

Ekonomisk trygghet  
vid sjukdom och  
funktionsnedsättning

10



## Förslag till statens budget för 2019

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

## Innehållsförteckning

---

Tabellförteckning .....	4
Diagramförteckning .....	5
1 Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	9
2.1 Principer för utformningen av denna proposition .....	9
2.2 Omfattning .....	10
2.3 Utgiftsutveckling .....	11
2.4 Mål för utgiftsområdet .....	11
2.5 Resultatredovisning .....	12
2.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	12
2.5.2 Resultat .....	12
2.6 Budgetförslag .....	25
2.6.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	25
2.6.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	28
2.6.3 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning .....	30
2.6.4 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	30
2.6.5 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	31
2.6.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	32
2.6.7 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	34
2.6.8 2:1 Försäkringskassan .....	35
2.6.9 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	37

## Tabellförteckning

---

Tabell 1.1	Anslagsbelopp .....	7
Tabell 2.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	11
Tabell 2.2	Härledning av ramnivån 2019–2021. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	11
Tabell 2.3	Ramnivå 2019 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	11
Tabell 2.4	Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	25
Tabell 2.5	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	28
Tabell 2.6	Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	28
Tabell 2.7	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	29
Tabell 2.8	Anslagsutveckling 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning .....	30
Tabell 2.9	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning .....	30
Tabell 2.10	Anslagsutveckling 1:4 Arbetskkadeersättningar m.m. ....	30
Tabell 2.11	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:4 Arbetskkadeersättningar m.m. ....	31
Tabell 2.12	Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	31
Tabell 2.13	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	32
Tabell 2.14	Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	32
Tabell 2.15	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	34
Tabell 2.16	Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	34
Tabell 2.17	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	35
Tabell 2.18	Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan .....	35
Tabell 2.19	Uppdragsverksamhet .....	35
Tabell 2.20	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:1 Försäkringskassan .....	36
Tabell 2.21	Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	37
Tabell 2.22	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	37

## Diagramförteckning

---

Diagram 2.1	Ohälsotalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA-delen), januari 2000–dec 2017 .....	12
Diagram 2.2	Ohälsotalet 2017 efter ålder och kön .....	13
Diagram 2.3	Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995 .....	13
Diagram 2.4	Antal påbörjade sjukfall som blivit minst 30 dagar långa .....	13
Diagram 2.5	Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika fallängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2015 och 2016. Kvinnor med psykiatriska- resp. övriga diagnoser.....	14
Diagram 2.6	Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika fallängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2015 och 2016. Män med psykiatriska- resp. övriga diagnoser. ....	14
Diagram 2.7	Antalet pågående sjukfall jan 2000–dec 2017 uppdelat på fallängd och kön.....	15
Diagram 2.8	Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, kvinnor 2016.....	15
Diagram 2.9	Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, män 2016.....	15
Diagram 2.10	Genomsnittlig relativ avvikelse per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro 2006–2016 .....	16
Diagram 2.11	Andel sjukfrånvarande per sektor kvartal 4 2017.....	17
Diagram 2.12	Andel av anställda 20–64 år som varit från-varande under hela veckan på grund av sjukdom eller skada. Sverige och EU 15 åren 1990–2017 .....	17
Diagram 2.13	Antal med psykiatrisk diagnos 2010–2017 samt andel med psykiatrisk diagnos (F-diagnos) av samtliga pågående sjukfall.....	17
Diagram 2.14	Antal nybeviljanden samt totalt antal sjuk-ersättningar 2003–2017.....	18
Diagram 2.15	Antal med aktivitetsersättning 2003–2017 samt antal nybeviljade per 1 000 försäkrade .....	19



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringens förslag:

1. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2019 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 170 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet vid utbetalning av ersättning för vård i andra länder (avsnitt 2.6.8).
2. Riksdagen anvisar ramanslagen för budgetåret 2019 under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning enligt tabell 1.1.

**Tabell 1.1 Anslagsbelopp**

*Tusental kronor*

Anslag	
1:1	Sjukpenning och rehabilitering m.m. 36 946 254
1:2	Aktivitets- och sjukersättningar m.m. 43 943 558
1:3	Merkostnadsersättning och handikappersättning 1 391 000
1:4	Arbetsskadeersättningar m.m. 2 773 000
1:5	Ersättning inom det statliga personskadeskyddet 36 349
1:6	Bidrag för sjukskrivningsprocessen 2 901 000
1:7	Ersättning för höga sjuklönekostnader 957 000
2:1	Försäkringskassan 8 640 598
2:2	Inspektionen för socialförsäkringen 68 253
<b>Summa</b>	<b>97 657 012</b>





## 2 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

### 2.1 Principer för utformningen av denna proposition

Särskilda principer har tillämpats vid utformningen av denna proposition med anledning av att den har beslutats av en övergångsregering. Bakgrunden till dessa redogörs närmare för i finansplanen (Förslag till statens budget, finansplan m.m. avsnitt 1.1).

Utgångspunkten för förslagen i denna proposition har varit den budget som riksdagen har beslutat för 2018 efter förslag i budgetpropositionen för 2018. Vidare har följande generella justeringar gjorts för utgiftsområdena:

- Anslag som används för förvaltnings- och investeringsändamål har pris- och löneomräknats på sedvanligt sätt. Anslag som avser regelstyrda transfereringssystem har justerats utifrån ändrad makroekonomisk utveckling liksom ändrade volymer (t.ex. antal personer som omfattas).
- Anslag har justerats till följd av beslutade lagar och förordningar, internationella avtal, civilrättsligt bindande avtal eller EU-rättsakter.
- Anslag har justerats med anledning av att riksdagen beslutat om flyttar av ändamål och verksamheter mellan utgiftsområden.
- Anslag har justerats om det krävts för att nödvändiga samhällsfunktioner ska kunna upprätthållas.

- För att verksamhet som baseras på ett beställningsbemyndigande för kommande år ska ges förutsättningar att bedrivas i samma omfattning 2019–2021 har anslagsnivåerna för alla år justerats med hänsyn till nivån på beräknade infrianden av de ekonomiska åtagandena 2019.

De sedvanliga finansieringsprinciper som används vid beredningen av regeringens budgetförslag har i enlighet med ramverket för finanspolitiken tillämpats även när denna proposition tagits fram (skr. 2017/18:207, bet. 2017/18:FiU32, rskr. 2017/18:334).

Utöver förslag om anslag lämnar regeringen även nödvändiga förslag om beställningsbemyndiganden och andra finansiella befogenheter samt övriga förslag på finansmaktens område som kräver riksdagens ställningstagande inför det kommande budgetåret. Vid bedömningen av storleken på beställningsbemyndigandena har en prövning gjorts utifrån tidigare beslutade bemyndiganden och med hänsyn till de föreslagna anslagsnivåerna.

Endast sådana förändringar i förhållande till riksdagens ursprungliga budgetbeslut för 2018 som varit förenliga med vad som ovan angetts har föreslagits. Regeringens budgetförslag innebär i de allra flesta fall att den statliga verksamheten kan genomföras i samma omfattning som 2018. Vissa anslagsnivåer har blivit lägre än de

beräkningar regeringen tidigare redovisat för 2019, medan andra har blivit högre. Vid behov kan förslag till ändringar i budgeten lämnas under pågående budgetår.

Vilka konsekvenser för anslagsnivån som tillämpningen av principerna har fått redovisas under regeringens överväganden för respektive anslag. Tyngdpunkten i redovisningen är konsekvenserna för anslagsnivån 2019. I härledningstabellerna har det inte varit praktiskt möjligt att specificera nya beslut och överföringar på motsvarande sätt som gjordes i budgetpropositionen för 2018.

Regeringen redovisar på sedvanligt sätt beräkningar även för det andra och tredje tillkommande året efter budgetåret, dvs. för 2020 och 2021.

Även dessa beräkningar baseras på de ovan angivna principerna. Regeringen har dock inte tillämpat principen om förlängning av anslagsnivån för 2018 för åren efter budgetåret, när det gäller reformer för vilka ett slutdatum angetts. För 2020 har reformer som planerats upphöra helt fr.o.m. 2019 eller 2020 tagits bort från beräknade anslagsnivåer. På motsvarande sätt har reformer som planerats upphöra helt fr.o.m. 2021 tagits bort från beräknade anslagsnivåer fr.o.m. det året.

De redovisade beräkningarna för 2020 och 2021 görs för att det ska vara möjligt att härleda de föreslagna preliminära utgiftsramarna för 2020 och 2021 till anslagen. Med hänsyn till att propositionen lämnas av en övergångsregering är de förutsättningar som dessa beräkningar bygger på mycket osäkra. Informationsvärdet av beräkningarna är därför begränsat.

I enlighet med kraven i budgetlagen (2011:203) lämnar regeringen i denna proposition en resultatredovisning i förhållande till de av riksdagen beslutade målen. Mot bakgrund av de ovan angivna principerna har dock regeringen avstått från att redovisa sina slutsatser av de presenterade resultaten. Regeringen har även avstått från att redovisa den framtida politiska inriktningen för utgiftsområdet. Vad som ska gälla för 2019 framgår av förslagen om anslag och övriga finansiella befogenheter samt av de ändamål som är kopplade till dessa.

## 2.2 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, merkostnadsersättning, ersättning vid arbetsskador 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.

## 2.3 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor

	Utfall 2017	Budget 2018 <sup>1</sup>	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</i>						
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	37 673	38 810	37 286	<b>36 946</b>	37 060	37 709
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	47 688	46 909	45 777	<b>43 944</b>	42 197	40 810
1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning	1 350	1 384	1 364	<b>1 391</b>	1 423	1 468
1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	3 007	2 876	2 859	<b>2 773</b>	2 685	2 595
1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet	37	42	37	<b>36</b>	35	34
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	2 712	2 901	2 708	<b>2 901</b>	2 899	2 899
1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader	890	957	957	<b>957</b>	957	957
<b>Summa Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>93 358</b>	<b>93 880</b>	<b>90 988</b>	<b>88 948</b>	<b>87 256</b>	<b>86 471</b>
<i>Myndigheter</i>						
2:1 Försäkringskassan	8 444	8 729	8 749	<b>8 641</b>	8 733	8 768
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	66	68	65	<b>68</b>	69	70
<b>Summa Myndigheter</b>	<b>8 510</b>	<b>8 797</b>	<b>8 814</b>	<b>8 709</b>	<b>8 802</b>	<b>8 839</b>
<b>Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>101 868</b>	<b>102 677</b>	<b>99 802</b>	<b>97 657</b>	<b>96 058</b>	<b>95 309</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2019–2021. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>102 615</b>	<b>102 615</b>	<b>102 615</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	130	251	357
Beslut	936	959	910
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 973	3 220	4 658
Volymer	-7 774	-10 719	-12 945
Överföring till/från andra utgiftsområden	-223	-274	-291
Övrigt	0	5	5
<b>Ny ramnivå</b>	<b>97 657</b>	<b>96 058</b>	<b>95 309</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2019 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2019
Transfereringar <sup>1</sup>	88 327
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	9 323
Investeringar <sup>3</sup>	7
<b>Summa ramnivå</b>	<b>97 657</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2017 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

## 2.4 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). Målet innebär mer specifikt att:

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

- osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma,
- nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med motsvarande system och förmåner inom EU och OECD.

## 2.5 Resultatredovisning

### 2.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

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

- Ohälsotalet – antal nettodagar per år som personer i åldern 16–64 år i genomsnitt har sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning.
- Sjukpenningtalet – antal nettodagar per år som personer i åldern 16–64 år i genomsnitt har sjuk- eller rehabiliteringspenning.
- Antal pågående sjukfall.
- Antal nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsersättningar.
- Observerat och standardiserat medelantal sjukpenningdagar per person 16–64 år i respektive län.

Utöver detta görs även en internationell jämförelse av hur den svenska sjukfrånvaron förhåller sig till sjukfrånvaron i länderna i EU15 med hjälp av arbetskraftsundersökningarna (AKU). Samtliga indikatorer redovisas efter kön. De huvudsakliga källorna för uppföljning av indikatorerna är Försäkringskassans redovisningar, rapporter från ISF samt uppgifter från Statistiska centralbyrån.

### 2.5.2 Resultat

Resultatredovisningen inleds med en genomgång av sjukfrånvarons utveckling. Därefter redovisas även Försäkringskassans och andra relevanta aktörers arbete med sjukskrivningsprocessen. Även internationellt samarbete inom socialförsäringen redovisas i detta avsnitt.

### Sjukfrånvarons utveckling

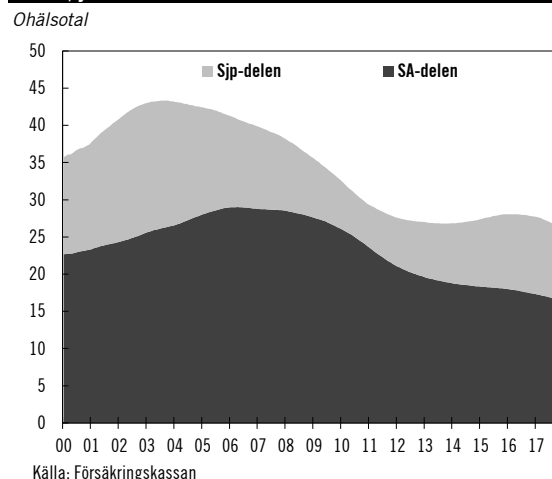
*Den totala sjukfrånvaron är låg och väntas minska ytterligare*

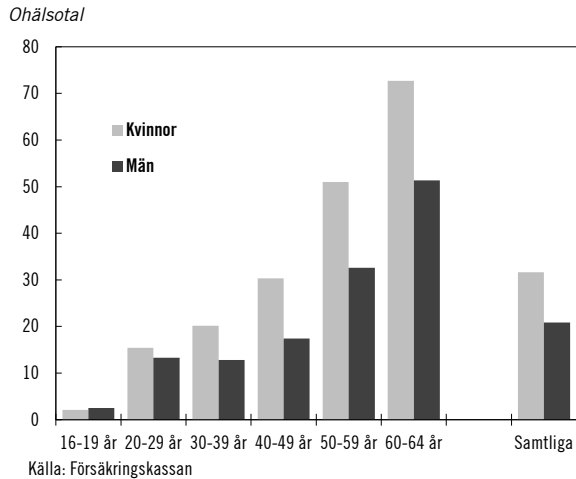
Den totala sjukfrånvaron mätt som ohälsotalet uppgick i december 2017 till 26,2 dagar. För kvinnor uppgick ohälsotalet till 31,6 dagar och för män till 20,9 dagar. Kvinnor står således för en betydligt större del av sjukfrånvaron än män. Jämfört med motsvarande tidpunkt 2016 innebär detta att ohälsotalet har minskat för såväl kvinnor som män.

Sjukfrånvaron, och därmed ohälsotalet, har varierat över tid. Ohälsotalet ökade kraftigt runt millennieskiftet. Ohälsotalet minskade därefter under åren 2003–2012 för att åter börja öka under 2014. Sedan hösten 2016 har ohälsotalet dock åter minskat, som en följd av att antalet sjukpenningdagar har slutat att öka, och att antalet med sjuk- och aktivitetsersättning kontinuerligt har minskat.

Det kan konstateras utifrån diagram 2.1 att nivån på ohälsotalet aldrig har varit lägre sedan mätningarna startade. Den pågående minskningen väntas dessutom fortsätta till följd av att antalet individer med sjukersättning sjunker samtidigt som antalet startade sjukfall (eller sjukpenningtalet) förväntas minska framöver.

**Diagram 2.1 Ohälsotalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA-delen), januari 2000–dec 2017**



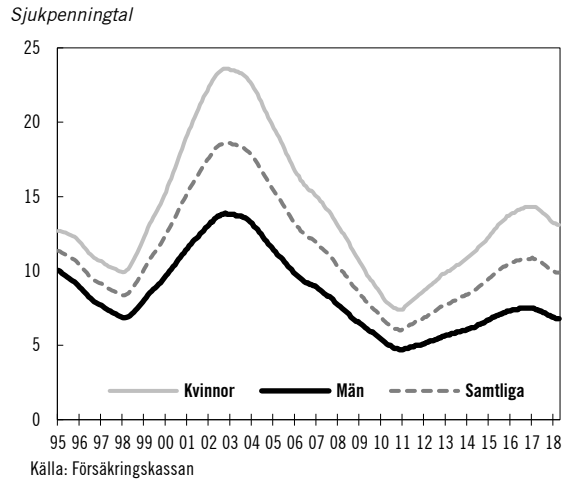
**Diagram 2.2 Ohälsotalet 2017 efter ålder och kön**

Som framgår i diagram 2.2 skiljer sig ohälsotalet åt beroende på kön och ålder. Exempelvis är ohälsotalet cirka 2,5 gånger så högt bland 50–59-åringar som bland 30–39-åringar. Vidare har kvinnor ett högre ohälsotal än män i samtliga åldersgrupper från 20 år eller äldre. Sammantaget är kvinnors ohälsotal 52 procent högre än mäns.

Ohälsotalet har minskat mellan 2016 och 2017 i samtliga åldersklasser för både kvinnor och män. För kvinnor har ohälsotalet minskat med 2,0 dagar och för män med 1,2 dagar. Sjukfrånvarons utveckling påverkas av flera faktorer, delvis av utvecklingen inom arbetsmiljön och den allmänna folkhälsan. För en beskrivning av utvecklingen vad gäller hälsa, se utgiftsområde 9 Folkhälsopolitik samt utgiftsområde 14 Arbetsliv för en beskrivning av utvecklingen inom arbetsmiljöområdet. Även skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, som beskrivs nedan, kan delvis härledas till dessa områden.

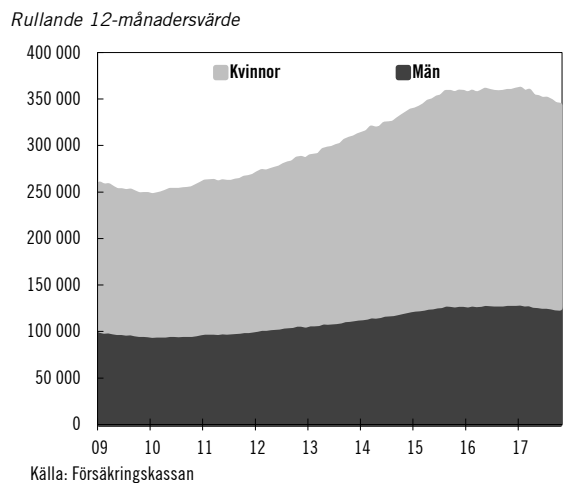
#### *Minskande sjukpenningtal men ökade skillnader mellan kvinnor och män*

Sjukpenningtalet började minska i april 2017. I december 2017 uppgick sjukpenningtalet till 10,1 dagar, uppdelat på 13,3 dagar för kvinnor och 6,9 dagar för män. Sjukpenningtalet minskade därmed med 7 procent mellan 2016 och 2017. Vid utgången av 2017 hade kvinnor 93 procent högre sjukpenningtal än män, vilket är en ökning med 2 procentenheter jämfört med året innan.

**Diagram 2.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995**

#### *Antalet startade sjukfall vände nedåt under 2017*

De föregående årens ökning av påbörjade sjukfall är en central komponent bakom uppgången i sjukpenningtalet fram till våren 2017. Inflödet till sjukpenningen var som lägst 2009–2010. Då var det omkring 250 000 sjukfall som påbörjades per år och som varade minst 30 dagar (150 000 kvinnor, 100 000 män). Fram till slutet av 2015 skedde emellertid en närmast kontinuerlig ökning av inflödet. Därefter har ökningen avstannat, och inflödet började minska under 2017. I dagsläget är det ca 343 000 fall som blir minst 30 dagar långa på årsbasis (218 000 kvinnor, 125 000 män).

**Diagram 2.4 Antal påbörjade sjukfall som blivit minst 30 dagar långa**

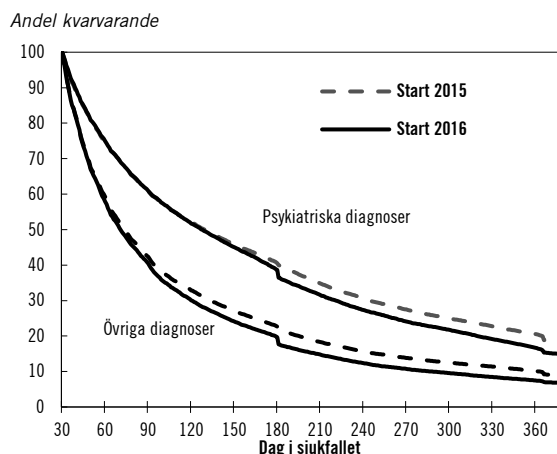
#### *Sjukfall kortare än ett år avslutas tidigare*

I följande avsnitt studeras hur snabbt sjukfallen per diagnos har avslutats vid olika tidpunkter, där utvecklingen av sjukfall som startats under 2016 jämförs med motsvarande utveckling 2015. Av diagram 2.5 och diagram 2.6 framgår dels att

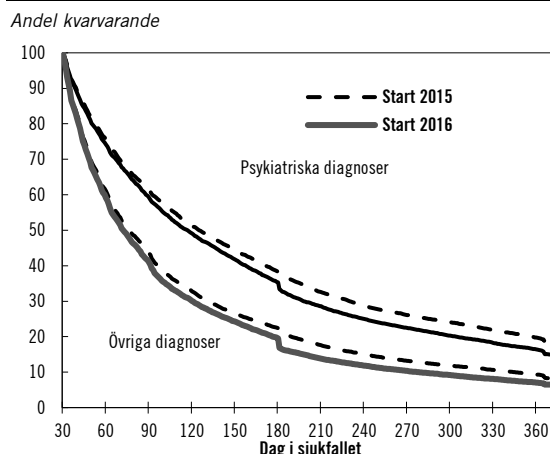
sjukfall med psykiatriska diagnoser i genomsnitt pågår längre än övriga diagnoser, dels att sjukfall avslutades snabbare 2016 än 2015. Kurvan för fallen som startat 2016 är brantare än den för 2015, vilket innebär att en större andel av sjukfallen med startår 2016 hade avslutats vid en given tidpunkt. Särskilt tydlig är effekten runt dag 180 i sjukfallen, vilket sammanfaller med en stärkt handläggning på Försäkringskassan och den prövning av arbetsförmågan som ska göras från och med denna dag i rehabiliteringskedjan. Antalet genomförda bedömningar enligt rehabiliteringskedjans lagstadgade tidsgränser ökade under 2017. Bland psykiatriska diagnoser kan konstateras att cirka 16 procent av de sjukfall som startades under 2016 fortfarande pågick efter ett års sjukskrivning. Detta gäller för både kvinnor och män. Det är en minskning med tre procentenheter jämfört med de sjukfall som startades under 2015.

Nedgången i sjukfallens varaktighet under de senaste åren har varit tydligast vid rehabiliteringskedjans bedömningstidpunkter, dvs. under det första sjukskrivningsåret. Samtidigt har sannolikheten att kvarstå i sjukskrivning, givet att sjukfallet har blivit längre än ett år, minskat något.

**Diagram 2.5** Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika falllängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2015 och 2016. Kvinnor med psykiatriska- resp. övriga diagnoser.



**Diagram 2.6** Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika falllängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2015 och 2016. Män med psykiatriska- resp. övriga diagnoser.



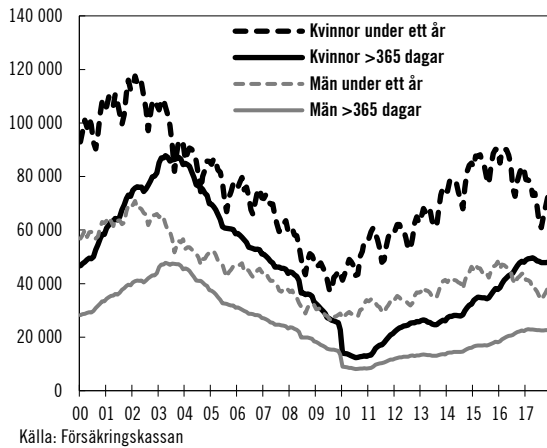
### Utvecklingen av långa sjukfall

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 december 2017 till 179 000, varav 66 procent var kvinnor och 34 procent var män. Det är en könsfördelning som varit relativt stabilt över tid.

Uppdelat efter falllängd ser utvecklingen under 2017 olika ut beroende på vilka falllängder som studeras. För sjukfall som pågått kortare tid än ett år har antalet sjukfall minskat under 2017, detta gäller för såväl kvinnor som män (se avsnitt om startade sjukfall ovan). Nivåsänkningen mellan 2017 och 2016 är cirka ca 20 000 pågående sjukfall per månad i detta falllängdsintervall. Även antalet sjukfall som pågått mellan ett och två år har minskat under 2017. Nivåsänkningen är ca 10 000 sjukfall per månad. En lika stor ökning har däremot skett i antalet sjukfall som pågått över två år. Ökningen av antalet sjukfall som pågått längre än två år förklaras främst av borttagandet av den bortre tidsgränsen. Totalt sett är således antalet sjukfall med falllängd över ett år oförändrat mellan 2016 och 2017, vilket synliggörs i diagram 2.7. Detta gäller för såväl kvinnor som män.

**Diagram 2.7 Antalet pågående sjukfall jan 2000–dec 2017 uppdelat på fallängd och kön**

Antal pågående sjukfall



Källa: Försäkringskassan

**Det finns regionala skillnader i sjukfrånvaro**

Det är välkänt att det finns regionala skillnader i sjukfrånvaron. Sådana skillnader kan delvis förklaras av olikheter i befolkningens demografiska struktur länen emellan, men en del av skillnaderna kan även bero på andra faktorer som exempelvis bristande likformighet i tillämpningen och nyttjandet av sjukförsäkringen. Ett antal rapporter har pekat på att brister i likformighet existerar (se bl.a. ISF 2010:6 Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall, Försäkringskassan 2017:3 Sjukskrivningsmönster).

**Oförklarade skillnader i regional sjukfrånvaro på länsnivå**

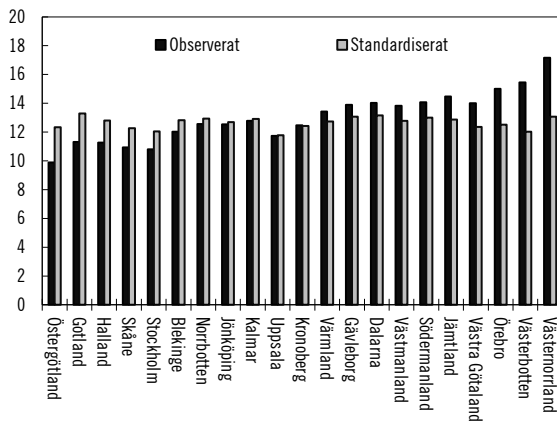
I följande avsnitt redovisas en metod att jämföra länens genomsnittliga sjukfrånvaro, där hänsyn tas till hur befolkningssammansättningen med avseende på kön, ålder och utbildningsnivå ser ut i respektive län. Riksgenomsnitt för antalet nettodagar under kalenderåret beräknas per ålder (ettårsklasser 16–64 år), kön och utbildningsnivå.<sup>1</sup> När riksgenomsnittets sjukfrånvaro per egenskapskombination tilldelas varje individ i ett län med motsvarande egenskaper erhålls ett standardiserat genomsnittligt antal sjukpenningdagar för länet totalt sett. Tolkningen av detta standardiserade genomsnitt är att om länets individer skulle ha varit sjukskrivna i samma utsträckning som deras motsvarigheter i riket med avseende på ålder, kön och utbildning skulle sjukfrånvaron i länet ha motsvarat det standardiserade talet. Det

<sup>1</sup> Andra variabler, såsom branschstruktur och sektorstillhörighet kan även de utgöra förklaringsfaktorer till sjukfrånvaro. Emellertid måste en

standardiserade värdet är därmed ett ”förväntat” genomsnittligt antal sjukpenningdagar per person i länet givet att man beaktar de strukturella skillnader i ålder, kön och utbildning som finns mellan länen. Detta standardiserade genomsnitt kan då jämföras med det *observerade* för länet (faktiskt genomsnittligt antal sjukpenningdagar netto per person 16–64 år under året). Resultatet framgår av diagram 2.8 och diagram 2.9.

**Diagram 2.8 Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, kvinnor 2016**

Antal dagar

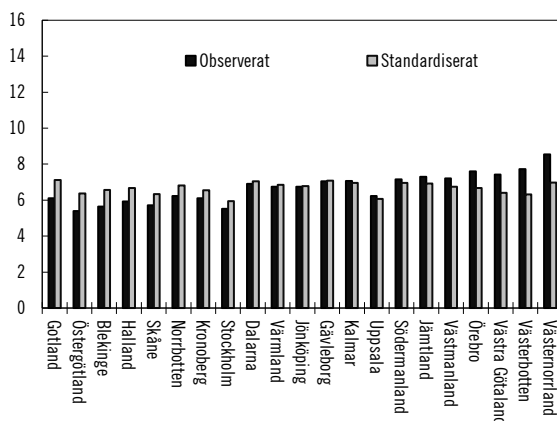


Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

Not: sorterat på differens mellan observerat och standardiserat värde

**Diagram 2.9 Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, män 2016**

Antal dagar



Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

Not: sorterat på differens mellan observerat och standardiserat värde

När de standardiserade värdena jämförs mellan länen kan det konstateras att dessa skiljer sig åt – detta är ett uttryck för att länen demografiska förutsättningar är olika och att län med högre

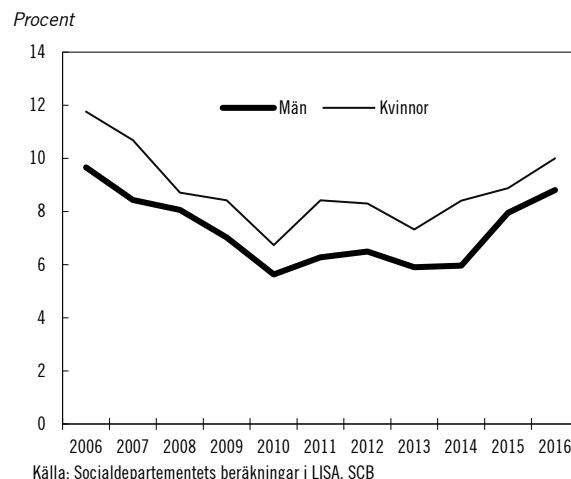
avvägning göras mellan hur många variabler som ska inkluderas och vilket förklaringsvärde dessa tillför i kombination med de redan valda.

medelålder och lägre utbildningsnivå än genomsnittet för riket förväntas ha en högre sjukfrånvaro. Det centrala i analysen är dock hur respektive läns observerade utfall förhåller sig till det standardiserade värdet. Även om analysen inte beaktar alla strukturella skillnader i befolkningsammansättningen är det rimligt att anta att en del av skillnaden mellan länets observerade och standardiserade värde beror på bristande likformighet och kan i så fall vara uttryck för osakliga skillnader. I diagrammen har länen sorterats efter hur stor skillnaden är mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro. Länen längst till vänster har en sjukfrånvaro som understiger den befolkningsmässigt ”förväntade” sjukfrånvaron. På motsvarande sätt har län som ligger till höger i diagrammen, där den observerade sjukfrånvaron överstiger den standardiserade, en sjukfrånvaro som är högre än vad den befolkningsmässiga sammansättningen motiverar. Skillnaderna varierar beroende på län och kön. Det kan konstateras att det finns ett positivt samband mellan länets absoluta observerade nivå och förhållandet till den standardiserade nivån. För kvinnor i Västernorrland är den observerade sjukfrånvaron exempelvis 4 dagar högre än den standardiserade per person och år, vilket motsvarar en relativ avvikelse om 31 procent. För kvinnor i Östergötland understiger den observerade sjukfrånvaron den standardiserade med 20 procent. I genomsnitt är dessa avvikelser per län 10 procent för kvinnor och 9 procent för män. De oförklarade variationerna per län är därmed i genomsnitt något större för kvinnor än män.

#### *Regionala variationer över tid har förekommit*

Genom att beräkna den genomsnittliga avvikelsen per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro för åren 2006–2016 framgår att den regionala variationen har förändrats över tid. Resultaten redovisas i diagram 2.10.

**Diagram 2.10 Genomsnittlig relativ avvikelse per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro 2006–2016**



Den utifrån befolkningsammansättningen oförklarade sjukfrånvaron per län har under hela tidsperioden varit lägre för män än för kvinnor. För såväl män som kvinnor gäller att den länsvisa avvikelsen var som högst 2006 och sjönk fram till 2010, det år sjukfrånvaron mätt i sjukpenningdagar var som lägst. Den relativa avvikelsen per län var då 6 procent för män och 7 procent för kvinnor. Åren därefter har den oförklarade sjukfrånvaron varit ganska konstant. För kvinnor har emellertid en viss ökning skett, och så även för män sedan 2015. Sammantaget kan det konstateras att det finns oförklarade regionala skillnader.

#### *Sjukfrånvaron är högst för kvinnor anställda i kommuner och landsting*

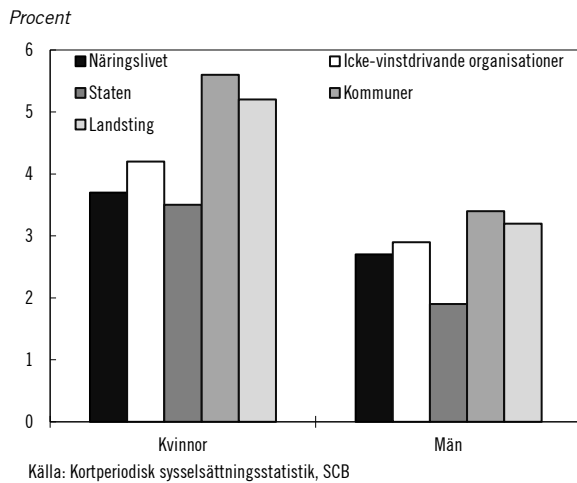
Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika sektorer. Högst är sjukfrånvaron för anställda kvinnor i kommuner och landsting. Mellan 2016 och 2017 minskade dock sjukfrånvaron inom kommuner och landsting.<sup>2</sup> Minskningen för kvinnor är 0,6 procentenheter inom både kommuner och

<sup>2</sup> Notera att denna statistik (kortperiodisk sysselsättningsstatistik från SCB) även inkluderar frånvaro under sjuklöneperioden.



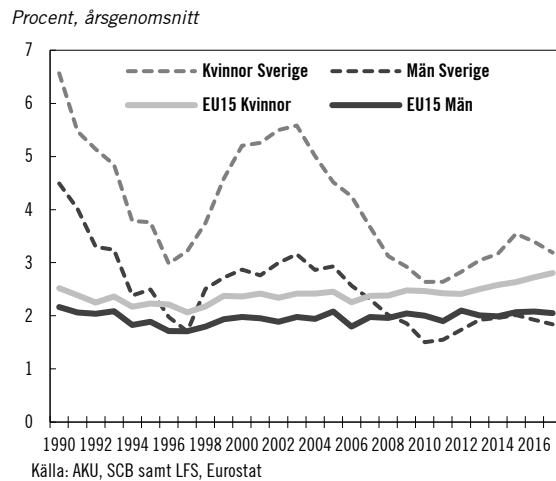
landsting. Motsvarande för män är 0,5 procentenheter. Andelen sjukfrånvarande minskade inom samtliga sektorer för såväl kvinnor som män under 2017 jämfört med 2016. Andelen sjukfrånvarande kvinnor var totalt sett 4,4 procent under fjärde kvartalet 2017 och motsvarande för män var 2,7 procent. Det motsvarar en total minskning med 0,3 procentenheter jämfört med samma period 2016. För kvinnor är minskningen 0,4 procentenheter och för män 0,2 procentenheter. Dessa minskningar är statistiskt säkerställda.

**Diagram 2.11 Andel sjukfrånvarande per sektor kvartal 4 2017**



*Svensk sjukfrånvaro i nivå med EU-genomsnittet*  
Enligt Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökning (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 de anställda kvinnorna högre sjukfrånvaro än vad anställda kvinnor inom EU i genomsnitt har. Det kan delvis bero på att arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor i Sverige generellt sett är högre än bland kvinnor i andra EU-länder. Under 2017 minskade sjukfrånvaron i Sverige för både kvinnor och män. Utvecklingen under 2017 innebär att sjukfrånvaron för kvinnor i Sverige nu närmast sig EU 15. I Sverige har män ungefär samma sjukfrånvaro som EU-genomsnittet för män.

**Diagram 2.12 Andel av anställda 20–64 år som varit frånvarande under hela veckan på grund av sjukdom eller skada. Sverige och EU 15 åren 1990–2017**

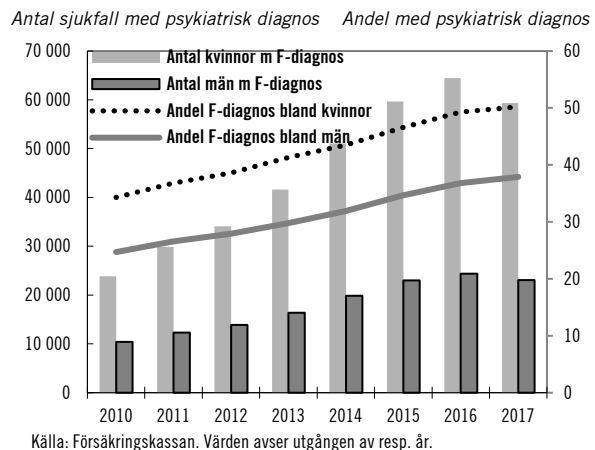


### Psykisk ohälsa vanligaste sjukskrivningsorsaken

Under senare år har sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa, i form av bl.a. ångest och depressioner, ökat och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Vid utgången av 2017 hade ca 82 000 pågående sjukfall en psykiatrisk diagnos (59 000 kvinnor, 23 000 män). Av sjukskrivna kvinnor hade omkring hälften en psykiatrisk diagnos och motsvarande för män var ca 38 procent.

Som framgår av diagram 2.13 minskade antalet pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser mellan 2016 och 2017 i absoluta tal. Däremot har denna diagnostyps relativa vanlighet sett till samtliga pågående sjukfall ökat. Minskningstakten gällande sjukfall som beror på psykiska sjukdomar har alltså inte varit lika kraftig som bland övriga diagnoser.

**Diagram 2.13 Antal med psykiatrisk diagnos 2010–2017 samt andel med psykiatrisk diagnos (F-diagnos) av samtliga pågående sjukfall**



Sjukskrivningstiden vid psykiatriska diagnoser är generellt sett längre jämfört med övriga diagnoser. Diagnossammansättningen vid sjukskrivning har förändrats mot att en allt högre andel långa sjukfall beror på psykiatrisk diagnos.

#### Lågt nybeviljande av sjukersättning

Under 2017 nybeviljades totalt 5 700 personer sjukersättning, vilket är en historiskt mycket låg nivå (52 procent kvinnor och 48 procent män). Det är 3 100 färre än 2016. Avslagsandelen avseende sjukersättningsärenden har också ökat mellan 2016 och 2017, från 70 till 80 procent. En bidragande orsak till detta kan vara den rättsliga kvalitetsgranskning som Försäkringskassan genomförde 2015, vilken visade att myndighetens utredningar var otillräckliga i nästan en fjärdedel av ärendena. Försäkringskassans kvalitetsgranskning har föranlett en förändrad tillämpning av det regelverk som infördes 2008 (S2017/06851/SF).

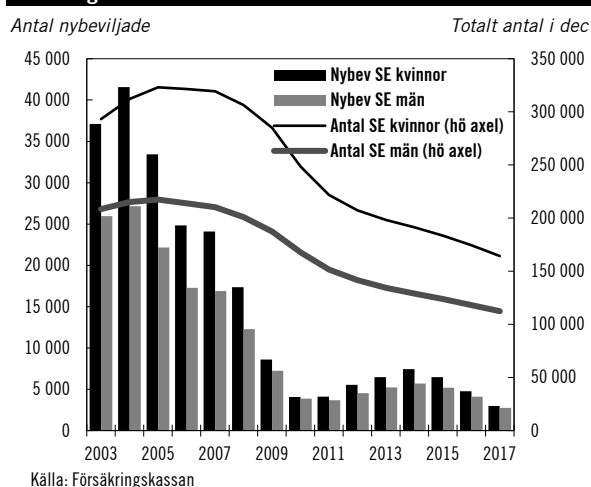
Försäkringskassans förändrade tillämpning sedan 2015 har inneburit att färre individer bedöms uppfylla villkoren för att beviljas sjukersättning (S2018/03539/SF). Såväl andelen ansökningsärenden där personer med långa sjukfall själva ansöker om sjukersättning som ärenden där Försäkringskassan tar initiativ till utbyte av ersättningsform har tydligt minskat. Människor i långa sjukfall som tidigare sannolikt hade beviljats sjukersättning kvarstår därmed istället i sjukpenning. Handläggningen på Försäkringskassan har också koncentrerats till en avdelning vilket inneburit nya handläggningsrutiner och nya ansvarsområden. Detta kan också ha påverkat nybeviljandet.

Riksrevisionen har i granskningen Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa (RiR 2018:9) studerat effekterna av att nekas sjukersättning och aktivitetsersättning (S2017/02110/SF).<sup>3</sup> Riksrevisionen har undersökt hur ett nekande av sjuk- och aktivitetsersättning påverkar individens inkomster och hälsa, jämfört med ett beviljande. Granskningen gäller omprövningar i ett stort antal gränsfallsärenden under åren 2009–2013, där såväl ett positivt som negativt beslut hade varit

möjligt inom ramen för handläggarens bedömningsutrymme. Granskningen visar att nekandet av sjuk- och aktivitetsersättning fick negativa effekter på inkomsterna för de personer som står allra längst från arbetsmarknaden. Granskningen visar också att nekandet fick negativa effekter på hälsan för de personer som står allra längst från arbetsmarknaden, främst för personer i åldersgruppen 30–54 år med psykiatriska diagnoser.

Det totala antalet personer med sjukersättning har fortsatt att minska under 2017. Vid utgången av 2017 uppbar totalt 276 000 personer (164 000 kvinnor och 112 000 män) sjukersättning, vilket var 16 000 färre än ett år tidigare.

**Diagram 2.14** Antal nybeviljanden samt totalt antal sjukersättningar 2003–2017



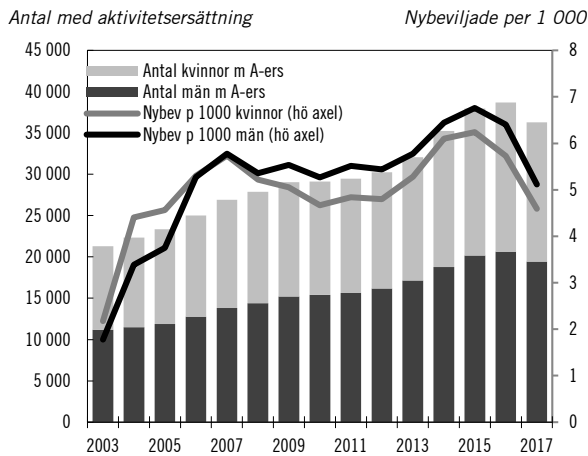
#### Ökningen av antalet försäkrade med aktivitetsersättning har brutits

För aktivitetsersättningen har ett högt nybeviljande i kombination med relativt lågt utflöde medfört att antalet personer med denna ersättning har ökat allt sedan förmånen infördes 2003. Under 2017 skedde dock ett trendbrott då antalet personer med denna ersättning minskade med drygt 2 000 personer mellan december 2016 och december 2017. I december 2017 hade 36 000 personer aktivitetsersättning, varav 17 000 kvinnor och 19 000 män. Nybeviljandet var något lägre 2017 än föregående år. Totalt nybeviljades 3 000 kvinnor och 3 500 män aktivitetsersättning, vilket motsvarar en minskning på totalt ca 1 700 personer jämfört med 2016. Även sett till antalet nybeviljade per 1 000 försäkrade

<sup>3</sup> Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa (RiR 2018:9)

innebar 2017 jämfört med 2016 en svag nedgång. Män hade 2017 en något högre sannolikhet att beviljas aktivitetsersättning jämfört med kvinnor, se diagram 2.15. Sett till nybeviljanden av aktivitetsersättning 2017, uppdelat på nedsatt arbetsförmåga respektive förlängd skolgång, är knappt hälften av det totala nybeviljandet på grund av nedsatt arbetsförmåga. Nedgången av nybeviljade ersättningar har i första hand skett bland dem med nedsatt arbetsförmåga och i mindre utsträckning för förlängd skolgång. Omkring 71 procent av alla som har aktivitetsersättning har det på grund av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

**Diagram 2.15 Antal med aktivitetsersättning 2003–2017 samt antal nybeviljade per 1 000 försäkrade**



Källa: Försäkringskassan

#### *Beviljandet av arbetsskadelivränta minskar och skillnaderna mellan kvinnor och män består*

Den utveckling som observerades i förra budgetpropositionen, att beviljandefrekvensen i ärenden om arbetsskadelivränta minskar samtidigt som skillnaden i andel beviljade livräntor mellan kvinnor och män består, har fortsatt under 2017. Under 2017 beviljades ca 57 procent (59 procent 2016) livräntor för män och ca 44 procent (46 procent 2016) för kvinnor. Någon förklaring till att andelen ansökningar som avslås ökar för både kvinnor och män har inte redovisats.

Ovanstående siffror avser de ärenden där frågan om den försäkrade har varit utsatt för skadlig inverkan i arbetet har prövats. De flesta ansökningar om arbetsskadelivränta (ca 58 procent) avslås av andra anledningar. I dessa fall prövas i allmänhet inte om den försäkrade har varit utsatt för skadlig inverkan i arbetet. I de flesta fallen handlar det om att det inte är styrkt att arbetsförmågan är nedsatt för bestående tid, vilket är en förutsättning för arbetsskadelivränta.

## **Aktörer i sjukskrivningsprocessen**

### *Åtgärder för friska arbetsplatser*

Arbetsgivaren har ansvaret för arbetsmiljön och har en central roll för arbetstagares rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren ansvarar för att det vidtas anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen, i syfte att underlätta för den sjukskrivne att återgå i arbete.

Arbetsgivare kan få ekonomiskt bidrag för insatser som bidrar till att förebygga sjukfrånvaro och öka sjukskrivna arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. För 2017 fanns 100 miljoner kronor avsatta för bidraget Arbetsplatsnära stöd. Användandet av bidraget har ökat för varje år, och under 2017 har 839 arbetsgivare sökt bidrag för att köpa arbetsplatsnära stöd till ett sammanlagt belopp om cirka 68 miljoner kronor. Omkring 27 100 arbetsplatsnära stödsatser har genomförts, varav ca 18 100 avsåg kvinnor och 8 990 avsåg män.

Arbetsmarknadens parter har på regeringens initiativ kommit överens om en för respektive sektor partsgemensam avsiktsförklaring för att bidra till friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. De åtgärder som ingår i avsiktsförklaringarna syftar till såväl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för sjukskrivna anställda att återgå i arbete.

### *Försäkringskassan är central för måluppfyllelsen inom sjukförsäkringen*

Försäkringskassan är en central aktör i sjukskrivningsprocessen. Myndigheten ska bedöma rätten till ersättning från sjukförsäkringen och har också ansvar för samordning och tillsyn av rehabilitering av de försäkrade.

Under 2017 prioriterade Försäkringskassan att öka rättssäkerheten i sjukförsäkringshandläggningen. Rättsliga granskningar visar att fler utredningar och bedömningar görs i tid enligt rehabiliteringskedjan jämfört med året innan. Andelen ärenden där bedömningarna har gjorts i tid enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser ökade under 2017. Av bedömningarna vid dag 90 i rehabiliteringskedjan görs ca 83 procent i tid, och vid dag 180 görs ca 81 procent av bedömningarna i tid. Motsvarande andelar 2016 var ca 80 procent vid dag 90 och ca 79 procent vid dag 180. Under 2014 gjordes endast 61 procent av bedömningarna vid dag 90 i tid, och 64 procent av bedömningarna vid dag 180. Bedömningen av

arbetsförmågan i enlighet med rehabiliteringskedjans tidsgränser har därmed ökat kraftigt sedan 2014. Detta har lett till att fler sjukfall avslutas i samband med rehabiliteringskedjans tidsgränser, och att avslagen har ökat inom sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning.

Sedan 2015 har antalet avslag ökat inom sjukpenningen, och 2017 avslogs 2,8 procent av sjukpenningansökningarna för kvinnor och 2,4 procent för män. Motsvarande andel för 2016 var 2,2 procent för kvinnor och 2,0 procent för män. Avseende avslag under pågående sjukfall är 2017 avslagsandelen 5,9 procent för kvinnor och 5,5 procent för män. Under 2016 var motsvarande avslagsandel under pågående sjukfall 4,0 procent för kvinnor och 4,3 procent för män. Under 2017 avslogs 8,5 procent av sjukpenninganspråken efter dag 180 i rehabiliteringskedjan i samband med att Försäkringskassan prövar arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten. Andelen försäkrade som fick sin sjukpenning indragen varierade kraftigt mellan länen. Under 2017 var andelen avslag efter dag 180 högst bland personer bosatta i Norrbotten och lägst bland personer bosatta i Östergötland. Avslagen var högst bland personer med sjukdomar i rörelseorganen (ISF Rapport 2018:2).

Ökningen av antalet avslag har inneburit att antalet omprövningar av beslut har ökat kraftigt. Under 2017 inkom 11 747 sjukpenningärenden för omprövning vad gäller kvinnor respektive 6 090 ärenden vad gäller män. Motsvarande antal under 2016 var 7 964 för kvinnor och 4 252 för män. Andelen sjukpenningärenden som ändras i förvaltningsrätten har i stort sett varit oförändrat sedan 2015 och var 14,3 procent 2017. Dock har antalet inkomna ärenden i förvaltningsrätten avseende sjukpenning ökat från 2 901 under 2016 till 5 486 under 2017. Det ökade antalet omprövningsärenden har belastat Försäkringskassans omprövningsverksamhet och myndigheten har inte i tid kunnat vidta relevanta åtgärder för att hantera denna ökning. Under hösten 2017 tillförde därför Försäkringskassan omprövningsverksamheten extra resurser inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat Försäkringskassans bedömningar vid dag 90 och 180 i rehabiliteringskedjan (rapport 2017:9). Slutsatsen av granskningen är att bedömningarna vid dag 90 och 180 inte alltid håller tillräcklig kvalitet, och att till ärendena saknas ett

grundläggande utredningsarbete. Detta gäller särskilt utredningarna vid dag 90. Impulser om att den sjukskrivne skulle kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren tas inte tillvara. Risken är att sjukperioden löper vidare till dag 180 och att sjukpenningen då dras in utan att möjligheterna till rehabilitering på ordinarie arbetsplats har prövats. För att sjukskrivningsprocessen ska fungera tillfredsställande behöver Försäkringskassan enligt ISF göra ett kontinuerligt och grundläggande utredningsarbete i varje ärende, både för att kunna bedöma den sjukskrivnas rätt till sjukpenning och för att klarlägga möjligheter för återgång i arbete. ISF framhåller vikten av att Försäkringskassans handläggare är aktiva och genomför nödvändiga utredningsåtgärder men också fångar upp impulser från de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Rapporten anger att det är detta som är Försäkringskassans samordningsansvar, dvs. att i samråd med den försäkrade föra processen framåt med stöd av andra aktörer som arbetsgivaren, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen.

I svaret på regeringsuppdraget Förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (S2018/00529/SF) konstaterar Försäkringskassan att det finns behov av att få till stånd en tätare dialog med såväl individ som med berörda aktörer. Behovet av ett ökat stöd till individen i form av fler kontakter mellan individen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen innan individen når 180 dagars sjukskrivning diskuteras också av Försäkringskassan i svaret på regeringsuppdraget om Ökad kunskap för bättre stöd tillbaka från sjukrivning (S2017/01559/SF).

Försäkringskassans service gentemot de försäkrade bedöms ha utvecklats positivt under 2017. Både inom sjukpenningen, sjukersättningen och aktivitetsersättningen har tillgängligheten i telefon ökat och väntetiderna har sjunkit. Användandet av de digitala tjänsterna har också ökat. Inom sjukförsäkringen har den genomsnittliga handläggningstiden för sjukpenningärenden ökat från 23 dagar 2016 till 26 dagar 2017. Inom sjukersättningen har dock handläggningstiderna minskat från 118 dagar 2016 till 85 dagar 2017. Samma trend gäller för aktivitetsersättningen där handläggningstiderna har minskat från 76 dagar 2016 till 71 dagar 2017.

Det är av vikt att Försäkringskassan tydligt motiverar sina beslut i sjukförsäkringshandläggningen. Försäkringskassan redovisade under 2018

ett antal åtgärder som vidtas med anledning av detta (S2018/02658/SF). Bland annat ska Försäkringskassan arbeta med en tätare dialog med individen och andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, samt utveckla arbetssätt och interna processer för samtal och informationsgivning vid beslut om avslag av ersättning.

*Fortsatt hög personalomsättning och intern sjukfrånvaro på Försäkringskassan*

Personalomsättningen i myndigheten är fortsatt hög och uppgår till ca 11 procent, vilket är oförändrat sedan 2016. Det strategiska kompetensförsörjnings- och utbildningsarbetet är viktigt för att säkerställa att kompetens finns för att nå verksamhetens mål. Den totala sjukfrånvaron har minskat marginellt jämfört med året innan och uppgår till 6,1 procent av arbetstiden.

*Försäkringskassans arbete för ökad jämställdhet*

Försäkringskassan har vidtagit flera åtgärder inom ramen för regeringens satsning på jämställdhetsintegrering av myndigheter (JiM). En handlingsplan för åren 2015–2018 togs fram som stöd för arbetet med mål och aktiviteter för myndighetens jämställdhetsarbete. Målen handlar om att Försäkringskassan ska motverka osakliga könsskillnader i handläggning, bemötande och beslut, främja ett jämställt nyttjande av socialförsäkringen samt bidra till att minska mäns våld mot kvinnor. Inom ramen för regeringens JiM-satsning har Försäkringskassan integrerat ett jämställdhetsperspektiv i flera styrande och stödjande dokument, såväl som i försäkringsutbildningar. De har även arbetat med kompetensutveckling. Myndigheten har nu samordnat styrning och uppföljning av jämställdhetsfrågor med övrigt uppföljningsarbete som rör den statliga värdegrunden. I svaret på regeringsuppdraget Uppdrag om ökad kunskap om social problematik i samband med sjukskrivningar (S2016/07724/SF) konstaterar ISF bl.a. att Försäkringskassans handläggare är i behov av stöd i arbetet med mäns våld mot kvinnor och att detta behöver prioriteras i handläggningen av sjukskrivningsärenden.

*Särskilda insatser för unga med aktivitetsersättning*

Försäkringskassan fick i regleringsbrevet för 2017 i uppdrag att utveckla utredningarna av arbetsförmågan inför beslut om aktivitetsersättning och utveckla arbetet med att identifiera de unga personer med aktivitetsersättning som har behov av förberedande eller arbetslivsinriktade insatser.

Av Försäkringskassans redovisning av uppdraget (S2018/01418/SF) framgår bl.a. att en relativt stor andel av de personer som har aktivitetsersättning saknar individuella planer och insatser under ersättningsperioden. Försäkringskassan följer inte heller upp genomförda rehabiliteringsinsatser och aktiviteter i tillräckligt hög utsträckning. Försäkringskassans bedömning är att utredning och bedömning av behovet av insatser behöver ske tidigare och mer systematisk under ersättningsperioden. Försäkringskassan har därför bl.a. utvecklat arbetssätt och metoder för att förbättra förmågan att utreda och bedöma behov av insatser, planera och dokumentera insatser samt följa upp dessa.

Försäkringskassan har också uppmärksammat att det finns en förbättringspotential när det gäller utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Försäkringskassan har därför utvecklat arbetssätt och metoder för att analysera och värdera medicinska underlag, att utreda med andra aktörer samt utvecklat ett stöd för att bedöma rätten till aktivitetsersättning.

För de personer som får avslag på ansökan om aktivitetsersättning behöver Försäkringskassan, tillsammans med Arbetsförmedlingen, säkerställa att det finns väl fungerande rutiner vid en övergång till Arbetsförmedlingen. Ett arbete pågår tillsammans med Arbetsförmedlingen för att skapa goda förutsättningar för denna övergång.

*Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för individens återgång i arbete*

Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen syftar till att öka kvinnors och mäns förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna komma i arbete eller studier. Samarbetet bedrivs enligt gemensamma regleringsbrevsuppdrag och finansieras med medel inom utgiftsområde 10, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

Samarbetet består av gemensam kartläggning och aktiva insatser. Under 2017 har 10 010 gemensamma kartläggningar genomförts, jämfört med 10 678 gemensamma kartläggningar 2016. Under 2017 var 61 procent av deltagarna kvinnor och 39 procent var män. Av deltagarna hade 75 procent sjukpenning, 18 procent aktivitetsersättning och sju procent aktualiserades av Arbetsförmedlingen och hade a-kassa, aktivitetsstöd eller försörjningsstöd.

I genomsnitt genomfördes 2017 gemensam kartläggning dag 719 i sjukfallet, jämfört med dag 486 i sjukfallet 2016. Enligt myndigheterna är den ökade genomsnittstiden för gemensam kartläggning en konsekvens av att den bortre tidsgränsen för maximalt antal dagar med sjukpenning togs bort i februari 2016. Borttagandet av den bortre tidsgränsen har inneburit att antalet sjukfall som pågår i mer än 914 dagar har ökat. När Försäkringskassan identifierar rehabiliteringsbehov i dessa långa sjukfall påverkas därmed genomsnittstiden för när i ett sjukfall som gemensam kartläggning genomförs.

Antalet personer som under 2017 aktualiserades för aktiva insatser var 10 301, jämfört med 9 829 personer 2016. Av de 7 187 personer som under 2017 lämnade samarbetet efter insats har 55 procent uppnått arbetsförmåga och lämnat sjukförsäkringen, jämfört med 51 procent 2016. Dessa personer är då i arbete, utbildning, inskrivna i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppet arbetslösa. Myndigheterna bedömer att det befintliga arbetssättet med gemensam kartläggning och aktiva insatser har goda förutsättningar att uppfylla intentionerna med uppdraget. Myndigheterna anser att fler personer bör kunna omfattas av samarbetet och kommer därför att vidta åtgärder för att identifiera fler personer för gemensam kartläggning och aktiva insatser.

I det myndighetsgemensamma uppdraget ingår också att skapa goda förutsättningar i övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Under 2017 genomfördes 529 kontaktmöten i syfte att ge individen möjlighet att tidigt komma igång med en omställningsprocess genom att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen och söka nytt arbete under pågående sjukskrivning. Därutöver har det genomförts 1 633 överlämningsmöten för personer som inte längre får sjukpenning. Myndigheterna är överens om att utveckla sina arbetssätt för att ge personer en bättre övergång mellan myndigheterna. Till exempel implementeras arbetssätt som innebär att överlämningsmöten kommer att genomföras innan Försäkringskassan fattat beslut om att inte längre betala sjukpenning.

### *Samordnade rehabiliteringsinsatser genom samordningsförbund*

För individer som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner att, enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, genom samordningsförbund finansiera sådana insatser så att dessa individer uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Vid utgången av 2017 fanns det 82 samordningsförbund som omfattade 253 av Sveriges 290 kommuner.

De statliga medlen för samordningsförbunden uppgick för 2017 till 339 miljoner kronor, varav drygt 326 miljoner kronor har använts. Att samtliga medel inte har använts förklaras av att samordningsförbund inte startat i den takt som förväntats under 2017, att nystartade förbund haft ett mindre medelsbehov och att en del kommuner och landsting inte har matchat den möjliga statliga medelstilldelningen. Kommuner och landsting har, i enlighet med lagstiftningen, bidragit med motsvarande belopp vilket innebär att samordningsförbundens totala medel för 2017 har uppgått till 653 miljoner kronor. Därutöver har några samordningsförbund erhållit medel från Europeiska socialfonden (ESF) för medverkan i sådana projekt. Försäkringskassan medverkade 2017 i 63 ESF-projekt, varav i 39 projekt som medfinansierar och i ett projekt som projektägare. Den totala medfinansieringen från Försäkringskassan beräknas till cirka 72 miljoner kronor för 2017. Medfinansieringen består till cirka 90 procent av deltagarersättning (S2018/00308/SF).

Totalt har närmare 28 400 personer omfattats av de insatser som finansieras av samordningsförbunden. Hälften av insatserna avser rehabilitering till arbete eller studier, t.ex. individuell coachning, arbetsträning, arbetsprövning eller arbetspraktik. Drygt en fjärdedel av insatserna avser förberedande insatser som syftar till att rusta individen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Därutöver vidtas kartlägningsinsatser och förebyggande insatser. Under 2017 avslutade cirka 8 400 personer en insats, varav 55 procent kvinnor och 45 procent män. Efter avslutad insats var det 31 procent som antingen arbetade eller studerade.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i uppdrag att särskilt arbeta för att samordningsförbunden prioriterar insatser för långtids-sjukskrivna, unga med funktionsnedsättning och

unga som har aktivitetsersättning. Under 2017 vidtogs fler insatser för dessa grupper.

Samordningsförbunden finansierar även strukturinriktade insatser, t.ex. dialog och kommunikation, för att stärka samverkan mellan myndigheterna och öka kunskapen om olika gruppers behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

#### *Hälso- och sjukvårdens insatser*

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i sjukskrivningsprocessen genom 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.

#### *Underlag från hälso- och sjukvården*

Försäkringskassan har undersökt hur antalet kompletteringar av läkarintyg har utvecklats mellan 2011 och 2017. Resultaten visar att antalet begärda kompletteringar har ökat med ca 60 procent mellan åren. Däremot är andelen begärda kompletteringar i stort sett densamma 2017 som 2011. Andelen begärda kompletteringar var markant högre för läkarintyg utfärdade mellan dag 91 och 180 i ett sjukfall (21 procent) jämfört med både kortare och längre sjukfall. Det fanns små skillnader mellan de olika diagnosgrupperna om man ser till andelen av begärda kompletteringar. I antal var dock psykiatriska diagnoser helt dominerande.

Riksrevisionen har granskat processen när sjukskrivande läkare ska bedöma arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar* (RiR 2018:11). Resultaten visar att det på flera områden råder osäkerhet kring vilka krav som Försäkringskassan ställer på sjukskrivande läkare inom ramen för sjukskrivningsprocessen. Svårigheter att beskriva patienternas funktionsnedsättningar i läkarintygen uppges främst bero på brist på undersöknings- och provresultat vid psykisk ohälsa. Riksrevisionens granskning visar också att otillräckliga kunskaper inom försäkringsmedicin och psykiatri bland primärvårdsläkare är en försvårande omständighet, liksom tidsbrist när läkare möter patienter.

#### *Socialstyrelsens arbete*

Socialstyrelsen ger ut ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB) som innehåller dels övergripande principer, dels diagnosspecifikt beslutsstöd för sjukskrivning. FMB riktar sig främst till läkare och Försäkringskassan med syftet att bidra till en kvalitetssäker, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. FMB används dagligen av Försäkringskassans handläggare och åtta av tio sjukskrivande läkare anser att FMB har ett stort eller måttligt värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Under det gångna året har Socialstyrelsen arbetat med dels de övergripande principerna för sjukskrivning, dels det diagnosspecifika beslutsstödet, inom områdena psykiska sjukdomar, endometrios, graviditetsrelaterade besvär, hud, epilepsi och bröstcancer. Detta arbete beräknas färdigställas under 2018. Karolinska Institutet (KI) har på uppdrag av Socialstyrelsen följt upp FMB. KI rekommenderar att FMB blir mer enhetligt och enklare, att vissa diagnosgrupper delas upp i ytterligare diagnoser, att FMB tas fram för nya diagnoser och att målgruppen för FMB vidgas.

Socialstyrelsen har också vidtagit åtgärder i syfte att vidareutveckla FMB, bl.a. FMB:s digitala format. Digitaliseringen har bl.a. gjort det möjligt för landstingen och regionerna att integrera den diagnosspecifika delen av FMB i sina intygssystem.

#### *Överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen.

Nuvarande överenskommelse gäller för 2017–2018 (En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018, S2016/07764/SF) och omfattar totalt närmare 2,9 miljarder kronor. Överenskommelsen innebär stimulansmedel för kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan och samarbete med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen

för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen består av ett antal villkor som landstingen ska uppfylla för att medlen ska betalas ut. För 2017 uppfyller samtliga landsting villkoren som avser att vidareutveckla kompetenssatsning i försäkringsmedicin respektive att införa en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. Dessutom ges landstingen medel för att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. Landstingen ges särskilda stimulansmedel för att främja patientens återgång i arbete genom utvecklade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Överenskommelsen består också av medel för att utveckla elektronisk informationsöverföring av läkarintyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

#### *Försäkringsmedicinska utredningar*

Sedan 2010 har staten och SKL ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som utför fördjupade medicinska utredningar efter beställning från Försäkringskassan. Enligt överenskommelsen kan Försäkringskassan beställa särskilt läkarutlåtande (SLU) som ska baseras på antingen enbart en läkares utredning eller på teambaserad medicinsk utredning (TMU) som, förutom undersökning av läkare, innehåller inslag av flera kompetenser inom hälso- och sjukvården. Sedan 2013 kan Försäkringskassan även beställa Arbetsförmågeutredning (AFU). Regeringen har lyft fram behovet av ökad och mer enhetlig användning av försäkringsmedicinska utredningar. Vad beträffar användningen av försäkringsmedicinska utredningar har de varierat de senaste åren. Under 2015 beställdes 6 881 utredningar för att under 2016 öka till 9 575. Under 2017 beställdes 6 623 utredningar. Av de anslagna 250 miljoner kronor för 2017 förbrukades 246 miljoner kronor. Under året tillfördes ytterligare 40 miljoner kronor.

#### **Internationellt samarbete inom socialförsäkringen**

Att Sverige är en del av en alltmer internationaliserad värld avspeglas även i socialförsäkringsystemen. Ett exempel på detta är det faktum att av de ca 2,79 miljoner kvinnor och 2,86 miljoner män som var försäkrade i december 2017, så var

ca 21 procent av kvinnorna och 19 procent av männen födda i ett annat land än Sverige. Av dessa var ca 40 procent födda inom Europa. Ett annat exempel är att det var drygt 151 000 kvinnor och män som var bosatta utomlands och som fick svensk allmän pension 2017. Av dessa var det 87 procent som fick utbetalning av pension till ett annat land som ingår i EU eller Europeiska ekonomiska samarbetsrådet (EES) eller till Schweiz.

#### *EU-arbete*

Europeiska kommissionen presenterade den 13 december 2016 sitt förslag till en revidering av förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av social trygghet och dess tillämpningsförordning (EG) nr 987/2009. Förslagen har därefter varit föremål för förhandlingar, vilket hittills har resulterat i att rådet har antagit en allmän inriktning på förslaget i sin helhet. De föreslagna ändringarna omfattar i huvudsak fem områden av förordningen: likabehandling, åtgärder för att förebygga fel och bedrägerier, förmåner vid långvarigt vårdbehov, samordning av föräldrapenningliknande förmåner samt förmåner vid arbetslöshet. Förhandlingarna väntas fortsätta in i 2019.

Kommissionens arbete med att utveckla ett it-system för elektroniskt informationsutbyte mellan medlemsstater i socialförsäkringsärenden, Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI), är nu i slutet av genomförandefasen. Systemet ska börja användas i samtliga EU- och EES-länder och Schweiz senast 3 juli 2019 och ska hjälpa socialförsäkringsinstitutioner i hela EU (inklusive Storbritannien efter 29 mars 2019), EES och Schweiz att effektivare och säkrare utbyta information i enlighet med EU:s samordningsbestämmelser. Försäkringskassan samordnar införandet av EESSI-systemet i Sverige.

#### *Förhandlingar om avtal om social trygghet*

Sverige undertecknade i oktober 2015 ett socialförsäkringsavtal med Filippinerna. Filippinerna meddelade i mars 2018 att avtalet har godkänts av det filippinska parlamentet. Förhandlingar pågår även om socialförsäkringsavtal med Brasilien och Japan.



### Administration kring samordning av social trygghet

I arbetet med att säkerställa en effektiv tillämpning av samordningen av de sociala trygghetsystemen samt att förebygga och motverka felaktiga utbetalningar och bidragsbrott ingår att även se över myndigheternas handläggning av socialförsäkringsärenden som har internationella dimensioner. Försäkringskassan har mot bakgrund av detta utfört flera uppdrag för att se över sin handläggning av bedömningen av försäkringstillhörighet vid arbete respektive bosättning i Sverige. Detta har resulterat i att Försäkringskassan har genomfört ett flertal åtgärder för att förtydliga tillämpningen av aktuell lagstiftning och utveckla handläggningen av dessa bedömningsmoment (S2018/01349/SF). Inspektionen för Socialförsäkringen redovisade i mars 2018 ett uppdrag att granska myndigheternas arbete med kontroller i gränsöverskridande situationer (S2018/02063/SF). Även Försäkringskassans arbete med att utveckla it-stödet för att fånga statistik inom det internationella området fortskrider. Försäkringskassan kommer kunna redovisa förbättrad statistik från och med första kvartalet 2020 (S2018/01369/SF). På regeringens uppdrag har myndigheten redovisat statistik över utfärdade intyg om bosättning och de kostnader för hälso- och sjukvård som de utfärdade intygen givit upphov till för 2016 (S2017/01636/FS).

### Brexit

Storbritanniens utträde ur EU kommer att påverka hur svenska sociala trygghetsförmåner i framtiden ska samordnas i förhållande till brittiska förmåner. Ett arbete pågår gällande hur detta kommer att påverka personer som rör sig, har rört sig eller kommer att röra sig mellan Sverige och Storbritannien. Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten har därför fått i uppdrag att analysera vilka konsekvenser Storbritanniens utträde ur EU (brexit) kommer att få för myndigheternas verksamheter. Analysen ska utgå både från konsekvenserna för den enskilde och konsekvenserna för myndighetens administration och ekonomi.

## Mötesplatser

2016 gavs ett regeringsuppdrag till Migrationsverket, Försäkringskassan, Skatteverket och Arbetsförmedlingen om en utökad satsning på förenklade och mer effektiva processer för nyanlända, vilket förlängdes under 2017 (A2017/01413/I). Myndigheterna har samlokaliserat sig på en rad orter i landet, s.k. Mötesplatser, vilket möjliggör för nyanlända att träffa representanter för flera myndigheter vid samma tillfälle. För många nyanlända har denna samverkan inneburit förenklade första kontakter med myndigheter och kortare väntetider, se vidare utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

## 2.6 Budgetförslag

### 2.6.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

**Tabell 2.4 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor				
2017	Utfall	37 673 295	Anslags-sparande	4 063 851
2018	Anslag	38 810 429 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	37 286 420
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>36 946 254 <sup>2</sup></b>		
2020	Beräknat	37 060 151		
2021	Beräknat	37 708 608		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 2 904 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2019 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2016 som uppgick till -417 347 tkr.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjukpenning, rehabiliteringspenning, närstående-penning 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 och det särskilda högriskskyddet 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. Medelersättningen 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, ökade mellan 2010 och 2015 i en relativt hög takt. Denna ökning avklingade under hösten 2015 och under 2017 minskade det totala antalet startade fall något. Under resten av prognosperioden väntas inflödet öka i takt med arbetskraftens tillväxt vilket innebär en årlig nivå kring ca 350 000 startade sjukfall.

Allt fler sjukfall avslutas omkring rehabiliteringskedjans bedömningstidpunkter. Detta beror sannolikt på Försäkringskassans arbete med att förstärka och förbättra utrednings- och bedömningsarbetet. Varaktigheten för sjukfall kortare än ett år minskade följaktligen 2017. Prognosen

för åren 2018–2021 innebär inga antaganden om att sjukfallens varaktighet kommer att förändras i någon större omfattning jämfört med 2017.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till ca 54 miljoner nettodagar under 2018 och ca 52 miljoner nettodagar 2019. Medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2018 beräknats till 599 kronor och för 2019 till 609 kronor. Nyckelfaktorer i sammanhanget är hur många sjukfall som kommer att starta framöver samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

För 2018 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 35 651 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2019 beräknas till 35 304 miljoner kronor. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 35 423 respektive 35 987 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. Rehabiliteringspenningen har ända sedan 2011 minskat i förhållande till sjukpenningen. Andelen försäkrade som får rehabiliteringspenning har successivt minskat och utvecklingen har accentuerats under 2016 och 2017. Sannolikt har den förändring av tillämpningen som infördes under hösten 2016 bidragit till att förstärka utvecklingen. Den försäkrade får sedan 2016 bara rehabiliteringspenning för den tid som han eller hon deltar i en åtgärd, medan resterande del av dagen ersätts med sjukpenning givet att övriga förutsättningar är uppfyllda.

Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till ca 1,7 miljoner nettodagar under 2018 och 1,7 miljoner nettodagar 2019. Medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2018 beräknats till 515 kronor och för 2019 till 523 kronor.

För 2018 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 987 miljoner kronor. Utgifterna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2019 beräknas till 951 miljoner kronor. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 920 respektive 977 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 Landsting.

För 2018 beräknas utgifterna uppgå till 163 miljoner kronor. Utgifterna för arbetshjälpmedel m.m. beräknas till 164 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 165 respektive 166 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.

Inflödet till sjukpenning i särskilda fall utgörs numer enbart av personer som haft aktivitetsersättning och fyllt 30. Denna grupp förväntas öka något de kommande åren. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas därför öka under hela prognosperioden.

Utgifterna för 2018 beräknas uppgå till 128 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas till 147 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 162 respektive 175 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 också lämnas till en person vars aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Utgifterna för 2018 beräknas uppgå till 166 miljoner kronor. Utgifterna för boendetillägg beräknas till 187 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 195 respektive 205 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. Antalet dagar beräknas uppgå till 184 000 nettodagar under 2018 och 182 000 nettodagar 2019. Medelersättningen per nettodag för närståendepenning har för 2018 beräknats till 953 kronor och för 2019 till 973 kronor per dag.

För 2018 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 191 miljoner kronor. Utgifterna för närståendepenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas till 193 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 195 respektive 198 miljoner kronor.

**Tabell 2.5 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>38 810 429</b>	<b>38 810 429</b>	<b>38 810 429</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	672 500	675 500	678 500
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 094 000	1 666 000	2 252 000
Volymer	-3 630 675	-4 091 778	-4 032 321
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>36 946 254</b>	<b>37 060 151</b>	<b>37 708 608</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att inga nya förslag med utgiftspåverkan lämnas för detta anslag. Därigenom redovisas endast den effekt tidigare fattade riksdagsbeslut har på anslaget, se tabell 2.5. Anslaget beräknas genom tidigare fattade riksdagsbeslut öka med 672,5 miljoner kronor 2019. För 2020 och 2021 beräknas motsvarande till 675,5 respektive 678,5 miljoner kronor per år.

Regeringen föreslår att 36 946 254 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 37 060 151 000 kronor respektive 37 708 608 000 kronor.

## 2.6.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 2.6 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

2017	Utfall	47 688 492	Anslags-sparande	1 004 629
2018	Anslag	46 909 313 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	45 776 741
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>43 943 558<sup>2</sup></b>		
2020	Beräknat	42 197 234		
2021	Beräknat	40 809 659		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 5 561 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2019 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2016 som uppgick till -155 891 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

Aktivitetsersättning betalas ut till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 19–64 år. I åldrarna 19–29 år utges sjukersättning endast i hel omfattning. 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. Inflödet i sjukersättning beräknas bli omkring 7 000 per år under prognosperioden. Motsvarande uppgift för aktivitetsersättning är ca 5 400 per år. Det totala antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning väntas minska under prognosperioden. År 2018 prognostiseras medelantalet vara 305 000 för att minska till 254 000 år 2021.

För 2018 beräknas utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift till 40 622 miljoner kronor. Utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas till 38 929 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 37 281 respektive 35 958 miljoner kronor.

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

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

För 2018 beräknas utgifterna för bostadstillägg för personer med aktivitets- och sjukersättning till 5 123 miljoner kronor. Utgifterna beräknas till 4 981 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 4 886 respektive 4 823 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 Arbetsförmedlingen, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivarna i varje enskilt fall.

För 2018 beräknas utgifterna till 32 miljoner kronor. Utgifterna beräknas till 34 miljoner kronor för 2019. För åren 2020 och 2021 beräknas utgifterna till 30 respektive 29 miljoner kronor.

**Tabell 2.7 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>46 909 313</b>	<b>46 909 313</b>	<b>46 909 313</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	262 000	262 000	262 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	804 421	1 395 744	2 150 843
Volym	-4 032 176	-6 374 952	-8 517 626
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
Övrigt		5 129	5 129
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>43 943 558</b>	<b>42 197 234</b>	<b>40 809 659</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att inga nya förslag med utgiftspåverkan lämnas för detta anslag. Därigenom redovisas endast den effekt tidigare fattade riksdagsbeslut har på anslaget, se tabell 2.7. Anslaget beräknas genom tidigare fattade riksdagsbeslut öka med 262 miljoner kronor för vart och ett av åren 2019–2021.

Regeringen föreslår att 43 943 558 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 42 197 234 000 kronor respektive 40 809 659 000 kronor.

### 2.6.3 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning

**Tabell 2.8 Anslagsutveckling 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning**

Tusental kronor

2017	Utfall	1 349 933	Anslags-sparande	34 067
2018	Anslag	1 384 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 364 000
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 391 000</b>		
2020	Beräknat	1 423 000		
2021	Beräknat	1 468 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Från och med den 1 januari 2019 införs den nya förmånen merkostnadsersättning. Anslaget 1:3 omfattar med anledning av detta utgifter för merkostnadsersättning och handikappersättning (se vidare prop. 2017/18:190, bet. 2017/18:SfU23, rskr. 2017/18:388). Ett beslut om handikappersättning som har fattats enligt de äldre bestämmelserna ska enligt övergångsbestämmelserna fortsätta att gälla enligt vad som föreskrivs i beslutet, dock längst till dess att beslutet skulle ha upphört att gälla eller skulle ha omprövats om de äldre bestämmelserna fortfarande hade varit tillämpliga. Det innebär att det kommer att ske en successiv överföring av utgifter mellan anslagsdelen Handikappersättning och anslagsdelen Merkostnadsersättning under de kommande åren. Ersättning för merkostnader inom vårdbidraget (utg. omr. 12 anslag 1:6 Omvårdnadsbidrag och vårdbidrag) avskaffas från och med den 1 januari 2019 och därefter kommer merkostnader för barn med funktionsnedsättning att belasta anslag 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Antalet personer med handikappersättning uppgick under 2017 till ca 64 000. Till följd av regelförändringarna kommer antalet personer med handikappersättning minska efter 1 januari 2019. Antalet personer med handikappersättning väntas vid utgången av 2021 vara knappt 55 000.

**Tabell 2.9 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning**

Tusental kronor

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018 <sup>1</sup></b>	<b>1 384 000</b>	<b>1 384 000</b>	<b>1 384 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	24 000	52 000	88 000
Volym	-17 000	-13 000	-4 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 391 000</b>	<b>1 423 000</b>	<b>1 468 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 391 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Merkostnadsersättning och handikappersättning* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 1 423 000 000 kronor respektive 1 468 000 000 kronor.

### 2.6.4 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

**Tabell 2.10 Anslagsutveckling 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

Tusental kronor

2017	Utfall	3 007 499	Anslags-sparande	-57 222
2018	Anslag	2 876 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	2 859 000
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 773 000 <sup>2</sup></b>		
2020	Beräknat	2 685 000		
2021	Beräknat	2 595 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 204 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2019 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2016 som uppgick till -12 031 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för arbetskadeersättning enligt 40, 41, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre

lagstiftning. Arbetsskadeersättning 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. Antalet arbetsskadelivräntor har minskat under lång tid till följd av att antalet tillkomna ärenden varit betydligt lägre än antalet upphörda ärenden. Antalet arbetsskadelivräntor förväntas att fortsätta minska under 2018, till drygt 29 800 stycken i genomsnitt.

**Tabell 2.11 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>2 876 000</b>	<b>2 876 000</b>	<b>2 876 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<i>Beslut</i>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	49 000	106 000	167 000
Volym	-152 000	-297 000	-448 000
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
<i>Övrigt</i>			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 773 000</b>	<b>2 685 000</b>	<b>2 595 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 773 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbetskadeersättningar m.m.* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 2 685 000 000 kronor respektive 2 595 000 000 kronor.

### 2.6.5 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet

**Tabell 2.12 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

*Tusental kronor*

2017	Utfall	37 341	Anslags-sparande	-3 244
2018	Anslag	42 068 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	37 391
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>36 349<sup>2</sup></b>		
2020	Beräknat	35 265		
2021	Beräknat	33 987		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 1 284 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2019 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2016 som uppgick till -3 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

Utgifterna för ersättning inom det statliga personskadeskyddet domineras av utgifterna för äldre skador, vilka står för cirka två tredjedelar av de totala utgifterna. Ersättning för det statliga personskadeskyddet beräknas bli något lägre de kommande åren. Detta främst på grund av att livräntor enligt äldre lagstiftning upphör.

**Tabell 2.13 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>33 068</b>	<b>33 068</b>	<b>33 068</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 900	300	300
Volymer	1 381	1 897	619
<b>Överföring till/från andra anslag</b>			
<b>Övrigt</b>			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>36 349</b>	<b>35 265</b>	<b>33 987</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 36 349 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättning inom det statliga personskadeskyddet* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 35 265 000 kronor respektive 33 987 000 kronor.

### 2.6.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

**Tabell 2.14 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

*Tusental kronor*

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2017	Utfall	2 711 594		189 406
2018	Anslag	2 901 000 <sup>1</sup>		2 707 600
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 901 000</b>		
2020	Beräknat	2 898 500		
2021	Beräknat	2 898 500		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 bidrag till hälso- och sjukvården för arbetet med sjukskrivningsprocessen, bidrag till arbetsgivare för arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd, samt bidrag till företagshälsovården för medicinsk service. Medlen avser även kostnader för rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbets-

förmedlingen, försäkringsmedicinska utredningar enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, finansiell samordning genom samordningsförbund samt vissa förvaltningsutgifter. 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 i syfte att vidta insatser som bidrar till att den som är sjukskriven återfår arbetsförmågan och kan återgå i arbete. Insatserna ska bidra till att skapa goda förutsättningar för övergång till arbetsmarknaden och förkorta tiden i sjukförsäkringen. För 2018 avsattes 691 miljoner kronor till detta samarbete och dessa medel bedöms förbrukas i sin helhet. Det var 18 miljoner kronor lägre än föregående år då det avsattes 709 miljoner kronor. För att förstärka stödet till arbetsgivare överfördes 18 miljoner kronor till Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. En sådan tillfällig omfördelning bedömdes möjlig då volymerna, och framförallt inflödet av personer som aktualiseras för myndigheternas samarbete, hade minskat under en tid.

Utgifterna för 2019 beräknas till 709 miljoner kronor.

#### *Finansiell samordning genom samordningsförbund*

Finansiell samordning genom samordningsförbund syftar till att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd så att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Finansiell samordning genom samordningsförbund är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Vid utgången av 2017 fanns det 82 samordningsförbund som omfattar 253 av Sveriges 290 kommuner.

Av resurserna till samordningsförbunden ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med varsin fjärdedel. För 2018 uppgick de statliga medlen till 339 miljoner kronor och dessa bedöms förbrukas i sin helhet.



Utgifterna för 2019 beräknas till 339 miljoner kronor.

#### *Bidrag till hälso- och sjukvården*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) träffade i december 2016 en överenskommelse om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018 (S2016/07725/SF). Överenskommelsen omfattar totalt 2 888 miljoner kronor, 1 444 miljoner kronor per år.

Regeringen har bedömt att det finns anledning att överväga andra åtgärder än bidrag genom överenskommelser i syfte att i ökad utsträckning samordna sjukskrivningsfrågan med hälso- och sjukvårdens övriga strukturer. Regeringen har därför gett en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården (dir. 2017:44). I uppdraget ingår att lämna förslag till hur en sådan finansiell samordning kan utformas. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2018.

Genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har landstingen bl.a. getts stimulansmedel för att utveckla en koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. En arbetsgrupp i Regeringskansliet har haft i uppdrag att utreda formerna för en permanent koordineringsfunktion inom vården. Förslag till en ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården har remitterats under våren 2018 (Ds 2018:5). Förslaget har därefter behandlats av Lagrådet.

För att kunna upprätthålla nödvändiga samhällsfunktioner/tjänster i avvaktan på ställnings-tagande angående dessa båda förslag bedömer regeringen att det finns behov av en överenskommelse med SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2019.

Utgifterna för 2019 beräknas till 1 326 miljoner kronor.

#### *Försäkringsmedicinska utredningar*

Den 1 januari 2019 träder lagen (2018:774) om försäkringsmedicinska utredningar i kraft. Lagen anger att ett landsting ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan. Landstinget har rätt till ersättning från staten för sina kostnader. Syftet med utredningarna är att tillgodose Försäkrings-

kassans behov av att i rätt tid få tillgång till kvalificerade medicinska underlag för beslut i vissa ärenden om sjukförsäkring. Utgifterna för 2018 beräknas till 250 miljoner kronor. För 2019 beräknas utgifterna till 250 miljoner kronor.

#### *Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*

I april 2014 infördes ett bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete (förordningen [2014:67] om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete). Med en arbetsplatsnära stödsats avses en utredande insats för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador samt att initiera åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. För 2018 uppgick bidraget till 118 miljoner kronor.

De nya bestämmelser i Socialförsäkringsbalken som trädde i kraft den 1 juli 2018 innebär att arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete för arbetstagare som varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar (prop. 2017/18:1, bet. 2017/18:SfU1, rskr. 2017/18:124). Denna lagreglerade skyldighet för arbetsgivare att planera och genomföra rehabiliteringsåtgärder kombineras med ett utökat ekonomiskt stöd vid användande av expertresurser. Därför har bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd den 1 juli 2018 genom förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd utvidgats till att även omfatta bidrag för insatser som består av att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Bidraget till arbetsgivare för köp av sådant arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd ökas därför med 100 miljoner kronor 2019 till följd av ovan nämnd beslutad lagstiftning och förordning.

Utgifterna för 2019 beräknas till 218 miljoner kronor.

#### *Medicinsk service*

I förordningen (2017:117) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service finns bestämmelser om bidrag till anordnare av företagshälsovård för dennes kostnader för köp av medicinsk service från offentliga eller privata vårdgivare. Syftet med bidraget är att förebygga sjukskrivning samt att vid sjukskrivning öka

arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Detta ska uppnås genom att bidrag lämnas för företagshälsovårdens kostnader för köp av sådan medicinsk service som ingår som ett led i bedömningen av en arbetstagares arbetsförmåga. Försäkringskassan beslutar enligt ovan nämnd förordning om utbetalning av bidrag till anordnare av företagshälsovård.

För 2018 har 55 miljoner kronor avsatts för bidrag till kostnader för medicinsk service. Bedömningen är att dessa medel förbrukas i sin helhet.

Utgifterna för 2019 beräknas till 55 miljoner kronor.

#### *Myndigheten för arbetsmiljökunskap*

Under 2018 inrättade regeringen Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Regeringen avser att tillfälligt delfinansiera myndigheten från detta anslag med 2,5 miljoner kronor för 2019. Från och med 2020 minskas detta anslag permanent med 2,5 miljoner för att finansiera myndigheten. Se vidare utgiftsområde 14 anslag 2:6 *Myndigheten för arbetsmiljökunskap*.

**Tabell 2.15 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>2 901 000</b>	<b>2 901 000</b>	<b>2 901 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-2 500	-2 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 901 000</b>	<b>2 898 500</b>	<b>2 898 500</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att inga nya förslag med utgiftspåverkan lämnas för detta anslag. Därigenom redovisas endast den effekt tidigare fattade riksdagsbeslut har på anslaget, se tabell 2.15. Anslaget beräknas genom tidigare fattade riksdagsbeslut att minska med 2,5 miljoner kronor 2020 och 2021.

Regeringen föreslår att 2 901 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 2 898 500 000 kronor respektive 2 898 500 000 kronor.

## 2.6.7 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader

**Tabell 2.16 Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

*Tusental kronor*

			Anslags-sparande	
2017	Utfall	889 829		11 171
2018	Anslag	957 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	957 000
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>957 000</b>		
2020	Beräknat	957 000		
2021	Beräknat	957 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

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

### Regeringens överväganden

Sedan 2015 finns en ersättning som kompenserar arbetsgivare som har höga sjuklönekostnader. Kompensationen riktar sig främst till mindre arbetsgivare. Antalet arbetsgivare som fått ersättning för sina rapporterade sjuklönekostnader 2017, vilka ersätts för 2018, uppgick till cirka 44 500. Sett till den totala rapporterade sjuklönekostnaden (drygt 21 miljarder kronor) betalas cirka 4 procent tillbaka till arbetsgivarna i form av ersättning för höga sjuklönekostnader. De allra minsta arbetsgivarna (med en lönesumma upp till tre miljoner kronor) är den grupp som främst fått ersättning. Av de arbetsgivare som fick ersättning var 72 procent sådana små arbetsgivare, vilket är ett liknande resultat från föregående år. Dessa små arbetsgivare som tog emot kompensation fick i genomsnitt 55 procent av sin totala rapporterade sjuklönekostnad (Försäkringskassans återrapporering S2018/03975/SF).

Försäkringskassan har redovisat en kvalitetsuppföljning av förmånen med åtgärder i syfte att öka sannolikheten för korrekta ersättningar (S2017/03474/SF). Uppföljningen visade på en relativt hög risk för felaktiga utbetalningar och därmed ett behov av utvecklingsinsatser. Kvalitetsförbättringar har delvis genomförts under 2018 och ytterligare insatser kommer att påbörjas.

Utgiften för ersättning för höga sjuklöne-kostnader beräknas 2018 uppgå till 957 miljoner kronor.

**Tabell 2.17 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

Tusental kronor

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>901 000</b>	<b>901 000</b>	<b>901 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	56 000	56 000	56 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>957 000</b>	<b>957 000</b>	<b>957 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 957 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Ersättning för höga sjuklönekostnader* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 957 000 000 kronor respektive 957 000 000 kronor.

## 2.6.8 2:1 Försäkringskassan

**Tabell 2.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2017	Utfall	8 443 768		100 531
2018	Anslag	8 729 472 <sup>1</sup>		8 749 273
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 640 598</b>		
2020	Beräknat	8 732 958 <sup>2</sup>		
2021	Beräknat	8 768 499 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 8 615 664 tkr i 2019 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 8 550 437 tkr i 2019 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 vissa resultatområden disponerar Försäkringskassan avgiftsinkomster. Dessa områden avser i huvudsak administration av familjebidrag och dagpenning till totalförsvarspliktiga, ersättning från affärsdrivande verk samt avgifter för tjänster som tillhandahålls åt Pensionsmyndigheten. Försäkringskassans uppdrag att administrera den svenska kontaktpunkten för EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), genom regeringsuppdrag S2009/2024/SF och S2011/2476/SF, är också avgiftsfinansierat.

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

**Tabell 2.19 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 2017	271 481	269 004	2 477
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	248 084	248 084	0
Prognos 2018	284 815	284 815	0
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	259 000	259 000	0
Budget 2019	291 797	291 797	0
(varav intäkter från pensionsmyndigheten)	259 000	259 000	0
(varav intäkter från EESSI)	5 635	5 635	0

Källa: Försäkringskassan

## Bemyndigande om kredit

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att för 2019 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 170 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet vid utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

**Skälen för regeringens förslag:** Krediten behövs för att finansiera Försäkringskassans betalning av utländska vårdfakturor. Sedan 2013 har landstingen och kommunerna kostnadsansvaret för vissa ersättningar vid vård utomlands genom lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet. Försäkringskassan betalar de utländska vårdfakturorna och kräver i efterhand 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 2019 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret som uppgår till högst 170 000 000 kronor för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet i utbetalning av ersättning för vård i andra länder.

## Regeringens överväganden

Riksdagen har beslutat att de ändamål och verksamheter som avser lokal statlig service vid servicekontor ska flyttas från utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning till utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning (prop. 2017/18:100, bet. 2017/18:KU40, rskr. 2017/18:419). Mot denna bakgrund minskas anslaget med 262,6 miljoner kronor 2019, och beräknas minska med 292,1 miljoner kronor 2020 och 284,1 miljoner kronor varaktigt fr.o.m. 2021.

I detta ingår även de medel som beräknades i budgetpropositionen för 2018 för lokal statlig service. Anslaget 1:19 *Statens servicecenter* under utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning ökas med motsvarande belopp. I avvaktan på att uppgiften tas över av Statens servicecenter får Försäkringskassan disponera delar av anslaget 1:19 *Statens servicecenter* (se utg.omr. 2 avsnitt 4.4).

**Tabell 2.20 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:1 Försäkringskassan**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018<sup>1</sup></b>	<b>8 732 772</b>	<b>8 732 772</b>	<b>8 732 772</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	129 108	249 754	355 113
Beslut	1 369	24 140	-28 354
Överföring till/från andra anslag	-222 650	-273 706	-291 031
Övrigt	-1	-1	-1
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>8 640 598</b>	<b>8 732 958</b>	<b>8 768 499</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att inga nya förslag med utgiftspåverkan lämnas för detta anslag. Därigenom redovisas endast den effekt tidigare fattade riksdagsbeslut har på anslaget, se tabell 2.20. Anslaget beräknas genom tidigare fattade riksdagsbeslut öka med 1 369 000 kronor 2019, 24 140 000 kronor 2020 och minska med 28 354 000 kronor 2021.

Regeringen föreslår att 8 640 598 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Försäkringskassan* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 8 732 958 000 kronor respektive 8 768 499 000 kronor.

## 2.6.9 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

**Tabell 2.21 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

*Tusental kronor*

År	Slagslag	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2017	Utfall	66 414	1 914
2018	Anslag	67 647 <sup>1</sup>	64 912
<b>2019</b>	<b>Förslag</b>	<b>68 253</b>	
2020	Beräknat	69 249 <sup>2</sup>	
2021	Beräknat	70 095 <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 68 320 tkr i 2019 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 68 355 tkr i 2019 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Inspektionen för socialförsäkringens arbete bidrar till att stärka och värna rättssäkerheten samt effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Myndighetens omlokalisering till Göteborg ska vara avslutad senast den 1 augusti 2019. Regeringsuppdragen har trots ökad personalomsättning redovisats på utsatt tid under våren 2018. Myndigheten inkom den 4 september 2018 med en framställan om framskjutna redovisningstidpunkter för vissa regeringsuppdrag (S2018/00532/SF, S2018/04767/SF).

**Tabell 2.22 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

*Tusental kronor*

	2019	2020	2021
<b>Anvisat 2018 <sup>1</sup></b>	<b>67 647</b>	<b>67 647</b>	<b>67 647</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	606	1 534	2 344
Beslut		68	104
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>68 253</b>	<b>69 249</b>	<b>70 095</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att inga nya förslag med utgiftspåverkan lämnas för detta anslag. Därigenom redovisas endast den effekt tidigare fattade riksdagsbeslut har på anslaget, se tabell 2.22. Anslaget beräknas genom tidigare fattade riksdagsbeslut öka med 68 000 kronor 2020 och 104 000 kronor 2021.

Regeringen föreslår att 68 253 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 69 249 000 kronor respektive 70 095 000 kronor.