

Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen

**En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt
nybeviljade sjukersättningar eller aktivitets-
ersättningar per 1000 registrerade försäkrade**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Ulrik Lidwall
010-116 97 26
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan är statistikansvarig myndighet inom socialförsäkringsområdet och publicerar löpande statistik inom bland annat sjukförsäkringsområdet på Försäkringskassans [statistiksidor](#).

Försäkringskassan har under de senaste åren månatligen följt utfallet i sjukförsäkringen genom en redovisning av ohälsotalet. Ohälsotalet byggs i dag till största delen upp av de omkring 450 000 personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det antalet förändras relativt långsamt och det tar därför flera år innan de senaste årens förändringar inom sjukförsäkringen har fått fullt genomslag i ohälsotalet. Därför har Försäkringskassan beslutat att den tidigare månatliga uppföljningen av ohälsotalet ersätts med en redovisning av ett *nytt sjukpenningtal* som också inkluderar rehabiliteringspenning. För att följa utvecklingen när det gäller stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom lanseras måttet *nybeviljad sjukersättning eller aktivitetsersättning per 1000 registrerade försäkrade*. De nya måtten reagerar snabbare på förändringar och speglar bättre utvecklingen inom sjukförsäkringen. Ohälsotalet kommer dock att publiceras även fortsättningsvis och de nya måtten kompletterar de som finns sedan tidigare vid analyser av utvecklingen inom sjukförsäkringen.

Försäkringskassan har tagit fram tidsserier på de nya utfallsmåtten som ska publiceras och följas upp månatligen. Denna rapports syfte är att tjäna som introduktion till dessa nya mått inom sjukförsäkringen.

Johan Grum har beräknat de nya ohälsomåtten som redovisas och Ulrik Lidwall har skrivit rapporten.

Stockholm i april 2011

Eva-Lo Ighe
Chef enheten för Statistisk analys

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	6
Nya mått för uppföljning av sjukförsäkringen	6
Hur definieras de nya måtten?	8
Nya sjukpenningtalet	8
<i>Likheter och skillnader jämfört med tidigare ohälsomått</i>	8
Nybeviljad SA per 1000	10
<i>Likheter och skillnader jämfört med ohälsotalet</i>	10
Utvecklingen för ohälsomåtten år 1994–2010	12
Sjukpenningtal och sjuktal.....	12
Nybeviljad SA per 1000 och ohälsotalet.....	14
Utvecklingen för de nya ohälsomåtten per åldersgrupp och län	15
<i>Utvecklingen i olika åldersgrupper för det nya sjukpenningtalet</i>	15
<i>Utvecklingen i olika åldersgrupper för nybeviljad SA per 1000</i>	16
<i>Utvecklingen per län för det nya sjukpenningtalet</i>	18
<i>Utvecklingen per län för nybeviljad SA per 1000</i>	21
Bilaga	24

Sammanfattning

Ohälsotalet kommer att kompletteras med en redovisning av två nya mått för att följa utvecklingen inom sjukförsäkringen. För att följa sjukskrivningsutvecklingen lanseras ett nytt sjukpenningtal som också inkluderar rehabiliteringspenning. För att följa utvecklingen när det gäller stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom lanseras måttet nybeviljad sjukersättning eller aktivitetsersättning (SA) per 1000 registrerade försäkrade.

Det nya sjukpenningtalet inbegriper alla relevanta förmåner inom sjukförsäkringen samt tar hänsyn till att sjukpenning eller motsvarande ofta ges som en partiell ersättning. Nybeviljade SA per 1000 registrerade försäkrade tar hänsyn till att antalet registrerade försäkrade kontinuerligt ökar. Nybeviljandet av SA är mer påverkbart jämfört med utflödet från SA och ger dessutom en snabbare indikation på om antalet med stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom förändras.

Rapportens syfte är att beskriva hur de nya ohälsomåtten är uppbyggda i förhållande till mått som använts sedan tidigare och att beskriva utvecklingen över tid för både de nya och de gamla ohälsomåtten.

Inledning

Försäkringskassan har under ett flertal år månatligen följt utfallet i sjukförsäkringen genom en redovisning av ohälsotalet. Ohälsotalet byggs till största delen upp av de individer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning (SA) vilket förändras relativt långsamt främst på grund av att utflödet från SA är relativt lågt. Därför har Försäkringskassan beslutat att i stället göra månatlig uppföljning av utvecklingen inom sjukförsäkringen med hjälp av mått som betydligt snabbare visar på förändringar inom försäkringen.

De nya måtten ska ersätta ohälsotalet när det gäller den månatliga resultatuppföljningen inom sjukförsäkringen. Ohälsotalet kommer dock att publiceras även fortsättningsvis och de nya måtten kompletterar de som finns sedan tidigare vid analyser av utvecklingen inom sjukförsäkringen.

Nya mått för uppföljning av sjukförsäkringen

För att följa sjukskrivningsutvecklingen lanseras ett nytt sjukpenningtal som också inkluderar rehabiliteringspenning. För att följa utvecklingen när det gäller stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom lanseras måttet nybeviljad sjukersättning eller aktivitetsersättning per 1000 registrerade försäkrade. Nybeviljandet av SA ger jämfört med utflödet från SA en snabbare indikation på förändringar i sjukförsäkringen.

Denna rapportens syfte är att:

- beskriva hur de nya måtten är uppbyggda
- beskriva de nya måttens definitioner i förhållande till mått som har använts sedan tidigare
- beskriva utvecklingen över tid för både de nya och de gamla måtten och uppdelat per kön, åldersgrupp och län

I faktarutan nedan beskrivs de komponenter som ingår i de mått som presenteras i rapporten. Rehabiliteringspenning och i synnerhet arbetsskadesjukpenning förekommer i jämförelse med sjukpenning mer sällan, men dessa presenteras för fullständighetens skull också i faktarutan nedan.

FAKTARUTA Sjukförsäkringen

Om sjukpenning

Sjukpenning kan fås 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). Anställda får sjuklön från arbetsgivaren de första 14 dagarna exklusive en karensdag, och 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. Arbetsinkomster som årligen uppgår till mellan 24 och 750 % av prisbasbeloppet är sjukpenningförsäkrade. Ersättningen är knappt 80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Från juli 2008 har särskilda tidsgränser införts. Sjukpenning på normalnivå motsvarande knappt 80 % kan fås i maximalt 364 dagar (inom en ramperiod om 450 dagar, särskilda undantag finns). Kvarstår arbetsoförmågan på grund av sjukdom kan sjukpenning på fortsättningsnivå i ytterligare 550 dagar betalas ut. Ersättningen motsvarar då 75 % av SGI. 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 förekommande 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 % av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) och räknas in i de 364 dagar som den försäkrade maximalt kan få sjukpenning. Därefter kan rehabiliteringspenning motsvarande knappt 75 % av SGI betalas ut, vilket räknas in i de ytterligare 550 dagar som den försäkrade maximalt kan få sjukpenning (se ovan).

Om arbetsskadesjukpenning

Den som har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel på grund av arbetsskada, dvs. en skada eller sjukdom som har uppkommit på grund av olycksfall eller på annat sätt orsakats av arbetet, kan få sjukpenning enligt samma bestämmelser som vid vanlig sjukdom. Den som beviljas ersättning för inkomstförlust till följd av arbetsskada har också rätt till arbetsskadesjukpenning för karensdagar. Om en sjukperiod beror på en godkänd arbetsskada kan ytterligare sjukpenning betalas ut för fler än 550 dagar (se ovan). Vid godkänd arbetsskada finns det ingen gräns för hur många dagar som kan betalas ut.

Om sjukersättning och aktivitetsersättning (SA)

Sjukersättning beviljas de som är i åldrarna 30–64 år och som har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, det vill säga för all överskådlig framtid. Aktivitetsersättning beviljas de som är 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. Aktivitetsersättningen kan kombineras med en medverkan i olika aktiviteter, som ska ha till syfte att ta tillvara den enskildes möjligheter till utveckling och arbete under ungdomsåren. Ungdomar som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- och gymnasienivå har rätt till hel aktivitetsersättning under studierna (förlängd skolgång). 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. För aktivitetsersättning varierar garantiersättningen beroende på bland annat ålder. Maximal garantiersättning per månad år 2010 var 8 303 kronor, motsvarande 2,35 prisbasbelopp. För sjukersättning var den maximala garantiersättningen per månad 8 480 kronor år 2010, motsvarande 2,4 prisbasbelopp.

Hur definieras de nya måtten?

Definitionerna av de nya måtten och mått som har funnits sedan tidigare presenteras i Tabell 1. Alla mått kan beräknas per månad, kvartal och år. Årsuppgifter kan beräknas antingen som rullande 12-månadersvärden¹ eller för kalenderår. I denna rapport redovisas måtten beräknade per kalenderår.

Tabell 1 Nya och gamla mått inom sjukförsäkringen

Mått	Definition
<i>"Nya mått"</i>	
Nya sjukpenningtalet	Antal utbetalda <i>nettodagar</i> ^a med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad ^b i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel SA).
Nybeviljad SA per 1000	Antal individer med <i>nybeviljad sjukersättning</i> eller aktivitetsersättning per 1000 registrerade försäkrade ^b i åldrarna 19–64 år ^c (exklusive försäkrade med SA).
<i>"Gamla mått"</i>	
Sjukpenningtalet	Antal utbetalda <i>nettodagar</i> ^a med sjukpenning eller arbetsskadesjukpenning per registrerad försäkrad ^b i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel SA).
Sjuktalet	Antal utbetalda <i>bruttodagar</i> ^d per år med sjukpenning per registrerad försäkrad ^b i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel SA).
Ohälsotalet	Antal utbetalda <i>nettodagar</i> ^a med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning per registrerad försäkrad ^b i åldrarna 16–64 år.

^a Nettodagar innebär att partiellt ersatta dagar omräknats till heldagar.

^b Registrerade försäkrade är alla svenska och utländska medborgare som har fyllt 16 år och som är bosatta eller arbetar i Sverige. Antal registrerade försäkrade mäts den sista dagen i varje månad. För årsstatistik beräknas sedan ett medelvärde av dessa 12 mätningar.

^c I både nämnaren och täljaren omfattar måttet bara personer som vid tillfället är i de åldrar då man kan få SA (aktivitetsersättning kan tidigast utges från och med juli månad det år då den försäkrade fyller 19 år). För perioden före 2003 är det i stället 16–64 år enligt då gällande regelverk.

^d Bruttodagar innebär att även partiellt ersatta dagar räknats som en ersatt dag.

Nya sjukpenningtalet

Det *nya sjukpenningtalet* mäter antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerade försäkrade i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel SA).

Likheter och skillnader jämfört med tidigare ohälsomått

Liksom det tidigare sjukpenningtalet mäter det nya sjukpenningtalet antalet nettodagar vilket är en fördel eftersom partiell sjukskrivning är relativt vanligt. En nyhet är att det nya måttet i motsats till det gamla också

¹ Exempelvis för perioden september 2009 till augusti 2010, etc.

inbegriper rehabiliteringspenning. Den stora skillnaden mot det relativt välkända begreppet *sjuktalet* är att sjuktalet i täljaren mäter *bruttodagar* i stället för *nettodagar*. En fördel med att räkna bruttodagar är att alla dagar med sjukpenning räknas som en sjukdag. Därför blir sjuktalet ett mått på hur många sjukdagar som ersätts. Sjuktalet ger dock en sämre bild av den faktiska belastningen på sjukförsäkringen eftersom hänsyn inte tas till att det blir allt vanligare med *partiell sjukpenning*. År 2000 var det partiell omfattning på 27 respektive 22 procent av de utbetalda dagarna med sjukpenning för kvinnor och män. Därefter har andelen utbetalda dagar med partiell omfattning ökat och 35 respektive 27 procent av de utbetalda dagarna med sjukpenning för kvinnor och män betalades ut med partiell omfattning år 2009.² En annan fördel med sjuktalet är att det går att följa i en tidsserie ända tillbaka till år 1955 då den allmänna sjukförsäkringen infördes.

Det gamla liksom det nya sjukpenningtalet innefattar i motsats till sjuktalet även *arbetsskadesjukpenning* som före regeländringarna inom arbetsskadeförsäkringen 1993 var relativt vanligt förekommande som ersättningsform.³ Under åren 1986–1991 betalades arbetsskadesjukpenning ut i omkring 3–4 procent av sjukskrivningarna.⁴ Efter 1993 förekommer arbetsskadesjukpenning i mycket liten utsträckning. Endast i en av 10 000 sjukskrivningar förekom arbetsskadesjukpenning i fall över 14 dagar påbörjade under 2009.⁵

År 1992 infördes *rehabiliteringspenning* i och med den stora rehabiliteringsreformen som kompletterande ersättningsform vid sidan av ordinarie sjukpenning.⁶ Rehabiliteringspenning kan ges i samband med arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och hade fram till 1996 en högre ersättningsnivå. Före 1996 var rehabiliteringspenning mer vanligt förekommande som ersättningsform men minskade då ersättningsnivån blev densamma som för sjukpenning. Andelen sjukskrivningar 30 dagar eller längre med inslag av rehabiliteringspenning var som högst 1995 med 24 procent.⁷ Under 2010 stod de utbetalda rehabiliteringspenningdagarna för 4,5 procent av de utbetalda dagarna med sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Visserligen är rehabiliteringspenning numer mindre vanligt men den bör för fullständighetens skull ingå i ett mått över ersättningar från sjukförsäkringen. Det gamla sjukpenningtalet innefattar inte rehabiliteringspenningen vilket är en brist som den nya definitionen på sjukpenningtalet rättar till.

I samtliga mått ovan relateras antalet ersatta dagar i täljaren till *antalet registrerade försäkrade* i åldrarna 16–64 år i nämnaren. Som registrerad försäkrad i Sverige räknas personer som antingen är bosatta eller arbetar i Sverige. Den som är bosatt i Sverige omfattas av den bosättningsbaserade

² Försäkringskassan: Socialförsäkringen i siffror 2010.

³ Regeländringarna 1993 innebar ett striktare arbetsskadebegrepp och att rätten till arbetsskadesjukpenning i princip upphörde för att i stället betalas ut som sjukpenning vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga.

⁴ Försäkringskassan: LS-databasen.

⁵ Försäkringskassan: MiDas-databasen, uttagsdatum 2010-09-15.

⁶ Försäkringskassan: Förändringar inom socialförsäkrings och bidragsområdena 1968-01-01—2010-07-01.

⁷ Riksförsäkringsverket: Socialförsäkringsboken 2000.

försäkringen, bland annat garantiersättningen inom sjuk- och aktivitetsersättningen. Den som arbetar i Sverige, och årligen tjänar minst 24 procent av prisbasbeloppet, omfattas av den arbetsbaserade försäkringen och har rätt till bland annat sjukpenning. Det mest korrekta vore därför att relatera antalet utbetalda sjukdagar till antalet som är *sjukpenningförsäkrade*. År 1994 upphörde den tidigare skyldigheten att anmäla inkomständringar och därefter görs detta endast i samband med ett ersättningsärende. Förändringen betydde att den tidigare aktuella informationen om antalet sjukpenningförsäkrade med tiden gick förlorad. Därför ersattes nämnaren i alla ohälsomått (ohälsotalet, sjuktalet och sjukpenningtalet) med antalet registrerade försäkrade från och med år 1998. Denna förändring innebär att genomsnittligt antal ersatta dagar per individ i ohälsomåtten systematiskt underskattas eftersom antalet registrerade försäkrade är större än antalet sjukpenningförsäkrade. När det gäller analyser av utvecklingen över tid totalt sett har detta en marginell betydelse. Men vid analyser av vissa grupper av befolkningen med lägre faktisk andel sjukpenningförsäkrade innebär användandet av befolkningen i nämnaren en större underskattning av ohälsotalet, sjuktalet och sjukpenningtalet.

I samtliga ohälsomått förutom ohälsotalet exkluderas i nämnaren mottagare av hel sjukersättning eller aktivitetsersättning eftersom dessa inte är sjukpenningförsäkrade. Individer med partiell SA är däremot sjukpenningförsäkrade på den del de har möjlighet att arbeta på och ingår därför i nämnaren.

Nybeviljad SA per 1000

Det nya måttet för att följa utvecklingen av sjukersättningar och aktivitetsersättningar är antalet individer med nybeviljad SA relaterat till antalet registrerade försäkrade i åldrarna 19–64 år i tusental. Försäkringskassan och tidigare Riksförsäkringsverket har sedan 1971 publicerat uppgifter om antalet individer som nybeviljats SA och före 2003 förtidspension och sjukbidrag. Dessa uppgifter har dock inte löpande relaterats till antalet registrerade försäkrade vilket innebär att det inte tas någon generell hänsyn till att befolkningen kontinuerligt ökar vilket i sig leder till att SA-mottagarna blir fler antalsmässigt. Att relatera antalet nybeviljade SA till antalet registrerade försäkrade innebär att måttet tar hänsyn till befolkningsutvecklingen. Att relatera nybeviljandet till antalet 1000-tal försäkrade innebär dessutom att ett rimligt heltal fås för måttet.

Likheter och skillnader jämfört med ohälsotalet

En grundläggande skillnad mellan *nybeviljad SA per 1000* och ohälsotalet är att det förra är ett så kallat incidensmått medan det senare mer har karaktären av ett prevalensmått. Ett prevalensmått anger något förenklat hur många fall som förekommer vid en given tidpunkt och visar utbredningen av ett visst fenomen i en given population. Men eftersom ett prevalensmått till sin definition mäter individer eller fall och ohälsotalet mäter ersatta dagar är det inte heller ett renodlat prevalensmått. Ohälsotalet är (liksom sjukpenning- och sjuktal) i stället ett renodlat försäkringsmått och mäter antalet sjukdagar som ersätts från sjukförsäkringen.

Ett incidensmått visar i stället hur många nya fall som tillkommer under en given tidsperiod. I vilken mån incidens och prevalens avviker från varandra beror i hög grad på hur långvariga olika tillstånd är (durationen) och vid långvariga tillstånd så blir avvikelserna större. Eftersom utflödet från SA är relativt lågt när det gäller exempelvis återgång i arbete är skillnaderna mellan nybeviljandet och SA-delen av ohälsotalet relativt stor. För SA är detta huvudskälet till att flytta fokus från det mer trögrörliga ohälsotalet till inflödet till SA som ger betydligt snabbare och tydligare indikationer på viktiga förändringar inom sjukförsäkringen. En ytterligare skillnad mot ohälsotalet är att ohälsotalet tar hänsyn till partiella ersättningar vilken nybeviljad SA per 1000 inte gör. Det finns en positiv samvariation mellan andelen partiella SA och det totala antalet nybeviljanden av SA vilket gör att nybeviljad SA per 1000 bör kompletteras med en analys av utvecklingen av partiella SA-förmåner.

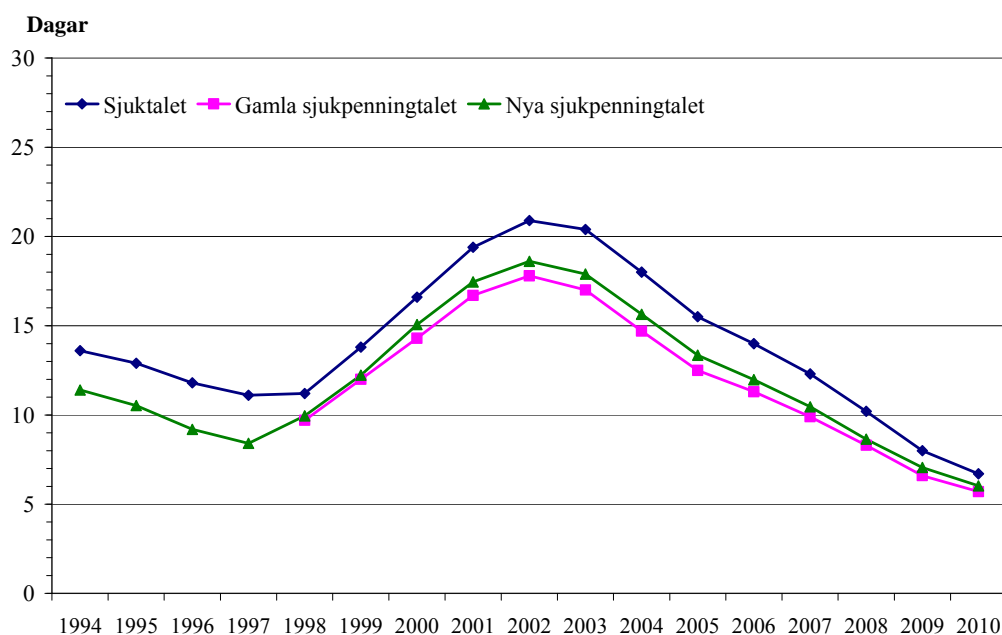
Utvecklingen för ohälsomåttén år 1994–2010

Nedan redovisas utvecklingen sedan 1994 och framåt för de nya ohälsomåttén i jämförelse med de ohälsomåttén som har funnits sedan tidigare. Regeländringar och andra förändringar inom sjukförsäkringen kan ha betydelse för utfallen i ohälsomåttén. Därför redovisas i bilaga de viktigaste förändringarna som skett inom sjukförsäkringen från 1994 och framåt.

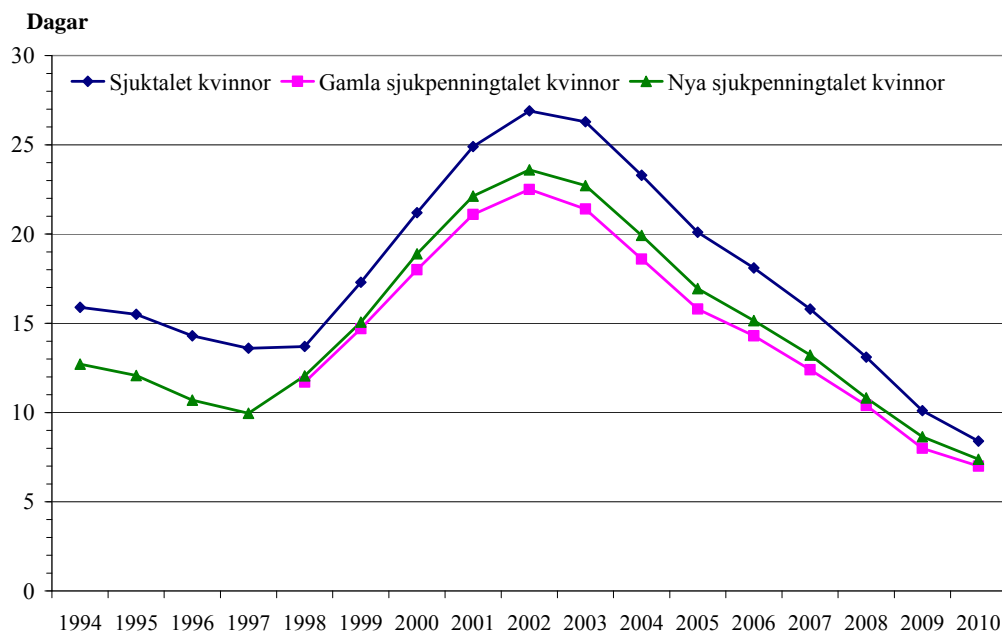
Sjukpenningtal och sjuktal

Figur 1 till Figur 3 visar utvecklingen av sjuktalet samt det gamla och nya sjukpenningtalet. En första iakttagelse är att sjuktalet regelmässigt ligger över sjukpenningtalen eftersom det räknar varje ersatt dag som en heldag oavsett omfattning (bruttodagar i stället för nettodagar). Fram till och med 1997 användes för sjuktalet också antalet sjukpenningförsäkrade i nämnaren vilket sakta men säkert blev en allt mer inaktuell uppgift. Av den anledningen tenderar skillnaden jämfört med det nya sjukpenningtalet att vara större och öka något åren 1994 till 1997. Skillnaden mellan det gamla och nya sjukpenningtalet är relativt liten men tydlig. Det nya sjukpenningtalet är något högre vilket beror på att rehabiliteringspenningen räknas med i det nya måttet. Efter att ha ökat mellan åren 1998 och 2002 har både sjuktal och sjukpenningtal därefter minskat kontinuerligt. För år 2010 låg det nya sjukpenningtalet på 6 dagar jämfört med 5,7 för det gamla sjukpenningtalet och 6,7 dagar för sjuktalet.

Figur 1 Sjukpenningtal och sjuktal år 1994–2010

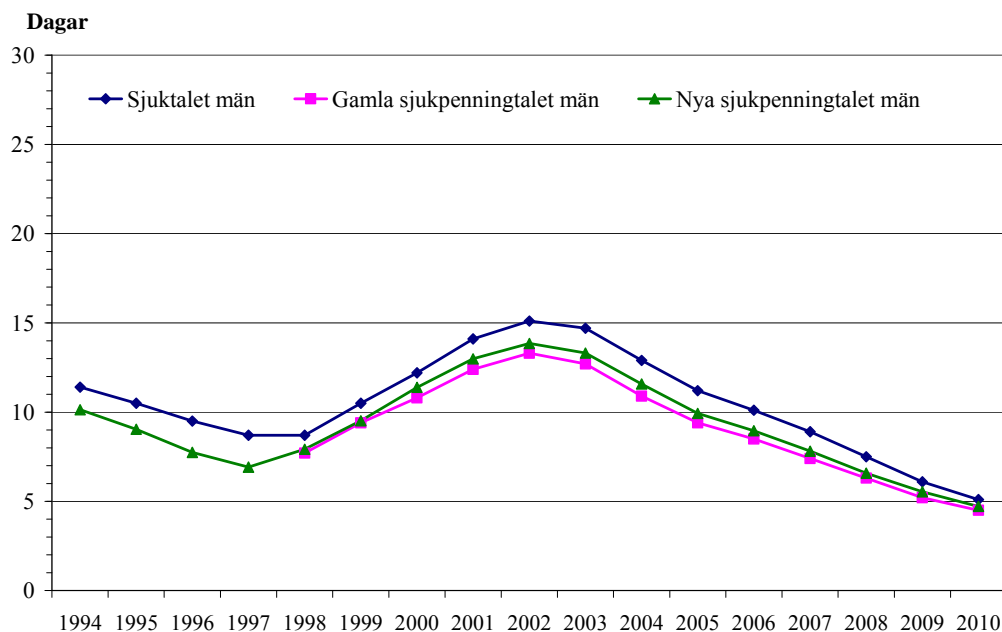


Figur 2 Sjukpenningtal och sjuktal kvinnor år 1994–2010



Sjukpenningtal och sjuktal för kvinnor ligger betydligt över motsvarande för män, se Figur 2 och Figur 3. År 1994 låg det nya sjukpenningtalet för kvinnor 25 procent över nya sjukpenningtalet för män. Därefter ökade skillnaden markant med en kulmen 2004 då kvinnornas nya sjukpenningtal låg 72 procent över männens. Därefter har skillnaderna minskat något och nya sjukpenningtalet var 57 procent högre för kvinnor år 2010, med 7,4 dagar för kvinnor och 4,7 dagar för män.

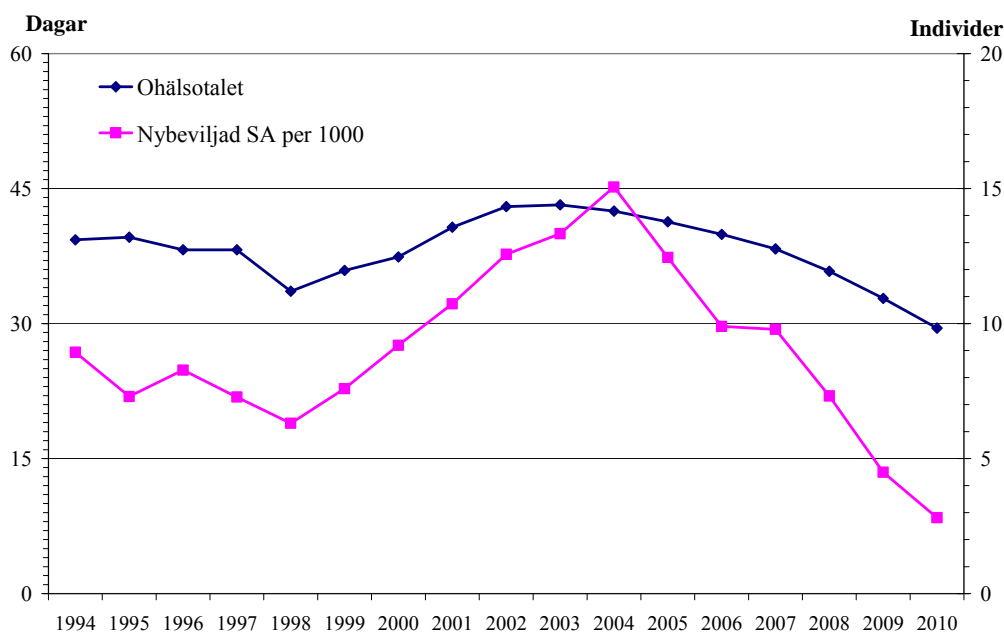
Figur 3 Sjukpenningtal och sjuktal män år 1994–2010



Nybeviljad SA per 1000 och ohälsotalet

I Figur 4 och Figur 5 visas utvecklingen av nybeviljad SA per 1000 registrerade försäkrade och ohälsotalet. *Observera att antalet ersatta dagar i ohälsotalet avläses på den vänstra axeln och nybeviljad SA på den högra axeln i diagrammen.* Att ohälsotalet är mer trögrörligt än nybeviljandet av SA framgår tydligt men båda måtten uppvisar en likartad trendmässig utveckling. Efter en nedgång fram till 1998 skedde en uppgång fram till 2003 och 2004 och därefter en tydlig nedgång.

Figur 4 Ohälsotal och nybeviljad SA per 1000 år 1994–2010



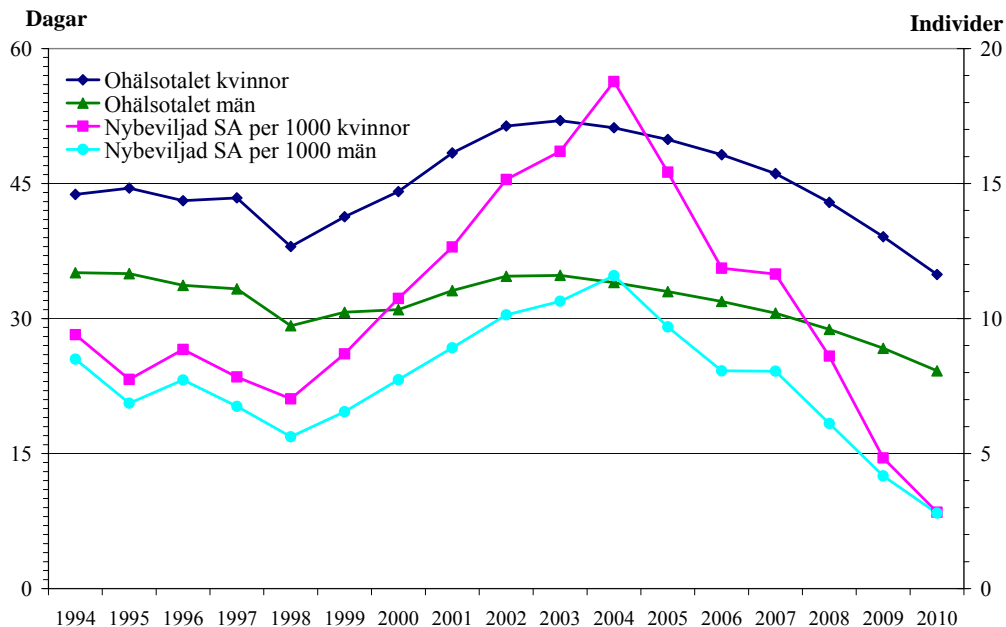
I förhållande till sjukpenningmåttén går det att skönja en eftersläpning i nybeviljandet av SA (tidigare förtidspension/sjukbidrag) på drygt ett år vilket beror på inflöde från sjukskrivning till SA med fördröjning. Nybeviljandet av SA var som högst 2004 med 15,1 individer per 1000 försäkrade i åldrarna 19–64 år och var år 2010 nere i 2,8. Ohälsotalet var då samtidigt nere i 29,5 dagar efter toppnoteringen 43,2 dagar 2003.

Ohälsotalet för kvinnor ligger betydligt över antalet ersatta dagar för män, se Figur 5. År 1994 låg ohälsotalet för kvinnor 25 procent över ohälsotalet för män. Därefter ökade skillnaden markant med en kulmen åren 2004 till 2007 då kvinnornas ohälsotal låg 51 procent över männens. De högsta värdena uppmättes 2003 med 52 dagar för kvinnor och 34,8 dagar för män. Därefter har skillnaderna minskat något och ohälsotalet var 44 procent högre för kvinnor år 2010, med 34,9 dagar för kvinnor och 24,2 dagar för män.

Nybeviljandet av SA för kvinnor har också legat betydligt över nybeviljandet för män, se Figur 5. År 1994 låg nybeviljandet för kvinnor 11 procent över mäns. Därefter ökade skillnaden markant med en kulmen åren 2004 då kvinnornas nybeviljande låg 62 procent över männens. Samma år uppmättes de högsta värdena med 18,8 för kvinnor och 11,6 för män. Därefter har antalet liksom skillnaderna mellan kvinnor och män kontinuerligt minskat.

År 2010 hade skillnaderna försvunnit och 2,8 individer per 1000 registrerade försäkrade nybeviljades SA för både kvinnor och män.

Figur 5 Ohälsotal och nybeviljad SA per 1000 för kvinnor och män år 1994–2010



Utvecklingen för de nya ohälsomått per åldersgrupp och län

Nedan beskrivs utvecklingen för det nya sjukpenningtalet och nybeviljad SA per 1000 registrerade försäkrade uppdelat på olika åldersgrupper och på län.

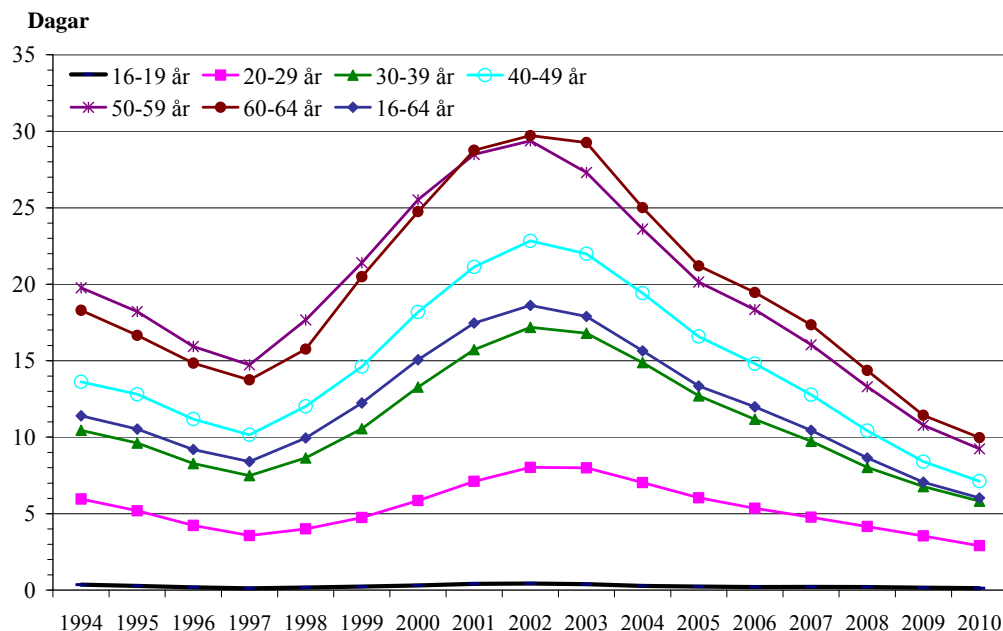
Utvecklingen i olika åldersgrupper för det nya sjukpenningtalet

Bland de allra yngsta, individer i åldern 16–19 år, är det ett litet antal som arbetar, är sjukpenningförsäkrade och samtidigt har behov av att vara sjukskrivna i över 14 dagar. Högst var det nya sjukpenningtalet i den yngsta åldersgruppen 2002 med 0,4 dagar, se Figur 6. År 2010 var motsvarande siffra 0,1 dagar.

I högre åldrar är förvärvsfrekvenserna högre och behovet av sjukförsäkringen ökar med stigande ålder. I den äldsta åldersgruppen nåddes en kulmen i det nya sjukpenningtalet 2002 med 29,7 dagar. Därefter skedde för de äldsta, liksom för övriga åldrar en tydlig nedgång, och nya sjukpenningtalet var nere i 10 dagar för de äldsta år 2010. Under 1990-talet var dessutom det nya sjukpenningtalet högre för de i åldern 50–59 år än för åldersgruppen 60–64 år. Det beror åtminstone delvis på de tidigare ”äldre-reglerna” för åldersgruppen 60–64 år med mildare kriterier för bedömning av sjukdom och arbetsförmåga vilket gjorde att inflödet till den dåvarande förtidspensionen från långtidssjukskrivning var relativt högt bland de

äldsta.⁸ Äldrereglerna togs dock bort 1997 vilket minskade flödet från sjukskrivning till förtidspension och sedan 2001 är nya sjukpenningtalet också högst i den äldsta åldersgruppen.

Figur 6 Nya sjukpenningtalet per åldersgrupp år 1994–2010



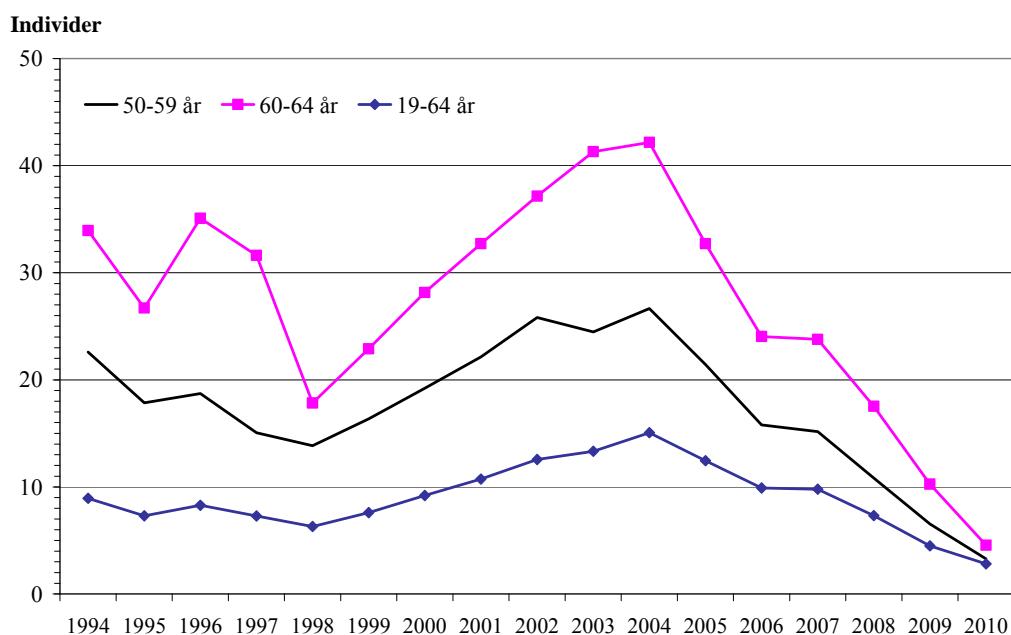
En tydlig förändring är också att det nya sjukpenningtalet för åldersgruppen 50–59 år inte ligger lika markant över de andra åldersgrupperna. År 1998 låg 50–59-åringarna 78 procent över den generella nivån vilket har minskat till 53 procent år 2010. Omvänt har 30–39-åringarna inte lika låga nivåer som tidigare i förhållande till den generella nivån. År 1999 låg 30–39-åringarna 14 procent under den generella nivån vilket har minskat till 3 procent år 2010.

Utvecklingen i olika åldersgrupper för nybeviljad SA per 1000

I Figur 7 och Figur 8 visas utvecklingen av nybeviljad SA per 1000 registrerade försäkrade för äldre och yngre åldersgrupper. Figur 7 och Figur 8 har olika skalor för att tydliggöra att utvecklingen sker på helt olika nivåer för yngre och äldre försäkrade. Det är framför allt i de båda åldersgrupperna 50–59 och 60–64 år som nybeviljandet historiskt nått en större omfattning. I åldersgruppen 60–64 år nybeviljades 34 individer per 1000 registrerade försäkrade, sjukersättning år 1994. Året innan äldrereglerna avskaffades 1997 ökade nybeviljandet i den äldsta åldersgruppen för att därefter tydligt minska. Därefter ökade nybeviljandet av sjukersättning och den högsta noteringen för 60–64-åringarna gjordes 2004 med 42,2 individer. Sedan dess har nybeviljandet nått historiskt låga nivåer och var 2010 nere i 4,6 individer per 1000 registrerade försäkrade för 60–64-åringarna. För de två äldsta åldersgrupperna har det också skett en markant konvergens mot genomsnittet av nybeviljande för alla åldersgrupper vilket är värt att notera.

⁸ Se Försäkringskassan Analyserar 2007:13.

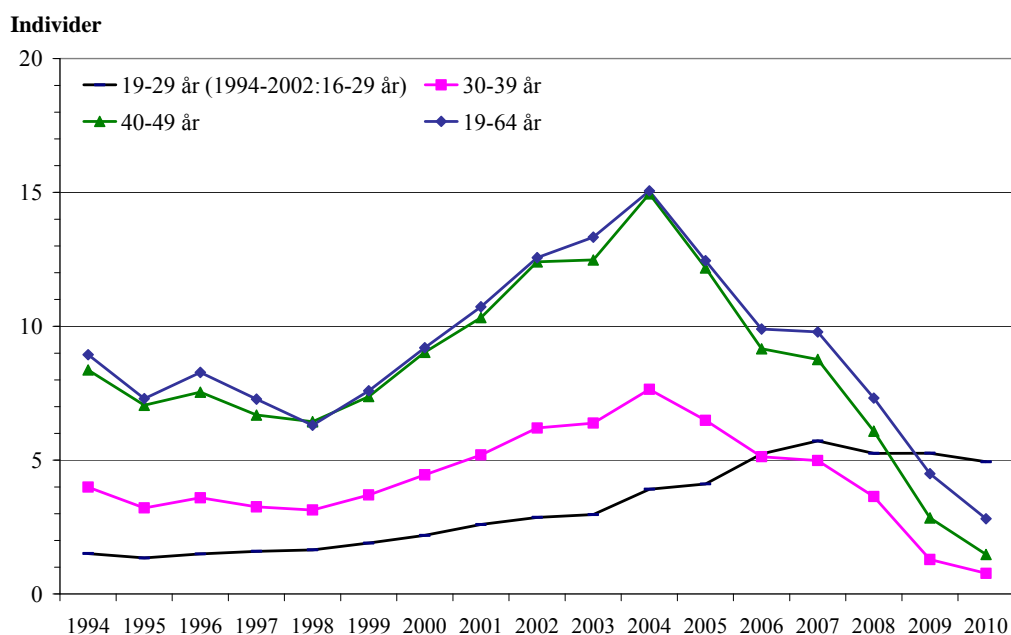
Figur 7 Nybeviljad SA per 1000 i äldre åldersgrupper år 1994–2010



I den allra yngsta åldersgruppen 19–29 år har historiskt sett relativt få individer fått ersättning från sjukförsäkringen för stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan. Dock har i motsats till övriga åldersgrupper som numer får sjukersättning, med undantag för en svag minskning under åren 2008–2010, antalet unga som nybeviljats aktivitetsersättning ökat trendmässigt. En del av förklaringen kan vara det nya systemet vid stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom som infördes 2003. Då ersattes det tidigare systemet med förtidspension och sjukbidrag med sjukersättning och aktivitetsersättning. Aktivitetsersättningen för unga i åldern 19–29 år var utöver en ekonomisk grundtrygghet tänkt att också erbjuda ökade möjligheter till ett aktivt liv, vilket på sikt skulle öka möjligheterna att också delta i arbetslivet. Erfarenheterna visar dock att dessa ambitioner inte har blivit verklighet (SOU 2008:102).

Aktivitetsersättning kan också ges den som på grund av funktionsnedsättning inte har avslutat sin grundskole- eller gymnasieutbildning från och med juli månad det år då han eller hon fyller 19 år. En majoritet av dem som får aktivitetsersättning från det år då de fyller 19 har förlängd skolgång. Eftersom fler unga bedöms ha sociala och kognitiva funktionsnedsättningar och fler också har svårt att klara grundskolan med fullständiga betyg innebär detta ett ökat tryck på aktivitetsersättningen (SOU 2008:102). En förklaring till att ökningen för de yngsta har stannat av sedan 2008 är sannolikt de striktare reglerna i sjukförsäkringen som infördes i juli 2008. Vid prövning av rätt till aktivitetsersättning ska arbetsförmågan sedan dess prövas i förhållande till förvärvsarbete på hela arbetsmarknaden. Tidigare skulle arbetsförmågan prövas i förhållande till arbeten som var normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Figur 8 Nybeviljad SA per 1000 i yngre åldersgrupper år 1994–2010



Utvecklingen per län för det nya sjukpenningtalet

I Figur 9 till Figur 12 visas det nya sjukpenningtalet åren 1994–2010 uppdelat på olika länsgrupperingar. Grupperna är valda utifrån geografiska aspekter men också för att ge ett hanterbart antal grafer i varje diagram.

En generell iakttagelse är att det har skett en betydande konvergens i det nya sjukpenningtalet under de senaste åren. Den största avvikelserna hade Jämtland år 2004 med 24 ersatta dagar per försäkrad vilket var 54 procent över riksnivån. År 2010 låg Jämtlands nya sjukpenningtal 25 procent över riksnivån som var 6,0 dagar. Jämtland är tillsammans med Västernorrland (19 procent över) fortfarande år 2010 de län som har störst avvikelse mot riksnivån. I övrigt låg avvikelserna mot riksnivån år 2010 på mellan 11 procent över (Örebro) och 11 procent under (Värmland).

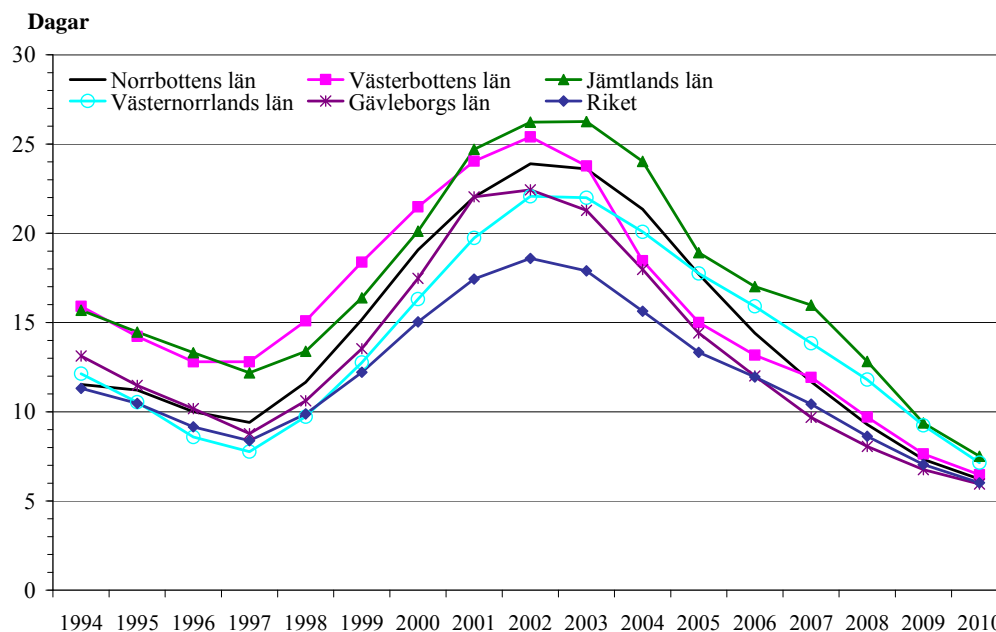
Utvecklingen av det nya sjukpenningtalet över tid är mycket likartad i de olika länen med en nedgång mellan 1994 och 1997, en tydlig uppgång mellan 1998 och 2002, och därefter en lika framträdande nedgång från 2003. I riket ökade det nya sjukpenningtalet med 60 procent mellan 1994 och 2002 och minskade med 70 procent mellan 2002 och 2010.

Mellan 1994 och 2010 har det nya sjukpenningtalet minskat med 47 procent i riket från 11,3 till 6,0 dagar. Störst minskning över samma tid hade Västerbotten med 59 procent. De flesta län uppvisar minskningar på mellan 40 och 50 procent. Minst har minskningen varit i Kronoberg och Jönköping som i utgångsläget hade lägst ohälsotal i riket.

Det finns ett antal faktorer som kan antas ge acceptabla skillnader i användandet av sjukförsäkringen. Sådana primära faktorer är skillnader i sjukdomsbelastning och nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom men detta är dock sällan direkt observerbart i befolkningen. Därför brukar man i allmänhet vara hänvisad till att observera olika sekundära faktorer. Med

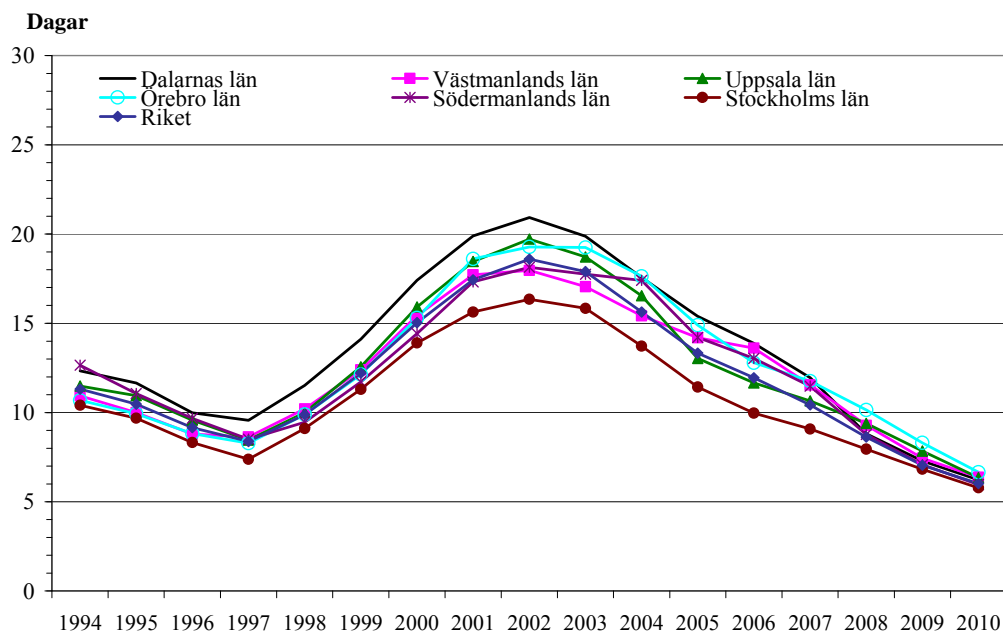
sekundära faktorer menas sådana förhållanden som i allmänhet har, eller kan antas ha, betydelse för skillnader i hälsa och arbetsförmåga i befolkningen. Som sekundära faktorer kan en mängd förhållanden hypotetiskt ha betydelse. Några faktorer som kan betraktas som väletablerade när det gäller betydelsen för hälsoskillnader i befolkningen är demografiska och socioekonomiska förhållanden.⁹ Sådana förhållanden bör därför beaktas i första hand i fördjupade analyser av skillnader över landet i det nya sjukpenningtalet och antalet nybeviljade SA per 1000 registrerade försäkrade.

Figur 9 Nya sjukpenningtalet i norrlandslänen år 1994–2010

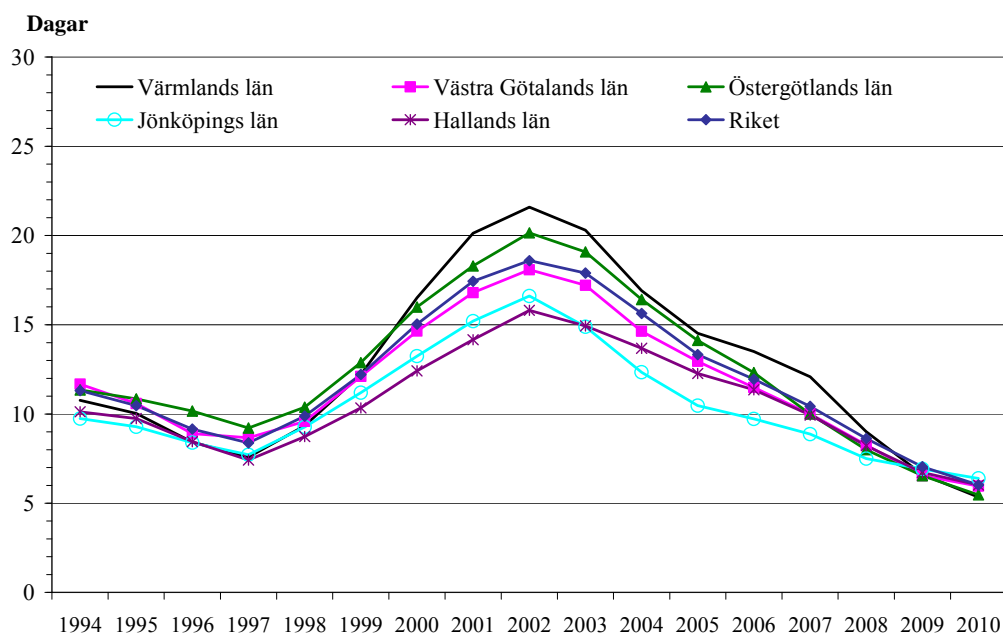


⁹ Se exempelvis Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009.

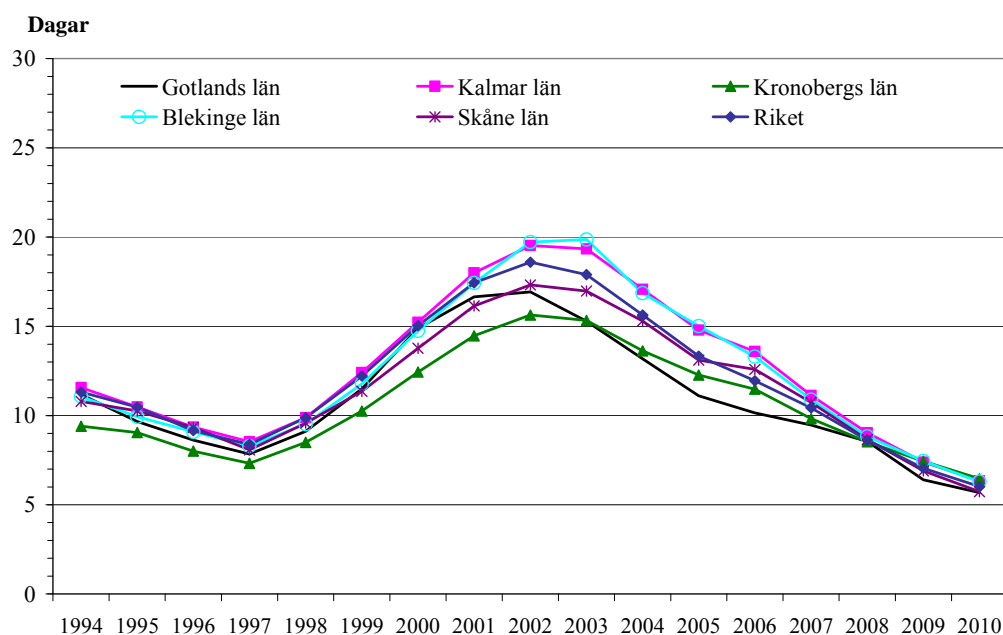
Figur 10 Nya sjukpenningtalet i mälardalsregionen år 1994–2010



Figur 11 Nya sjukpenningtalet i västra Sverige och Östergötland år 1994–2010



Figur 12 Nya sjukpenningtalet i sydöstra Sverige år 1994–2010

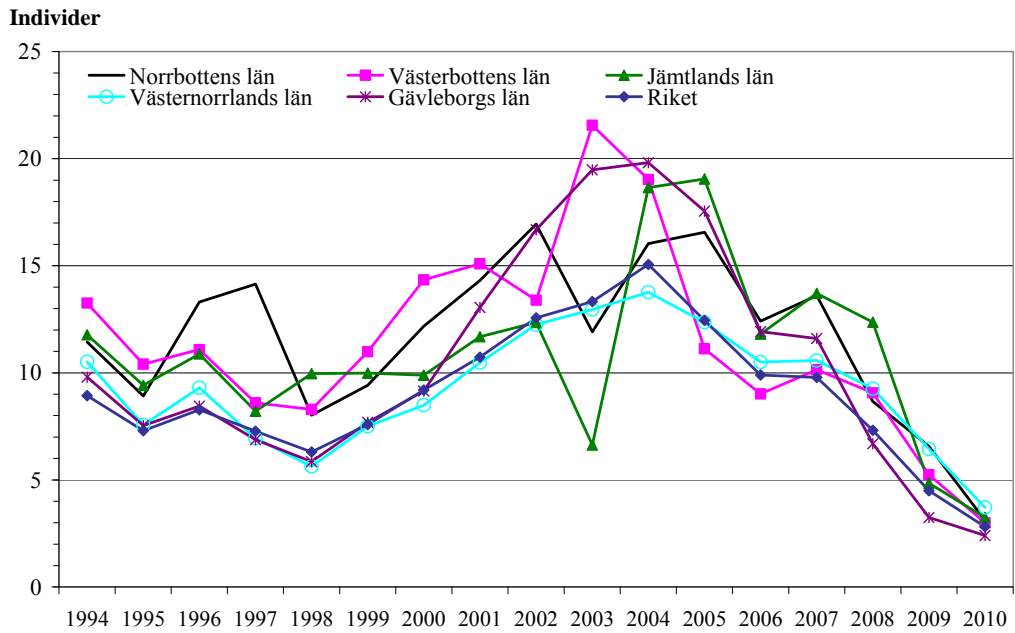


Utvecklingen per län för nybeviljad SA per 1000

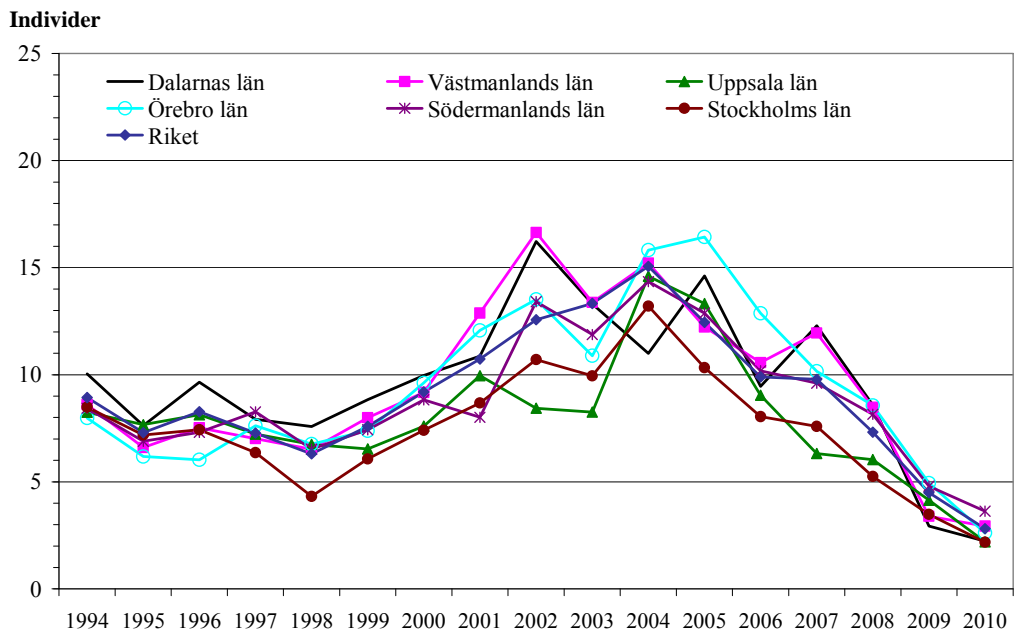
I Figur 13 till Figur 16 visas nybeviljad SA per 1000 registrerade försäkrade åren 1994–2010 uppdelat på olika län. Den trendmässiga utvecklingen påminner om den för det nya sjukpenningtalet, men med ett års fördröjning. Även för nybeviljandet av SA kan en tydlig konvergens urskiljas. En ytterligare iakttagelse är att det är stora variationer år från år för nybeviljad SA. Här kan omotiverade variationer över landet i handläggningen av ärenden historiskt förklara en del av de årliga regionala variationerna. Skapandet av den statliga myndigheten Försäkringskassan som 2005 ersatte de tidigare länsindelade allmänna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har gett bättre förutsättningar för likformig handläggning över hela riket.

De högsta värdena för nybeviljad SA per 1000 registrerade försäkrade under perioden registrerades år 2003 i Västerbotten med 21,6 och Värmland med 20,5 individer. År 2010 ligger värdena för alla län under 5 individer per 1000 försäkrade. Det lägsta värdet hade Dalarna, Stockholm och Uppsala med 2,2 individer per 1000 registrerade försäkrade. Jämfört med utgångsläget år 1994 ligger de flesta län på minskningar i storleksordningen omkring 70 procent.

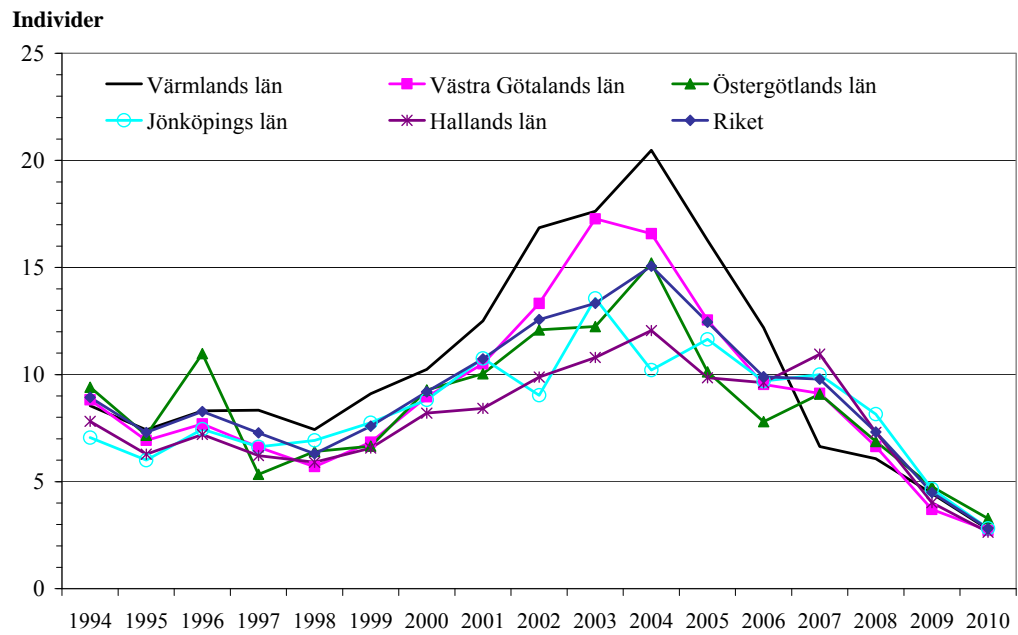
Figur 13 Nybeviljad SA per 1000 i norrlandslänen år 1994–2010



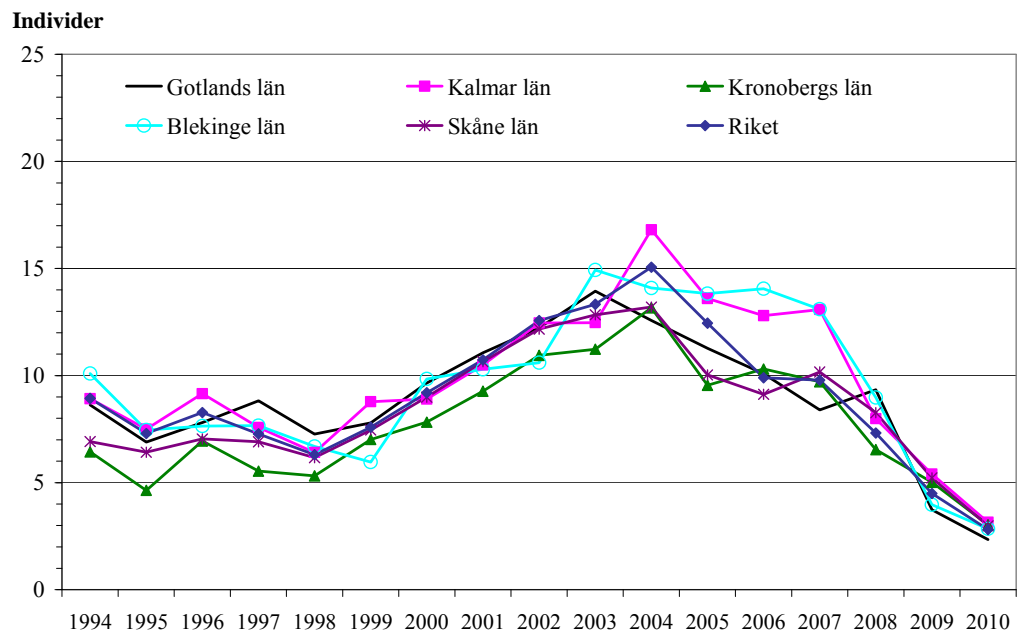
Figur 14 Nybeviljad SA per 1000 i mälardalsregionen år 1994–2010



Figur 15 Nybeviljad SA per 1000 i västra Sverige och Östergötland år 1994–2010



Figur 16 Nybeviljad SA per 1000 i sydöstra Sverige år 1994–2010



Bilaga

Förändringar inom sjukförsäkringen som kan påverka utvecklingen av ohälsomåttén år 1994–2010^a

Tidpunkt	Regeländring i sjukförsäkringen
”Vid temporär nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom (sjukpenning etc.)”	
1997 januari	Skärpning av sjukdomsbegreppet: vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Sjuklöneperioden förlängs från 14 till 28 dagar
1998 april	Sjuklöneperioden förkortas från 28 till 14 dagar
2003/2004	Nya metoder och arbetssätt i handläggningen av sjukpenningärenden införs successivt (Se Försäkringskassan Redovisar 2007:8)
2003 juli	Sjuklöneperioden förlängs från 14 till 21 dagar
2005 januari	Sjuklöneperioden förkortas från 21 till 14 dagar och medfinansiering 15 % införs för arbetsgivare
2007 januari	Medfinansiering 15 % för arbetsgivare avskaffas
2008 mars	Försäkringsmedicinskt beslutsstöd införs med rekommenderade sjukskrivningstider för olika sjukdomar
2008 juli	Nya skärpta regler för rätten till sjukpenning införs, vilket bland annat innebär att sjukpenningen tidsbegränsas och att en prövning av arbetsförmågan görs enligt olika kriterier över tid (se faktaruta s. 7)
”Vid stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom (SA och tidigare förtidspension/sjukbidrag)”	
1995 oktober	Möjligheten att ompröva förtidspension införs
1997 januari	Äldrereglerna med mildare kriterier för bedömning av sjukdom och arbetsförmåga för individer i åldern 60–64 år avskaffas
1999 januari	Kriterierna för hel förtidspension/sjukbidrag mildras och det tidigare kravet på att arbetsförmågan ska vara helt nedsatt ersätts med kriteriet i det närmaste helt nedsatt
2003 Januari	Sjukersättning och aktivitetsersättning ersätter förtidspension och sjukbidrag. Förtidspension blir sjukersättning. Sjukbidrag blir tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning. Kriterierna för medicinsk nedsättning av arbetsförmågan är oförändrade. Gränsen höjs för att få ersättning vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom från 16 år till tidigast halvårsskiftet det år då personen fyller 19 år. Aktivitetsersättning är till för individer i åldrarna 19–29 år och är alltid tidsbegränsad (se även faktaruta s. 7)
2008 Juli	Skärpta kriterier för SA. De nya reglerna innebär att sjukersättning endast kan komma i fråga om den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt (består för all överskådlig framtid). Sjukersättning kan endast beviljas tillsvidare. Vid prövning av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning ska arbetsförmågan prövas i förhållande till förvärsarbete på hela arbetsmarknaden

^a Källa: Förändringar inom socialförsäkrings och bidragsområdena 1968-01-01—2010-07-01. Försäkringskassan 2010.

I sammanställningen ovan har inga förändringar i ersättningsnivåer tagits med. Anledningen är att dessa förändringar har varit relativt marginella under perioden och inte bedöms ha påverkat försäkringsutnyttjandet i långvariga sjukskrivningar eller ”förtidspension” på något avgörande sätt.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdstödet
- 2011:3 Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011
- 2011:4 Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos
- 2011:5 Särlevande föräldrar och deras barns boende och underhåll
- 2011:6 Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade