer kan få ersättning från sjukförsäkringen under en längre tid än i dag. Om sjukfallet varar längre än fem år, kan det få till följd att den sökande inte uppfyller villkoren för arbetslöshetsersättning. Det är dock redan i dag tid under vilket sjukdom är styrkt, inte sjukpenningen i sig, som utgör överhoppningsbar tid i arbetslöshetsförsäkringen. Konsekvenserna av ett avskaffande av tidsgränsen i sjukförsäkringen bör, för arbetslöshetsförsäkringen, därför vara begränsade.

#### *Allmänna förvaltningsdomstolar*

Den som inte är nöjd med Försäkringskassans beslut kan, efter omprövning, överklaga beslutet till allmän förvaltningsdomstol. År 2013 inkom totalt 3 421 sjukpenning- eller graviditetspenningären den och 2 129 ärenden som rörde sjukersättning till förvaltningsrätterna. Detaljerad statistik avseende dessa ärenden saknas. Därför går det inte att med någon exakthet uppskatta hur ärendemängden påverkas av de förslag som lämnas i denna promemoria. Bedömningen är dock att förslagen bör leda till något färre ärenden. I första hand bör detta gälla ärenden där den försäkrade har fått avslag på sin begäran om flera dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå, eftersom propositionens förslag medför att detta inte längre är aktuellt. Sjukpenning på fortsättningsnivån kan i dag

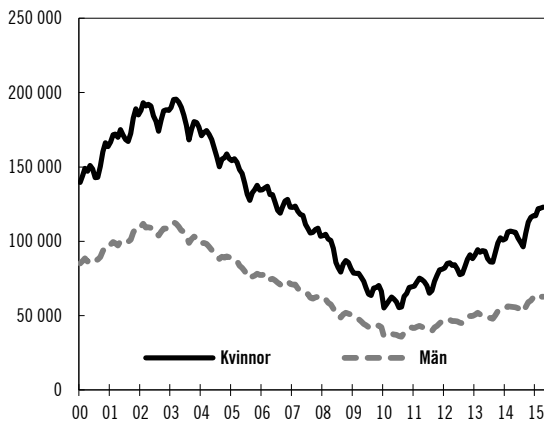
beviljas efter ansökan för fler än 550 dagar bl.a. om det skulle framstå som oskäligt att inte betala sjukpenning (27 kap. 24 a § socialförsäkringsbalken). År 2013 avlog Försäkringskassan 121 sådana ansökningar. Det kan inte uteslutas att antalet ärenden som rör sjukersättning minskar till följd av förslaget. Behovet av stadigvarande försörjning med sjukersättning är inte lika akut för den försäkrade när han eller hon genom avskaffandet av den bortre tidsgränsen kan känna sig trygg med sin försörjning.

Sammantaget bedöms antalet ärenden hos de allmänna förvaltningsdomstolarna minska något. Detta kan frigöra resurser till andra sjukpenningärenden, vilket i sin tur kan förkorta handläggningstiderna för dessa.

### Konsekvenser för jämställdhet och integration

Sjukskrivningar, inklusive långtidssjukskrivningar, är vanligare bland kvinnor än män. I diagram 3.13 framgår att antalet sjukfall under perioden 2010 till 2014 har ökat för både kvinnor och män. Där framgår även att kvinnors sjukskrivningar ökat i en snabbare takt än mäns.

**Diagram 3.13 Pågående sjukfall för kvinnor och män**



Källa: Försäkringskassan.

En majoritet av dem som uppnår den maximala tiden för sjukpenning i sjukförsäkringen är kvinnor, och av dem som uppnår maxtiden en andra gång är andelen kvinnor ännu högre. Eftersom kvinnors sjukskrivningar ökar i högre takt än mäns kommer andelen kvinnor som uppnår den maximala tiden för sjukpenning att bli högre med tiden om inte den bortre tidsgränsen tas bort.

Som ovan nämnts har många av dem som inte fått ersättning från sjukförsäkringen efter att ha

nått den bortre tidsgränsen fått en ekonomisk försäkring. Kvinnor i den aktuella gruppen har lägre inkomster än män och kan därför ha svårare att hantera inkomstsänkningar. Samtidigt har andelen personer med behov av ekonomiskt bistånd ökat mer bland männen.

Ett borttagande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen borde ge både kvinnor och män bättre förutsättningar för rehabilitering eftersom åtgärder anpassade efter individens behov kan tidigareläggas när resurser nu frigörs. Att den oro för den egna ekonomin som förknippas med den bortre tidsgränsen reduceras förbättrar också förutsättningarna för rehabilitering.

Sammantaget bedöms avskaffandet av den bortre tidsgränsen ge ett positivt bidrag till jämställdheten.

Förslagen bedöms inte ge någon effekt på integrationen.

Samtidigt bör det uppmärksammas att kvinnor och män, enligt flertalet studier, bedöms olika inom sjukvården och i rehabiliteringssammanhang. Detta gäller även utrikes födda. Därför är det viktigt att Försäkringskassan är särskilt uppmärksam i denna fråga så att både kvinnor och män i den här aktuella gruppen oavsett födelseland får samma möjligheter till rehabilitering.

### Konsekvenser för statens budget

Dagens system med en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen och en möjlighet att först efter 90 dagars karenstid kunna återvända och få sjukpenning har inneburit att antalet långa sjukfall har begränsats samtidigt som antalet korta sjukfall har ökat. Antalet långa sjukfall har hållits nere genom att någon sjukpenning inte har betalats ut under 90 dagar, trots att personerna saknat arbetsförmåga. Avskaffandet av den bortre tidsgränsen leder till att dessa personer kan få sjukpenning utan uppehåll. Antalet sjukfall beräknas även öka till följd av att tidsgränsen ger upphov till ett faktiskt utflöde av sjukfall som nu kan förväntas upphöra. Följaktligen beräknas avskaffandet av den bortre tidsgränsen leda till att antalet långa sjukfall successivt ökar. Samtidigt förväntas inflödet av nya sjukfall att dämpas.

Sammantaget beräknas reformen leda till ca 7 000 fler pågående sjukfall i slutet av 2016.

För beräkningarna har antagits att sannolikheten för att sjukfall avslutas vid tidpunkten för den bortre tidsgränsen antar samma mönster som gällde innan den bortre tidsgränsen infördes. Detta beräknas medföra ökade utgifter för sjukpenning m.m. motsvarande 880 miljoner kronor under införandeåret 2016, 1 070 miljoner kronor 2017, 1 110 miljoner kronor 2018 och 1 200 miljoner kronor 2019.

En utgångspunkt för beräkningarna är att de personer som beviljas sjukersättning enligt dagens regler kommer att beviljas sjukersättning även efter avskaffandet av den bortre tidsgränsen. I dag tycks dock förekomsten av en tidsgräns påskynda nybeviljandet av sjukersättning. En avskaffad tidsgräns beräknas därför leda till en något lägre nybeviljandenivå. Utgifterna för sjukersättning beräknas minska med 63 miljoner kronor under 2016 och med 127 miljoner kronor per år 2017–2019.

Under den tid personer deltar i ALI utbetalas aktivitetsstöd. Avskaffandet av den bortre tidsgränsen och avskaffandet av ALI ger därför upphov till minskade utgifter för aktivitetsstöd. Utgifterna beräknas minska med ca 442 miljoner kronor 2016, 555 miljoner kronor 2017, 608 miljoner kronor 2018 och 641 miljoner kronor 2019. Kostnaderna för arbetsmarknadspolitiska program beräknas minska med 4 miljoner kronor 2016 och med 6–7 miljoner kronor per år 2017–2019. Förslaget beräknas även leda till minskade förvaltningsutgifter för Arbetsförmedlingen motsvarande 72 miljoner kronor 2016 och 78 miljoner kronor 2017.

Sammantaget beräknas de föreslagna förändringarna leda till att utgifterna för statens budget ökar med ca 298 miljoner kronor 2016. För åren därefter beräknas utgiftshöjningarna till runt 300 miljoner kronor per år.

Borttagandet av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen innebär att fler personer kan fortsätta få sjukpenning. Dessa personer kommer därmed inte att hänvisas till arbetslivsintroduktionen vid Arbetsförmedlingen. Borttagandet av den bortre tidsgränsen innebär därmed att antalet arbetslösa minskar. Eftersom det också skett ett utflöde av personer till arbete dels i samband med att den bortre tidsgränsen uppnåtts, dels efter deltagande i arbetslivsintroduktionen bedöms det också leda till att något färre personer kommer i arbete. Den berörda gruppen är dock förhållandevis liten

eftersom de flesta som uppnått den bortre tidsgränsen i nuvarande system har återvänt till sjukförsäkringen efter en tid.

**Tabell 3.6 Reformens effekter för statens budget**

Miljoner kronor				
Anslag	2016	2017	2018	2019
Sjukpenning och rehabilitering m.m. <sup>1</sup>	880	1 070	1 110	1 200
Aktivitets- och sjukersättningar m.m. <sup>2</sup>	-63	-127	-127	-127
Arbetsförmedlingens förvaltningskostnader	-72	-78	-78	-78
Bidrag till arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd <sup>3</sup>	-442	-555	-608	-641
Kostnader för arbetsmarknadspolitiska program och insatser	-4	-6	-6	-7
<b>Summa</b>	<b>298</b>	<b>304</b>	<b>290</b>	<b>347</b>

<sup>1</sup> Inklusiva statliga ålderspensionsavgifter.

<sup>2</sup> Inklusiva statliga ålderspensionsavgifter.

<sup>3</sup> Inklusiva statliga ålderspensionsavgifter.

### Konsekvenser för kommuner

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i två rapporter undersökt kommunernas kostnader för ekonomiskt bistånd på grund av att människor inte kunnat få ersättning från sjukförsäkringen till följd av den bortre tidsgränsen. I rapporterna beräknas kommunernas kostnader för denna grupp till ca en procent av de totala kostnaderna för det ekonomiska biståndet. Det innebär drygt 100 miljoner kronor, av totalt ca 10 miljarder kronor, per år. Förslaget beräknas därför minska kommunernas kostnader med ca 100 miljoner kronor per år.

Förslaget bedöms inte påverka det kommunala självstyret.

### Konsekvenser för EU och internationella organisationer

Förändringar i sjukförsäkringen såsom borttagandet av den bortre tidsgränsen ska prövas mot de av Sverige ratificerade ILO-konventionerna. Enligt dessa konventioner ska det bland annat finnas en sjukförsäkring som inte får göras beroende av visstidsanställning, försäkring eller betalning av avgifter, samtidigt som antalet karensdagar inte får överstiga tre dagar. Enligt

den av Sverige ratificerade konventionen nr 130, artikel 26 ska utgivandet av kontanta sjukförmåner inte understiga 52 veckor. En förändring av dagens system där den bortre gränsen tas bort är helt i enighet med ILO:s konventioner, vilka Sverige således även fortsättningsvis kommer att fullgöra.

Förslaget bedöms vara förenligt med Sveriges internationella åtaganden och bedöms i övrigt inte medföra några EU-rättsliga konsekvenser.

### Konsekvenser för arbetsgivarna

Arbetsgivarens roll i sjukskrivningsprocessen påverkas inte. Förslaget bedöms således inte ha några konsekvenser för företagen och andra arbetsgivare.

### 3.8.5 Författningskommentar

#### Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

##### 27 kap. 20 §

Ändringen innebär att hänvisningen till 24 a § tas bort eftersom paragrafen upphör att gälla.

##### 27 kap. 24 §

I bestämmelsen regleras att sjukpenning på fortsättningsnivån kan lämnas om sjukpenning på normalnivån inte längre kan lämnas på grund av det som föreskrivs i 21 §. Ändringen innebär att begränsningen till att sjukpenning kan lämnas i högst 550 dagar tas bort och att sjukpenning på fortsättningsnivån därigenom kan lämnas så länge som förutsättningarna i övrigt för rätt till sjukpenning är uppfyllda.

##### 27 kap. 32 §

Ändringen innebär att hänvisningen till 24 a § tas bort eftersom paragrafen upphör att gälla.

##### 27 kap. 51 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om när dagar i olika sjukperioder ska läggas samman vid beräkning av hur lång tid en försäkrad har haft nedsatt arbetsförmåga (rehabiliteringskedjan). Ändringen innebär att *andra stycket* tas bort och därigenom ska Försäkringskassan vid beräkning enligt första stycket inte längre bortse från sådana dagar under vilken den försäkrade del-

tagit i arbetslivsintroduktion och fått aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning.

**28 a kap. 15 §, 31 kap. 10 § samt 31 a kap. 12 §**  
Ändringarna innebär att hänvisningarna till 27 kap. 24 a § tas bort eftersom paragrafen upphör att gälla.

##### 103 c kap. 4 §

Ändringen innebär att punkten 3 tas bort och därmed att boendetillägg inte kan lämnas till den som deltar i arbetslivsintroduktion och får aktivitetsstöd.

##### 103 d kap. 1 och 9 §§ samt 103 e kap. 3 §

Eftersom samordning inte längre ska göras med bostadstillägg har hänvisningarna till detta tillägg tagits bort (se avsnitt 3.9).

##### 110 kap. 6 §

I paragrafen regleras undantag från kravet i 4 § på att den som vill begära en förmån måste ansöka om denna. Ändringen i *första stycket* 2 innebär att hänvisningen till 27 kap. 24 a § tas bort eftersom nämnda lagrum upphör att gälla. Ansökan om sjukpenning kan dock alltså underlåtas av den som på grund av sjukdom är förhindrad eller har synnerliga svårigheter att göra en ansökan.

### Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att 103 d kap. 1 och 9 §§ samt 103 e kap. 3 § ska träda i kraft 1 januari 2016 och att de övriga ändringarna ska träda i kraft den 1 februari 2016.

Enligt *andra punkten* gäller äldre föreskrifter för förmåner som avser tid före ikraftträdandet. Med stöd av denna bestämmelse kan t.ex. sjukpenning beviljas enligt 27 kap. 24 a § även efter ikraftträdandet om det avser sjukfrånvaro före den 1 februari 2016.

Regleringen i *tredje punkten* avser sådana försäkrade som före ikraftträdandet har påbörjat deltagande i arbetslivsintroduktion (ALI).

För dessa ska det vid beräkning efter ikraftträdandet av hur många dagar som har förflutit i rehabiliteringskedjan bortses från dagar i ALI. Denna beräkning kan således avse dagar i ALI som inträffat såväl före som efter ikraftträdandet. Avseende dagar före ikraftträdandet kan det handla om dagar i programperioder som av-

slutats före detta datum. Regleringen innebär även att den som efter ikraftträdandet deltar i ALI kan beviljas boendetillägg.

### 3.9 Förslag om borttagande av samordningsregel mellan boendetillägg och bostadstillägg

#### Ärendet och dess beredning

Försäkringskassan har i skrivelsen Fler förslag för minskat krångel januari 2014 (dnr 2011/11077/SF) föreslagit att boendetillägg från och med den 1 januari 2015 inte ska samordnas med makes bostadstillägg. Därefter har förslaget bearbetats inom Socialdepartementet och beretts under hand med Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

**Regeringens förslag:** Boendetillägg ska inte samordnas med makes bostadstillägg. Ändringen ska träda i kraft den 1 januari 2016. Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för boendetillägg som avser tid före ikraftträdandet.

**Försäkringskassans förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag, dock inte vad gäller ikraftträdandetidpunkten.

**Skälen för regeringens förslag:** En person som har haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning har i vissa fall rätt till boendetillägg. Boendetillägget för en försäkrad som är gift eller sammanboende uppgår till 42 000 kronor per år, vilket är hälften av vad en ensamstående har rätt till. Boendetillägget minskas med de belopp som betalas ut som preliminärt bostadsbidrag och som bostadstillägg till make eller sambo. Avsikten med denna samordning är att undvika en situation där två bidrag täcker samma boendekostnad (prop. 2011/12:1, s. 80 f.). I skrivelsen Fler förslag för minskat krångel januari 2014, framför Försäkringskassan att det redan vid beräkningen av boendetillägg respektive bostadstillägg tas hänsyn till att de försäkrade är makar. Detta innebär att var och en endast får ersättning för sina egna boendekostnader. Mot bakgrund av vad som framförts konstaterar regeringen att de argument som har föranlett samordningen mellan

den försäkrades boendetillägg och makens bostadstillägg saknar grund. Regeringen föreslår därför att den nu gällande samordningen mellan boendetillägget och bostadstillägget tas bort. Förslaget berör den som är berättigad till boendetillägg och har en make som är berättigad till bostadstillägg.

Ändringen föreslås gälla från och med den 1 januari 2016. Äldre föreskrifter bör fortfarande gälla för boendetillägg som avser tid före ikraftträdandet.

### 3.10 Budgetförslag

#### 3.10.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

**Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor				
2014	Utfall	32 299 964	Anslags-sparande	-12 964
2015	Anslag	37 092 700 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	36 983 100
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>43 503 000<sup>2</sup></b>		
2017	Beräknat	46 896 000		
2018	Beräknat	49 350 000		
2019	Beräknat	50 949 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 4 187 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2016 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2013 som uppgick till 325 178 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning och arbetshjälpmedel enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får vidare användas för utgifter för boendetillägg och sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, nämligen den s.k. sjuklönegarantin, det särskilda högriskskyddet och det s.k. högkostnadsskyddet mot sjuklönekostnader enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Anslaget får även användas för utgifter för återbetalningspliktiga studiemedel avseende studerandes sjukperioder enligt studiestödslagen (1999:1395). Därtill får anslaget användas för



utgifter för ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering, arbets-hjälpmedel m.m. Anslaget får också användas för utgifter för statliga ålderspensionsavgifter enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

### Kompletterande information

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

### Regeringens överväganden

#### *Sjukpenning*

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

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

En central bestämningsfaktor för den framtida volymutvecklingen är hur många sjukfall som startar. Inflödet, i termer av nya sjukfall som blir minst 30 dagar, har ökat ända sedan 2010 i en relativt hög takt. År 2014 ökade inflödet med ca 8 procent till 335 000 fall. Ökningen väntas fortsätta framöver. År 2015 prognostiseras antalet nya sjukfall öka med ca 8 procent på årsbasis och åren därefter med något avtagande ökningstakt. Inflödet antas åren 2018–2019 gå mot en relativ ökningstakt som motsvarar den som gäller för arbetskraften. Även sjukfallens varaktighet beräknas öka under 2015 och ytterligare något under 2016, för att därefter vara konstant på 2016 års nivå.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till 57,2 miljoner nettodagar under 2015 och 65,5 miljoner nettodagar 2016. Medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2015 beräknats till 556 kronor och för 2016 till 565 kronor per

dag. Nyckelfaktorer i sammanhanget är hur många sjukfall som kommer att starta framöver samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

Utgifterna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2016 beräknas till 41 173 miljoner kronor. För åren 2017, 2018 och 2019 beräknas utgifterna till 44 376, 46 643 respektive 48 083 miljoner kronor.

#### *Rehabiliteringspenning*

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

För 2015 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till ca 1 510 miljoner kronor. Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till ca 2,8 miljoner nettodagar under 2015 och 3,3 miljoner nettodagar 2016. Medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2015 beräknats till 497 kronor och för 2016 till 505 kronor.

Utgifterna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2016 beräknas till 1 822 miljoner kronor. För 2017, 2018 och 2019 beräknas utgifterna till 1 993, 2 166 respektive 2 305 miljoner kronor.

#### *Arbetshjälpmedel m.m.*

Försäkringskassan har särskilda medel för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar samt för särskilt bidrag och för ersättning för resor till och från arbetet. Försäkringskassan har främst använt medlen för köp av arbetstekniska hjälpmedel. I övrigt har medlen använts för bl.a. utgifter för läkarutlåtanden samt för bidrag till resor. Försäkringskassans behov av att köpa medicinska underlag och utlåtanden för att bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering har minskat sedan 2011. Behovet av sådana kompletterande underlag och utlåtanden tillgodoses i stället inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården via en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting.

För 2015 beräknas 169 miljoner kronor förbrukas. För 2016 beräknas utgifterna till 175 miljoner kronor. För 2017, 2018 och 2019

beräknas utgifterna till 181, 187 respektive 193 miljoner kronor.

#### *Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall*

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

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

Utgifterna för 2015 beräknas uppgå till 49 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas till 51 miljoner kronor för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 51, 51 respektive 52 miljoner kronor.

#### *Boendetillägg*

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

Utgifterna för 2015 beräknas uppgå till 87 miljoner kronor. Utgifterna för boendetillägg beräknas till 92 miljoner kronor för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 98, 100 respektive 101 miljoner kronor.

#### *Närståendepenning*

Närståendepenning utbetalas till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenningen styrs av antal ersatta dagar samt löneutvecklingen.

För 2015 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 180 miljoner kronor. Utgifterna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas till 190 miljoner kronor för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 197, 203 respektive 215 miljoner kronor.

**Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>34 610 700</b>	<b>34 610 700</b>	<b>34 610 700</b>	<b>34 610 700</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	1 234 500	1 454 500	1 526 500	1 648 500
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	831 000	1 537 000	2 290 000	3 097 000
Volym	6 826 800	9 293 800	10 922 800	11 592 800
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>43 503 000</b>	<b>46 896 000</b>	<b>49 350 000</b>	<b>50 949 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Den utgiftspåverkan avskaffandet av den bortre tidsgränsen har på anslaget redovisas i tabell 3.8 (beslutsraden). Avskaffandet av tidsgränsen beräknas medföra ökade utgifter på anslaget om 880 miljoner kronor för 2016. Vidare innebär den höjda dagernsättningen till sjukskrivna arbetslösa att utgifterna ökar med 426 miljoner kronor 2016.

Regeringen föreslår att 43 503 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 46 896 000 000 kronor, 49 350 000 000 kronor respektive 50 949 000 000 kronor.

### 3.10.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

2014	Utfall	50 827 531	Anslags- sparande	-178 076
2015	Anslag	50 086 629 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	50 661 885
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>50 334 250 <sup>2</sup></b>		
2017	Beräknat	50 104 200		
2018	Beräknat	49 996 000		
2019	Beräknat	50 962 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 7 385 555 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2016 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2013 som uppgick till 550 501 tkr.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

##### *Aktivitets- och sjukersättning*

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

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

Utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2016 beräknas till 45 321 miljoner kronor. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 44 945, 44 686 respektive 45 497 miljoner kronor.

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

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

Utgifterna för 2016 beräknas till 4 985 miljoner kronor. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 5 130, 5 280 respektive 5 434 miljoner kronor.

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

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

Utgifterna för 2016 beräknas till 28 miljoner kronor. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas utgifterna till 29, 30 respektive 31 miljoner kronor.

**Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>50 026 629</b>	<b>50 026 629</b>	<b>50 026 629</b>	<b>50 026 629</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	177 750	113 000	113 000	113 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	-130 946	338 104	1 189 504	2 416 615
Volymer	260 817	-373 533	-1 333 133	-1 594 244
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>50 334 250</b>	<b>50 104 200</b>	<b>49 996 000</b>	<b>50 962 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De utgiftsförändringar som föranleds av beslut redovisas i tabell 3.10. Höjningen av den inkomstrelaterade sjuk- och aktivitetsersättningen beräknas öka utgifterna på anslaget med 240 miljoner kronor 2016. Vidare beräknas avskaffandet av den bortre tidsgränsen innebära minskade kostnader på anslaget om 63 miljoner kronor.

Regeringen föreslår att 50 334 250 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 50 104 200 000 kronor, 49 996 000 000 kronor respektive 50 962 000 000 kronor.

### 3.10.3 1:3 Handikappersättning

**Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:3 Handikappersättning**

Tusental kronor

2014	Utfall	1 330 767	Anslags-sparande	2 233
2015	Anslag	1 351 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 359 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 370 000</b>		
2017	Beräknat	1 400 000		
2018	Beräknat	1 439 000		
2019	Beräknat	1 491 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Utgifterna för handikappersättning uppgick 2014 till 1 331 miljoner kronor. För innevarande år beräknas utgifterna till 1 359 miljoner kronor.

Antalet personer med handikappersättning uppgick under 2014 till 63 626. Det är något fler kvinnor (34 021) än män (29 605) som har handikappersättning.

**Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:3 Handikappersättning**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>1 351 000</b>	<b>1 351 000</b>	<b>1 351 000</b>	<b>1 351 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	-6 000	7 000	32 000	70 000
Volymer	25 000	42 000	56 000	70 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 370 000</b>	<b>1 400 000</b>	<b>1 439 000</b>	<b>1 491 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 370 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Handikappersättning* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 1 400 000 000 kronor, 1 439 000 000 kronor respektive 1 491 000 000 kronor.

### 3.10.4 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

**Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor				
2014	Utfall	3 609 752	Anslags-sparande	-26 752
2015	Anslag	3 358 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	3 393 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>3 121 000<sup>2</sup></b>		
2017	Beräknat	2 985 000		
2018	Beräknat	2 869 000		
2019	Beräknat	2 763 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 230 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2016 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2013 som uppgick till -10 490 tkr

#### Ändamål

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

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

#### Regeringens överväganden

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

**Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>3 358 000</b>	<b>3 358 000</b>	<b>3 358 000</b>	<b>3 358 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	18 000	80 000	143 000	205 000
Volymer	-255 000	-453 000	-632 000	-800 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>3 121 000</b>	<b>2 985 000</b>	<b>2 869 000</b>	<b>2 763 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 121 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbetskadeersättningar m.m.* för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas anslaget till 2 985 000 000 kronor, 2 869 000 000 kronor respektive 2 763 000 000 kronor.

### 3.10.5 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet

**Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

Tusental kronor				
2014	Utfall	39 868	Anslags-sparande	960
2015	Anslag	38 244 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	37 544
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>35 658<sup>2</sup></b>		
2017	Beräknat	33 915		
2018	Beräknat	32 160		
2019	Beräknat	30 371		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 958 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2016 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2013 som uppgick till -21 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för ersättningar inom det statliga personskadeskyddet enligt 7, 43, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Anslaget får också användas för utgifter för

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

### Regeringens överväganden

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

**Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>38 244</b>	<b>38 244</b>	<b>38 244</b>	<b>38 244</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
<b>Beslut</b>				
Övriga makroekonomiska förutsättningar	100	500	1 600	3 500
Volymer	-2 686	-4 829	-7 684	-11 373
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>35 658</b>	<b>33 915</b>	<b>32 160</b>	<b>30 371</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 35 658 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättning inom det statliga personskadeskyddet* för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas anslaget till 33 915 000 kronor, 32 160 000 kronor respektive 30 371 000 kronor.

### 3.10.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

**Tabell 3.17 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

Tusental kronor

2014	Utfall	3 055 709	Anslags-sparande	101 790
2015	Anslag	3 014 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	2 767 457
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 907 000</b>		
2017	Beräknat	2 902 000		
2018	Beräknat	2 902 000		
2019	Beräknat	2 902 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

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

### Regeringens överväganden

#### *Rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar löpande för att underlätta övergången från ersättning via sjukförsäkringen till aktivt arbetssökande och nytt arbete. För 2015 avsattes 738 miljoner kronor till samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och dessa bedöms bli förbrukade i sin helhet. För att förstärka samordnade rehabiliteringsinsatser i samarbete med kommuner och landsting föreslår regeringen att 29 miljoner kronor överförs till Finansiell samordning genom samordningsförbund.

Utgifterna för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beräknas till 709 miljoner kronor för 2016.

### *Finansiell samordning genom samordningsförbund*

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam) infördes 2004 med syfte att ge ytterligare möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning bedrivs av samordningsförbund och är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Vid utgången av 2014 fanns det 85 samordningsförbund, vilka omfattar 240 av landets 290 kommuner. I ytterligare 18 kommuner planeras det att bildas samordningsförbund under 2016.

Av resurserna till den finansiella samordningen ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med var sin fjärdedel. För 2015 avsattes 280 miljoner kronor till samordningsförbundens verksamhet och dessa medel bedöms bli förbrukade i sin helhet.

För att fler samordningsförbund ska kunna bildas, och för att förstärka rehabiliteringsinsatserna för långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning föreslår regeringen att medlen från och med 2016 ökas med 59 miljoner kronor.

Utgifterna för 2016 beräknas till 339 miljoner kronor.

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

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

För 2015 avsattes 30 miljoner kronor som bedöms förbrukas i sin helhet. Dessa medel är ett komplement till de medel som avsätts inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Eftersom det ges stimulansmedel till hälso- och sjukvården genom sjukskrivningsmiljarden, och för att förstärka rehabiliteringsinsatserna för långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning, föreslår regeringen att medlen för finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården överförs till finansiell samordning genom samordningsförbund.

### *Åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess*

Medlen används för att förbättra kunskapen om hur insatser enligt metoden supported employment kan påskynda en arbetsmarknadsetablering för unga.

Utgifterna för 2015 beräknas till 39 miljoner kronor. Utgifterna för 2016 beräknas till 5 miljoner kronor.

### *Bidrag till hälso- och sjukvården*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting träffade i december 2013 en överenskommelse som gäller för 2014 och 2015 om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess (den s.k. sjukskrivningsmiljarden). Regeringen avser att under hösten 2015 ingå en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting.

Utgifterna för 2016 beräknas till 1 000 miljoner kronor.

### *Försäkringsmedicinska utredningar*

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

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2010 ingått överenskommelser om ersättning till landsting som levererar fördjupade medicinska utredningar till Försäkringskassan. Nuvarande överenskommelse gäller för 2014 och 2015 och omfattar 200 miljoner kronor per år. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har dessutom sedan 2013 ingått överenskommelse om ersättning till landsting som ingår i en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har förlängt överenskommelsen att gälla för 2015 och den omfattar 50 miljoner kronor.

Utgifterna för 2016 för de båda överenskommelserna och eventuellt ny lagstiftning när det gäller ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna beräknas till 250 miljoner kronor.

*Rehabiliteringsgarantin*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för 2015 ingått en överenskommelse om medicinsk rehabilitering i form av evidensbaserade rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt 750 miljoner kronor för 2015, varav 712 miljoner kronor för genomförda behandlingar. Rehabiliteringsgarantin har endast haft begränsade effekter på försäkrades återgång i arbete. Samtidigt finns det ett stort behov av att stärka handläggningen av sjukförsäkringen på Försäkringskassan. Som framgår under utgiftsområde 9 föreslår regeringen fortsatta satsningar inom hälso- och sjukvården. Tillsammans med de tillskott som aviserades i ekonomiska vårpropositionen föreslår regeringen satsningar på totalt ca 2,3 miljarder kronor 2016. Mot bakgrund av detta föreslår regeringen att det förs 250 miljoner kronor från rehabiliteringsgarantin till anslaget 2:1 *Försäkringskassan* från och med 2016. Regeringen avser att för 2016 ingå en ny överenskommelse med SKL om rehabiliteringsgarantin.

Utgifterna för 2016 beräknas till 500 miljoner kronor.

*Arbetsplatsnära stöd*

Sedan april 2014 finns ett bidrag riktat till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete (förordning [2014:67] om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete). Syftet med bidraget är att underlätta för arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar så att den anställdes arbetsförmåga tidigt kan tillvaratas på arbetsplatsen och på så sätt öka möjligheterna till att tidigt återgå i arbete. För 2015 avsattes 50 miljoner kronor till

arbetsplatsnära stöd och dessa medel bedöms förbrukas i sin helhet.

Utgifterna för 2016 beräknas till 100 miljoner kronor.

**Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2016 för anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 700 000 000 kronor 2017 och 2018.

**Skälen för regeringens förslag:** Anslaget används bland annat för utgifter för statsbidrag och bidrag till berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Bemyndigandet avser rehabiliteringsgarantin, bidrag för arbetet med sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården samt försäkringsmedicinska utredningar.

Regeringen avser att under 2016 ingå nya överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgarantin och sjukskrivningsmiljarden som omfattar högst 1 500 000 000 kronor. Sedan tidigare finns åtaganden om 3 000 000 000 kronor varav 1 812 500 000 kronor beräknas infrias under 2016.

Regeringen bör mot denna bakgrund bemyndigas att under 2016 för anslaget 1:6 *Bidrag till sjukskrivningsprocessen* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 700 000 000 kronor 2017 och 2018.

**Tabell 3.18 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

Tusental kronor

	Utfall 2014	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Ingående åtaganden	4 000 000 <sup>1</sup>	3 250 000	3 000 000	–	–
Nya åtaganden	1 250 000	1 750 000	1 500 000	–	–
Infriade åtaganden	-2 000 000	-2 000 000	-1 812 500	-1 562 500	-1 125 000
Utestående åtaganden	3 250 000	3 000 000	2 687 500	–	–
<b>Erhållet/förslaget bemyndigande</b>	<b>3 190 000</b>	<b>3 250 000</b>	<b>2 700 000</b>	–	–

<sup>1</sup>Inklusive åtaganden som ingicks i december 2013 utan stöd av beställningsbemyndigande, men med förbehåll om riksdagens godkännande av budgetpropositionen för 2014, 2015 och 2016 (dnr S2013/08821/SF och S2013/08822/SF).



**Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2016–2019  
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>3 142 000</b>	<b>3 142 000</b>	<b>3 142 000</b>	<b>3 142 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-235 000	-240 000	-240 000	-240 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>2 907 000</b>	<b>2 902 000</b>	<b>2 902 000</b>	<b>2 902 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 907 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* för 2016. För 2017, 2018 respektive 2019 beräknas anslaget till 2 902 000 000 kronor, 2 902 000 000 kronor respektive 2 902 000 000 kronor.

### 3.10.7 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader

**Tabell 3.20 Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	0
2014			
2015	Anslag	0	0
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>360 000</b>	
2017	Beräknat	360 000	
2018	Beräknat	360 000	
2019	Beräknat	360 000	

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjuklönekostnader enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

#### Regeringens överväganden

Regeringen föreslår att ett nytt anslag för förmånen Ersättning för höga sjuklönekostnader förs upp på statens budget fr.o.m. 2016. År 2015 budgeteras och redovisas förmånen på budgetens inkomstsida under inkomsttypen 8000 Utgifter som redovisas som krediteringar på skattekonto.

Regeringen angav i 2015 års ekonomiska vårproposition (s 154 f.) att den avsåg att övergå till att budgetera och redovisa den aktuella förmånen som anslag. Den föreslagna förändringen beror på det nya regelverk för nationalräkenskaperna som infördes i september 2014 (ENS 2010). De nya reglerna innebär att vissa stöd i nationalräkenskaperna har omdefinierats från att utgöra en del av statens skatteinkomster till en del av statens utgifter, däribland förmånen Ersättning för höga sjuklönekostnader. Enligt 3 kap. 5 § budgetlagen (2011:203) ska utgifter inte budgeteras och redovisas mot inkomsttitlar. De berörda stöden vilka definieras som utgifter i nationalräkenskaperna bör därför budgeteras och redovisas på budgetens utgiftssida. Överföringen av stöd från inkomst- till utgiftssidan av statens budget motiverar en teknisk justering av utgiftstaket. Denna redovisas i Förslag till statens budget, finansplan m.m. avsnitt 5.2. För 2015 uppgår skatteutgiften till 18 miljoner kronor.

**Tabell 3.21 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för  
1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	360 000	360 000	360 000	360 000
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar				
Volymer				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>360 000</b>	<b>360 000</b>	<b>360 000</b>	<b>360 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 360 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Ersättning för höga sjuklönekostnader* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 360 000 000 kronor, 360 000 000 kronor respektive 360 000 000 kronor.

### 3.10.8 2:1 Försäkringskassan

**Tabell 3.22 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags- sparande	
2014	Utfall	7 811 427		-22 894
2015	Anslag	8 030 295	Utgifts- prognos	7 808 612
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 171 906</b>		
2017	Beräknat	8 237 068		
2018	Beräknat	8 378 630		
2019	Beräknat	8 545 011		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition

<sup>2</sup> Motsvarar 8 139 025 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 8 129 115 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 8 127 138 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

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

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

**Tabell 3.23 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt- kostnad)
Utfall 2014	330 845	331 322	-477
(varav tjänsteexport)	1 975	2 058	-83
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	316 981	316 981	0
Prognos 2015	319 000	318 600	400
(varav tjänsteexport)	4 200	3 800	400
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	302 000	302 000	0
Budget 2015	319 000	318 600	400
(varav tjänsteexport)	4 200	3 800	400
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	302 000	302 000	0

Källa: Försäkringskassan.

#### Regeringens överväganden

Regeringen föreslår att anslaget ökas med 250 miljoner kronor från och med 2016. Resurserna ska användas för att ge Försäkringskassan förutsättningar att åstadkomma en väl fungerande sjukskrivningsprocess. Försäkringskassan ska höja kvaliteten i handläggningen av sjukförsäkringsärenden genom att stärka den försäkringsmässiga tillämpningen. Medlen förs från anslag 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen*.

#### Bemyndigande om kredit

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att för 2016 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som inklusivt tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 140 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

**Skälen för regeringens förslag:** Myndighetens kredit behövs för att finansiera Försäkringskassans betalning av utländska vårdfakturor. Under 2013 övertog landstingen och kommunerna kostnadsansvaret för vissa ersättningar vid vård utomlands genom lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet (se även utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, avsnitt 4.7.7). Försäkringskassan

kommer emellertid även fortsättningsvis att betala de utländska vårdfakturorna och först i efterhand kräva ersättning från berört landsting, på grund av att en viss utredning bör göras innan utbetalning sker. Krediten ges med stöd av 7 kap. 6 § budgetlagen (2011:203). Den räntekostnad som uppstår ska betalas av landstingen. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2016 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 140 miljoner kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

**Tabell 3.24 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>7 883 295</b>	<b>7 883 295</b>	<b>7 883 295</b>	<b>7 883 295</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	146 813	243 543	393 289	559 697
Beslut	141 798	110 230	102 045	102 019
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			1	
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>8 171 906</b>	<b>8 237 068</b>	<b>8 378 630</b>	<b>8 545 011</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 8 171 906 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 Försäkringskassan för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 8 237 068 000 kronor, 8 378 630 000 kronor respektive 8 545 011 000 kronor.

### 3.10.9 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

**Tabell 3.25 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

2014	Utfall	61 223	Anslags- sparande	7 582
2015	Anslag	64 219 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	62 818
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>65 467</b>		
2017	Beräknat	66 285 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	67 698 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	69 080 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 65 470 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 65 622 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 65 623 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Inspektionen för socialförsäkringens arbete bedöms bidra till att stärka och värna rättssäkerheten samt effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Slutsatser i ISF:s rapporter ligger många gånger till grund för regeringens resultatbedömningar samt används ofta i samband med utarbetandet av reformer.

Anslaget minskas med 3 miljoner kronor per år 2016–2019 för att finansiera motsvarande ökning av anslaget 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, under utgiftsområdet 9 i syfte att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar, med särskilt beaktande av kvinnors arbetsmiljöer.

**Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>64 219</b>	<b>64 219</b>	<b>64 219</b>	<b>64 219</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	1 410	2 227	3 486	4 868
Beslut	-162	-161	-7	-7
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>65 467</b>	<b>66 285</b>	<b>67 698</b>	<b>69 080</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 65 467 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 66 285 000 kronor, 67 698 000 kronor respektive 69 080 000 kronor.

Bilaga

Förteckning över  
remissinstanserna  
avseende promemorian  
Avskaffande av den  
bortre tidsgränsen i  
sjukförsäkringen  
Ds 2015:17



## Bilaga

# Förteckning över remissinstanserna avseende promemorian Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen Ds 2015:17

### Innehållsförteckning

---

- |   |                                                                                                                                     |   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1 | Förteckning över remissinstanserna avseende promemorian Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen Ds (2015:17) ..... | 5 |
| 2 | Instanser utanför remisslistan som inkommit med yttrande .....                                                                      | 5 |





## **1 Förteckning över remissinstanserna avseende promemorian Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen Ds (2015:17)**

Riksdagens ombudsmän (JO), Kammarrätten i Stockholm, Förvaltningsrätten i Göteborg, Domstolsverket, Försäkringskassan, Myndigheten för delaktighet, Inspektionen för socialförsäkring, Arbetsgivarverket, Diskrimineringsombudsmannen, Arbetsförmedlingen, Svenska ILO-kommittén, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, Inspektionen för arbetslöshetsförsäkring, Handikappförbunden, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svenskt Näringsliv, Företagarna, Svensk Försäkring, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO), Landsorganisationen i Sverige (LO), AFA-försäkring, A-kassornas samorganisation, Fria Företagare.

## **2 Instanser utanför remisslistan som inkommit med yttrande**

Reumatikerförbundet, Förhandlings- och samverkansrådet PTK, Lärarnas riksförbund, Småföretagarnas a-kassa, Kommunals a-kassa, Arbetslöshetskassan Vision, Lärarnas A-kassa, Arbetslöshetskassan Alfa, ST:s a-kassa, Akademikerförbundet SSR, Kyrkans akademikerförbund, Sveriges läkarförbund