

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2010:6

Regionala skillnader
i sjukförsäkringens
utfall

– En analys av
utvecklingen 1996-2010

isf

Rapport 2010:6

Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall

– En analys av
utvecklingen 1996-2010

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2010

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Webb: www.inspsf.se

Tryckt av E-print

Stockholm 2010

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Syfte	12
1.2 Metod	13
1.3 Genomförande.....	13
1.4 Disposition	13
2 Bakgrund.....	15
2.1 Tidigare studier om regionala skillnader inom svensk sjukförsäkring.....	15
2.2 Regionala mönster i sjukförsäkringen över tid	17
2.2.1 Svängningarna inom försäkringen under 2000-talet har omfattat samtliga kommuner	17
2.2.2 Stabilitet i det regionala mönstret för antal förtidspensionsdagar som samtidigt förstärks av demografiska trender	18
2.2.3 Påtaglig minskning av den regionala spridningen av sjukfall och nybeviljande av förtidspension sedan 2004	20
3 Analys av regionala skillnader under perioden 1996-2010.....	25
3.1 Beräkningar.....	25
3.1.1 Beräkningsmodell.....	25
3.1.2 Dataunderlag.....	26
3.1.3 Vad fångas med vald metod?.....	26
3.1.4 Absoluta eller relativa skillnader?	28

3.2	Resultat	29
3.2.1	Även justerade utfallsmått visar på minskad absolut spridning av försäkringsnyttjandet sedan 2003	29
3.2.2	Den relativa oförklarade regionala spridningen minskar för sannolikheten att få sjukpenning i minst 30 dagar	31
3.2.3	Är det samma kommuner som har oväntat hög (eller låg) andel sjukskrivna år efter år?	33
3.2.4	Nybeviljad förtidspension.....	34
3.2.5	Arbetslöshet och regionala skillnader i försäkringsutfall	37
4	Diskussion	41
	Vilka förutsättningar är relevanta för en likformig regeltillämpning?	41
	Hur har förutsättningarna för ett likformigt arbete utvecklats?.....	42
	Vilken roll kan Försäkringskassan ha spelat för minskningen av de regionala skillnaderna för sjukpenningen?	45
	Hur kan den regionala utvecklingen av nybeviljandet av förtidspension förstås?	47
	Innebär minskad regional spridning av andelen med sjukpenning en ökad rättssäkerhet?	48
5	Slutsatser	51
	Referenser	55
	Noter	59

Generaldirektörens förord

Sjukförsäkringen utnyttjas olika mycket i olika delar av landet. Till en del förklaras detta av skillnader i befolkningens demografiska struktur och andra bakgrundsfaktorer, men även sedan statistiken har rensats för sådana olikheter kvarstår skillnader. Detta har ibland setts som ett tecken på bristande likformighet i tillämpningen i regelverket och därmed en rättssäkerhetsbrist. Riksdag och regering har återkommande uttalat en ambition att skillnaderna ska minska. Syftet med föreliggande granskning har varit att undersöka utvecklingen från mitten av 1990-talet fram till i dag.

En första viktig observation är att valet av mått är viktigt. Ett ofta använt mått är det totala ohälsotalet, men utvecklingen för sjukpenning och för sjuk- och aktivitetsersättning skiljer sig väsentligt. I den senare är dessutom stocken av förmånstagare så stor att nybeviljandet är ett bättre mått på hur förvaltningen arbetar vid en viss tidpunkt. Eftersom utnyttjandet av sjukförsäkringen har minskat under senare år, har också spridningen mätt i absoluta tal minskat av rent matematiska skäl. Relativa mått på spridningen är därför att föredra som indikatorer på likformigheten.

Med dessa utgångspunkter konstateras i rapporten att spridningarna sjukpenningutnyttjandet har minskat sedan 2003 och i dag ligger lägre än vid mitten av 1990-talet. Det är rimligt att tro att en del av detta har sitt ursprung i sammanslagningen av försäkringskassorna och Försäkringskassans arbete med att öka likformigheten i tillämpningen. Hur stor effekt detta arbete har haft går dock inte att avgöra; förändrade förväntningar hos befolkningen kan mycket väl vara en viktigare förklaring.

Nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning uppvisar ett annat mönster. Dels är spridningen större, dels har den ökat sedan 1996. Det har skett betydande ökningar vid tre tillfällen, som sammanfaller med större regeländringar. De regionala mönstren har dock blivit

mindre stabila över tiden. Det finns inte heller några tecken på att den lokala arbetsmarknadssituationen spelar någon större roll för besluten.

Rapporten bör kunna bli ett viktigt underlag i diskussionen om socialförsäkringens regionala variationer.

Stockholm i september 2010

Per Molander

Sammanfattning

Sjukförsäkringen¹ nyttjas olika mycket i olika delar av Sverige. Detta har tagits som intäkt för att regeltillämpningen inte är tillräckligt likformig och därmed inte rättssäker. Det har varit en uttalad ambition att minska de regionala skillnaderna, bland annat då försäkringskassorna slogs samman. Därför finns anledning att granska om likformigheten i försäkringsutfallet² ökat eller minskat under 2000-talet.

Syftet med denna studie är dels att mäta utvecklingen av de regionala skillnader i försäkringens utfall som inte kan härledas till olikheter i befolkningens sammansättning, dels att diskutera vad utvecklingen innebär för likformighet i regeltillämpningen. Den kvantitativa analysen utgår från individuppgifter för hela den svenska befolkningen (20-64 år) från 1996 till och med första halvåret 2010. I analysen tas hänsyn till sådana demografiska och socioekonomiska bakgrundsfaktorer som kan påverka de försäkrades arbetsförmåga.

Ett första resultat är att *valet av mått på regional spridning spelar roll*. Att som i vissa studier mäta totala utbetalningar från sjukförsäkringen (till exempel genom det så kallade ohälsotalet) speglar endast till begränsad del de beslut som fattas inom försäkringen under den studerade perioden. Det är även viktigt att ta hänsyn till sådana individuella faktorer som kan påverka arbetsförmågan i befolkningen. Slutligen är de regionala skillnaderna i absoluta tal mycket beroende av den totala nivån på försäkringsnyttjandet. Eftersom den totala nivån minskat snabbt sedan 2003, följer mekaniskt en minskning av de absoluta skillnaderna. För att säga något om likformigheten i nyttjandet av försäkringen bör man därför utgå från relativa mått på den regionala spridningen.

Resultaten av beräkningarna skiljer sig väsentligt åt mellan sjukpenning och nybeviljande av förtidspension³, trots likheter i det totala försäkringsnyttjandet. I båda fallen ökade nyttjandet snabbt från

senare delen av 1990-talet, medan både totalt nyttjande och absoluta regionala skillnader har minskat 2004-2010.

Spridningen av sannolikheten att bli sjukskriven i minst 30 dagar har minskat kontinuerligt sedan 2003 även i relativa tal. Det regionala mönstret har dessutom blivit allt mindre varaktigt (dvs. det blir allt vanligare att kommuner med oväntat många sjukskrivna ett år har relativt få sjukskrivna några år senare och vice versa). Mönstret tycks även allt mindre beroende av den lokala arbetsmarknaden.

Sedan 2003 nyttjas sjukpenningen alltså både allt mindre och allt mer lika i landet. Sedan 2008 är de oförklarade regionala skillnaderna mindre än sedan åtminstone mitten av 1990-talet, både i absoluta och relativa termer.

De oförklarade regionala skillnaderna i nybeviljandefrekvens för förtidspension har utvecklats på helt annat sätt. För det första är den oförklarade regionala spridningen betydligt större än för sjukpenningen. För det andra har spridningen ökat sedan 1996. Dessutom har det skett betydande öknings av den regionala spridningen vid tre olika tillfällen, vilka sammanfaller med viktiga regeländringar.

Samtidigt tycks det som om två problem som tidigare har lyfts fram sedan åtminstone 2003 har varit begränsade. För det första framstår de regionala mönstren som snabbt föränderliga. För det andra tycks situationen på den lokala arbetsmarknaden inte längre spela stor roll för sannolikheten att beviljas förtidspension.

Det finns alltså under senare år inget i statistiken som tyder på förekomsten av lokala "förtidspensioneringskulturer" eller på att sjuk- eller aktivitetsersättning används som ett sätt att hantera svaga lokala arbetsmarknader.

I denna studie beskrivs utvecklingen av oförklarade regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall. Intresse har främst riktats mot dessa skillnader, därför att de kan tyckas signalera en olikformig regel-tillämpning. Att tolka den uppmätta spridningen som ett direkt uttryck för skillnader i administrationens tillämpning är dock omöjligt, bland annat därför att flera aktörer har möjlighet att påverka utfallet. Den kvantitativa analysen säger därför endast något om utvecklingen av likformigheten i nyttjandet av sjukförsäkring. Resultaten kan dock diskuteras i ljuset av utvecklingen inom sjukförsäkringsadministrationen.

Det är rimligt att tro att sammanslagningen av försäkringskassorna och Försäkringskassans arbete har bidragit till utvecklingen av nyttjandet av sjukpenning under perioden 2003-2007. Regel tillämpningen inom myndigheten behöver dock inte ha varit den viktigaste faktorn bakom utvecklingen. Utvecklingen kan i praktiken till stor del ha drivits av en regional utjämning av befolkningens förväntningar på försäkringen.

Utvecklingen av de regionala mönstren för nybeviljandet av förtidspension antyder att det främst är viktiga regeländringar som påverkar förutsättningarna för ett likformigt utfall. De ökande regionala skillnaderna sedan 2008 kan dock även bero på i övrigt försämrade förutsättningar för administrationen att bedriva ett likformigt arbete. Den nuvarande förhöjda nivån på oförklarade regionala skillnader i nybeviljandet kan vara en signal om att viss osäkerhet föreligger om hur reglerna ska tillämpas. Detta vore i så fall problematiskt för rättssäkerheten. Så länge varaktigheten i de regionala mönstren förblir svag, kan mönstren dock inte ses som ett tecken på systematiskt under- eller överutnyttjande av försäkringen i vissa delar av landet.

1 Inledning

De regionala skillnaderna inom sjukförsäkringen är en fråga som länge diskuterats. Dessa skillnader har i den allmänna debatten tagits som intäkt för att de tidigare försäkringskassorna och den numera sammanslagna myndigheten Försäkringskassan inte tillämpar försäkringen likformigt och därmed inte heller rättssäkert. Regeringen framhöll i början av 2000-talet att ”förklaringen till de stora skillnader i resultat som fortfarande kan påvisas mellan försäkringskassorna, i huvudsak finns i interna faktorer hos socialförsäkringsadministrationen, nämligen ledning, kontroll och styrning”.⁴ Dessa farhågor spelade tillsammans med viljan att bryta den dåvarande trenden mot ökande sjukskrivningar en betydande roll inför beslutet att slå samman försäkringskassorna med Riksförsäkringsverket 2005.⁵

Det har nu gått drygt fem år sedan den sammanslagna myndigheten Försäkringskassan skapades. Statskontoret konstaterade i sin slutrapport om myndighetens förändringsarbete att ”förutsättningarna för att uppnå en enhetlig rättstillämpning inom Försäkringskassan har förbättrats i och med en ny och sammanhållen organisation. Ännu finns dock ingen uppföljning eller utvärdering inom Försäkringskassan som visar i vilken utsträckning så är fallet. Det är väsentligt att en sådan uppföljning eller utvärdering genomförs.”⁶ ISF avsikt är att bidra till detta arbete. En studie av regionala skillnader som denna kan inte leda i bevis vad sammanslagningen av försäkringskassorna lett till men förhoppningsvis slå fast huruvida utfallet blivit det efter sökta.

Förekomsten av regionala skillnader i försäkringsutfall säger inget direkt om huruvida tillämpningen är likformig över landet. De regionala skillnaderna kan bero på befolkningens sammansättning eller lokala arbetsmarknadsfaktorer. De kan dessutom bero både på Försäkringskassans arbete och på andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Därför är utmaningen för en studie av regionala skillnader

framför allt att urskilja den del av skillnaderna som beror på olikheter i de försäkringsärenden som uppkommer i olika delar av landet. Hur väl man kan ta hänsyn till detta beror på vilka uppgifter som finns att tillgå. Hur stor del av den kvarvarande spridningen som sedan beror på Försäkringskassans arbete går inte att säga utan tillgång till information om de olika aktörerna i sig. Även om fler aktörer är inblandade, är det dock i sig en viktig aspekt av försäkringen huruvida den faktiskt nyttjas på ett regionalt likformigt sätt eller inte.

Ingen större studie av de regionala skillnaderna inom sjukförsäkringen har genomförts för perioden efter 2005. Tidigare studier har dessutom endast undantagsvis haft fokus på utvecklingen över tid. Det finns också anledning att se över vilka mått på försäkringsutfallet som används och på hur den regionala spridningen av detta utfall mäts. En trendmässig ökning eller minskning av försäkringsnyttjandet (såsom varit fallet under hela den studerade perioden) medför nästan per automatik en motsvarande utveckling av de absoluta skillnaderna. Denna rapport lägger därför fokus på den relativa spridningen. Slutligen tycks ingen studie av regionala skillnader ha utgått från möjligheten att genomföra en undersökning av försäkringsnyttjandet på individnivå för en så lång period som valts här. Att kontrollera för ett stort antal bakgrundsfaktorer på individnivå bör väsentligt förbättra beräkningarna av de skillnader som inte kan härledas till befolkningsammansättningen.

1.1 Syfte

Denna rapport har följande syften:

- att undersöka utvecklingen av oförklarade skillnader i försäkringens utfall (sannolikheten att beviljas sjukpenning respektive förtidspension),
- att diskutera vad utvecklingen av oförklarade regionala skillnader kan innebära för likformigheten och rättssäkerheten i regeltillämpningen,
- att relatera ovannämnda utveckling till de institutionella förändringarna inom sjukförsäkringsadministrationen.

1.2 Metod

Till att börja med kartläggs tidigare studier, vilka metoder som använts och vilka resultat de givit. Då ingen sådan studie funnits för perioden efter 2005, finns dessutom anledning att kort beskriva den generella regionala utvecklingen av försäkringsutfallet utifrån den aggregerade statistiken.

En totalundersökning av försäkringsnyttjandet har gjorts på basis av individdata för perioden 1996-juni 2010. Materialet innehåller dels mått på nyttjande av försäkringen, dels socioekonomiska och demografiska variabler som bedömts kunna fånga faktorer som påverkar individens arbetsförmåga. Ansatsen har sedan varit att genomföra regressionskattningar med sjukförsäkringsutfallet som beroende variabel och övriga variabler som oberoende, inklusive bostadskommun. Resultaten visar då om andelen som får ersättning från försäkringen skiljer sig åt mellan olika kommuner och över tid även sedan hänsyn tagits till övriga relevanta faktorer.

För att lägga grunden till en diskussion om vad de kvantitativa resultaten kan innebära i termer av likformig tillämpning av försäkringen har också utvecklingen av förutsättningarna för sjukförsäkringsadministrationens arbete kartlagts.

1.3 Genomförande

Rapporten har författats av Jon Dutrieux med granskning och stöd från bland annat Per Johansson, Magnus Arnek, Joakim Söderberg, Mats Johansson, Daniel Hallberg, Pathric Hägglund och Christina Olsson Bohlin. Beskrivningen av förutsättningarna för administrationens arbete, har stämts av med Försäkringskassan. Ett utkast till rapport seminariebehandlades i maj 2010. Huvudopponent var Edward Palmer, professor i socialförsäkringsekonomi vid Uppsala Universitet och Senior Advisor vid Försäkringskassan.

1.4 Disposition

I kapitel 2 görs en genomgång av tidigare studier om regionala skillnader, samt av utvecklingen av det övergripande mönstret i den aggregerade statistiken under 2000-talet.

I kapitel 3 redovisas metod och resultat av den kvantitativa analysen.

Kapitel 4 innehåller en diskussion om resultaten, vad de kan bero på samt om vad de innebär för likformighet och rättsäkerhet.

I kapitel 5 sammanfattas studiens slutsatser.

2 Bakgrund

2.1 Tidigare studier om regionala skillnader inom svensk sjukförsäkring

Ett antal studier finns om omfattning av och orsaker till den regionala spridningen av sjukförsäkringens utfall under 2000-talet. Riksförsäkringsverket genomförde 2002-2003 på uppdrag av regeringen ett antal olika studier i ämnet.⁷ Här kunde flera viktiga slutsatser dras.

Den allmänna trenden med ökande ohälsotal⁸, 1997-2002, omfattade samtliga regioner, ända ned på kommunnivån. Detsamma gäller ohälsotalet för sysselsatta inom olika branscher. Varken spridningen mellan regioner eller mellan olika branscher berodde dock i sig på den allmänna utvecklingen. Inte heller kunde någon betydande del av denna totala utveckling förklaras av enskilda regioner. De regionala skillnaderna var av begränsad vikt för de totala utbetalningarna från försäkringen. Anledningen är att de kommuner som särskilde sig mest vägrade relativt lätt i den totala befolkningen.⁹

De övergripande regionala skillnaderna – där norrlandslänen och glesbygdsområdena haft höga ohälsotal och bland annat Halland, Jönköping och Uppsala låga – hade varit i stort sett desamma sedan 1970-talet. Generellt hade regioner med höga ohälsotal också hög medelålder och små lokala arbetsmarknader med hög arbetslöshet.¹⁰

Studierna vidare vidare att observerbara faktorer (demografiska, socioekonomiska eller arbetsmarknadsrelaterade) kunde förklara en större andel av den regionala spridningen inom gruppen storstadskommuner än inom glesbygdregioner.¹¹ Detta tolkades som att likformigheten i regeltillämpningen kunde antas vara mindre i glesbygden.¹² Detta var i så fall inte förvånande, då försäkringen i glesbygdskommuner förvaltades av ett betydligt större antal självständiga försäkringskassor än i de tre storstadslänen.

I en studie av sjukskrivningslängden vid sjukdomar som kräver sluten sjukhusvård (bröstcancer och hjärtinfarkt) framkom ett regionalt mönster som liknade det för den totala sjukfrånvaron.¹³ Det tolkades som att det verkligen förelåg skillnader i hur försäkringen användes som inte kan härledas till olikheter i befolkningens arbetsförmåga.

Sammantaget pekar dessa studier alltså på att merparten av de regionala skillnaderna i försäkringsnyttjande kan härledas till förhållanden som åldersstruktur, utbildningsnivå, förvärvsgrad och förmögenhet i kommunerna. Samtidigt kvarstod en betydande oförklarad rest. Att anställda som blir sjukskrivna för akut hjärtinfarkt förblir det en tredjedel fler dagar i ett län än i ett annat, även efter kontroll för ålder, kön och civilstånd, kan ses som en signal om att det förelåg olikförmighet i tillämpningen av reglerna.

En begränsning med dessa studier var att de inte hade tillgång till uppgifter om den faktiska arbetsmiljön. En ytterligare begränsning var att ingen hade tillgång till mått på de enskilda försäkrades attityder till försäkringen. Inom projektet Sjukförsäkring – Kulturer och Attityder (SKA)¹⁴ genomfördes ett antal studier av lokala kulturers och attityders betydelse för den regionala spridningen. Studierna baseras på en enkätstudie riktad till närmare 70 000 personer, både ur befolkningen i stort och till läkare, Försäkringskassehandläggare och arbetsgivare. Syftet var att mäta betydelsen av attityder hos olika aktörer.

I en delstudie¹⁵ genomfördes en regressionsanalys på kommunnivå där ett 20-tal bakgrundsvariabler samt 39 attitydvariabler testas mot ohälsotalet.¹⁶ Tre av attitydfrågorna visade sig ha starka förklaringsvärden och togs därför med i den slutliga analysen.¹⁷ Resultatet var att de tre attitydfrågorna tillsammans – näst efter befolkningens åldersstruktur – var den variabel som hade störst skattad effekt på ohälsotalet i kommunen. Då den beroende variabeln var kommunens ohälsotal (vilket inte kan knytas direkt till de intervjuade) möjliggör studien dock inte att dela upp skattningen mellan attityder hos de försäkrade respektive hos företrädare för Försäkringskassan.

I en annan av delstudierna¹⁸ i SKA-projektet genomfördes en regressionsanalys med individuella bakgrundsvariabler och attityder samt med det individuella utfallet för försäkringen som beroende variabel. Därmed erhålls en direkt skattning av vad individens attityder betyder för försäkringsutfallet. Svaret var att omkring 6 procent av individvariationen kunde härledas till de försäkrades attityder, vilket kan

jämföras med att omkring 9 procent berodde på demografiska förhållanden som kön, ålder och civilstånd¹⁹.

En begränsning med SKA-studien är att den med sin tvärsnittsansats inte kan svara på frågor om utvecklingen över tid. En annan begränsning är att den är några år gammal och därför inte fångar utvecklingen efter det att den sammanslagna myndigheten Försäkringskassan skapats. Trots att den är en viktig utgångspunkt för fortsatta studier av regionala skillnader inom sjukförsäkringen, visar SKA-studien även genom sitt omfång på kostnaden för att tillföra information om individuella normer och attityder till analysen.

2.2 Regionala mönster i sjukförsäkringen över tid

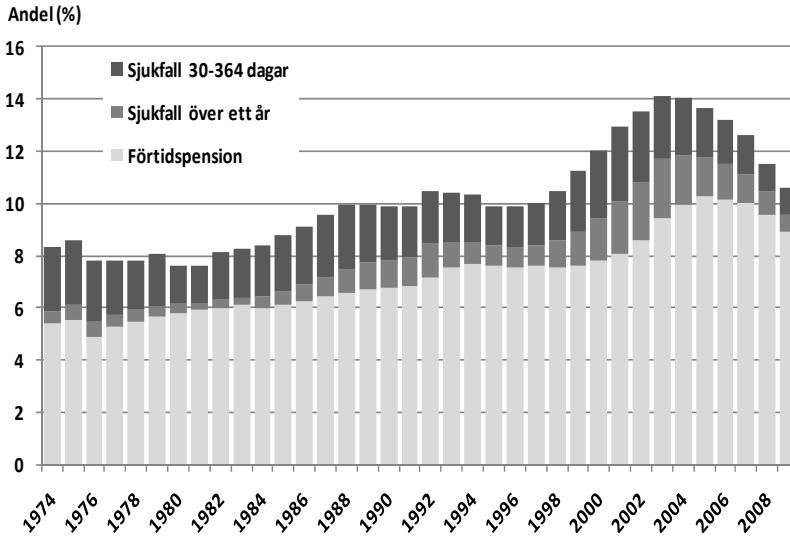
Då ingen löpande uppföljning görs av de regionala skillnaderna inom sjukförsäkringen, finns anledning att undersöka hur de utvecklats under 2000-talet.

2.2.1 Svängningarna inom försäkringen under 2000-talet har omfattat samtliga kommuner

Förändringen av försäkringsnyttjandet under de senaste 15 åren har varit omfattande. Både sjukfrånvaro och förtidspensionering ökade snabbt från slutet av 1990-talet. Från 2002 började både antal startade sjukfall och sjukfallslängderna att plana ut för att sedan minska kontinuerligt till och med 2010. Nybeviljande av förtidspension var fortsatt högt. År 2004 nybeviljades 73 000 personer sjuk- eller aktivitetsersättning. Sedan har det dock minskat till dagens historiskt låga nivå med knappt 8 000 nybeviljanden under januari-juni 2010. Antalet förtidspensionärer har därmed först planat ut 2005 och sedan 2008 även börjat minska märkbart. Uttryckt som ohälsotal innebär denna utveckling att utbetalningarna från försäkringen kulminerade under 2003 och sedan har minskat i allt snabbare takt.

Andelen i åldern 16-64 år som hade ett pågående sjukfall i december 2009 var den lägsta sedan åtminstone mitten av 1970-talet.²⁰ Främst är det andelen med sjukfall upp till ett år som minskat till mindre än hälften av vad det varit tidigare under åtminstone 1974-2010. Andelen med sjukfall längre än ett år minskade först i januari 2010 till ungefär samma nivå som rådde i början av 1980-talet. Samtidigt är

andelen med förtidspension – trots den pågående snabba minskningen – fortfarande i juli 2010 högre än något år före 2001.



Figur 2.1. Befolkningen i arbetsföra åldrar* – andel (%) med sjukfall eller förtidspension 1974-2009.

* 16-64 år eller 19-64 år beroende på vilket år det mätts.

På en övergripande nivå omfattar utvecklingen hela landet. Ohälsotalet (både sjukfalls- och förtidspensionsdelen) ökade i alla kommuner mellan 2000 och 2003 och minskade sedan i alla kommuner mellan 2003 och 20 juli 2010, framför allt på grund av ett kraftigt minskat antal sjukfall.

2.2.2 Stabilitet i det regionala mönstret för antal förtidspensionsdagar som samtidigt förstärks av demografiska trender

Till stor del har det regionala mönstret i nyttjandet av försäkringen, uttryckt som ohälsotal, bestått under 2000-talets första decennium. Nedbrutet på försäkringens olika delar visar det sig dock att den relativt stora stabiliteten i det regionala mönstret helt härrör från förtidspensionen, medan betydande förändringar skett för sjukfallen. Samtidigt som korrelationen²¹ mellan andelen med förtidspension i kommunen 2000 och 2009 var hög, 79 procent, var motsvarande korrela-

tion för sjukfallsdelen relativt låg, 35 procent. Det regionala mönstret för antal pågående sjukfall i befolkningen har alltså förändrats väsentligt under årtiondet.

Bakom stabiliteten i det kommunala mönstret för förtidspension döljer sig bland annat en demografisk trend som i sig tenderar att öka den regionala spridningen. Denna trend är den kontinuerliga koncentrationen av Sveriges befolkning till allt färre och allt större kommuner. Allt fler kommuner väger därmed allt lättare i den totala befolkningen. Då det främst är yngre personer som flyttar från små kommuner till stora, innebär det dessutom att de kommuner där genomsnittsåldern är högst blir ännu äldre satt i relation till yngre och oftast större kommuner.

Att det generellt är de minsta kommunerna som har den äldsta befolkningen framgår av att korrelationen mellan kommunernas befolkningsstorlek och genomsnittsålder 2009 är -51 procent. På samma sätt är det i de kommuner där minskningen av kommunbefolkningen varit störst som de bosatta är äldst. Korrelationen mellan den relativa befolkningsförändringen mellan 1999 och 2009 och genomsnittsåldern 2009 är -70 procent.

De regionala skillnaderna i åldersstruktur och hur de utvecklas är av stor vikt för framför allt förtidspensioner, eftersom det är mycket vanligare att beviljas och ha dessa förmåner i högre åldrar. Hög andel förtidspensionärer i befolkningen har under 2000-talet koncentrerats till allt mindre kommuner. Sjukfallen påverkas betydligt mindre av dessa demografiska trender.

Eftersom ohälsotalet främst speglar förtidspensionsdelen är det skevt fördelat på samma sätt som befolkningen i landets kommuner. År 2009 bodde omkring 45 procent av befolkningen i åldern 16-64 år i de 73 procent av kommunerna vars ohälsotal var högre än riksgenomsnittet. Detta innebär att befolkningen i genomsnitt är drygt tre gånger så stor i kommuner under riksgenomsnittet som i kommuner över. År 2000 var kommunerna under genomsnittet knappt dubbelt så stora som de över.

2.2.3 Påtaglig minskning av den regionala spridningen av sjukfall och nybeviljande av förtidspension sedan 2004

Ohälsotalet har två betydande nackdelar som gör det olämpligt som utfallsvariabel i en analys av regionala skillnader i nyttjandet av försäkringen. För det första är måttet så omfattande att det påverkas av precis alla typer av förändringar inom försäkringen och därför säger mycket lite om de beslut som fattas. Den andra nackdelen med ohälsotalet i en analys av hur försäkringen nyttjas är att det är relativt okänsligt för vad som händer under en begränsad period. Detta beror i sin tur på att måttet till stor del består av utbetalningar av förtidspension.²²

Utbetalningar i sjukfall²³ och nybeviljande av förtidspension bedöms bättre kunna spegla försäkringsnyttjandet. För båda dessa mått har den absoluta regionala spridningen minskat påtagligt sedan 2000.

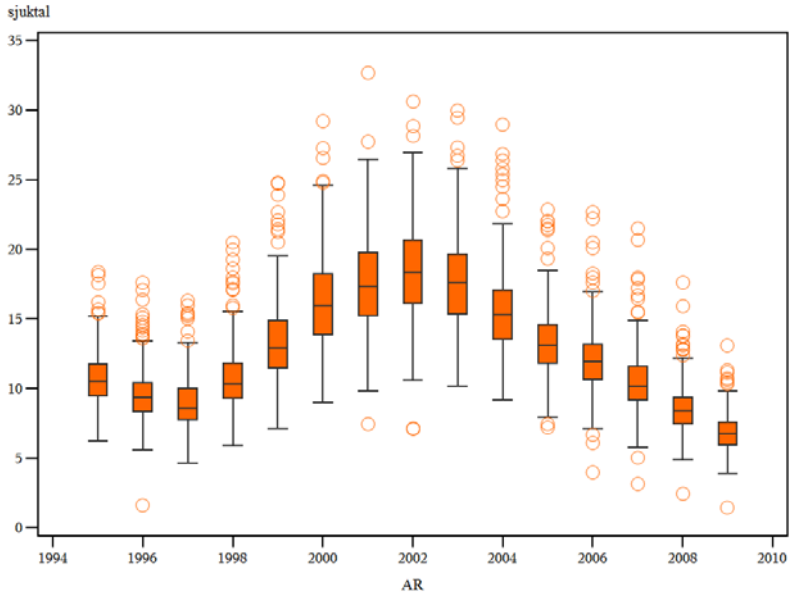
Ett sätt att mäta den regionala spridningen av försäkringsutfallet är genom standardavvikelsen, vilket mäter hur mycket kommuners utfall i genomsnitt avviker från det ovägda medeltalet för kommunvärdena.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ohälsotal (dagar)	8,5	9,1	9,2	9,3	9,1	8,8	8,5	8,2	7,7	7,5
Förtidsp.del	6,4	6,6	6,7	6,9	7,2	7,3	7,2	7,1	6,8	6,8
Sjukfallsdel	3,4	3,9	3,9	3,8	3,4	2,7	2,4	2,3	1,8	1,4
Nybev. förtidsp. (%)	0,38	0,45	0,48	0,49	0,46	0,42	0,29	0,31	0,24	0,17

Tabell 2.1. Standardavvikelse för ohälsotalet – totalt och för respektive del – samt andel nybeviljanden av förtidspension* på kommunnivå.

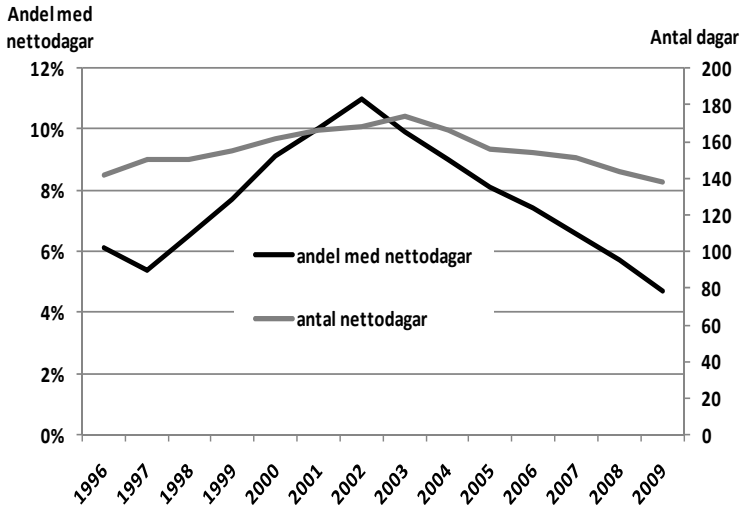
* Andel (%) nybeviljanden i befolkningen 19-64 som inte redan ingår i förtidspensionsbeståndet.

I absoluta termer har spridningen för ohälsotalet först ökat mellan 2000 och 2003 och sedan minskat kontinuerligt. Spridningen av både ohälsotalets sjukfallsdel och av nybeviljandet av förtidspension har minskat med mer än hälften sedan 2003. Den snabba minskningen av både den totala nivån och av den regionala spridningen framgår av figur 2.2.



Figur 2.2. Sjuktal per kommun och år – beräknat utifrån individmaterialet för befolkningen 20-64 år – lådagram.²⁴

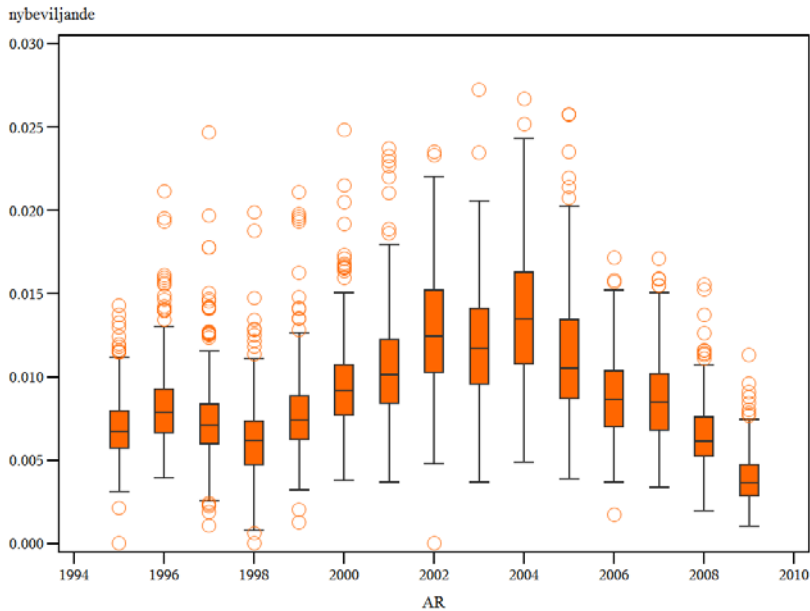
Antalet sjukfallsdagar beror både på hur många som får utbetalningar och på hur många dagar de får ersättning för under ett år. Därför kan det brytas upp i dels sannolikheten att få minst 30 nettodagar²⁵ utbetalda, dels antal utbetalda nettodagar för de individer som fått minst 30 dagar.²⁶ Med denna uppdelning visar det sig att det främst är andelen av befolkningen som fått nettodagar utbetalda som varierat, medan *antalet* utbetalda dagar varit betydligt mer stabilt.



Figur 2.3. Andel av befolkningen 20-64 år som fått minst 30 nettodagar utbetalda under året (vänster skala) samt genomsnittligt antal nettodagar i denna grupp (höger skala).

Samma mönster återkommer i den absoluta regionala spridningen av dessa två mått. I absoluta tal har spridningen mellan kommuner minskat snabbt för andelen av befolkningen som fått minst 30 nettodagar utbetalda. Spridningen mellan kommuner av antal utbetalda nettodagar har varit relativt konstant.²⁷

Nybeviljandet av förtidspension har genomgått en liknande utveckling som andelen med nettodagar i befolkningen. Den absoluta regionala spridningen ökade från slutet av 1990-talet men har efter 2004 minskat dramatiskt. Denna utveckling illustreras i figur 2.4.



Figur 2.4. Nybeviljandefrekvens för förtidspension per kommun och år – beräknat utifrån individmaterialet för befolkningen 20-64.

Sammanfattningsvis kan konstateras att den regionala spridningen i både antal sjukskrivna och nybeviljande av förtidspension minskat snabbt efter 2004, samtidigt som spridningen av antal förtidspensionsdagar i befolkningen varit betydligt mer konstant. Som en följd av demografiska trender har samtidigt relativt hög andel förtidspensionärer koncentrerats allt mer till små kommuner.

De absoluta regionala skillnaderna har alltså minskat något för de totala utbetalningarna men minskat kraftigt för sjukpenning och nybeviljande av förtidspension. De regionala skillnaderna kan dock till betydande del bero på skillnader i försäkringskollektivets sammansättning. I följande kapitel tas hänsyn till detta genom regressionsanalys.

3 Analys av regionala skillnader under perioden 1996-2010

Den kvantitativa studien syftar till att mäta omfattningen av den regionala spridning som kvarstår då den justerats för att befolkningens sammansättning skiljer sig åt mellan kommuner. I detta kapitel redovisas studiens metod och resultat.

3.1 Beräkningar

3.1.1 Beräkningsmodell

För att ta hänsyn till sådana faktorer som bedömts påverka arbetsförmågan hos individen har linjära regressionsmodeller²⁸ skattats med de två utfallsmåtten som beroende variabler och övriga variabler som oberoende.²⁹ De två utfallsmåtten är dels huruvida individen fått minst 30 nettodagar utbetalda eller ej, dels huruvida hon nybeviljats förtidspension eller ej. Metoden går ut på att fånga regionala skillnader i försäkringsutfallet som inte kan härledas till de observerade skillnaderna i försäkringskollektivet genom att skatta så kallade separata kommunintercept.³⁰ De effekter som skattas i modellen svarar därmed bland annat på frågan; *Hur stor är den beräknade sannolikheten att nybeviljas förtidspension för personer som bor i kommun A jämfört med personer i kommun B, allt annat lika?* Fokus för analysen är sedan i vilken mån spridningen mellan dessa beräknade oförklarade skillnader har förändrats över tid. Separata skattningar har gjorts för vart och ett av de 15 åren.

3.1.2 Dataunderlag

Avsikten har varit att göra en totalundersökning av försäkringsnyttjandet i den svenska befolkningen. För att kunna studera utvecklingen av de regionala skillnaderna under både perioden då försäkringsnyttjandet ökade och då det sedan minskat kontinuerligt har individdata inhämtats för åren 1996 till och med första halvåret 2010. Materialet består av samtliga individer i åldern 20-64 år som per den 1 januari respektive år varit folkbokförda i Sverige.³¹

För denna population har dels antal utbetalda nettodagar under respektive kalenderår hämtats, dels eventuellt nybeviljande av förtidspension, sjukbidrag, sjuk- eller aktivitetsersättning. Utöver dessa mått har ett antal (10) demografiska och socioekonomiska variabler använts för att fånga sådana faktorer som bedöms kunna påverka individens arbetsförmåga.³² Slutligen har även uppgift om folkbokföringskommun hämtats.³³

3.1.3 Vad fångas med vald metod?

Avsikten är att fånga en så stor del som möjligt av sannolikheten att en individ får ersättning från försäkringen. Den resterande regionala skillnaden ska då inte bero på de aspekter av befolkningssammansättningen som beräkningen justerat för. I praktiken kommer dock denna rest att bero på ett flertal faktorer vars respektive vikt inte går att sluta sig till från den kvantitativa analysen.

Till att börja med är Försäkringskassan inte den enda stora aktören i sjukskrivningsprocessen. Den försäkrade, den intygsskrivande läkaren (och i en bredare bemärkelse hela hälso- och sjukvården), arbetsgivaren och i vissa fall Arbetsförmedlingen är alla aktörer som genom sitt agerande kan ha stor inverkan på utfallet i enskilda ärenden. Även om det i en kvantitativ analys gick att ta hänsyn till samtliga faktorer som påverkar den försäkrades behov av och vilja att få ersättning från försäkringen, skulle den kvarvarande resten därför bero på samspelet mellan samtliga inblandade aktörer.

Den andra viktiga bestämningsfaktorn för sannolikheten att få ersättning från försäkringen som inte kan fångas direkt med vald metod är de försäkrades attityder. I tidigare studier har det visat sig att skillnader i attityder till försäkringen kan förklara en betydande del av det regionala mönstret för utfallet (se avsnitt 2.1). Om man endast kontrollerar för sådana faktorer som påverkar arbetsförmågan, kommer

därför den kvarvarande regionala spridningen kunna bero både på skillnader i de försäkrades attityder och på skillnader hos övriga aktörer.

Därutöver finns fler potentiellt viktiga faktorer som inte fångas. De försäkrades arbetsmiljö³⁴, livsstilsfaktorer, genetiska eller miljömässiga faktorer kan samtliga förklara en del av de konstaterade regionala skillnaderna i försäkringsnyttjande. Gemensamt för dessa är dock att de – liksom för övrigt även individens normer³⁵ – delvis bedöms kunna speglas i sådana demografiska och framför allt socioekonomiska variabler som studien har tillgång till. Åtminstone genetiska och miljömässiga regionala skillnader bedöms dessutom vara tillräckligt trögrörliga för att inte behöva utgöra ett problem i en analys av *utvecklingen* av den regionala spridningen.

Sammanfattningsvis kommer alltså endast en del av individers behov av och vilja att få ersättning från försäkringen att kunna fångas. I den kvarvarande regionala variationen av utfallet ingår sålunda både sådant som beror av resterande individuell variation i ärenden och sådant som beror av institutionella aktörer, inklusive Försäkringskassan. Nivån ett givet år på de regionala skillnader som inte beror av befolkningens sammansättning kommer därför inte kunna mätas tillfredsställande. Om den uppmätta regionala spridningen minskar tydligt över tid, kan användningen av försäkringen dock anses ha blivit mer regionalt likformig och vice versa.

Ytterligare två aspekter som bör nämnas är en eventuell påverkan av försäkringens regelverk samt möjligheten att de använda förklaringsvariablerna i praktiken fångar flera olika mekanismer av betydelse för utfallet.

De tidigare bestämmelserna om så kallade ”särskilda skäl”³⁶ skulle kunna ha inneburit att regelverket i sig inte var neutralt i förhållande till bostadsort. Dessa bestämmelser bedöms dock inte ha medfört en skillnad i behandlingen av regionen i sig utan endast i vilka lokala förhållanden som skulle beaktas. Dessa förhållanden bedöms delvis kunna fångas genom de använda förklaringsvariablerna. I detta fall bedöms regelverket alltså inte ha påverkat den regionala fördelningen av försäkringsutfallet.

En mer komplex fråga är vilka samband de använda förklaringsfaktorerna egentligen fångar. Om till exempel den försäkrades kön används, kan antas att de för sjukförsäkringen relevanta skillnaderna i

kvinnors och mäns livsvillkor kommer att kunna fångas till viss del. Samtidigt skulle även eventuell diskriminering mellan könen inom försäkringen kunna fångas. Variabeln kan därför fånga skillnader som kan anses vara både sakliga och osakliga. Könsvariabeln bedöms dock kunna användas bland flera bakgrundsvariabler av relevans för sjukskrivningsrisken utan full kunskap om de mekanismer som gör att det är av relevans. Då det inte är den ”förklarade” delen av den individuella variationen som står i fokus utan utvecklingen av den oförklarade regionala variationen, bedöms möjliga förklaringsfaktorer kunna användas, så länge det inte kan antas att de bör ha olika effekter i olika delar av landet.

3.1.4 Absoluta eller relativa skillnader?

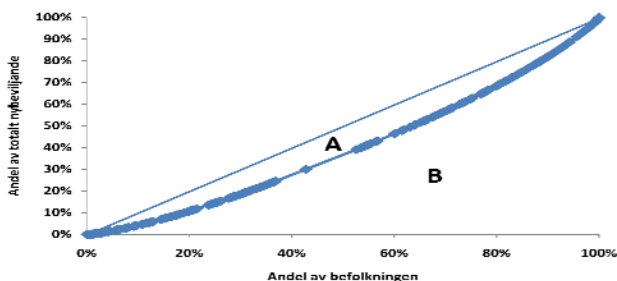
Minskningar av den absoluta regionala spridningen används ofta för att dra slutsatser kring hur likformigt utfallet är. I praktiken kan sådana minskningar dock uppstå som en effekt av det snabbt krympande totala försäkringsnyttjandet som skett. Absoluta minskningar av den regionala spridningen innebär förvisso att den del av befolkningen ökar som kan förväntas behandlas lika. De innebär dock inte i sig att sannolikheten för ett visst utfall skiljer sig mindre åt mellan olika delar av landet.

Om den uppmätta sannolikheten att få minst 30 dagar med sjukpenning utbetalda till exempel skulle halveras i samtliga kommuner vore detta ingen stark signal om att nyttjandet blivit mer likformig. De absoluta skillnaderna mellan kommuner kommer i detta exempel ha halverats men de relativa skillnaderna skulle vara oförändrade. Ett mått på relativa regionala skillnader förefaller därmed vara ett bättre mått än de absoluta skillnaderna på regional spridning.

Ett mått på spridning som används bland annat för att beskriva inkomstspridning är den så kallade Ginikoefficienten. Denna har fördelen att vara oberoende både av hur stor den grupp är som studeras och av den totala omfattningen av den studerade egenskapen hos gruppen (i detta fall sannolikheten att få ersättning från försäkringen). Förenklat kan koefficienten beskrivas som den uppmätta spridningen som andel av största möjliga spridning (se faktaruta). Måttet tar värden mellan 0 (ingen spridning) och 1 (maximal spridning). I den följande analysen har Ginikoefficienten beräknats med respektive kommuns befolkningsstorlek som vikt.

Faktaruta - Ginikoefficient

Ginikoefficienten definieras i relation till den så kallade Lorenz-kurvan. Kommunerna rangordnas efter utfallsmått för sjukförsäkringen och varje punkt på Lorenzkurvan beskriver hur stor andel av befolkningen som bor i kommuner med högst så högt utfallsmått samt dessa kommuners andel av det totala försäkringsutfallet. Om det förekommer skillnader, uppstår en differens mellan Lorenzkurvan och den diagonal där andel av befolkning motsvarar andel av utfallet. Ginikoefficienten definieras som kvoten mellan arean mellan Lorenzkurvan och diagonalen (A) och den totala arean under diagonalen (A+B).



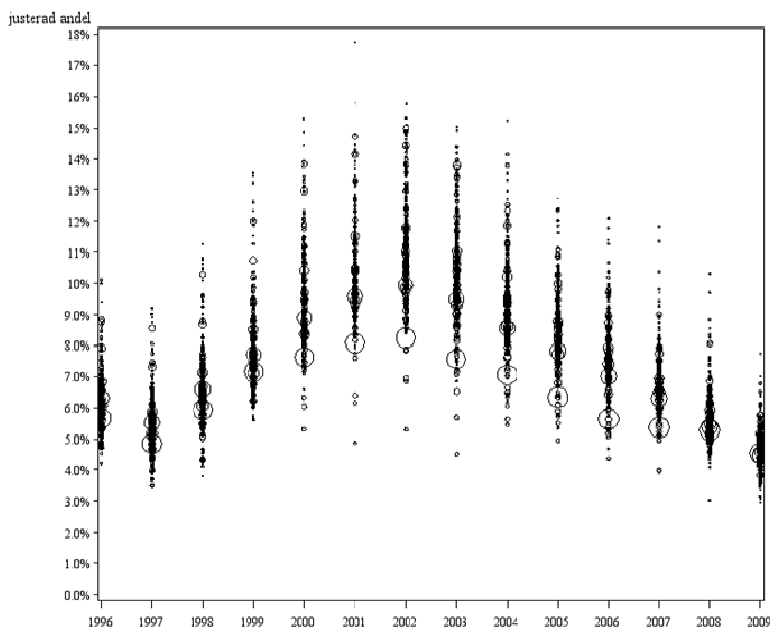
3.2 Resultat

3.2.1 Även justerade utfallsmått visar på minskad absolut spridning av försäkringsnyttjandet sedan 2003

Regressionsskattningar med olika individkaraktäristika som bakgrundsfaktorer förklarar endast en begränsad del av den individuella variationen av att få ersättning från försäkringen.³⁷ Detta innebär dock inte att de förklarar en liten del av den regionala variationen. Även om sannolikheten på individnivå beror av flera faktorer som inte kan mätas med de valda variablerna kan flertalet av dessa faktorer (och däribland slumpen) vara jämnt fördelade mellan regioner. Även om de förklaringsvariabler som används här endast förklarar en liten del av den enskildes risk att bli sjukskriven, kan de därmed stå för en betydande del av den genomsnittliga risken i olika kommuner.³⁸

Förklaringsvärdet för de demografiska och socioekonomiska förklaringsfaktorerna och sannolikheten att få minst 30 dagar med sjukpenning utbetalda visar sig vara betydligt större än för nybeviljandet av förtidspension.

Utifrån modellresultaten kan de respektive kommunernas andel med minst 30 utbetalda nettodagar i befolkningen jämföras efter att hänsyn tagits till den observerade individuella variationen i ärenden³⁹. Detta mått redovisas i figur 3.1.



Figur 3.1. Genomsnitt per kommun och år av justerad andel av befolkningen, 20-64 år, som fått minst 30 nettodagar utbetalda – bubbeldiagram** av spridningen.

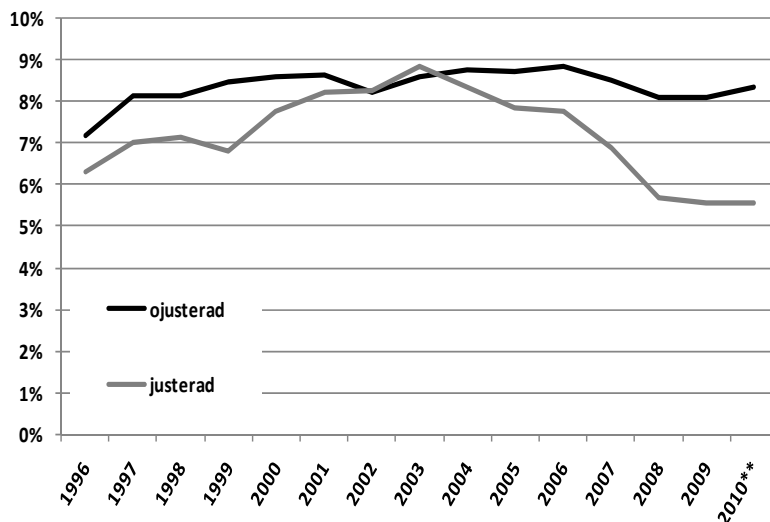
* Jämförbara värden saknas ännu för 2010.

** Ytan på respektive bubbla är proportionell mot kommunens befolkningsstorlek.

Andelen med nettodagar är konsekvent relativt låg i de befolkningsmässigt största kommunerna (de större bubblorna befinner sig främst i den nedre delen av diagrammet). Att kommunvärdena blir alltmer sammanpressade under senare delen av 2000-talet innebär att den absoluta spridningen av andel med nettodagar i befolkningen har minskat.

3.2.2 Den relativa oförklarade regionala spridningen minskar för sannolikheten att få sjukpenning i minst 30 dagar

Ginikoefficienter för spridningen av andel som fått nettodagar i befolkningen redovisas i figur 3.2. I figuren redovisas både den ojusterade regionala spridningen och den som justerats för socioekonomiska och demografiska faktorer.



Figur 3.2. Ginikoefficienter* för spridningen mellan kommuner av andelen i befolkningen som fått minst 30 nettodagar utbetalda.

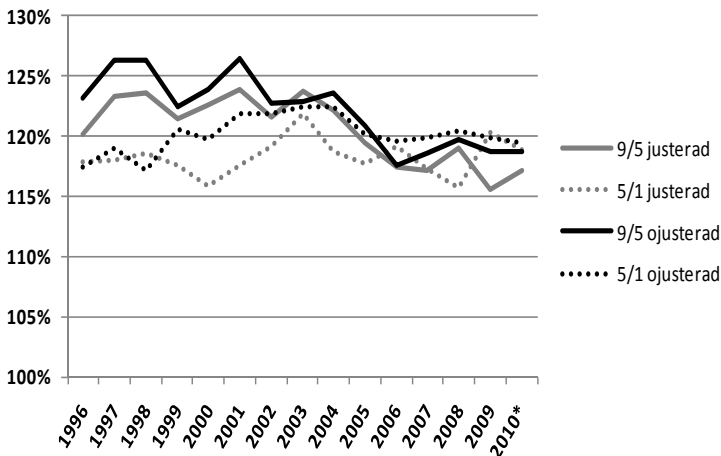
* Koefficienter vägda för kommunens befolkningsstorlek.

** Avser januari-juni 2010.

Till att börja med kan konstateras att den ojusterade relativa spridningen framstår som närmast konstant över perioden. Detta kan tyckas förvånande, då den totala andelen med nettodagar ju förändrats kraftigt under denna period. De regionala skillnader som kvarstår efter det att hänsyn tagits till sammansättningen i befolkningen har dock varierat väsentligt. Åren 1996-2003 sker en kontinuerlig ökning av Ginikoefficienten, alltså samtidigt som det totala försäkringsutfallet ökar⁴⁰. Under denna period kan en allt mindre andel av de regionala skillnaderna sägas bero på observerade skillnader i befolkningen. Från 2004 minskar dock Ginikoefficienten för det justerade utfallet.

Det framstår alltså som om två motsatta effekter under de senaste sju åren påverkat den regionala spridningen. Å ena sidan verkar befolkningens sammansättning ha ökat spridningen i andelen som får sjukpenning. Samtidigt verkar dock den spridning som beror av andra faktorer ha minskat i motsvarande grad.

En begränsning med att studera Ginikoefficientens utveckling är att den endast ger ett samlingsmått för den totala spridningen. Ett komplement kan därför vara att titta på kvoten mellan olika deciler⁴¹ för att till exempel se om det främst är bland skillnader över eller under genomsnittet som förändringen skett. I följande figur redovisas därför utvecklingen av kvoterna mellan deciler 1, 5 och 9.



Figur 3.3. Decilkvoter för andel med minst 30 utbetalda nettdagar i kommunbefolkningen.

* Avser januari-juni 2010.

Av figuren framgår att det framför allt är skillnaderna mellan de kommuner som har lägst justerad andel med nettdagar i befolkningen och mediankommunen som ökade fram till omkring 2003 (kvoten mellan 5:e och 1:a decilen ökar). De minskade skillnaderna efter 2003 har däremot främst drivits av lägre skillnader mellan kommuner med högst andel med dagar och mediankommunen.

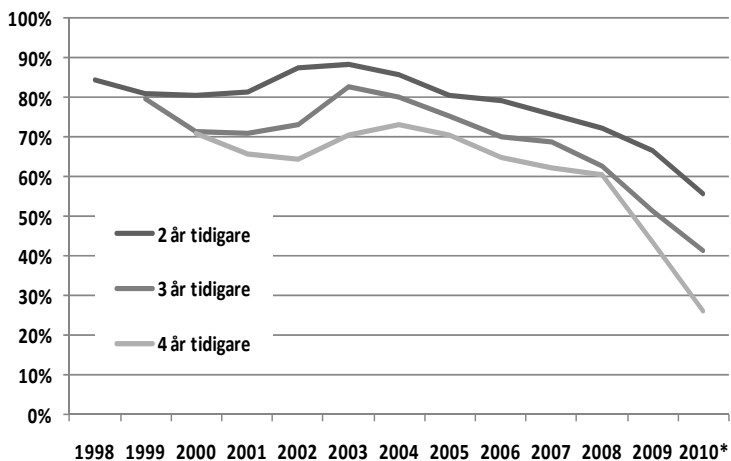
Utvecklingen tyder alltså på att den regionala likformigheten i att få sjukpenning i minst 30 dagar har ökat sedan omkring 2003 och att det främst är avvikelserna mellan mediankommunen och de kommuner där andelen varit högst som minskat⁴².

3.2.3 Är det samma kommuner som har oväntat hög (eller låg) andel sjukskrivna år efter år?

Att beskriva utvecklingen av den relativa regionala spridningen av försäkringsutfallet med Ginikoefficienten säger inget om hur eventuellt avvikande utfall utvecklats för enskilda kommuner. I det stiliserade exemplet ovan antogs att sannolikheten att få ersättning halverades i samtliga kommuner men med bibehållna relativa skillnader. I detta fall halveras de absoluta regionala skillnaderna, medan Ginikoefficienten förblir konstant. Precis samma utfall skulle dock kunna uppmätas om sannolikheten i genomsnitt halverades men om den i praktiken minskade med betydligt mer i vissa kommuner och betydligt mindre i andra.

De mått som hittills använts säger alltså inte mycket om huruvida den snabba minskningen av försäkringsnyttjandet som skett under 2000-talet varit jämnt regionalt fördelad eller inte. Svar på denna fråga behövs dock för att veta om de uppmätta regionala skillnaderna främst kan bero på långsiktiga skillnader mellan olika landsändar (till exempel lokala normer) eller om de tvärtom till stor del består av geografiskt och tidsmässigt begränsade faktorer.

Det går att mäta varaktigheten i de regionala mönstren på flera olika sätt. I figur 3.4 redovisas korrelationskoefficienten mellan den justerade andelen med nettodagar i befolkningen mot samma värde 2 till 4 år tidigare⁴³. Som framgår av figuren har sambandet försvagats kontinuerligt sedan omkring 2003. Ännu i slutet av 2000-talet finns dock en tydlig tendens till att kommuner med en oförklarad hög andel med nettodagar även har en hög andel några år senare. Samtidigt som den oförklarade spridningen minskat betydligt har alltså varaktigheten i de regionala mönstren försvagats.

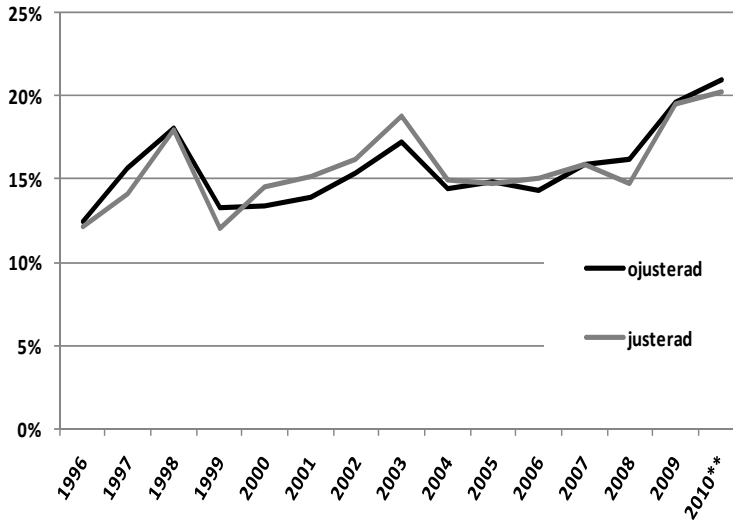


Figur 3.4. Korrelation mellan justerad andel med minst 30 nettodagar i kommunbefolkningen och samma värde 2, 3 eller 4 år tidigare.

* Avser januari-juni 2010.

3.2.4 Nybeviljad förtidspension

Som beskrivs i kapitel 2 har sedan 2004 minskningen av både total nivå och absolut regional spridning varit ännu större för nybeviljandet av förtidspension än för andel med utbetalda nettodagar i befolkningen. I relativa termer visar det sig dock att den oförklarade regionala spridningen är betydligt större för nybeviljandet av förtidspension än för andelen sjukskrivna. Spridningen har uppenbart varierat väsentligt över tid men tycks dessutom ha haft en långsiktig tendens att öka något. Denna ökning har accelererat mellan 2008 och 2009, samtidigt som det totala nybeviljandet sjönk till en historiskt låg nivå.



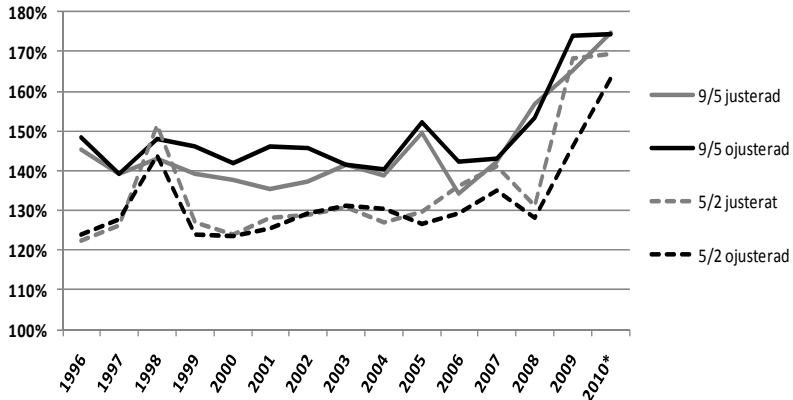
Figur 3.5. Ginikoefficienter* för spridningen mellan kommuner av justerad nybeviljandefrekvens (ej samma skala som i figur 3.2).

* Koefficienter vägda för kommunens befolkningsstorlek.

** Avser första halvåret 2010.

De tre tydliga ”topparna” för den regionala spridningen av nybeviljandet sammanfaller med viktiga regeländringar. År 1997 upphörde de så kallade äldre reglerna att gälla. Reglerna innebar att en mildare bedömning gjordes vid prövning av rätten till förtidspension för personer som fyllt 60 år.⁴⁴ Detta medförde bland annat att många 60-64-åringar inför ändringen ansökte om och beviljades förtidspension. Nybeviljandet för personer i denna åldersgrupp tredubblades kring årsskiftet 1996-1997. Denna koncentration av beviljanden till en kort period medförde i sig att beviljandet under återstoden av 1997 och 1998 istället var ovanligt låg.⁴⁵ Av figur 3.5 framgår att dessa övergående effekter av regeländringen tycks ha varit ojämnt regionalt fördelade. Det är 1997 och främst 1998 som de oförklarade regionala skillnaderna ökar mest, alltså under de första åren med det nya regelverket. Ett liknande fenomen uppstod även vid införandet av förmånerna sjuk- och aktivitetsersättning 2003 samt vid förändringarna av kriterierna för att beviljas sjukersättning 2008. I samtliga fall har förändringarna varit förknippade med väsentligt ökad regional spridning. Den senaste ökningen av den regionala spridningen har dock ännu under första halvåret 2010 inte avstannat.

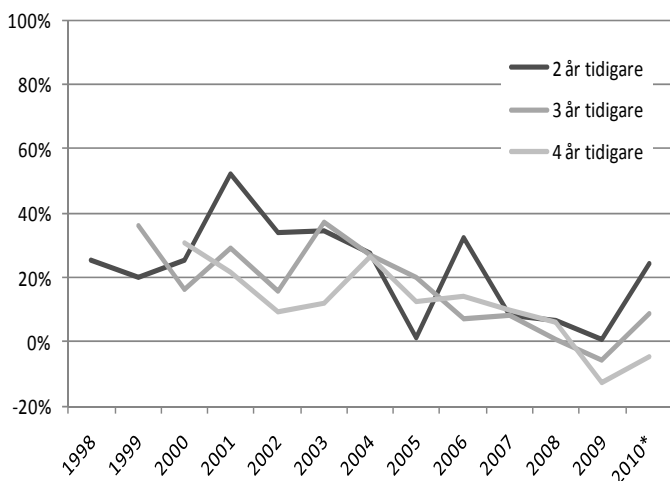
Av följande figur framgår att den större regionala spridningen av nybeviljandet under 2000-talets sista år beror av snabbt ökade skillnader mellan både kommuner över och under mediankommunen, jämfört med denna.



Figur 3.6. Decilkvoter för justerad nybeviljandefrekvens i kommunbefolkningen (ej samma skala som i figur 3.3).

* Avser januari-juni 2010.

Samtidigt som den oförklarade regionala spridningen ökat under det gångna årtiondet, visar det sig att det endast i liten och minskande utsträckning är samma kommuner som avviker från genomsnittet. Medan det runt millennieskiftet fanns ett visst positivt samband, försvagas detta kontinuerligt under årtiondet.



Figur 3.7. Korrelation mellan justerad nybeviljandefrekvens i kommunbefolkningen och samma värde med 2, 3 eller 4 år tidigare.

* Avser januari-juni 2010.

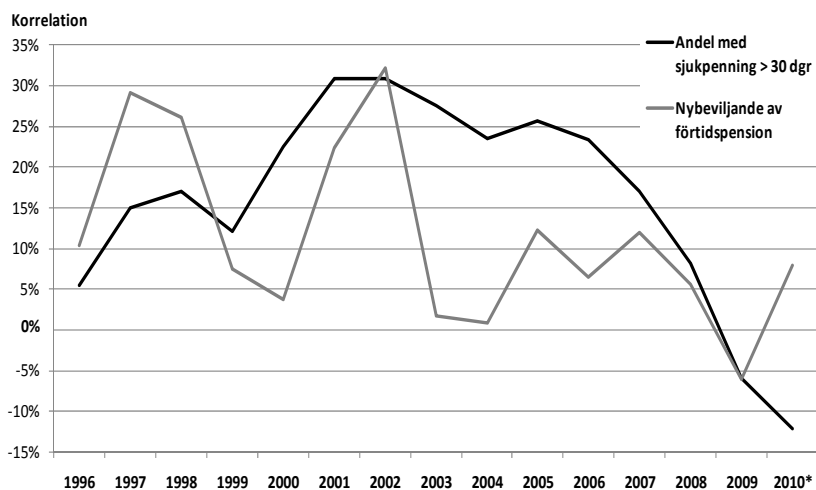
Sammantaget kan den oförklarade regionala spridningen av antal nybeviljanden av förtidspension konstateras vara betydligt högre än motsvarande mått för andel individer med minst 30 utbetalda nettodagar. Det är alltså andra faktorer än de som använts här som förklarar huvuddelen av spridningen. Den oförklarade regionala spridningen ökar dessutom över tid och det är ännu för tidigt att säga om även den senaste ökningen kommer gå över relativt snabbt.

Även om betydande oförklarade regionala skillnader framkommer under senare delen av 2000-talet, tycks de dock inte bestå mer än något drygt år. Inga tecken finns alltså på att det föreligger några bestående regionala ”förtidspensioneringskulturer”.

3.2.5 Arbetslöshet och regionala skillnader i försäkringsutfall

Tidigare studier – baserade på aggregerade data – har funnit att regionala skillnader inom sjukförsäkringen samvarierat med situationen på den lokala arbetsmarknaden. Generellt har en större andel av befolkningen haft både sjukpenning och förtidspension i regioner där arbetslösheten varit hög. En misstanke har därför varit att försäkringen i

praktiken delvis använts som ett komplement till arbetslöshetsersättningen. I denna studie har den lokala arbetslösheten av beräkningstekniska skäl inte kunnat inkluderas i de genomförda skattningarna. De regionala mönstren för justerat försäkringsutfall och för lokal arbetslöshet kan dock jämföras med varandra. Detta görs i nedanstående figur, där korrelationen mellan de justerade utfallen och arbetslösheten⁴⁶ redovisas.



Figur 3.8. Korrelation (%) mellan justerade utfallsmått för sjukförsäkringen och lokal arbetslöshet.

* 2010 års värden för arbetslöshet avser fördelningen i januari månad, utfall för sjukförsäkringen avser första halvåret.

Av figuren framgår att det funnits en viss samvariation mellan justerad andel sjukskrivna i minst 30 dagar och arbetslöshet i kommunen men att denna under perioden 2007-2010 har försvagats avsevärt. Om kommunvariabeln byts ut mot arbetslöshetsvariabeln i regressions-skattningarna, visar det sig dessutom att denna utveckling tycks bero på att arbetslöshetsnivån under dessa år förlorat sin betydelse för den individuella sjukskrivningsrisken. Under 2007-2010 tycks det alltså som om hanteringen av sjukpenning varit i stort sett oberoende av situationen på den lokala arbetsmarknaden.

Den regionala samvariationen mellan arbetslöshet och nybeviljande av förtidspension har ända sedan 2003 varit mycket svag. Vid de två första tillfällena då den uppmätta oförklarade spridningen varit som

störst (1997-98 samt 2003), framstår det utifrån figuren som sannolikt att spridningen till viss del bestått i att hänsyn till arbetsmarknaden skilt sig åt mellan olika delar av landet. Inget tyder dock på att den ökade regionala spridningen 2008-2010 drivits av liknande hänsyn.

Sammanfattningsvis framstår användningen av sjukförsäkringens olika delar sedan 2008 som i stort oberoende av den lokala arbetsmarknad som de försäkrade möts av.

4 Diskussion

Vilka förutsättningar är relevanta för en likformig regeltillämpning?

De regionala skillnaderna inom sjukförsäkringen har främst dragit till sig intresse därför att de kunnat tolkas som ett uttryck för att försäkringen inte tillämpas lika i alla delar av landet. Det är därför av vikt att i diskutera i vilken mån utvecklingen av den oförklarade regionala spridningen av försäkringsutfallet kan bero på Försäkringskassans arbete. I detta avsnitt redogörs därför för vilka förutsättningar som bör vara av störst vikt för att myndigheten ska kunna tillämpa reglerna på ett likformigt sätt. I följande avsnitt redogörs därefter kort för hur dessa förutsättningar i praktiken utvecklats och för hur Försäkringskassan därmed har kunnat påverka utvecklingen av de regionala skillnaderna.

I ett bidrag till Socialförsäkringsutredningen går Statskontoret igenom kunskapsläget om enhetligheten inom regeltillämpningen och listar ett antal kriterier som måste vara uppfyllda för att enhetligheten ska vara stor⁴⁷. Denna genomgång används här som utgångspunkt för en diskussion om likformigheten i regeltillämpningen under 2000-talet.

Statskontoret konstaterar att det i flera delar av offentlig förvaltning kan finnas mekanismer som gör det svårt att uppnå en enhetlig tillämpning. Grundläggande för socialförsäkringarna är att de handläggs av tjänstemän, så kallade ”frontbyråkrater”, vilka i viss mån har dubbla roller, dels som företrädare för lagstiftningen och myndigheten, dels som serviceutövare gentemot de försäkrade som de möter i sitt dagliga arbete. Samtidigt är sjukförsäkringen ett exempel på en verksamhet som är så komplicerad att förvaltningsmyndighetens uppdrag inte tillfredsställande kan detaljregleras. Därmed uppstår ett betydande handlingsutrymme för den enskilde handläggaren.⁴⁸

I denna situation krävs att ett antal kriterier är uppfyllda för att en enhetlig rättstillämpning ska kunna uppnås. Ett första är att *regelverket* i sig ska vara så *tydligt* att det inte komplicerar tillämpningen i onödan. Ett andra kriterium är att administrationens *resurser* inte ska vara så begränsade att det riskerar leda till felaktiga prioriteringar inom handläggningen. En sådan prioritering inom sjukförsäkringen är om Försäkringskassan tvingas välja mellan att betala ut ersättning *snabbt* och att kontrollera att samtliga som får ersättning har *rätt* till det. Ytterligare kriterier är att lagstiftningen som ska tillämpas har ett tillräckligt *stöd hos handläggarna* och att *externa aktörer* inte har möjlighet att påverka utfallet.⁴⁹

Utöver de kriterier för likformighet i regeltillämpningen som räknas upp av Statskontoret framstår ytterligare två som centrala för utvecklingen: dels förekomsten av formella mandat *till central styrning* av verksamheten, dels vilket *fokus* administrationen lyckas behålla på att följa upp och säkra just en ökad likformighet. Sammanfattningsvis finns alltså en rad möjliga orsaker till att enhetligheten i regeltillämpningen inom försäkringen kan vara begränsad. Med dessa kriterier som utgångspunkt kan ett antal hypoteser formuleras kring hur likformigheten utvecklats under 2000-talets första årtionde.

Hur har förutsättningarna för ett likformigt arbete utvecklats?

Hur väl har de kriterier som skisseras i föregående avsnitt varit uppfyllda under 2000-talet⁵⁰? ISF:s bedömning redovisas i detta avsnitt. Bedömningarna grundar sig på en genomgång av förutsättningarna för administrationens arbete under 2000-2009⁵¹.

De *regeländringar* som genomfördes under perioden 2000-2007 var till allra största del av den typ (t.ex. ändrade ersättningsnivåer) som inte gällde arbetsförmågebedömningen. Regeländringarna kan därför antas endast ha haft begränsade effekter på likformigheten i tillämpningen.

Hur de betydande regeländringarna 2008 (införandet av rehabiliteringskedjan och skärpningen av beviljandekriterierna för sjukersättning) har förändrat förutsättningarna för likformighet i tillämpningen är inte självklart. Lagändringar i sig kan medföra en initial otydlighet, då det kan ta tid för nya regler att tolkas centralt av förvaltningsmyndigheten, omsättas i styrande dokument och förmedlas till orga-

nisationen och tillämpas. Tillämpning ska därefter prövas av domstol. Dessutom var genomförandetiden i detta fall relativt kort i förhållande till omfattningen i regeländringarna.⁵² Det finns även indikationer på att de nya reglerna åtminstone inledningsvis behövde preciseras. Dessa faktorer talar för att regeländringarna inledningsvis kan ha lett till en större regional spridning i tillämpningen. Denna tendens skulle i så fall kunna förväntas minska gradvis, allteftersom oklarheterna kring hur de nya reglerna ska tillämpas minskar.

Under 2000-2002 var *resurserna* till sjukförsäkringsadministrationen mer begränsade än under senare år men relativt konstanta i förhållande till försäkringskostnaderna.⁵³ De kan därför antas inte ha förändrat förutsättningarna för likformighet i tillämpningen. Från 2003 ökade resurserna dock påtagligt och låg kvar på denna högre nivå till och med 2007. Detta kan antas ha förbättrat förutsättningarna för en likformig tillämpning under denna period. Minskade anslag under 2008-2010 ledde till en betydligt mer ansträngd resurssituation, även om extra medel i slutändan sköts till. Förutsättningarna för en likformig tillämpning kan därmed antas ha försämrats.

Inga indikationer finns på att *stödet bland handläggarna* för lagstiftningen skulle ha förändrats nämnvärt under perioden 2000-2007. Där emot finns indikationer på att stödet bland handläggarna inför och under införandet av de nya reglerna från juli 2008 kan ha varit mer begränsat än för det tidigare regelverket.⁵⁴ Om så antas vara fallet, har detta försämrats förutsättningarna för en likformig tillämpning.

Hur har *externa aktörers* möjlighet att påverka försäkringsutfallet utvecklats under årtiondet? Framför allt hälso- och sjukvårdens roll är av central betydelse. Även stora arbetsgivares (främst kommuners) förebyggande och rehabiliterande arbete samt medverkan i sjukskrivningsprocessen är viktiga. Utöver externa aktörers möjlighet att påverka utfallet kan dock deras intresse av samt förutsättningar för att göra detta vara av vikt. Generellt sett bedöms den allmänna debatten om sjukförsäkringens nyttjande ha ökat både intresset och medvetenheten för problematiken. Hälso- och sjukvårdens intresse av att arbeta för ett lägre försäkringsnyttjande bör ha stärkts något av införandet av den så kallade sjukvårdsmiljarden 2006. De drivkrafter som den så kallade medfinansieringen medförde för arbetsgivare under 2005-2006 var förmodligen starkare. Båda dessa förändringar får dock antas ha påverkat hela landet lika. Sammantaget har inga starka skäl

hittats att anta att externa aktörers roll har förändrat likformigheten i regeltillämpningen till 2007.

Vid större förändringar av regelverket kan Försäkringskassan antas anpassa sig snabbare än externa aktörer, för vilka försäkringen är av mindre betydelse. Regeländringarna 2008 kan därför möjligen antas ha haft tendens att inledningsvis försämra förutsättningarna för en likformig regeltillämpning.

Även om tendensen till samordning inom försäkringen ökade från 2003 var de formella *möjligheterna till central styrning* av regeltillämpningen begränsade under perioden 2000-2004. Sammanslagningen av administrationen från 2005 ökar möjligheterna till styrning av försäkringstillämpningen vilka dessutom rimligen fortsatt öka över tid. Under 2005-2007 kan den kvardröjande länsorganisationen ha begränsat styrningens genomslag. Möjligheterna till central styrning bedöms ha förbättrats i och med den nya organisationen 2008, då den tidigare länsorganisationen försvann. Samtidigt kan dock omorganisationen i sig åtminstone under en övergångsperiod ha försämrat möjligheterna till likformig tillämpning. Den samlade effekten av den centrala styrningen på likformigheten kan antas ha varit negativ under 2008 men svagt positiv från 2009.

Under 2000-2002 fanns förvisso ambitionen inom socialförsäkringsadministrationen att *fokusera* på en rättssäker och likformig tillämpning av försäkringen. Denna begränsades dock i praktiken av den sammanlagda effekten av fler sjukskrivna, begränsade resurser, frånvaron av formella möjligheter till central styrning och osäkerheten kring vilka medel som borde användas för att vända utvecklingen. Från 2003 vände utvecklingen på flera områden, vilket förbättrade möjligheterna till enhetligt fokus. Volymerna minskande, resursituationen förbättrades, beslut hade fattats om sammanslagning från 2005, gemensamma metoder sjuksattes, och arbetet med gemensamma processer påbörjades. Därmed kunde myndighetens fokus förstärkas på rättssäkerhet och likformighet. Fokus på gemensamma arbetssätt (bl.a. införandet av ENSA-processerna) och resultat ökade från sammanslagningen 2005. Då arbetsvolymerna inom försäkringen fortsatte att minska, kunde den nya myndigheten behålla ett tydligt fokus på det arbete som grundlagts under framför allt 2002-2004. Med fortsatt minskande volymer, förkortade handläggningstider, ökad användning av gemensamma metoder och arbetssätt samt fortsatt god resurssituation kunde fokus behållas till och med 2007.

Från hösten 2007 och merparten av 2008 präglades administrationen av tre faktorer: den omfattande omorganisationen som förberetts internt sedan flera år tillbaka, de betydande regelförändringar som aviserades i Budgetpropositionen för 2008 och behovet av stora kostnadsnedskärningar. Sammanfattningsvis försämrades förutsättningarna för att behålla fokus på rättssäkerhet och likformighet, både för administrationen i stort och för de enskilda medarbetarna.

Sammantaget framstår förutsättningarna för en likformig regeltillämpning ha varit relativt konstanta under 2000-2002 för att sedan gradvis ha förbättrats under 2003-2004. Från 2005 tillkommer de formella möjligheterna till central styrning, vilket inleder en period om tre år (2005-2007) under vilka dessa förutsättningar framstår som väsentligt förbättrade. Under 2008-2009 sammanfaller flera omständigheter som bedöms ha försämrat dessa förutsättningar, åtminstone tillfälligtvis. Möjligheterna till central styrning av administrationen och myndighetens sammanvägda förutsättningar för att fokusera på den likformiga tillämpningen förbättrades något igen från 2009. Kvardröjande oklarheter om hur de nya reglerna skulle tillämpas, krympande förvaltningsanslag och bristande stöd bland handläggarna kan dock ha bidragit till regionala olikheter i tillämpningen.

Vilken roll kan Försäkringskassan ha spelat för minskningen av de regionala skillnaderna för sjukpenningen?

På basis av de kvantitativa resultaten och på ovanstående bedömning av förutsättningarna för en likformig tillämpning kan det diskuteras vilken roll Försäkringskassan har spelat i utvecklingen av de regionala skillnaderna i försäkringen utfall. Som påpekats i kapitel 3 beror de oförklarade regionala skillnaderna till viss del på sådana icke observerade faktorer som påverkar individers arbetsförmåga (till exempel skillnader i arbetsmiljö). De regionala skillnaderna påverkas också av agerandet hos samtliga aktörer inom sjukskrivningsprocessen. I Försäkringskassans SKA-studie framgick att en betydande del av de regionala skillnaderna i försäkringens utfall kunde härledas till lokala normer. Det ligger därför nära till hands att tro att en stor del av den ökande regionala likformigheten i andelen med sjukpenning beror av en motsvarande normutjämning.

Under andra halvan av det senaste decenniet har antal ansökningar om sjukpenning som kommit in till Försäkringskassan minskat kontinuerligt.⁵⁵ Detta talar för att det minskade försäkringsnyttjandet till betydande del drivits av förändrade förväntningar på försäkringen snarare än på en striktare tillämpning. Andel avslag på begäran om sjukpenning per kommun korrelerar heller inte alls med de justerade andelar med sjukpenningutbetalningar i befolkningen som räknats fram här. Om dessa andelar kan vara ett uttryck för hur ”strikt” eller ”generöst” försäkringen tillämpas i olika delar av landet, får detta alltså inget direkt avtryck i hur vanligt det är att ansökan om sjukpenning avslås.

En ytterligare signal om att det inte primärt är Försäkringskassans interna arbete i den konkreta handläggningen av ärenden som lett till ett mer likformigt utfall för sjukpenningen är den fortsatt något minskade spridningen 2008-2010. Då denna utveckling fortsätter under en period när myndighetens förutsättningar för ett likformigt arbete framstår som tydligt försämrade tycks det som att den ökade likformigheten till betydande del beror av andra faktorer. Andra faktorer som kan ha bidragit till större likformighet är om de försäkrades förväntningar på försäkringen skiljer sig mindre åt, om arbetssätt inom hälso- och sjukvården blivit mer lika, att de försäkringsmedicinska beslutsstöden införts, liksom den tidssatta rehabiliteringskedjan.

Även om utvecklingen mot större likformighet i utfallet inte nödvändigtvis drivits främst av en mer likformig regeltillämpning inom Försäkringskassan, kan myndighetens bidrag dock ha varit av central betydelse. Den kontinuerliga strävan som funnits under 2000-talet att sprida information om försäkringens syfte och att strukturera samarbetet med andra viktiga aktörer kan ha bidragit påtagligt till inställningen till försäkringen. Den mediebild som växt fram av Försäkringskassans tolkning av regelverket som restriktivt kan ha spelat lika stor roll för att förändra allmänhetens förväntningar som myndighetens faktiska tillämpning.

Även om det alltså inte finns skäl att tro att just handläggningen av ärenden har varit den främsta orsaken till den ökade regionala likformigheten i utfallet, bör den inte avfärdas. Trenden mot ökad likformighet inleddes i praktiken 2003, samtidigt som förutsättningarna för en likformig regeltillämpning bedöms ha förbättrats. Den utplaning av de oförklarade regionala skillnaderna som kan konstateras

sedan 2008 sammanfaller även med den utveckling som bedömts försämrade förutsättningarna för ett likformigt arbete.

Övergången från den tidigare länsorganisationen till en uppdelning i nationella- och lokala försäkringscentra (NFC och LFC) under 2008 bedöms dessutom på sikt kunna förbättra förutsättningarna för ett regionalt mer likformigt arbete.

Hur kan den regionala utvecklingen av nybeviljandet av förtidspension förstås?

Hur kan det komma sig att de uppmätta oförklarade regionala skillnaderna i nybeviljandefrekvens tycks så opåverkade av de betydande förändringar som skett i både försäkringsnyttjande och administrations förutsättningar? Den relativa regionala spridningen ökar vid tre tillfällen: 1998, vid avskaffandet av de så kallade äldrereglerna, 2003, vid införandet av reglerna om sjuk- och aktivitetsersättning, samt 2008-2010, vid införandet av de nya beviljandekriterierna för sjukersättning. Det framstår sålunda som om det främst vore regeländringar som påverkar likformigheten i utfallet. Den ökande regionala spridningen i nybeviljandet 2008-2010 skulle dock kunna vara en effekt både av det nya regelverket och av att förutsättningarna internt på myndigheten försämrades under denna period. Den ökade spridningen under perioden särskiljer sig dessutom mot tidigare tillfällen genom att den inte föregåtts av eller sammanfallit med att nybeviljandet koncentrerats till kommuner med hög arbetslöshet. Därmed finns anledning att fråga sig om den regionala spridningen idag är problematisk.

Den uppmätta spridningen är förvisso mer än dubbelt så hög som för andelen med sjukpenning. Den sammantagna bilden är dock att detta främst beror av att beslutet att bevilja förtidspension är så relativt ovanligt beroende av de individuella förutsättningarna. Det låga förklaringsvärdet för det individuella utfallet och den låga och minskande varaktigheten i de regionala mönstren antyder att det kanske inte finns några betydande *regionala* skillnader längre. Däremot kan det finnas en osäkerhet kring hur det nya regelverket ska tillämpas, vilket tar sig uttryck ibland annat en ökad regional spridning. Om den nuvarande nivån på oförklarade skillnader kvarstår, är detta en signal om att en sådan osäkerhet föreligger. Detta skulle i så fall kunna vara problematiskt för rättssäkerheten. Så länge varaktigheten i de

regionala mönstren förblir svag är det dock inte uppenbart att just den regionala likformigheten är problematisk.

Innebär minskad regional spridning av andelen med sjukpenning en ökad rättssäkerhet?

Motivet för att studera likformigheten i försäkringsutfallet är att den kan utgöra ett mått på rättssäkerhet. Två identiska ärenden ska med en rättsäker handläggning kunna förväntas få samma (alltså ett likformigt) utfall. Samtidigt förutsätter en rättsäker tillämpning att det finns utrymme för en individuell prövning i varje ärende. Därmed uppstår en variation i utfallet mellan *ärenden* och mellan *försäkrade*. Vilken *handläggare* som har hand om ett ärende ska dock i idealfallet inte spela någon roll.

Det bör dock påpekas att även om likformighet är ett nödvändigt villkor för rättssäkerhet, behöver en rättsäker regeltillämpning inte vara *helt* likformig. Det tolkningsutrymme som finns i regelverket kan vara tillräckligt stort för att betydande skillnader i utfall ska kunna uppstå utan att något beslut kan anses vara felaktigt. Samtidigt som en *tillräckligt* likformig tillämpning av regelverket ändå är en förutsättning för rättssäkerhet, behöver det motsatta dock inte vara sant. En administration kan fatta felaktiga beslut på ett likformigt sätt. Likformigheten i regeltillämpningen är en viktig del av rättssäkerheten. En hög grad av likformighet är dock inte en garanti för att besluten är korrekta, och en olikformig tillämpning innebär inte heller i sig att något beslut är felaktigt.

Som påpekats ovan kan föreliggande studie inte fastställa att det är Försäkringskassans handläggning som blivit mer likformig, även om det finns tecken på att så varit fallet under åtminstone perioden 2003-2007. Oberoende av detta är det dock befogat att fråga sig om inte ett mer likformigt nyttjande av försäkringen innebär en högre rättssäkerhet, även om det kunde påvisas att utvecklingen främst drivits av att de försäkrades förväntningar på försäkringen blivit mer samstämmiga. Det framstår i sig som problematiskt om försäkrade i olika delar av landet har helt olika förväntningar på försäkringen och att detta skulle vara en betydande orsak till regionala skillnader i utfall. Att invånare i olika delar av landet har samstämmig uppfattning om sina rättigheter gentemot försäkringen kan ses som en viktig kvalitetsaspekt. Den typ av påverkan på både allmänhetens och på andra insti-

tutionella aktörers förväntningar på försäkringen som Försäkringskassan försökt uppnå under merparten av 2000-talet framstår som motiverad, även om det inte att mäta vad den i praktiken betytt.

5 Slutsatser

Ett första resultat av denna studie är att *valet av mått på regional spridning spelar en viktig roll för resultaten*. Att som i vissa studier mäta totala utbetalningar från försäkringen (till exempel genom ohälsotalet) speglar endast till begränsad del vilka beslut som fattas inom försäkringen under den studerade perioden. Det är viktigt när man studerar regionala skillnader att även ta hänsyn till sådana faktorer som kan påverka arbetsförmågan i befolkningen. Endast då går det att dra slutsatser kring vilken regional variation som sjukskrivningsprocessens aktörer kan påverka. Slutligen: att studera de regionala skillnaderna i absoluta termer gör att resultatet blir mycket beroende av hur den totala nivån på försäkringsnyttjandet utvecklats. I praktiken har de regionala skillnaderna i sannolikheten att nybeviljas förtidspension sedan 2004 minskat snabbt i absoluta tal, medan de ökat i relativa tal. Relativa spridningsmått framstår som bättre lämpade för att mäta likformigheten i försäkringsnyttjandet.

Resultaten av beräkningarna av de regionala skillnaderna skiljer sig väsentligt åt mellan sjukpenning- och förtidspensionsförmånerna, trots de uppenbara likheterna i det totala försäkringsnyttjandet. I båda fallen ökade nyttjandet snabbt under senare delen av 1990-talet och början av 2000-talet. Omkring 2003 kulminerade både totalt nyttjande och absoluta regionala skillnader för att sedan minska i stort sett oavbrutet till åtminstone 2010.

Den regionala spridningen av sannolikheten att bli sjukskriven i minst 30 dagar har minskat kontinuerligt sedan 2003 även sedan hänsyn tagits till sådana faktorer som bedöms påverka individens arbetsförmåga, och även i relativa termer. Den kvarvarande regionala spridningen har dessutom blivit allt mindre varaktig. Slutligen tycks mönstren vara allt mindre beroende av situationen på den lokala arbetsmarknaden. *Sedan 2003 nyttjas sjukpenningförmånen alltså inte endast allt mindre utan även allt mer lika i landet, och sedan 2008 är*

de oförklarade regionala skillnaderna mindre än sedan åtminstone mitten av 1990-talet.

Eftersom de regionala skillnader i sådana förhållanden som är av betydelse för risken att få ersättning från försäkringen samtidigt har ökat, skymms dock vid första anblick denna ökade likformighet. Sverige är ett alltmer regionalt uppdelat land, vilket sätter spår i bland annat de regionala mönstren för nyttjandet av sjukförsäkringen. Under de senaste sju åren tycks det dock som om denna utveckling kunnat kompenseras av de övriga faktorer som påverkar sannolikheten att bli sjukskriven. De försäkrade själva, Försäkringskassan och andra aktörer inom sjukskrivningsprocessen tycks sammantaget använda försäkringen mer likformigt.

De oförklarade regionala skillnaderna i nybeviljandefrekvens för förtidspension har utvecklats på ett helt annat sätt. För det första är spridningen för dessa förmåner betydligt större än avseende sjukfallen. För det andra tycks de endast till mycket begränsad del gå att härleda till observerade skillnader i befolkningens sammansättning. Om det skett någon långsiktig trend i spridningen, är det att den ökat något sedan 1996. Samtidigt sker betydande ökning av den regionala spridningen vid tre olika tillfällen, vilka alla sammanfaller med regeländringar. *Ingen stark långsiktig trend mot ökad samsyn kring hur försäkringen ska tillämpas tycks alltså driva utvecklingen. Denna verkar istället mest bero på initial osäkerhet vid större regeländringar men utan att situationen på lång sikt förändras väsentligt.*

Samtidigt tycks det som om två typer av problem som tidigare har lyfts fram beträffande nybeviljandet av förtidspension sedan åtminstone 2003 varit relativt begränsade. För det första framstår de regionala mönstren som mycket föränderliga. För det andra är sambandet mellan nybeviljandefrekvens och arbetslöshet i kommunen sedan 2003 svagt. *Det finns alltså sedan åtminstone 2003 inget som tyder på förekomsten av lokala "förtidspensioneringskulturer" eller på sjuk- eller aktivitetsersättning används som ett sätt att hantera svaga lokala arbetsmarknader.*

Syftet med denna studie har varit att beskriva utvecklingen av de regionala skillnaderna i sjukförsäkringens utfall efter det att hänsyn tagits till sådana observerbara faktorer som bedöms kunna påverka individers arbetsförmåga. Att tolka den regionala spridningen som ett direkt uttryck för skillnader i administrationens tillämpning är omöjligt, dels därför att flera aktörer har möjlighet att påverka utfallet, dels därför

att registeruppgifter endast räcker för att fånga en del av de skillnader i arbetsförmåga som finns mellan individer. Den kvantitativa analysen kan därför säga något om utvecklingen av likformigheten i tillämpningen endast om man med tillämpning avser det samspel som sker mellan Försäkringskassa, försäkrade och övriga aktörer i sjukkrivningsprocessen. Ambitionen har dock varit att diskutera resultaten av den kvantitativa analysen i ljuset av utvecklingen inom sjukförsäkringsadministrationen.

En jämförelse har gjorts av under vilka perioder den regionala likformigheten ökat eller minskat med när administrationens förutsättningar för ett likformigt arbete förbättrats eller försämrats. Utifrån denna jämförelse är det rimligt att tro att förbättrade förutsättningar för ett likformigt arbete inom Försäkringskassan bidragit väsentligt till utvecklingen under perioden 2003-2007. Regeltillämpningen inom myndigheten behöver dock inte ha varit den viktigaste faktorn bakom utvecklingen. Även om utvecklingen till stor del kan ha drivits av en regional utjämning av befolkningens förväntningar på försäkringen, kan detta dock ses som ett framsteg för rättssäkerheten.

Utvecklingen för de regionala mönstren för nybeviljandet av förtidspension antyder däremot att det främst är viktiga regeländringar som påverkar förutsättningarna för ett likformigt utfall. De ökande regionala skillnaderna sedan 2008 kan dock även bero på övriga försämrade förutsättningar för administrationen att bedriva ett likformigt arbete.

Den nuvarande höga nivån på oförklarade regionala skillnader kan vara en signal om att viss osäkerhet föreligger i regeltillämpningen. Om den nuvarande nivån på oförklarade skillnader kvarstår, är detta en signal om att en sådan osäkerhet föreligger. Detta skulle i så fall kunna vara problematiskt för rättssäkerheten. Så länge varaktigheten i de regionala mönstren förblir svag, är det dock inte uppenbart att just den regionala likformigheten är svag.

Referenser

- Diderichsen Finn, Kindlund Hannelotte, Vogel Joachim (1993); Kvinnans sjukfrånvaro: arbetsmiljön orsak till kraftig ökning, Läkartidningen 90(4).
- Edlund, K. (2004); Regionala analyser av försäkringskonsumtion – en jämförelse mellan de fyra nordligaste länen och Kronobergs län, Rapport Försäkringskassaförbundet.
- Finansdepartementet (2002); Prop. 2002/03:1, Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.
- Försäkringskassan (2004), Sjukpenning och samordnad rehabilitering, Vägledning 2004:2, version 13.
- Försäkringskassan (2006); Sjukförsäkring - Kulturer och Attityder, Fyra aktörers perspektiv (Försäkringskassan Analyserar 2006:16).
- Försäkringskassan (2006); Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess, Socialstyrelsen och Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag, FK: Dnr 129011-2005, Sos: Dnr 50-2145/2006.
- Försäkringskassan (2007); Inlöde till sjuk- och aktivitetsersättning – har reglerna någon betydelse? (Försäkringskassan analyserar 2007:13).
- Försäkringskassan (2007); Projektet Rätt förmån - Rätt ersättning 2003-2006, Slutrapport.
- Försäkringskassan (2009); Beslutsstödet - Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar, Socialförsäkringsrapport 2009:5.

Försäkringskassan (2009); Försäkringskassans hemställan om utökat anslag för år 2009, dnr 10315-2009.

Försäkringskassan (2009); Sjukersättning – de bakomliggande skälen till ställningstagande, svar på regeringsuppdrag, Dnr 057501-2009.

Försäkringskassan (2009); Trygghetens variationer. Om hälsa och lokal kultur, Socialförsäkringsrapport 2009:2.

Försäkringskassan (2009); Uppföljning av PILA:s verksamhet på riksnivå. Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete, Socialförsäkringsrapport 2009:6.

Försäkringskassan; Försäkringskassans årsredovisningar 2005-2009.

Haglund Bengt och Rosén Måns (2003); Regionala skillnader i sjuk-skrivning efter slutna sjukhusvård, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Haugen Katarina, Holm Einar, Lundevaller Erling och Westin Kerstin (2006), Individer, attityder och ohälsa, i Sjukförsäkring - Kulturer och Attityder, Fyra aktörers perspektiv (Försäkringskassan Analyserar 2006:16).

Mastekaasa A & Dale-Olsen H (2000); Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence, *European Sociological Review*, 16, 2000.

Messing Karen, Tissot F, Saurel-Chubizolles M-J, Kaminski M & Bourguine M (1998); Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions: Factors associated with sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 1998.

Olsson, Hans, Ohälsoskulden 2008. Socialförsäkringsrapport 2009:8.

Olsson, Sten (2006), Attityder och regionala skillnader i sjukförsäkringen, i Sjukförsäkring - Kulturer och Attityder, Fyra aktörers perspektiv (Försäkringskassan Analyserar 2006:16).

Riksförsäkringsverket (2002); Långtidssjukskrivna - regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete, RFV Redovisar 2002:8.

Riksförsäkringsverket (2003); Arbetsförhållanden - orsak till sjukskrivning? (RFV Analyserar 2003:10).

Riksförsäkringsverket (2003); Regionala skillnader i sjukskrivning - hur ser de ut och vad beror de på? (RFV Analyserar 2003:12).

Riksförsäkringsverket (2003); Regionala skillnader i sjukskrivningar - kommun och bransch, (RFV Analyserar 2003:4).

Riksförsäkringsverket (2003); Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000 (RFV Analyserar 2003:17).

Riksförsäkringsverket (2004); Sjukskrivning ett år eller längre – riskfaktorer (RFV Analyserar 2004:18).

Riksförsäkringsverket; Riksförsäkringsverkets årsredovisningar 2000-2004.

Riksrevisionen (2010); En förändrad sjukskrivningsprocess (RiR 2010:9).

Socialdepartementet (2004); En ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration, Prop. 2003/04:69.

Socialdepartementet (2004); Försäkringskassans regleringsbrev 2005.

SOU 2004:127; Den nya Försäkringskassan – en utredares utgångspunkter och reflektioner.

SOU 2009:89; Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga.

Statskontoret (2009), Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning men långt kvar, 2009:19.

Statstjänstemannaförbundet (2010); Sjukförsäkringsreformen: så blev det - Arbetsförmedlarnas och Försäkringskassahandläggarnas bild av en kontroversiell reform, Februari 2010.

Szücs Stefan, Hemström Örjan och Marklund Staffan (2003), Organisationsfaktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner, Arbetslivsinstitutet. 2003.

Noter

¹ Notera att begreppet "sjukförsäkring" i denna studie för hela den studerade perioden 1996-2010 omfattar flera förmåner som administreras av Försäkringskassan (dock ej *sjuklönen* som betalas ut av arbetsgivaren); både kortare sjukfall, då förmånen *sjukpenning* oftast betalas ut, och det som tidigare hette *förtidspension* (sedan 2003 *sjuk- eller aktivitetsersättning*). I den kvantitativa analysen används mått på båda delarna av försäkringen men i denna principiella diskussion beskrivs i möjligaste mån försäkringens generella aspekter.

² Med "försäkringsutfall" avses i denna studie endast sådant utfall som kan påverkas av arbetsförmågebedömningen (till skillnad från till exempel SGI-beräkningen). Anledningen är att avsikten är att sedan rensa utfallet med så stor del som möjligt av sådana faktorer som påverkas av individers arbetsförmåga.

³ I denna studie kommer förmånerna förtidspension och sjukbidrag – tillsammans med förmånerna sjuk- respektive aktivitetsersättning som ersatt dem från 2003 – benämnas förtidspension i alla sammanhang där det handlar om en längre tidsserie. Förmånerna sjuk- och aktivitetsersättning namnges endast explicit där framställningen avhandlar kortare perioder som inträffar efter 2003.

⁴ Regeringens budgetproposition för 2003, prop. 2002/03:1 utgiftsområde 10, sid 41.

⁵ Regeringens budgetproposition för 2006, prop. 2005/06:1, utgiftsområde 10, sid 24.

⁶ Statskontoret, Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning men långt kvar, 2009:19, sid 9.

⁷ Dessa summeras i rapporten *Regionala skillnader – Hur ser de ut och vad beror de på?* RFV Analyserar 2003:12.

⁸ Ohälsotalet är Försäkringskassans samlingsmått för totalt nyttjande av sjukförsäkringen. Ohälsotalet definieras som summan av alla dagar (omräknat till nettodagar) för vilka ersättning betalats ut från Försäkringskassan genom antal personer i åldern 16-64 år.

⁹ *Regionala skillnader i sjukskrivningar - kommun och bransch*, RFV Analyserar 2003:4.

¹⁰ *Regionala skillnader i sjukskrivning - hur ser de ut och vad beror de på?* RFV Analyserar 2003:12, sid 7.

- ¹¹ Här avses att förklaringsvärdet (R^2) i den skattade regressionsmodellen var högre i den tidigare kommungruppen.
- ¹² Riksförsäkringsverket, *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*, RFV Analyserar 2003:17.
- ¹³ Haglund Bengt och Rosén Måns, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, *Regionala skillnader i sjukskrivning efter slutet sjukhusvård*.
- ¹⁴ Försäkringskassan analyserar 2006:16.
- ¹⁵ Olsson 2006.
- ¹⁶ Attityddata fick i denna analys i 240 av landets kommuner sättas till de respektive länsgenomsnittet då urvalet annars inte hade varit tillräckligt. Bakgrundsvariablerna bestod av uppgifter som aggregerats till kommunnivån.
- ¹⁷ Attityd till: 1. sjukskrivning vid trötthet efter dålig sömn, 2. om ersättningsnivåerna inom sjukförsäkringen är tillräckliga samt 3. om kontrollen av sjukskrivna genomförs på ett acceptabelt sätt..
- ¹⁸ Haugen et. al. 2006.
- ¹⁹ SKA sid, 320.
- ²⁰ Endast sjukfall som varat minst 30 dagar har tagits med i figuren eftersom den bara omfattar sjukfall administrerade av Försäkringskassan. Då längden på den så kallade sjuklöneperioden – när arbetsgivaren betalar ersättning till den anställde - har varierat över tid skulle jämförelser mellan år annars bli missvisande.
- ²¹ Korrelation är ett begrepp inom statistik som anger styrkan och riktningen av ett samband mellan två variabler. Den mäts oftast med den så kallade korrelationskoefficienten vilken tar värden mellan -1 och 1. Värden nära -1 signalerar ett starkt motsatt samband medan värden nära 1 är tecken på ett starkt positivt samband. Värden nära 0 antyder att inget väsentligt samband föreligger.
- ²² Andelen förtidspension i täljaren för ohälsotalet har ökat från 62 procent 2000 till 80 procent 2009. Den stora andelen förtidspension medför en stor tröghet i utvecklingen av ohälsotalet då en så stor andel av förtidspensionsbeståndet ett givet år består av personer som ingick i detta bestånd både ett och flera år tidigare. I genomsnitt har förtidspensionsförmånerna under 2000-talet nybeviljats före 50 års ålder och då utflödet ur dessa förmåner är begränsat blir resultatet att omsättningstiden är mycket lång. Av Försäkringskassans beräkningar av den så kallade ohälsoskulden framgår att den genomsnittliga omsättningstiden för en utbetald "SA-krona" (dvs. hur lång tid det förtidspensionsärende kronan betalas ut i beräknas fortgå) under 2008 var 9,5 år (Olsson, 2008). För en genomsnittlig sjukfallskrona är motsvarande omsättningstid knappt ett år.

²³ ”Sjukfall” omfattar här sådan sjukfrånvaro där Försäkringskassan betalar ut dagbaserad ersättning (vanligen sjukpenning, men även till exempel rehabiliteringspenning och förlängd sjukpenning) men inte de månadsbaserade förmånerna sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension).

²⁴ Ett lådagram (eller *boxplot*) beskriver en fördelning av en variabel. Den nedre gränsen för ”lådan” motsvarar den 25:e percentilen, strecken inuti lådan visar medianen och den övre gränsen den 75:e percentilen. De heldragna s.k. ”morrhåren” visar var den högsta respektive lägsta observationen som befinner sig högst 1,5 gånger kvartilavståndet från lådan finns. Eventuella övriga observationer (”*outliers*”) markeras som ringar.

²⁵ Nettodagar = antal dagar * omfattningen på ersättningen. Två dagar med ersättning på halvtid utgör alltså en nettodag.

²⁶ Längden på sjuklöneperioden – när Försäkringskassan inte betalar ut någon ersättning – har varierat mellan åren. För jämförbarhetens skull bör därför endast sjukfall om minst 29 dagar användas. Då data innehöll uppgifter om nettodagar har det för denna studie begränsats till att omfatta uppgifter om huruvida individen fått minst 30 nettodagar utbetalda under respektive kalenderår.

²⁷ Dena skillnad kan till exempel uttryckas med det så kallade kvartilavståndet. Kvartilavståndet = avståndet mellan den kommun som ligger på 75:e percentilen (dvs. har ett högre värde än 75% av alla kommuner) och den som ligger på den 25:e percentilen (som har ett högre värde än 25% av alla kommuner). Medan kvartilavståndet för andelen av befolkningen som fått nettodagar utbetalda minskade med 55 procent mellan 2002 och 2009, var motsvarande minskning för antalet dagar mellan 2003 och 2009 endast 5 procent.

²⁸ Resultatet av en sådan skattning säger t ex att sannolikheten att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning under året beräknas öka med y procentenheter *för varje år* äldre som individen är, allt annat lika.

²⁹ För att ta hänsyn till att sambandet mellan inkomst, antal barn och de beroende variablerna kan skilja sig åt beroende på nivån för dessa variabler har även det kvadrerade värdet av dessa använts som förklaringsvariabler. De skattade sambanden för dessa variabler visar sig dock vara mycket svaga. För att på liknande sätt ta hänsyn till att sambandet mellan olika variabler och försäkringsutfallet kan variera beroende på hur de kombineras (till exempel att den ”skyddande effekten” av högre utbildning skulle kunna skilja sig åt mellan kvinnor och män) har även så kallade interaktionstermer inkluderats mellan kön och ålder å ena sidan och samtliga andra variabler å den andra. Detta påverkade dock inte skattningarna av den regionala spridningen nämnvärt varför termerna togs bort.

³⁰ Modellen som skattas har formen $y_{ijt} = \alpha_{jt} + \beta_t X_{ijt} + \varepsilon_{ijt}$, där y_{ijt} är utfallet att individ i , bosatt i kommun j ska få minst 30 sjukpenningdagar utbetalda under år t , α_{jt} är kommuneffekten, β_t en vektor av effekter av övriga förklaringsvariabler, X_{ijt} en vektor av individuella förklarings-

variabler för detta år och ε_{ijt} den individuella feltermen. Den regionala spridningen som studeras och som beskrivs som de ”oförklarade regionala skillnaderna” är spridningen av de skattade kommuneffekterna ($\hat{\alpha}_{jt}$).

³¹ För att kunna använda deklarerad inkomst som närmevärde för lönenivå har materialet sedan begränsats till att omfatta individer som varit folkbokförda i landet minst två år i rad. Den studerade befolkningen motsvarar därmed vid respektive årsskifte mellan 97 och 99 procent av den totala befolkningen (20-64 år), och en något lägre andel av de individer som någon gång under året har bott i landet. Det högsta bortfallet (2,6%) uppstår 1998 och beror främst på att kommunvariabeln för detta år saknas för drygt 80 000 personer (1,6%) i befolkningen.

³² Dessa är; 1. Kön, 2. Ålder, 3. Civilstånd, 4. Antal barn under 18 år, 5. Om personen fött barn under året, 6. Födelse-region, 7. Högsta avslutade utbildningsnivå, 8. Tidigare branschtillhörighet, 9. Beräknad lönenivå (utifrån deklarationsuppgifter) samt 10. Huruvida individen är egen företagare (förekomst av B-inkomst).

³³ Avsikten var först att till detta material även lägga arbetslöshetsnivån på den ort där individen bor. I praktiken finns uppgifter om arbetslöshet dock bara att tillgå för antingen kommuner eller grupperingar av kommuner. Därför går det inte att i den valda beräkningen skilja vikten av arbetslösheten på kommunnivå från det samband som skattas mellan kommunvariabeln och den beroende variabeln. Anledningen är att all sådan variation fångas i kommuninterceptet.

³⁴ Se till exempel Szücs et. al. 2003.

³⁵ Se mer om detta i avsnitt 2.1.

³⁶ Enligt dessa skulle vid denna bedömning hänsyn tas till ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare yrkesverksamhet och andra omständigheter (3 kap. 7§ respektive 7 kap. 3§ Lagen om Allmän Försäkring) .

³⁷ Förklaringsvärdet (R^2) för de respektive modellerna framgår av nedanstående tabell (%).
Notera att detta är förklaringsvärdet inklusive kommunestimaten..

	Andel med nettodagar	Nybeviljande
1996	4	1
1997	3	1
1998	4	1
1999	5	1
2000	6	1
2001	7	2
2002	7	2
2003	6	3
2004	5	2
2005	4	1
2006	4	1
2007	4	1
2008	3	1
2009	3	0

³⁸ Att detta verkligen är fallet framgår av figur 3.2 där den regionala spridningen av det justerade utfallet för merparten av perioden är betydligt lägre än för det ojusterade utfallet.

³⁹ Det som här beskrivs som utfall ”efter att hänsyn tagits till” är det värde som följer av att i den skattade modellen byta ut kommunens värden för förklaringsvariablerna mot riksgenomsnittet för desamma. Därigenom erhålls ett *predicerat* värde som för varje kommun endast skiljer sig åt genom den skattade kommuneffekten.

⁴⁰ Det som här utifrån diagrammet beskrivs som att spridningen ”ökar” innebär att Ginikoefficienten ökar under en viss period. En lägre Ginikoefficient kan förvisso sägas visa att spridningen är lägre totalt men ändå inte i sig att detta gäller både för den övre, mellersta och lägre delen av fördelningen. I inkomstlitteraturen brukar spridning därför även undersökas genom att se huruvida det föreligger så kallad ”Lorenzdominans” mellan två tidpunkter. Lorenzdominans föreligger då samtliga *deciler* (se nästa not) på den Lorenzkurva utifrån vilken Ginikoefficienten är beräknad ligger högre (eller lägre) än motsvarande deciler för den fördelning som används som jämförelsevärde. För den oförklarade regionala spridningen med hänsyn tagen till socioekonomiska och demografiska faktorer råder vid jämförelse med två år

tidigare Lorenzdominans 1998 och 2001 (*större* spridning än tidigare) samt 2005 och 2007-2009 (*mindre* spridning än tidigare).

⁴¹ Efter att samtliga kommunvärden rangordnats från lägst till högst är till definieras den 1:a decilen den kommun som har en tiondel av kommunerna under sig och resten över sig, den 5:e decilen utgör medianen och den 9:e decilen den som har en tiondel av kommunerna över sig.

⁴² Utvecklingen för justerat genomsnittligt antal nettdagar för dem som fått minst 30 dagar utbetalda kan sammanfattas med att den absoluta regionala spridningen även efter hänsyn tagen till observerade bakgrundsfaktorer är relativt konstant. Då utvecklingen av det totala försäkringsnyttjandet utgjorts av först en ökning mellan 1996 och 2002 och sedan en minskning 2003-2009, resulterar detta i en motsatt utveckling av den relativa regionala spridningen, det vill säga en viss minskning till början av 2000-talet och sedan en svag ökning av den oförklarade regionala spridningen. Samtidigt är den totala nivån på spridningen betydligt lägre under hela den studerade perioden (med en Ginikoefficient på omkring 3%) än beträffande andelen med nettdagar i befolkningen. Den regionala spridningen av antal utbetalda dagar för personer som fått minst 30 nettdagar utbetalda har alltså varit förhållandevis konstant på en nivå som framstår som låg.

⁴³ Andra mått som ger samma generella bild är ett så kallat imobilitetsindex, dvs. hur stor andel av kommunerna som stannar kvar i samma kvintil under en studerad period eller hur stor andel som rör sig högst 10 procentenheter.

⁴⁴ SFS 1995:508.

⁴⁵ Försäkringskassan analyserar 2007:13, sid. 19.

⁴⁶ Det mått på arbetslöshet som används är Arbetsförmedlingens uppgifter om total arbetslöshet (både öppen samt personer i arbetsmarknadspolitiska program) som andel av arbetskraften..

⁴⁷ Socialförsäkringsutredningen, PM 13 Enhetlig regeltillämpning i socialförsäkringarna.

⁴⁸ Ibid. sid 21.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Genomgången av sjukförsäkringsadministrationens arbete har begränsats till 2000-talet med syfte att få ett antal år både före och efter sammanslagningen av försäkringskassorna 2005. Att den kvantitativa analysen utvidgats till att omfatta även 1996-1999 är för att kunna följa utvecklingen av de oförklarade regionala skillnaderna under hela perioden av stigande totalt försäkringsnyttjande, 1996-2002.

⁵¹ Denna genomgång kan återfinnas på ISF:s hemsida, i anslutning till föreliggande rapport.

⁵² Se Försäkringskassans remissyttrande, Dnr 60580-2007, Dnr 60806-2007, februari 2008 samt Riksrevisionens granskning RiR 2010:9.

⁵³ I löpande priser ökade de med omkring 20 procent under denna period men i förhållande till sjukförsäkringens utbetalningar var de relativt konstanta.

⁵⁴ Källa: kolla medieuppgifter, ST:s enkät till sina medlemmar, FK:s remissvar annat?

⁵⁵ Antal inkomna ansökningar har minskat från drygt 620 000 under 2006 till mindre än 500 000 per 12-månadersperiod sedan 2009.

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se