

# Ohälsoskulden 2010



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Mathias Johansson  
010-116 90 58  
mathias.e.johansson@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Sedan några år tillbaka gör Försäkringskassan beräkningar av den så kallade ohälsoskulden. Ohälsoskulden är en beräkning som visar hur stort belopp sjukförsäkringen kan förväntas betala ut till personer som vid en given tidpunkt får ersättning från sjukpenningförsäkringen eller erhåller sjuk- och aktivitetsersättning. Inga nya ersättningsmottagare antas tillkomma. Ohälsoskulden kan sägas vara en beräkning av statens åtagande inom sjukförsäkringen men är inte en reell betalningsförbindelse. Begreppet skuld har i detta sammanhang således inte en vanlig civilrättslig innebörd.

Syftet med denna rapport är att ge en uppskattning av ohälsoskuldens storlek och utveckling de senaste 15 åren samt analysera den utveckling som skett. Eftersom beräkningen av ohälsoskulden rent tekniskt görs med en kombination av volymer, varaktighet och ersättningarnas storlek är ohälsoskulden ett mått som fångar upp förändringar i systemet på ett mer heltäckande sätt än andra mått som Försäkringskassan analyserar.

Ohälsoskulden steg under andra halvan av 90-talet fram till 2005 då den började sjunka. En viktig förklaring både för ökningen och minskningen av ohälsoskulden är utvecklingen av antalet yngre (20–44 år) ersättningsmottagare i sjuk- och aktivitetsersättning. För dessa ökade både inflödet och varaktigheten mellan år 2000 till 2005 vilket ledde till att ohälsoskulden ökade snabbt. Efter 2005 sjönk dock ohälsoskulden för de yngre ersättningsmottagarna lika snabbt som den steg, på grund av att både varaktigheten och inflödet minskade. För åren 2009 och 2010 har framför allt regelförändringarna den 1 juli 2008, då bl.a. tidsgränser infördes, påverkat ohälsoskulden.

Mathias Johansson har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Stockholm i mars 2012

Magdalena Brasch  
Verksamhetsområdeschef Ohälsa  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Summary .....</b>	<b>5</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>6</b>
<b>Ohälsoskulden – översiktlig utveckling 2003–2010 .....</b>	<b>7</b>
<b>Sjukpenningsskulden och rehabiliteringspenningsskulden.....</b>	<b>10</b>
Övergripande analys .....	10
Vad har hänt efter regelförändringarna i juli 2008? .....	12
<b>Sjukersättningsskulden och aktivitetsersättningsskulden .....</b>	<b>14</b>
Övergripande analys .....	14
Ohälsoskulden fördelad på olika åldersklasser .....	16
<b>Sammanfattning och slutdiskussion .....</b>	<b>19</b>
Resultaten i korthet.....	19
Vilken roll spelar regelförändringarna? .....	19
Avslutande kommentarer .....	20

## Summary

Swedish Social Insurance pays different kinds of benefits to people with reduced working capacity due to sickness or disability. These are administered by the Swedish Social Insurance Agency. The different kinds of benefits are sickness cash benefit, rehabilitation cash benefit, compensation for permanent long-term reduced work capacity due to sickness and a benefit called activity compensation for persons with serious or permanently reduced work capacity up to 29 years of age.

Since 2006 the Swedish Social Insurance Agency has computed the total expenditures for the stock of persons receiving one of the above forms of sickness insurance until the age of 65, when the benefits of all beneficiaries of sickness insurance are converted into old-age benefits, at a given time. This report presents the results of computations of these liabilities for the period 1996–2010, with expenditure expressed in 2010 prices.

This debt does not constitute a forecast in proper sense but rather presents the present value of the liabilities at the time the calculations are made. There is however an element of forecasting since the estimate is based on estimated probabilities to leave the system after a given time, based on historical data. These probabilities are used to compute the expected length of disbursements.

The findings of this report are that the debt rose rapidly from the end of the 90-ies and up until 2004–2005. The rising debt was a result of decreasing probabilities for outflow and a rising inflow of new cases. The trend was noticeable first for sickness cash benefits paid to people away from work on a short term basis. Permanent benefits soon followed, which is in line with findings that sickness cash benefit acts as a gateway into sickness compensation.

Thereafter, the debt declined almost as fast as it rose. This was due both to a reduced inflow as well as increasing probabilities of outflow. The decline happened first with sickness cash benefits and then permanent sickness compensation followed. On the first of July 2008 new regulations were introduced to the sickness insurance. These regulations aimed to reduce the length of time a person received compensation from both sickness cash benefit as well as sickness compensation. The debt had started to decrease before the new regulations had been introduced but it is probable that the regulations have contributed to the continued decline after 2008. The largest decrease of the debt during the period in question took place between 2009 and 2010, which can to a large extent be attributed to the new regulations and more specifically the time limits that were introduced for temporary sickness compensation on the first of July, 2008.

# Inledning

Sedan år 2006 gör Försäkringskassan beräkningar av de totala belopp som förväntas betalas ut från sjukförsäkringen givet att sjukförsäkringen stängs för nya ersättningsmottagare, den så kallade ohälsoskulden. Med andra ord, vad Försäkringskassan skulle betala ut till ersättningsmottagarna vid årets slut om alla deras framtida ersättningar skulle betalas ut i en klumpsumma. Beräkningarna för ohälsoskulden bygger på Försäkringskassans utbetalningsstatistik.

Den här rapporten beskriver ohälsoskuldens utveckling från slutet av 1990-talet fram till 2010. En av slutsatserna är att den stora uppgången och efterföljande nedgången av skulden till sjukersättningsmottagare till stor grad berodde på yngre och medelålders ersättningsmottagare och att denna utveckling gått relativt snabbt.

Syftet med ohälsoskulden är att dels beskriva sjukförsäkringens ekonomiska utveckling, dels att beskriva utvecklingen i sjukförsäkringen generellt. Eftersom ohälsoskulden är en kombination av volymer, varaktighet och ersättningsarnas storlek är ohälsoskulden ett mått som fångar upp förändringar i sjukförsäkringen på ett heltäckande sätt.

Beräkningen av ohälsoskulden baseras på de ersättningar som har betalats ut inom sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. För att underlätta beräkningarna betraktas sjukpenning och rehabiliteringspenning som en förmån, och sjukersättning och aktivitetsersättning som en.

# Ohälsoskulden – översiktlig utveckling 2003–2010

Tabell 1 nedan sammanfattar utvecklingen av ohälsoskulden under de senaste åren. Sedan år 2005, då ohälsoskulden var som störst, har den totala ohälsoskulden fram till år 2010 minskat från 685 miljarder kronor till 373 miljarder kronor<sup>1</sup>. Nedgången är således 312 miljarder kronor, vilket motsvarar 45,5 procent. Storleksmässigt motsvarar detta belopp mer än tre års samlade utgifter inom ohälsoområdet. År 1996, som utgör startår för beräkningarna, uppgick ohälsoskulden till 312 miljarder kronor. År 2009 var ohälsoskulden drygt 40 procent större än 1996 och först under 2010 sjönk ohälsoskulden något under 1996 års nivå<sup>2</sup>.

**Tabell 1 Ohälsoskulden 2003–2010, miljarder kronor**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Sjukpenning och rehabiliteringspenning</b>	<b>58</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>10</b>
varav:								
Ersättning	52	40	32	33	23	17	13	9
Ålderspensionsavgift	6	5	4	4	2	1	1	1
<b>Sjukersättning och aktivitetsersättning</b>	<b>549</b>	<b>607</b>	<b>649</b>	<b>622</b>	<b>576</b>	<b>548</b>	<b>517</b>	<b>363</b>
varav:								
Ersättning	465	507	523	503	482	445	423	300
Ålderspensionsavgift	79	94	118	111	88	96	87	57
Bostadstillägg (BT)	5	6	8	8	6	7	7	6
<b>Ohälsoskulden</b>	<b>607</b>	<b>651</b>	<b>685</b>	<b>658</b>	<b>601</b>	<b>567</b>	<b>531</b>	<b>373</b>
varav:								
Ersättning	517	546	555	536	506	462	436	309
Ålderspensionsavgift	85	99	122	114	89	98	89	58
Bostadstillägg (BT)	5	6	8	8	6	7	7	6

Sedan beräkningarna påbörjades har sjukersättningen utgjort den övervägande delen av ohälsoskulden. I dag står den för drygt 97 procent av ohälsoskulden. År 2001 var motsvarande andel 87 procent, och då var skulden för sjukpenning och rehabiliteringspenning som störst i förhållande till den totala ohälsoskulden. Den kraftiga minskningen av personer med sjukersätt-

<sup>1</sup> Mätt i 2010 års priser (alla belopp i rapporten är i 2010 års priser).

<sup>2</sup> Eftersom statliga ålderspensionsavgifter inte fanns före 1999 görs jämförelser för hela tidsperioden endast på ersättningar.

ning har därmed haft störst effekt på den totala ohälsoskulden. De faktiska utgifterna för de olika ersättningarna inom sjukförsäkringen minskade med cirka 25 procent (se tabell 2) mellan åren 2003 och 2010. Under samma period har ohälsoskulden därmed minskat med ännu mer.

**Tabell 2 Utgifter inom sjukförsäkringen 2003–2010, miljarder kronor**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Sjukpenning och rehabiliteringspenning</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>19</b>
varav:								
Ersättning	47	42	37	35	30	24	20	17
Ålderspensionsavgift	5	5	4	4	2	2	2	1
<b>Sjukersättning och aktivitetsersättning</b>	<b>68</b>	<b>74</b>	<b>80</b>	<b>79</b>	<b>76</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>65</b>
varav:								
Ersättning	55	59	61	61	60	58	57	50
Ålderspensionsavgift	9	11	14	14	11	13	12	10
Bostadstillägg(BT)	4	4	4	4	4	4	5	5
<b>Totala utgifter</b>	<b>120</b>	<b>121</b>	<b>121</b>	<b>117</b>	<b>108</b>	<b>101</b>	<b>95</b>	<b>84</b>
varav:								
Ersättning	101	100	99	96	90	82	77	67
Ålderspensionsavgift	14	16	18	17	13	14	13	12
Bostadstillägg(BT)	4	4	4	4	4	4	5	5

Förhållandet mellan ohälsoskulden och utgifterna ser dock helt olika ut för sjukpenning och rehabiliteringspenning respektive sjukersättning och aktivitetsersättning. För sjukpenning och rehabiliteringspenning är utgifterna i dag större än skulden, medan motsatt förhållande råder för sjukersättning och aktivitetsersättning. Orsaken till detta är de olika utbetalningstiderna inom förmånerna. Medelfallängden i sjukersättning räknas i år, medan medelfallängderna inom sjukpenning räknas i veckor.



## **FAKTARUTA Sjukförsäkringen**

### **Om sjuklön**

Anställda får sjuklön från arbetsgivaren de första 14 dagarna. Den första dagen i sjukperioden är karensdag och för denna betalas ingen sjuklön. Anställda får ersättning från Försäkringskassan från dag 15. Arbetslösa får ersättning från Försäkringskassan från dag 2. Från dag 8 ska den försäkrade styrka nedsättningen av arbetsförmågan med ett läkarintyg.

### **Om sjukpenning**

Sjukpenning betalas ut vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Ersättningen kan vara hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels dag. Sjukpenning kan också betalas ut vid medicinsk behandling eller rehabilitering för att förebygga sjukdom eller förkorta sjukdomstiden. I samband med arbetslivsinriktad rehabilitering kan rehabiliteringspenning ges i stället för sjukpenning (se nedan). I juli 2008 infördes särskilda tidsgränser i sjukförsäkringen. Sjukpenning på normalnivå motsvarande knappt 80 procent kan fås i maximalt 364 dagar (inom en ramperiod på 450 dagar, särskilda undantag finns). Om arbetsförmågan kvarstår på grund av sjukdom kan sjukpenning på fortsättningsnivå i ytterligare 550 dagar betalas ut. Ersättningen motsvarar då knappt 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Nedsättningen av arbetsförmågan prövas för anställda under de 90 första sjukdagarna i förhållande till den sjukskrivnes ordinarie arbete. Efter 90 dagar sker prövningen mot alla arbetsuppgifter hos arbetsgivaren och efter 180 dagar mot alla arbeten på arbetsmarknaden (för arbetslösa från dag 1).

### **Om rehabiliteringspenning**

Arbetsträning och utbildning är exempel på åtgärder som kan bli aktuella inom arbetslivsinriktad rehabilitering. I samband med arbetslivsinriktad rehabilitering kan den enskilde personen få rehabiliteringspenning. Rehabiliteringspenning kan vara hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels dag. Rehabiliteringspenningen är knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och räknas in i de 364 dagar som den försäkrade maximalt kan få sjukpenning. Därefter kan rehabiliteringspenning motsvarande knappt 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten betalas ut, vilket räknas in i de ytterligare 550 dagar som den försäkrade maximalt kan få sjukpenning (se ovan).

### **Om sjukersättning och aktivitetsersättning**

Sjukersättning betalas ut till personer i åldrarna 30–64 år och som har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, det vill säga för all överskådlig framtid. Aktivitetsersättning betalas ut till personer i åldrarna 19–29 år och som av medicinska skäl har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Den är alltid tidsbegränsad till mellan ett till tre år i taget. Möjligheten att bevilja tidsbegränsad sjukersättning upphörde i juli 2008. För de som hade en tidsbegränsad ersättning finns övergångsbestämmelser. Det finns en möjlighet att bevilja enligt gamla regler för ytterligare perioder om 18 månader, dock längst till och med december 2012. Övergångsbestämmelserna gäller även för personer med aktivitetsersättning som fyller 30 år. Sjukersättning och aktivitetsersättning kan betalas ut i form av hel, tre fjärdedels, halv respektive en fjärdedels ersättning. Det finns en inkomstrelaterad ersättning och en garantiersättning. Den inkomstrelaterade ersättningen är knuten till arbetsinkomsten. Garantiersättning får personer med inga eller låga förvärvsinkomster.

# Sjukpenningsskulden och rehabiliteringspenningsskulden

## Övergripande analys

Den andel av ohälsoskulden som avser utbetalningar inom sjukpenning och rehabiliteringspenning är relativt liten. De senaste åren har skulden varit betydligt mindre än de motsvarande faktiska utgifterna för det givna året. Hädanefter kommer sjukpenningsskulden och rehabiliteringsskulden benämnas sjukpenningsskulden. Även när förmånen sjukpenning nämns, inbegrips också rehabiliteringspenning. Detta beror på att det i beräkningarna inte är vare sig möjligt eller önskvärt att dessa förmåner skiljs åt. Även begreppet sjukfall, där det används, inbegriper rehabiliteringspenning.

Sjukpenningsskulden har minskat markant under en följd av år. Jämfört med 2003, det år då sjukpenningsskulden var som störst, hade den vid slutet av 2010 sjunkit till mindre än en femtedel av vad den utgjorde 2003. Sjukfallens betydelse för ohälsoskulden är större än vad som framgick av tabell 1, eftersom sjukpenning är den viktigaste inkörsporren till sjukersättning som i sin tur i dag utgör i princip hela ohälsoskulden.

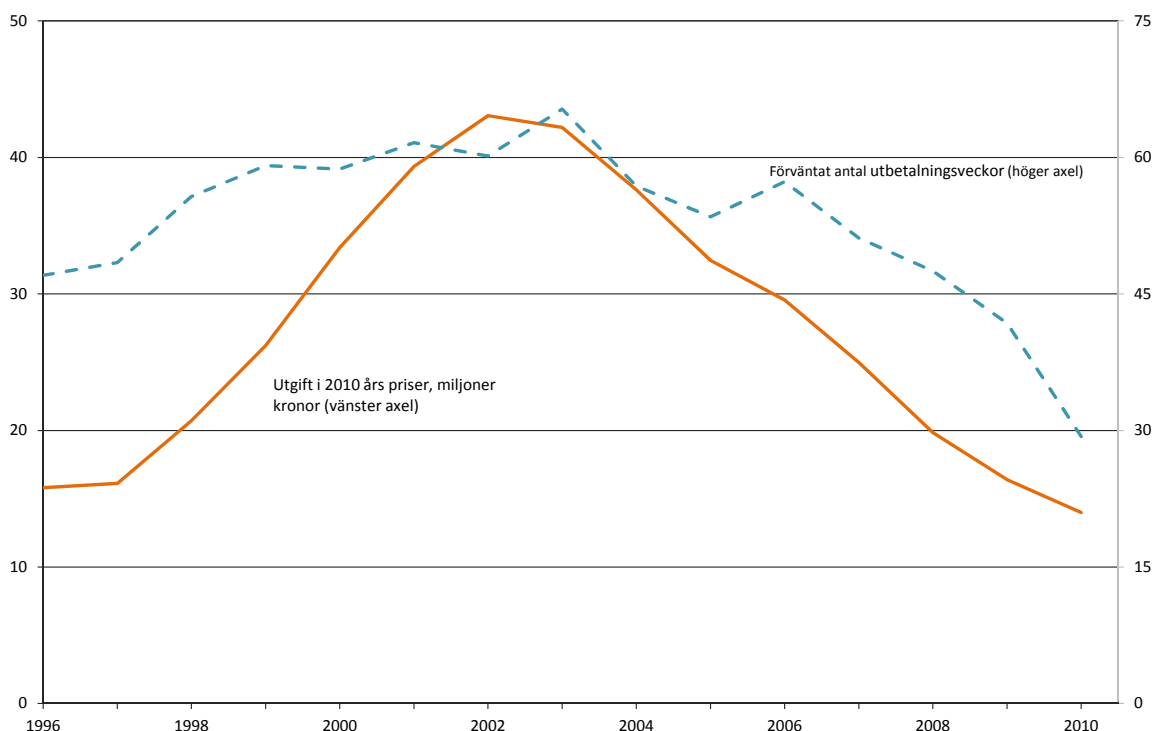
En viktig faktor bakom den minskade sjukpenningsskulden är att medellängderna har minskat. Dagens sjukfall avslutas mycket snabbare än tidigare. Diagram 1 nedan visar att den förväntade utbetalningstiden har minskat från 65 veckor år 2003 till 29 veckor år 2010. Det var dock först efter år 2006 som den förväntade utbetalningstiden började minska kraftigt. Därefter har minskningen gått snabbare än vad ökningen av den förväntade utbetalningstiden gjorde i slutet av 1990-talet.

Minskningen av sjukpenningsskulden från 2008 och framåt har påverkats av en märkbar ökning av avslutade sjukfall mellan dag 90 till 364. Under 2010 sker ett kraftigt fall i den förväntade utbetalningstiden, vilket troligen beror på tidsgränsen som infördes i sjukpenningen den 1 juli 2008, även om det kan finnas andra förklaringar. Sedan den 1 juli 2008 betalas nämligen maximalt 550 dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå ut. De första personerna uppnådde 550 dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå den 1 januari 2010 och lämnade därmed sjukpenningförsäkringen den 2 januari. Det är möjligt att fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå betalas ut efter dag 550, men för ungefär 80 procent av dem som uppnår dag 550 upphör utbetalningen av sjukpenning.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Detta är inte detsamma som att lämna sjukförsäkringen på grund av en tidsgräns. För de som får sin 550:e dag med sjukpenning finns fortfarande möjlighet till sjukersättning tills vidare.

Diagram 1 Förväntad utbetalningstid samt utbetalda belopp 1996–2010



*Not om beräkningarna.* Utbetalningarna avser utbetalda belopp de givna åren. Den förväntade utbetalningstiden i veckor baseras på sannolikheterna att utbetalda belopp avseende olika hittillsvarande sjukfallstider (mätt i antal veckor från vecka 5 och framåt) fortsätter att utbetalas ytterligare en vecka. Dessa sannolikheter har veckodata för varje år som utgångspunkt. Om utbetalningsnivån (delat med 52) multipliceras med den förväntade utbetalningstiden (i veckor) får man sjukpenningsskulden.

Viktiga orsaker till att sjukpenningsskulden har minskat är att färre personer fått sjukpenning och att den förväntade utbetalningstiden minskat. Tidsgränsen påverkar framför allt den betingade förväntade utbetalningstiden<sup>4</sup>. Om de som inte längre får sjukpenning på grund av att de har uppnått tidsgränsen exkluderas från beräkningarna, sjunker ohälsoskulden med drygt en miljard kronor till knappt 8 miljarder kronor i stället för 9 miljarder kronor. Att personer lämnar sjukpenningförsäkringen på grund av tidsgränser är således bara en del av förklaringen till att sjukpenningsskulden sjunker mellan 2009 och 2010.

Den förväntade utbetalningstiden för samtliga pågående sjukfall 2010 är 29 veckor. Det beror på att sjukfall som redan hunnit bli långa är svåra att avsluta och har en lång förväntad ytterligare utbetalningstid. Ett nystartat sjukfall, som här definieras som 5 veckor gammalt<sup>5</sup>, har en kortare förväntad utbetalningstid (19 veckor).

<sup>4</sup> Med betingade förväntad utbetalningstiden menas den tid som en person förväntas få ytterliga ersättningar utbetalda, givet den hittillsvarande sjukfallslängden. Beräkning tar alltså hänsyn till att längden på sjukfallet påverkar den förväntade utbetalningstiden.

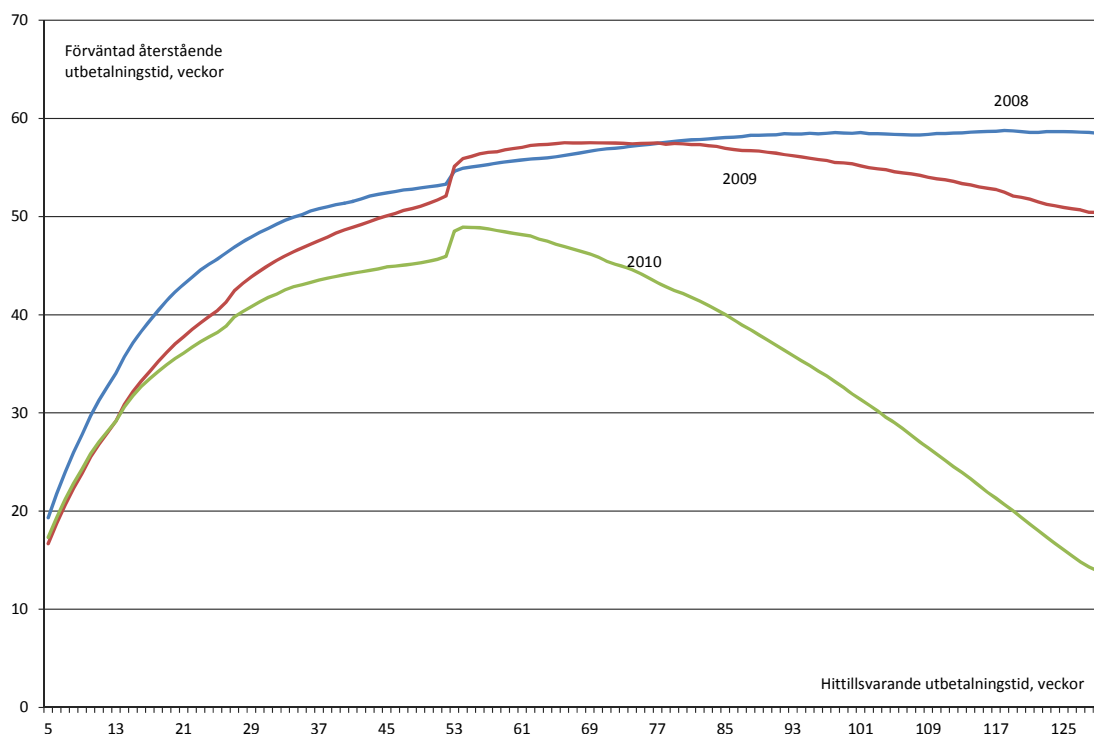
<sup>5</sup> Under de två första veckorna i ett sjukfall (sjuklöneperioden) betalar Försäkringskassan i de flesta fall ingen sjukpenning, därför bör ett 3 veckor gammalt fall anses som nystartat. Historiskt har emellertid sjuklöneperioden tidvis varit tre veckor. 1997 var den dock fyra veckor, varför beräkningarna för den tidsmässiga jämförbarhetens skull startar med den femte veckan.

Eftersom beräkningarna för ohälsoskulden bygger på Försäkringskassans utbetalningsstatistik finns det också från början en överrepresentation av långa sjukfall. Det beror på att majoriteten av dessa får sjukpenning från Försäkringskassan från dag 15 i sjukfallet<sup>6</sup> vilket i sin tur innebär att sjukfallen redan är inne på vecka 3. Om beräkningen skulle påbörjas på vecka 3 i stället för som nu på vecka 5, ökar sjukpenningsskulden till 10 miljarder kronor (en skillnad på 0,7 miljarder kronor)<sup>7</sup>. De första veckorna i sjukfallen står därmed för en relativt stor andel av den totala skulden.

## Vad har hänt efter regelförändringarna i juli 2008?

I diagram 2 redovisas den förväntade återstående utbetalningstiden utifrån olika fallängder, det vill säga förväntade utbetalningstider betingat på hittillsvarande utbetalningstid.

**Diagram 2** Medelutbetalningstid efter olika hittillsvarande utbetalningstider för åren 2008, 2009 och 2010



Ökningen av den förväntade utbetalningstiden under de 18 första veckorna från 2009 till 2010 (se diagram 2) förklaras av att de personer som lämnade sjukförsäkringen<sup>8</sup> på grund av tidsgränsen som infördes juli 2008 har haft

<sup>6</sup> Detta på grund av att under de första 14 dagarna får anställda sjuklön av sin arbetsgivare.

<sup>7</sup> I tabell 1 anges sjukpenningsskulden och rehabiliteringspenningsskulden under 2010 till 9 miljarder kronor. Eftersom båda summorna är avrundade är den faktiska skillnaden mindre.

<sup>8</sup> Det vill säga, både sjukpenning och tidsbegränsad sjukersättning.

möjligheten att återvända som nya sjukfall (det så kallade ”återflödet”)<sup>9</sup> sedan i slutet av mars 2010.

De som återvände till sjukförsäkringen har en högre medelfalllängd än den generella medelfalllängden. De höjer därmed utbetalningstiden för alla sjukfall under 2010, men endast fram till en viss utbetalningstid (vecka 18 vid x-axeln i diagram 2 ovan). Det beror på att de återvändare som startade sjukfall under 2010 inte hann få så långa sjukfall innan årets slut.

Även om återvändarna räknas bort så ökar den förväntade utbetalningstiden. Ökningen finns dock endast fram till vecka 9 och rör därmed relativt korta sjukfall. På sikt är det troligt att den nivå-sänkning av 2010 års kurva i jämförelse med 2009 (efter vecka 18) inte kommer finnas kvar när ohälsoskulden för kommande år beräknas.

Språnget runt vecka 51–53 (dag 364) för kurvorna i diagram 2 har flera förklaringar. En är att ersättningsnivån minskades vid dag 364 när de nya reglerna infördes den 1 juli 2008. Kompensationsgraden för sjukpenning på fortsättningsnivå som betalas ut efter dag 364 uppgår till 75 procent i stället för 80 procent. En utbetalningskrona i skulden reduceras således efter ett år till 0,9375 kronor (75/80-delar). Det vill säga, beloppet sjunker även om antalet sjukfall förblir detsamma. På så sätt minskar den förväntade utbetalningstiden för personer som ännu inte passerat dag 364.

Ungefär hälften av språnget kan dock härledas till andra orsaker än förändringar i kompensationsgrad. Det kan till exempel vara att omfattningen i sjukfallen minskar eller att sjukfallet avslutas. Liknande språng, men som inte är lika märkbara, sker även vid dag 90 och 180 (vecka 12–13 och vecka 25–26) när utflödet ökar. Det beror troligen på att regelverket innebär att olika prövningar görs av arbetsförmågan vid dag 90 och dag 180. Fler avslut av sjukfall sker vid 180 dagar än vid 90 dagar och allra flest vid 364 dagar. Vid dag 364 sker skiftet av ersättningsnivåer efter att en eventuell ny ansökan om sjukpenning på fortsättningsnivå eller fler dagar på normalnivå lämnats in och beviljats samtidigt som arbetsförmågan prövas.

Fram till år 2008 ökar den förväntade utbetalningstiden allteftersom sjukfallen blir längre. År 2009 sker ett trendskifte, då det sker en minskning av den förväntade utbetalningstiden för sjukfall som är längre än 70 veckor. Detta trendskifte förstärktes ytterligare 2010, till stor del på grund av tidsgränsen i sjukpenningförsäkringen. Men även om de som lämnade sjukförsäkringen på grund av tidsgränsen exkluderas från beräkningarna sker det en minskning i jämförelse med år 2009.

---

<sup>9</sup> Med återflöde menas inflöde till sjukpenning av personer som lämnat sjukförsäkringen på grund av de tidsgränser i sjukförsäkringen som infördes 1 juli 2008. Om dessa personer startar ett sjukfall inom 451 dagar från det att de lämnat sjukförsäkringen betecknas sjukfallet som återflöde. Orsaken till att dessa sjukfall särskiljs från övriga sjukfall är att denna grupp har betydligt lägre sannolikhet att avslutas än övriga sjukfall.

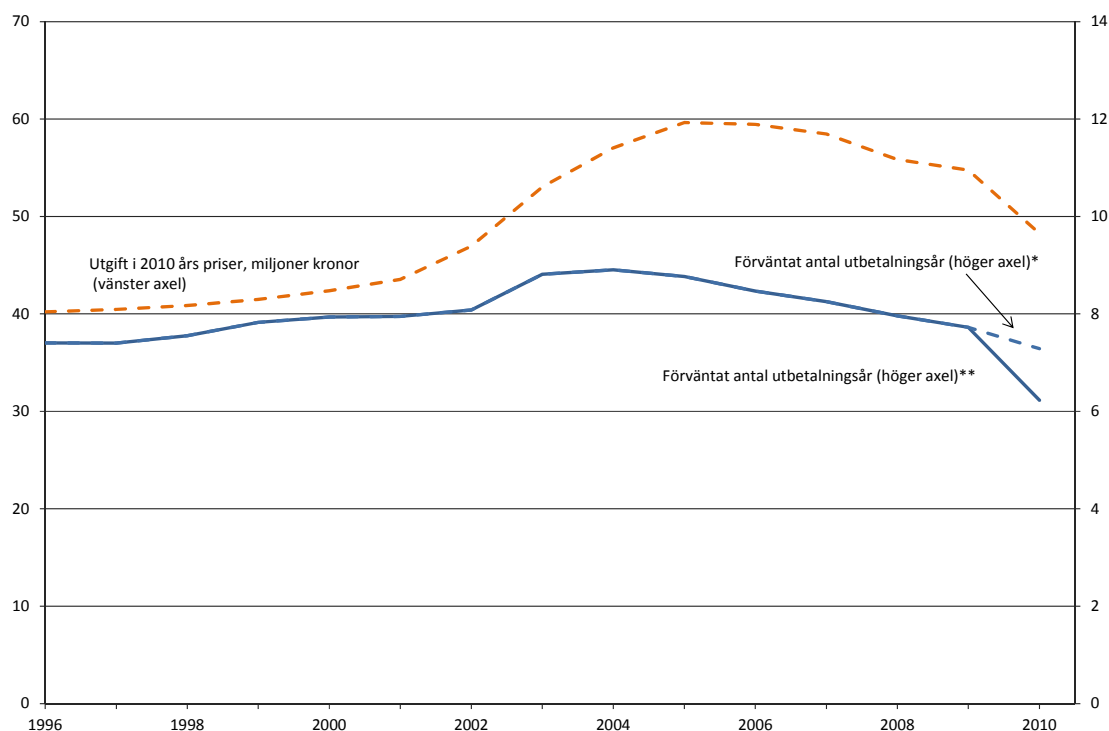
# Sjukersättningsskulden och aktivitetsersättningsskulden

## Övergripande analys

Skulden för sjukersättning och aktivitetsersättning är avsevärt större än sjukpenningsskulden. Den uppgick till 517 miljarder kronor vid slutet av år 2009 men sjönk till 363 miljarder kronor 2010. I den utökade beräkningen i tabell 1 ingår den statliga ålderspensionsavgiften och uppskattningar av statligt bostadstillägg till mottagare av sjukersättning och aktivitetsersättning. Om man räknar bort bostadstillägg och statliga ålderspensionsavgifter var skulden 423 respektive 301 miljarder kronor. Det har skett en betydande nedgång i skulden, drygt 42 procent, sedan år 2005. I dag är skulden endast något högre än vad den var år 1996.

Utgifterna för sjukersättning började långsamt öka 1996 från knappt 40 miljarder kronor. Vid år 2000 tog ökningen fart fram till 2005, då utgifterna uppgick till 60 miljarder kronor. Det förväntade antalet utbetalningsår ökade långsamt mellan 1996 till 2003 för att sedan plana ut och därefter börja minska 2004. Det förväntade antalet utbetalningsår nådde sin högsta nivå innan utgifterna och började dessutom sjunka innan utgiften blev som högst. Detta beror delvis på att inflödet fortsatte att öka, vilket innebar att antalet ersättningsmottagare ökade som i sin tur bidrog till högre utgifter, även om den förväntade utbetalningstiden inte ökade.

**Diagram 3 Utgifter för sjukersättning och aktivitetsersättning samt förväntat antal utbetalningsår**



Anmärkning: Skuld vid årens slut exklusive statlig ålderspensionsavgift och bostadstillägg.

\* Förväntade utbetalningsår exklusive utflödet av de som lämnar sjukförsäkringen på grund av tidsgräns.

\*\* Förväntade utbetalningsår inklusive utflödet av de som lämnar sjukförsäkringen på grund av tidsgräns. Differensen mellan de två slutpunkterna är ungefär 1,1 år.

Skulden vid slutet av ett år beräknas som utgiftsbeloppet i december (utgiftsbeloppet multiplicerat med 12), multiplicerat med antalet år under vilka beloppet förväntas att betalas ut. Skulden vid slutet av 2010 bestod av ett årligt utgiftsbelopp (exklusive ålderspensionsavgifter och bostadstillägg) på 48 miljarder kronor och en förväntad utbetalningstid på 6,2 år. Om man exkluderar de som har lämnat den tidsbegränsade sjukersättningen på grund av tidsgränsen så stiger den förväntade utbetalningstiden till 7,3 år.

Denna effekt av tidsgränsen skiljer sjukersättning från sjukpenning. I sjukersättningen har den faktiska tidsgränsen betydligt större betydelse för ohälsoskulden. Orsaken till att det är viktigt att belysa hur mycket tidsgränsen inverkar på ohälsoskulden beror på hur beräkningarna utförs. De nu gällande utflödessannolikheterna är de som antas råda i framtiden. Eftersom ett stort antal personer har lämnat den tidsbegränsade sjukersättningen under 2010 stiger därmed utflödessannolikheterna. Även under 2011 och 2012 finns tidsbegränsad sjukersättning kvar men med betydligt färre ersättningsmottagare. Efter 2012 avskaffas förmånen. Det är därmed troligt att utflödessannolikheterna på lång sikt till en viss grad överskattas, vilket leder till att ohälsoskulden underskattas.

Den förväntade utbetalningstiden speglar dels åldern hos ersättningsmottagarna, dels sannolikheten för att lämna systemet (på annat sätt än genom övergång till ålderspension vid 65 års ålder) under det givna beräkningsåret. Den förväntade utbetalningstidens nedgång mellan 2004 och 2010



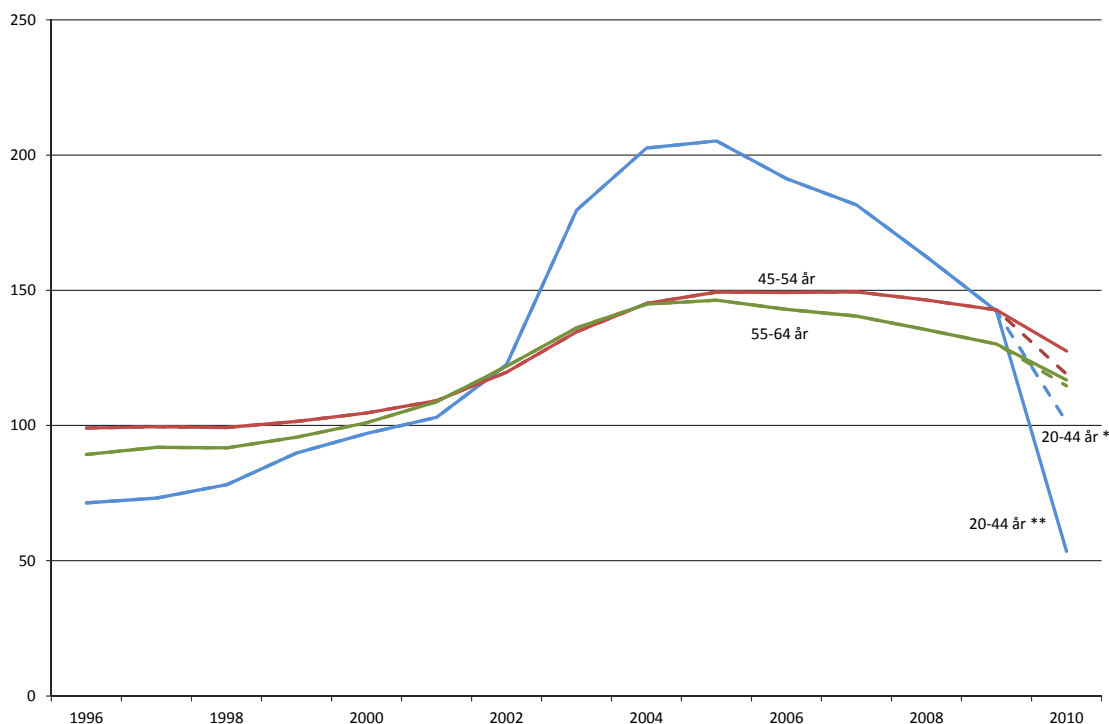
(se diagram 3 ovan) berodde på ersättningsmottagarnas högre sannolikhet att lämna systemet. De tidsbegränsade ersättningarna har förlängts i mindre utsträckning än tidigare, fram till och med 2009. I en del fall är det personer som har återgått till arbetslivet, medan andra har vänt sig till andra försörjningskällor såsom arbetslöshetsersättning eller kommunalt ekonomiskt bistånd. Även dödsfall före 65 år ingår i utflödessannolikheten.

## Ohälsoskulden fördelad på olika åldersklasser

Sjukersättningsskulden växte kraftigt i början av 2000-talet. Som framgår av diagram 4 nedan så var det framför allt skulden till personer i åldern 20–44 som ökade. Efter 2005 är det skulden till dessa ersättningsmottagare som har minskat kraftigast, medan den fram till 2009 minskat svagt för personer i ålder 45–54 och 55–64. Generellt sett är utflödessannolikheterna högre för yngre människor, samtidigt som den förväntade utbetalningstiden också är hög. Utflödessannolikheterna är till stor del höga på grund av att personer under 30 år har aktivitetsersättning, som alltid är tidsbegränsad. Att den förväntade utbetalningstiden är så hög beror på att personer i gruppen 20–44 år har potentiellt lång tid i sjukersättning, medan till exempel personer i gruppen 55–64 år har betydligt kortare tid. Just denna aspekt gjorde det ökande inflödet under början av 2000-talet problematiskt, eftersom dessa ersättningsmottagare utgjorde ett tillskott till de framtida 60-åringarna som kommer vara ersättningsmottagare. Det var därmed möjligt att de framtida utgifterna bara av den orsaken skulle bli höga.



**Diagram 4 Skulden (miljarder kronor) för sjukersättning och aktivitetsersättning uppdelad på olika åldersgrupper. De streckade linjerna markerar beräkningar där de som lämnat sjukersättning på grund av tidsgränsen exkluderats**



\* Ohälsoskulden för personer i gruppen 20–44 år exklusive de som lämnat sjukersättning på grund av tidsgräns.

\*\* Ohälsoskulden för personer i gruppen 20–44 år inklusive de som lämnat sjukersättning på grund av tidsgräns. Differensen 2010 är ungefär 50 miljarder kronor mellan de två beräkningarna.

Avslutningssannolikheterna för personer i åldrarna 20–44 började sjunka i slutet av 90-talet. Under 1996 lämnade ungefär 6 procent<sup>10</sup> av gruppen 20–44 år sjukersättning. Motsvarande andel för personer i åldrarna 45–54 och 55–64 var 3 respektive 2 procent. År 2003 var motsvarande andel för samtliga åldersgrupper 2 procent. Samtidigt ökade inflödet. Kombinationen med minskade utflödessannolikheter, ökat inflöde och de generellt höga förväntade utbetalningstiderna för gruppen 20–44 år ledde därmed till en kraftig ökning av ohälsoskulden. Den förväntade utbetalningstiden för gruppen ökade från 13,1 år 1996 till 19,4 år 2003, en ökning med 48 procent.

Under motsvarande tid steg också ohälsoskulden för de två andra åldersgrupperna, om än inte lika snabbt. För personer i åldrarna 45–54 och 55–64 var det ökade inflödet den främsta faktorn. Utflödessannolikheterna sjönk, men relativt lite, vilket visar på trögrörligheten i utflödessannolikheterna för de äldre åldersgrupperna. Ohälsoskulden för dessa grupper har därmed också minskat långsammare fram till och med 2009.

Förändringen mellan 2009 och 2010 har varit relativt stor, även om de som har lämnat sjukersättning på grund av tidsgränsen exkluderas. Det märks framför allt på skulden till personer i åldrarna 20–44. Under 2009 lämnade

<sup>10</sup> Andelen ersättningsmottagare som lämnar sjukförsäkringen mellan januari och december ett givet år.

ungefär 6 procent sjukersättningen och aktivitetsersättningen, vilket kan jämföras med 4 procent för gruppen 45–54 år och 2 procent för gruppen 55–64 år. Under 2010 lämnade 14 procent av de i åldern 20–44 sjukersättning och aktivitetsersättning, medan motsvarande andelar var 9 procent för gruppen 45–54 år och 3 procent för gruppen 55–64 år. Detta, i ett historiskt perspektiv, stora utflöde berodde till stor del på att ett stort antal personer lämnade tidsbegränsad sjukersättning på grund av att de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen. Exkluderar vi dessa blir andelarna 7 respektive 4 och 2 procent. Även utan de som lämnade sjukersättning på grund av tidsgränsen ökade utflödet i de två yngre åldersgrupperna, medan utflödet av personer i åldrarna 55–64 låg på samma nivå år 2010 som år 2009.

Eftersom medelåldern, i förhållande till samtliga ersättningsmottagare, är låg bland dem som lämnade tidsbegränsad sjukersättning på grund av tidsgränsen så är det framför allt för gruppen 20–44 år som det sker stora minskningar i ohälsoskulden mellan 2009 och 2010. För de två andra åldersgrupperna påverkar tidsgränsen inte ohälsoskulden. Att ohälsoskulden sjunker så snabbt och kraftigt för gruppen 20–44 år är därmed en effekt av att de utgör en större andel av dem som lämnat tidsbegränsad sjukersättning.

# Sammanfattning och slutdiskussion

## Resultaten i korthet

Ohälsoskulden ökade snabbt från slutet av 90-talet fram till mitten av 2000-talet. Från 312 miljarder kronor år 1996 till 555 miljarder kronor år 2005. Att skulden ökade berodde både på att allt fler blev kvar allt längre i sjukförsäkringen och att inflödet till såväl sjukpenning som sjukersättning och aktivitetsersättning ökade. Ökningen skedde först för sjukpenning och följdes senare av sjukersättning, vilket stämmer överens med bilden att sjukpenningen fungerar som en inkörsport till sjukersättning. När ohälsoskulden sedan sjönk ungefär lika snabbt som den hade ökat, berodde det både på ett minskat inflöde och på att längden på sjukfrånvaron minskade.

Minskningen av den totala ohälsoskulden mellan de två senaste åren beror till största delen på att personer har lämnat tidsbegränsad sjukersättning på grund av att de har uppnått maximal tid i sjukförsäkringen. Som mest skulle den effekten stå för cirka 39 procent av minskningen mellan 2009 och 2010. Det beror dock på utflödet i sjukersättningen. Tidsgränsen i sjukpenning ger ingen större kvantifierbar effekt i ohälsoskulden. Detta är en konsekvens av att den förväntade utbetalningstiden skiljer sig kraftigt mellan sjukpenning och sjukersättning. I sjukersättning och aktivitetsersättning är det framför allt skulden till den yngre gruppen (20–44 år) som har påverkats. Det är denna grupp som utgör största delen av de som lämnat den tidsbegränsade sjukersättningen på grund av att de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen.

Sett till hela beräkningsperioden ligger den förväntade utbetalningstiden 2010 på historiskt låga nivåer, både för sjukpenning och för sjukersättning och aktivitetsersättning. Den snabba ökningen av skulden till framför allt yngre personer (20–44 år) med sjukersättning som skedde under början av 2000-talet har från 2005 och fram till dags dato återgått till den lägre nivå som rådde i slutet av 90-talet. Den utvecklingen tyder på att den yngre gruppen ersättningsmottagare (20–44 år) är betydligt mer lätttrölig än de äldre grupperna.

## Vilken roll spelar regelförändringarna?

Minskningen av ohälsoskulden påbörjades före regelförändringarna (speciellt för sjukpenningförsäkringen) som genomfördes den 1 juli 2008. Det är dock troligt att regelförändringarna har bidragit till att den utvecklingen har

hållit i sig<sup>11</sup>. Att utflödet i sjukpenningförsäkringen ökar i samband med dag 90, 180 och dag 364 stödjer hypotesen att regelförändringarna den 1 juli 2008 har bidragit till att minska åtminstone den förväntade utbetalningstiden och i förlängningen därmed också sjukpenningsskulden. Regeländringarna för sjukersättning, avskaffandet av tidsbegränsad sjukersättning och skärpta regler för att beviljas stadigvarande ersättning, har potentiellt den kraftigaste effekten på ohälsoskulden. Framför allt genom att det påverkar inflödet i sjukersättning men, vilket beräkningen av ohälsoskulden under 2010 visar, även genom att personer lämnar sjukförsäkringen på grund av att de uppnår maximal tid.

Syftet med regeländringarna var att påverka de försäkrades förväntningar, motivation och beteende. Huruvida eventuella förändringar i dessa parametrar också står bakom minskningen av sjukpenningsskulden är dock en fråga som denna rapport inte kan svara på. Andra möjliga förklaringar till att sjukfallen blivit både färre och kortare är ett förändrat arbete hos andra aktörer inom sjukförsäkringen, däribland arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården. Även förändringar i konjunkturen skulle teoretiskt kunna påverka (framför allt) inflödet i sjukpenningförsäkringen. Troligen spelar alla dessa faktorer samt ytterligare faktorer in i den minskning som skett av ohälsoskulden. Beräkningarna i sig ger dock inga möjligheter att fastslå om det finns några sådana samband.

## Avslutande kommentarer

Störst förändring under beräkningsperioden har skett för den yngsta åldersklassen (20–44 år) som har sjukersättning. Det är också den som har stått för merparten av utflödet, på grund av tidsgränsen för tidsbegränsad sjukersättning. Det är inte troligt att den utveckling som nu råder i sjukersättning fortsätter i samma takt efter 2011, eftersom utflödet just nu är ovanligt högt på grund av att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats. När denna förhöjda utflödessannolikhet försvinner 2012 är det troligt att skulden till sjukersättningsmottagarna ökar. Det är dock inte heller troligt att ohälsoskulden fortsätter att öka utöver detta. Enligt Försäkringskassans utgiftsprognoser beräknas inflödet till sjukersättningen bli någorlunda stabilt de kommande åren och det finns inte heller något som pekar på att varaktigheten skulle öka.<sup>12</sup>

När det gäller sjukpenningsskulden är det troligt att den kommer att öka något. Sjukfallen kommer inte fortsätta bli kortare, utan snarare kommer sjukfallslängderna att öka. Däremot är det tal om en ökning från en väldigt låg nivå och denna ökning kommer inte för tillfället att leda till någon märkbar ökning av ohälsoskulden i sin helhet. Försäkringskassans prognos över det relativa inflödet i sjukpenning är tämligen lik den för sjukersätt-

---

<sup>11</sup> Se till exempel Hägglund och Skogman Thoursie (2010/5 Rapport till Finanspolitiska rådet) ”De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter” eller Hägglund (2010/1 IFAU) ”Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna”.

<sup>12</sup> [Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2011–2016. Dnr 308-2012 \(2012-01-17\).](#)

ning. Det beräknas ske en liten ökning de närmaste åren, men den är relativt begränsad. Den största förändringen kommer att ske genom att personer som har uppnått maximal tid i sjukförsäkringen påbörjar nya sjukfall, vilket i sin tur leder till att sjukfallen blir längre.

Överlag befinner sig ohälsoskulden på en väldigt låg nivå i dag, även om det är möjligt att den ökar något under de kommande åren då effekterna av utflödet från sjukersättning på grund av den tidsbegränsade sjukersättningen försvinner. Det mest anmärkningsvärda med utvecklingen av ohälsoskulden är hur snabbt ohälsoskulden till unga och medelålders sjukersättningsmottagare ökade för att sedan lika snabbt minska. När det gäller sjukpenning är det den kraftigt sänkta förväntade utbetalningstiden som är mest uppseendeväckande. Denna är nu mycket kortare än den var i slutet av 1990-talet.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2012:**

- 2012:1 Med bristande känsla av sammanhang. De försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion
- 2012:2 Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal
- 2012:3 Med målet i sikte. Analys av Försäkringskassans handläggningstider 2006–2010
- 2012:4 Kön, klass och etnicitet. Jämlikhetsfrågor i socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2012
- 2012:5 Ohälsoskulden 2010