

RiR 2004:21

Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering

ISBN 91 7086 022 X

RiR 2004:21

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2004

Till
Regeringen
Socialdepartementet

Datum 2004-09-03
Dnr 31-2003-0106

Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering

Riksrevisionen har granskat försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering. Resultatet av granskningen redovisas i denna revisionsrapport.

Företrädare för Riksförsäkringsverket och försäkringskassan i Blekinge, Stockholm, Västra Götaland, Norrbotten och Uppsala har beretts tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

I enlighet med lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. överlämnas rapporten till regeringen. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som berör Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna. Rapporten överlämnas därför till dem.

Riksrevisor *Eva Lindström* har beslutat i detta ärende. Revisionsledare *Margareta Bure* har varit föredragande. Revisor *Anna Lundmark* har medverkat i granskningen samt i den slutliga handläggningen. Revisionschef *Hans Folkesson* har medverkat i den slutliga handläggningen. Revisionsledare *Ann-Mari Skorpen* har varit projektledare för granskningen till och med mars 2004.

Eva Lindström

Margareta Bure

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Revisionens syfte	11
1.2 Material och genomförande	12
1.3 Rapportens disposition	12
2 Mål, regler och uppföljning	13
2.1 Riksdagens intentioner med köp av tjänst	13
2.2 Regeringens styrning av köp av tjänst	14
2.3 Vägledning	16
2.4 Uppföljning och utvärdering	19
2.5 Sammanfattning och bedömning	22
3 Försäkringskassans användning av köp av tjänst	25
3.1 Fördelning av medel	25
3.2 Tjänster och målgrupp	25
3.3 Betydelsen av köp av tjänst	27
3.4 Begränsningar för framgångsrik rehabilitering	28
3.5 Hinder för effektiv användning	30
3.6 Sammanfattning och bedömning	32
4 Effekter på ansvarsfördelningen	35
4.1 Ansvarsfördelning mellan försäkringskassa och arbetsgivare	35
4.2 Försäkringskassornas hantering av kostnader	38
4.3 Arbetsgivarnas synpunkter på kostnadsfördelning	43
4.4 Kostnadsfördelning enligt Riksrevisionens aktstudie	43
4.5 Sammanfattning och bedömning	46
5 Riksrevisionens bedömning och rekommendationer	49
5.1 Oklara mål och regler ger varierande praxis	50
5.2 Negativa konsekvenser för ansvarsfördelningen	51
5.3 Resultat av uppföljning	52
5.4 Medlen som lösning på effektivitetsproblem	52
5.5 Riksrevisionens rekommendationer	53
Käll- och litteraturförteckning	55
Bilaga 1 Granskningens upplägg och metod	59
Bilaga 2 Anslag och förbrukning	65

Sammanfattning

Försäkringskassorna har sedan år 1990 tilldelats medel för att kunna köpa rehabiliteringstjänster i form av utredningar av förutsättningarna för rehabilitering och direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång i arbete. År 2004 benämndes medlen ”särskilda medel för köp av tjänst” och uppgick till 971 miljoner kronor. Förutom köp av tjänst, som är föremål för denna granskning, kan försäkringskassorna även använda medlen för andra ändamål, till exempel arbetshjälpmedel och samverkan. År 2003 användes närmare 90 procent av medlen till köp av tjänst. Under de senaste åren har 16 000–17 000 sjukskrivna erhållit köp av tjänst. Medlen ingår i anslaget för sjukpenning som budgetprövas årligen.

Ansvarstrukturen inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrades år 1992 i och med att arbetsgivarna fick förstahandsansvar för rehabilitering. Detta tillsammans med att ohälsan ökat och förändrats under 1990-talet påverkar försäkringskassans förutsättningar att arbeta med rehabilitering och köp av tjänster.

Mot denna bakgrund har Riksrevisionen valt att granska försäkringskassornas förutsättningar att effektivt hantera köp av tjänst samt hanteringens effekter på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Granskningen har utgått från följande frågor:

- Finns tydliga mål och regler?
- Har köp av tjänst följts upp och har resultaten använts?
- Föreligger hinder för försäkringskassans användning?

Granskningen baseras på intervjuer med handläggare och ledningsrepresentanter vid fem försäkringskassor som utgör granskningens fallstudier. Inom ramen för granskningen genomfördes även en aktstudie av 559 personakter där försäkringskassan köpt rehabiliteringstjänst. Intervjuer har även genomförts med kommunala och landstingskommunala arbetsgivare i de län där fallstudierna ägt rum.

Oklar målsättning

Riksrevisionens granskning visar att försäkringskassorna inte har förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt, eftersom det är oklart för vilka syften som medlen ska användas.

Utan tydlig målsättning och vägledning lämnas handläggaren till att enbart utgå från sina egna erfarenheter. Prioriteringar mellan sjukskrivna och mellan tjänster är därför beroende av vilken handläggare som har ansvar för ärendet. Enligt Riksrevisionen motverkar dagens hantering kravet på likabehandling inom socialförsäkringen.

Riksrevisionen anser att den otydliga målsättningen för medlen också givit sämre förutsättningar för uppföljning.

Negativa konsekvenser för ansvarsfördelningen

Riksrevisionens granskning visar att försäkringskassans hantering av köp av tjänst har en negativ inverkan på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Dels påverkas ansvarsfördelningen negativt av att målsättningen är oklar, eftersom köp av tjänst hanteras på olika sätt på försäkringskassorna. Dels påverkas ansvarsfördelningen av att lagstiftningen när det gäller kostnadsansvar är oklar.

Eftersom försäkringskassornas möjlighet att köpa rehabiliterings-tjänster inte berördes i samband med rehabiliteringsreformen år 1992 framgår det inte av lagen om allmän försäkring eller förarbetena till densamma vilken aktör som ska stå för vilka kostnader. RFV har i sin vägledning tolkat att kostnadsansvaret följer arbetsgivarnas första-handsansvar, men om detta även innebär kostnader för köp av tjänst framgår inte.

Denna situation innebär att försäkringskassor och även handläggare hanterat kostnader på olika sätt. Exempelvis har handläggarna både hänvisat till att arbetsgivarna har kostnadsansvar och samtidigt hävdade att kostnadsansvaret inte är reglerat och att de därför inte kan ställa krav på att arbetsgivarna ska bekosta åtgärder.

Vidare har det utvecklats en praxis att förhandla om kostnader med arbetsgivare, särskilt med större arbetsgivare. Vissa försäkringskassor har utfärdat riktlinjer för köp av tjänst med viss vägledning för hur kostnader ska hanteras, men i praktiken förhåller sig handläggarna till dessa på olika sätt. Försäkringskassans och handläggarens val av utgångspunkter för kostnadsfördelning samt handläggarens förmåga att förhandla är enligt Riksrevisionens bedömning avgörande för hur kostnadsfördelningen faller ut.

Att försäkringskassorna och enskilda handläggare agerar på olika sätt, både när det gäller vad som ska köpas och vilken aktör som ska stå för kostnaden, har negativ inverkan på tydligheten i ansvarsfördelningen.

Riksrevisionen anser att den ordning som förekommer med förhandlingar med arbetsgivaren om kostnader för köp av tjänst inte är

rimlig inom ramen för en socialförsäkring som vill beakta likformighet och rättvisa.

Riksförsäkringsverkets uppföljning

Riksförsäkringsverket (RFV) visade redan i början av 1990-talet på konsekvenser av köp av tjänst. För det första uppmärksammades svårigheten att begränsa köpets effekter för den sjukskrivne från effekter av andra insatser. För det andra visades att försäkringskassorna hanterade köp av tjänst på väsentligt olika sätt samt att handläggarens egen erfarenhet har stor betydelse för bedömningen i samband med beslut om köp av tjänst. Riksrevisionen konstaterar att påvisade konsekvenser inneburit problem för uppföljning, likabehandling samt tydlighet i ansvarsfördelning. Riksrevisionens granskning visar att dessa problem fortfarande kvarstår.

I utvärderingarna har RFV inte uppmärksammat mer generella konsekvenser av köp av tjänst, till exempel hur hanteringen påverkar andra aktörers ansvarstagande. RFV har inte heller diskuterat om medlen borde avgränsas för vissa grupper trots att utvärderingarna visar att handläggarna i praktiken gjort sådana avgränsningar.

Riksrevisionens granskning visar att RFV:s uppföljningssystem är bristfälliga. Varken *köp-av-tjänst-registret* eller *SAR-registret* kan användas för att följa upp köpen och deras effekter. RFV:s förhoppning är att det nya uppföljningssystemet *Kommers* ska lösa problem med tillförlitlighet.

Hinder för försäkringskassans användning

Under fyra av de fem senaste åren har försäkringskassorna inte förbrukat hela ramen för de särskilda medlen för köp av tjänst. Detta har föranlett påpekanden från både regeringen och riksdagen mot bakgrund av ökande antal långtidssjukskrivna. RFV och även de försäkringskassor som omfattas av granskningen menar att situationen kan förklaras av den höga arbetsbelastningen på försäkringskassorna till följd av ökat antal sjukskrivningsärenden. Rehabilitering och köp av tjänst har därmed inte kunnat prioriteras.

Försäkringskassorna gavs möjlighet att köpa tjänst i syfte att förkorta väntetiderna för rehabiliteringsåtgärder. I dag har det i stället uppstått väntetider hos producenterna. Producenterna har inte kunnat tillhandahålla tjänster när försäkringskassorna avropar från ramavtalen. Detta gäller särskilt försäkringsmedicinska utredningar. Väntetiderna

innebär att ärenden blir liggande innan beslut om ersättning och rehabiliteringsåtgärd kan fattas.

Ur handläggarnas perspektiv finns det även andra hinder som mer handlar om begränsningar för en framgångsrik rehabilitering. Handläggarna menar att dagens regler för köp av aktiva åtgärder till arbetslösa samt reglerna för utbildning och terapisaftal utgör begränsningar.

Risk för att ansvarsstrukturen urholkas

Enligt Riksrevisionen används köp av tjänst för att lösa gränsdragningsproblem inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och för att lösa resursbrister inom försäkringskassorna. Försäkringskassorna köper alltför utredningar för att få ett fullgott beslutsunderlag som hälso- och sjukvården inte levererar. Medlen används också för att köpa åtgärder till anställda vars arbetsgivare av olika anledningar inte tar sitt rehabiliteringsansvar. Vidare används medlen för att lösa försäkringskassans egna resursproblem i och med att försäkringskassorna köper basutredningar som handläggarna normalt kan göra själva. Även om dagens hantering av medlen kan anses effektiv i det enskilda fallet riskerar försäkringskassorna att ta över ansvar som andra aktörer har enligt lag. På så sätt riskerar existerande ansvarsstruktur i förlängningen att urholkas.

Riksrevisionens rekommendationer

Mot denna bakgrund rekommenderar Riksrevisionen sammanfattningsvis:

- översyn av lagen om allmän försäkring för att klargöra gränsdragningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare
- precisering av målsättningen i syfte att ge bättre förutsättningar för likabehandling och uppföljning
- riktlinjer som innehåller stöd för handläggarens prioritering och agerande gentemot arbetsgivare.

1 Inledning

Försäkringskassorna har sedan år 1990 tilldelats särskilda medel för att kunna köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna. Medlen infördes i syfte att effektivisera försäkringskassornas rehabiliteringsarbete efter en tid med ökat antal långtidssjukskrivningar och förtidspensioner¹ under slutet av 1980-talet. Medlen skulle skapa möjligheter för försäkringskassan att förkorta sjukskrivningstiden eller på annat sätt helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den sjukskrivnes arbetsförmåga.²

Ansvarsförhållandena inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förändrades år 1992 i och med att riksdagen beslutade om en ny rehabiliteringsreform. Reformen innebar att arbetsgivaren fick ett förstahandsansvar för de anställdas rehabilitering och försäkringskassan fick en samordningsroll. Flera offentliga utredningar³ har emellertid konstaterat att det ansvar arbetsgivarna fick är otydligt formulerat i lagstiftningen. Det har också framkommit att ansvaret i allt större utsträckning har förskjutits från arbetsgivarna till myndigheterna inom den offentliga sektorn.⁴ Försäkringskassornas roll har därmed komplicerats eftersom de förväntas köpa rehabiliteringstjänster och samtidigt se till att arbetsgivarna tar ansvar för rehabilitering.

Sedan början av 1990-talet har samhällets kostnader för rehabilitering ökat och ett stort antal utredningar har genomförts i syfte att reformera och utveckla arbetet med rehabilitering. Förändringarna i ansvarsstrukturen, tillsammans med ett ökat antal sjukskrivna, påverkar förutsättningarna för försäkringskassan att arbeta med rehabilitering och köp av rehabiliteringstjänster.

1.1 Revisionens syfte

Granskningen syftade till att belysa försäkringskassornas förutsättningar för att effektivt hantera köp av tjänst samt hanteringens effekter på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Granskningen har utgått från följande frågor:

- Finns tydliga mål och regler?
- Har köp av tjänst följts upp och har resultaten använts?
- Föreligger hinder för försäkringskassans användning?

¹ Fr.o.m. år 2003 sjuk- och aktivitetsersättning.

² Prop. 1989/90:62.

³ SOU 1996:113A, 1998:104, SOU 2000:78, SOU 2000:121, SOU 2002:5.

⁴ SOU 2000:78 s. 13–14.

1.2 Material och genomförande

Material till granskningen samlades i huvudsak in år 2003. Underlaget består av fallstudier vid ett urval försäkringskassor samt intervjuer med företrädare för kommunala och landstingskommunala arbetsgivare i de län där fallstudierna ägt rum. Fallstudierna genomfördes vid elva lokalkontor inom fem försäkringskassor: Blekinge, Västra Götaland, Stockholm, Uppsala och Norrbotten. Kontorschefer och handläggare intervjuades på försäkringskassorna.

Riksrevisionen har inom ramen för fallstudierna även genomfört en aktstudie. Aktstudien omfattar 559 personakter, där försäkringskassan köpt en insats eller utredning. De 559 personerna är jämnt fördelade på de elva lokalkontor som fallstudien omfattar. Aktstudien omfattar totalt ca 800 köp. En mer utförlig beskrivning av metoden i aktstudien samt uppgifter om urvalspopulationen finns i bilaga 1.

Kompletterande material har varit intervjuer med representanter för Socialdepartementet, Riksförsäkringsverket (RFV) och centrala arbetsgivarorganisationer. Dessutom har utredningar, statistik och dokument från RFV utgjort underlag för granskningen.

För en närmare beskrivning av metod och material, se bilaga 1.

1.3 Rapportens disposition

I kapitel 2 behandlas målsättning, regler och uppföljning av köp av tjänst.

I kapitel 3 beskrivs hur försäkringskassan använder köp av tjänst och vilka hinder som försäkringskassorna uttrycker.

I kapitel 4 diskuteras vilken effekt försäkringskassans hantering av köp av tjänst har på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Hur försäkringskassorna hanterar kostnader diskuteras särskilt. I kapitel 4 presenteras också den aktstudie som Riksrevisionen genomfört inom ramen för granskningen.

I kapitel 5 presenteras Riksrevisionens bedömningar och rekommendationer.

2 Mål, regler och uppföljning

I detta kapitel diskuteras om mål och regler för köp av tjänst ger förutsättningar för en effektiv hantering. I kapitlet beskrivs ramarna för försäkringskassans medel för köp av tjänst. Riksdagens intentioner beskrivs, liksom de regler och instruktioner som regeringen och Riksförsäkringsverket uttalat i regleringsbrev och vägledning.

I kapitlet diskuteras även RFV:s uppföljning av köp av tjänst, vilken uppföljning som har skett och resultatet av uppföljningen.

2.1 Riksdagens intentioner med köp av tjänst

Medlen för köp av tjänst fick försäkringskassorna år 1990. De omfattade under de första åren 500 miljoner kronor årligen. År 2004 uppgick medlen till 971 miljoner kronor. Syftet med att försäkringskassorna gavs medel till att köpa tjänster var att förkorta väntetiderna för rehabilitering och att öka möjligheterna för att sjukskrivna skulle kunna återgå till arbete. Motiveringen till införandet av medlen var bland annat att försäkringskassan saknade redskap för att kunna ta sitt ansvar att utreda och initiera rehabilitering för personer som varit sjukskrivna en längre tid. Samtidigt fanns rehabiliteringsaktörer med lämplig kompetens som kunde erbjuda flera av de rehabiliteringstjänster som behövdes.

Regeringen ansåg att det var viktigt att de utrednings- och träningsresurser som fanns att tillgå kunde utnyttjas i rehabiliteringsarbetet och föreslog riksdagen att försäkringskassorna gavs möjligheter att köpa sådana tjänster. Den typ av tjänster som avsågs var:

”sådana som bedöms direkt erforderliga för att återföra en försäkrad i arbete. Det gäller tjänster dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering och dels för de direkta åtgärder som syftar till att underlätta en återgång till förvärvsarbete”⁵

Insatser av rent medicinsk karaktär fick inte köpas. Inte heller skulle medlen användas till insatser som motiverades av strukturförändringar i arbetslivet eller i syfte att i allmänhet förebygga arbetslöshet.⁶

Medlen ingår i anslaget för sjukpenning som budgetprövas årligen. En genomgång av budgetpropositioner och utskottsbetänkanden från mitten av 1990-talet visar att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansfrågor har

⁵ Prop. 1989/90:62 bilaga 1 s. 10.

⁶ Prop. 1989/90:62 bilaga 1 s. 10 samt socialförsäkringsutskottets betänkande 1989/90:SfU12 s. 7–8.

diskuterats. När det gäller köp av tjänst har medlen diskuterats två gånger.⁷ I budgetpropositionen från år 1995/1996 diskuterades en tillfällig minskning av anslaget i avvaktan på en översyn av effekterna av köp av tjänst för den enskilde. I budgetpropositionen från år 2002/2003 nämner regeringen att reglerna bör förtydligas när det gäller vilka grupper som köp av tjänst ska tillfalla. Regeringen föreslog att köp av tjänst endast borde användas till personer i små företag samt till personer som inte kan återgå till sin arbetsgivare. Någon diskussion om målgrupp har inte förts dessförinnan. Regeringen avsåg att senare återkomma med en proposition i frågan. Frågan berördes inte av utskottet i det efterföljande betänkandet.⁸ Ingen proposition har lämnats i frågan. För närvarande bereds frågan i Regeringskansliet. I nuläget kan således köp av tjänst tillfalla alla sjukskrivna.

Riksrevisionen kan också konstatera att försäkringskassans möjlighet att köpa rehabiliteringstjänst inte diskuterades i samband med rehabiliteringsreformen år 1992.⁹ I och med reformen fick arbetsgivaren huvudansvaret för de anställdas rehabilitering. Detta borde ha minskat försäkringskassans behov av att köpa rehabiliteringstjänster.

2.2 Regeringens styrning av köp av tjänst

I regleringsbrevet till RFV för budgetåret 1990/91 ges den första instruktionen för RFV:s och försäkringskassornas disposition av medlen. Här slås fast att de tjänster som ska köpas för medlen finns definierade i den proposition som låg till grund för medlen. Vidare ställs liknande krav som i propositionen på RFV:s uppföljning av medlen.

”Riksförsäkringsverket skall lämna en särskild redovisning av de effekter som möjligheten att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster har haft. Utvärderingen skall ske med avseende på bl.a. det ekonomiska resultatet för försäkringen såvitt gäller sjukpenning, förtidspensionering och arbetsskador och i samhällsekonomiskt avseende, de försäkrades sjukskrivningstider inkl. utnyttjande av deltids-sjukskrivning och eventuella regionala skillnader”¹⁰

Samma formulering återfinns i regleringsbrevet för budgetåret 1991/92. I samband med att medlen infördes konstaterade regeringen att möjligheten att köpa rehabiliteringstjänster ställde stora krav på försäkringskassorna.

⁷ Prop. 1996/97:1, 1997/98:1, 1998/99:1, 1999/2000:1, 2000/01:1, 2001/02:1, 2002/03:1, 2003/04:1 utgiftsområde 10. Utskottsbetänkanden: 1996/97:SfU1 s. 24 samt bilaga 2, 1997/98:SfU1 s. 30, 51–52, 1998/99:SfU1 Anslag A1, 1999/2000:SfU1 s. 55–56, 2000/01:SfU1 s. 87–88, 2001/02:SfU1 s. 12–20, 2002/03:SfU1 och 2003/04:SfU1 s. 41–51.

⁸ Prop. 2002/03:1 utgiftsområde 10 s. 30–31 samt 2002/03:SfU1.

⁹ Prop. 1990/91:141.

¹⁰ Statsliggaren 1990/91 Socialdepartementet V/S s. 23.

Försäkringskassornas respektive styrelse uppmanades därför att besluta om riktlinjer för användningen av medlen.¹¹

Förutom återrapporteringskrav samt den proposition som nämns ovan finns få regler eller anvisningar för köp av tjänst. En genomgång av regeringens samtliga regleringsbrev till RFV och försäkringskassorna sedan medlen infördes visar att endast en regeländring är tydlig.¹² Förändringen innebar att försäkringskassorna från och med år 2002 inte längre ska köpa aktiva åtgärder till arbetslösa sjukskrivna.¹³ Förändringen genomfördes i syfte att tydliggöra arbetsförmedlingens ansvar för denna grupp.¹⁴

Regeringen har i regleringsbrev ställt krav på RFV:s redovisning av köp av tjänst. Återrapporteringskraven gäller ekonomiska effekter för socialförsäkringen och effekter i form av resultatet för den sjukskrivne.¹⁵ För åren 1990 och 1991 skulle RFV redovisa eventuella effekter som medlen haft på sjukskrivningstider och ekonomiska resultat för socialförsäkringen. Mellan åren 1992 och 1995 fanns krav på att utvärdera köp av tjänster, i syfte att stärka kompetensen i upphandling och förhandling. År 1998 ställdes krav på att RFV skulle kategorisera och redovisa fördelningen av köpen. Åren 1999–2003 ställdes krav på RFV att redovisa förbrukningen av de särskilda medlen samt ge en analys av medlens användning och en bedömning av resultaten.¹⁶ Resultatet av RFV:s uppföljning beskrivs nedan i avsnitt 2.4.

År 1997 fick Statskontoret i uppdrag av regeringen att göra en översyn av senare års rehabiliteringssatsningar, med särskilt fokus på köp av tjänst.¹⁷ Anledningen till uppdraget var att regeringen ansåg att det saknades en samlad bild över samhällets totala insatser för rehabilitering och dess effekter samt av rehabiliteringens totala kostnader. I avvaktan på resultatet från översynen minskades tillfälligt medlen för köp av tjänst med 200 miljoner.¹⁸

¹¹ Prop. 1989/90:62 bilaga 1 s 11–10 samt socialförsäkringsutskottets betänkande 1989/90:SfU12 s. 7–8.

¹² Statsliggaren 1989/90–1995/96, statsliggaren 1997–2001, regleringsbrev budgetåren 2002–2004 avseende RFV.

¹³ Regleringsbrev för budgetåret 2002 avseende RFV s. 23.

¹⁴ Intervjuer med RFV och försäkringskassor.

¹⁵ Följande rapporter är resultat av återrapporteringskraven: RFV Anser 1991:19, RFV Redovisar 1992:3 och 1995:13.

¹⁶ Statsliggaren 1989/90–1995/96, statsliggaren 1997–2001, regleringsbrev budgetåren 2002–2004 avseende RFV.

¹⁷ Statskontoret 1997:27.

¹⁸ Socialdepartementet: PM, bilaga till regeringsbeslut 1997-03-13 i Statskontoret 1997:27 s. 161 samt prop. 1995/96:150.

2.3 Vägledning

Enligt RFV:s instruktion ska verket säkerställa att socialförsäkrings- och bidragssystemen tillämpas likformigt och rättvist. Detta sker bland annat genom allmänna råd och tillsyn över försäkringskassornas verksamhet.¹⁹ Eftersom medlen inte är lagreglerade kan inte RFV utfärda föreskrifter eller allmänna råd för köp av tjänst.

RFV ger ut vägledningar som stöd för försäkringskassans ärendehandläggning. Vägledningarna innehåller beskrivningar av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, praxis och JO:s beslut.²⁰

2.3.1 RFV:s vägledning

Riksförsäkringsverkets vägledning *Sjukförsäkring och rehabilitering* innehåller riktlinjer för försäkringskassans samordningsansvar, rehabiliteringsarbete och för de särskilda medlen för köp av tjänst. Vägledningen uppdaterades i februari år 2004.

I vägledningen betonas att försäkringskassan endast ska köpa rehabiliteringstjänster som anses som nödvändiga för att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. Försäkringskassan kan köpa dels utredningar, dels aktiva rehabiliteringsåtgärder. Tjänsterna ska vara av arbetslivsinriktad karaktär, inte av medicinsk karaktär.²¹

Enligt den tidigare vägledningen från år 2002 kunde försäkringskassan köpa en försäkringsmedicinsk utredning (FMU) vid behov av medicinskt underlag för att bedöma den försäkrades rätt till ersättning. Enligt RFV var FMU lämplig att köpa i de ärenden där det krävdes en helhetsbedömning som vägde in den försäkrades hela livssituation.²²

I vägledningen från år 2004 har vissa förtydliganden gjorts. RFV har klargjort när försäkringskassan ska remittera en sjukskriven till en sjukvårdsenhet och när man i stället ska upphandla en utredning. Om avsikten är att klarlägga diagnos, sätta in behandling och ge en prognos för tillfrisknandet, ska den sjukskrivne remitteras till sjukvårdsenhet.²³

Om försäkringskassan bedömer att det är nödvändigt för att få ett tillräckligt beslutsunderlag kan man köpa utredningar för de särskilda medlen. Utredningen ska enligt RFV innehålla information om den försäkrades nuvarande arbetsförmåga, rehabiliteringsbehov, hur arbetsförmågan kan

¹⁹ Förordning (1998:739) med instruktion för Riksförsäkringsverket.

²⁰ RFV Vägledning 2004:2.

²¹ RFV Vägledning 2004:2 s. 106.

²² RFV Vägledning 2002:8 s. 34.

²³ RFV Vägledning 2004:2 s. 36.

tillvaratas och hur försäkringskassan ska finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av utbildningar, arbetsinnehåll med mera.²⁴

Aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som försäkringskassan kan köpa är till exempel arbetsträning och utbildning. Arbetsträning bör enligt RFV begränsas till tre månader om arbetsträningen syftar till återgång till ordinarie arbetsgivare. De utbildningar som försäkringskassan kan köpa ska ha en yrkesinriktad karaktär, med mål att återföra den försäkrade till arbetsmarknaden. Enligt RFV bör en försäkrad ha fått ökad arbetsförmåga inom ett år och således bör utbildning som rehabiliteringsåtgärd ha avslutats inom ett år.²⁵

Försäkringskassan ska enligt RFV:s föreskrift²⁶ på lämpligt sätt kontinuerligt kontrollera att de producenter som försäkringskassan har avtal med svarar mot de kvalitetskrav som ställs i föreskriften.

2.3.2 Försäkringskassornas vägledning

I samband med att medlen infördes uppmanades försäkringskassornas respektive styrelse att besluta om riktlinjer för användningen av medlen. Vissa försäkringskassor har utvecklat egna riktlinjer och vägledning för köp av tjänst eller för de särskilda medlen. Av de fem försäkringskassor som ingår i Riksrevisionens granskning har tre försäkringskassor egna riktlinjer. Riktlinjerna utgår från samma förarbeten som RFV hänvisar till i sin vägledning. Delvis ger de dock en mer detaljerad vägledning för hur köp av tjänst ska användas, vilket beskrivs nedan. Två av riktlinjerna är utarbetade på tjänstemannanivå, en är beslutad av försäkringskassans styrelse.

Blekinge

Riktlinjerna utgår från RFV:s vägledning och den proposition som ligger till grund för inrättandet av medlen. Försäkringskassan i Blekinge anser därutöver att tjänster ska kunna köpas även i förebyggande syfte om det finns en klar risk att en person kan komma att bli arbetsoförmögen. Riktlinjerna diskuterar även upphandling och hur kassan ska agera för ha en klar och entydig roll som beställare av tjänster.²⁷ Enligt praxis ska en arbetsgivare genom omplaceringsutredning visa att den sjukskrivne inte kan återgå till arbetsgivaren. Den sjukskrivne betraktas därmed som arbetslös och ska

²⁴ RFV Vägledning 2004:2 s. 95.

²⁵ RFV Vägledning 2004:2 s. 104–105.

²⁶ RFFS 2003:9, Riksförsäkringsverkets föreskrift om kvalitetskrav på vissa utredningar som en allmän försäkringskassa kan upphandla.

²⁷ Blekinge allmänna försäkringskassa, Riktlinjer för köp av tjänster fastställda den 25 september 1995.

länkas över till arbetsförmedlingen eftersom risken för arbetslöshet föreligger.²⁸

Stockholm

Stockholmskassans riktlinjer för särskilda medel²⁹ innehåller viss vägledning angående inriktningen av köp av tjänst. Riktlinjerna delar in tjänsterna i fyra kategorier: grundläggande utredning, motivationshöjande åtgärder, arbetsprovning/arbetsutbildning och utbildning. Utifrån dessa diskuteras inriktningen för köp av tjänster för olika grupper av sjukskrivna. Bland annat diskuteras köp av tjänster till presumtivt arbetslösa, det vill säga anställda eller egna företagare som inte bedöms kunna återgå till sin ursprungliga sysselsättning. För dessa ska ett antal förutsättningar vara uppfyllda innan det kan bli aktuellt med köp av tjänst. Bland annat ska det vara klarlagt att den sjukskrivne inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare. Det ska också vara klarlagt att arbetsmarknadsmyndigheterna inte kan ställa upp med rehabilitering samt anledningen till detta. Handläggarens bedömning ska vara att åtgärden förkortar sjukskrivningstiden. Liksom i Blekinge anser försäkringskassan i Stockholm att köp av tjänst ska kunna göras även i förebyggande syfte. Riktlinjerna innehåller också kortfattade hänvisningar för avtal och registrering av köp.

Västra Götaland

Västra Götaland har separata riktlinjer för köp av tjänst.³⁰ Syftet med riktlinjerna är att:

*"de särskilda medlen ska användas på ett effektivt och rättssäkert sätt"*³¹

Riktlinjerna utgår från de definitioner som finns i den proposition som låg till grund för inrättandet av medlen samt från RFV:s krav på kategorisering av köpen.

Syftet med köp av FMU ska vara att bedöma rätten till ersättning samt utreda behov av rehabilitering. En stegprocess för att underlätta bedömning av när och i vilka fall som FMU kan vara nödvändig finns i riktlinjerna. Syftet med en arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning (ARU) är att göra en bedömning av den sjukskrivnes möjligheter att utöva någon form av förvärvsarbete. Olika typer av utredningar ingår i begreppet ARU, bland annat kartläggning av förutsättningar för rehabilitering, vägledningsinsatser och funktionsutredningar.

²⁸ Försäkringskassan i Blekinge.

²⁹ Försäkringskassan i Stockholms län, *Riktlinjer för särskilda medel* 2000-12-18.

³⁰ Försäkringskassan i Västra Götalands län, *Köp av tjänst*, Riktlinjer 2002-07.

³¹ Försäkringskassan i Västra Götalands län, *Köp av tjänst*, Riktlinjer 2002-07 s. 1.

Aktiva åtgärder delas i riktlinjerna in i motivationshöjande insatser, aktiveringsprogram, arbetsprövning samt utbildning. Syftet med aktiva åtgärder ska vara att underlätta för en återgång till arbetslivet och ge den sjukskrivne förutsättningar för att ansvara för sin egen rehabilitering. Åtgärden ska påskynda rehabiliteringen och därmed förkorta sjukskrivningstiden. Även för aktiva åtgärder finns det en stegmodell som handledning för när tjänst kan köpas till en presumtivt arbetslös. Handläggarens bedömning ska vara att den sjukskrivne inte kan återgå till sin arbetsgivare och att den sjukskrivne klarar ett annat arbete på arbetsmarknaden, för att det ska vara aktuellt med ett sådant köp. Vidare ska det vara klart att arbetsmarknadsmyndigheterna inte ställer upp med rehabilitering och varför. Åtgärden ska bedömas förkorta sjukskrivningstiden.

Riktlinjerna behandlar också försäkringskassans relation till olika aktörer inom rehabiliteringen, arbetsmarknadsmyndigheterna, arbetsgivare, kommun och sjukvård bland andra. Uppföljning, registerhållning och redovisning av köp av tjänst berörs också.

2.4 Uppföljning och utvärdering

När medlen infördes betonade regeringen att RFV kontinuerligt bör följa upp köp av tjänster, för att kunna utvärdera effekter som medlen haft för den sjukskrivne och även ekonomiska konsekvenser för sjukförsäkringen.³² RFV har förutom uppföljning utifrån återrapporteringskrav i regleringsbrev genomfört ett antal utvärderingar av köp av tjänst.

2.4.1 RFV:s uppföljningssystem

RFV har ett separat register för köp av tjänst³³. Registret innehåller bland annat uppgifter om typ av köp, ålder, kön, diagnos och lokalkontor. Systemet är inte kopplat till ärendehanteringssystemet (ÄHS) som försäkringskassan använder som stöd för handläggningen, varför registreringen i köp-av-tjänstregistret är en sidorutin. Enligt intervju med en representant från RFV är uppgifterna i registret inte tillförlitliga. Därför begär RFV årligen in uppgifter från försäkringskassorna som behövs för att kunna återrapportera i enlighet med regleringsbrevet.

I intervjuer med RFV framkommer också att RFV i syfte att få mer tillförlitlig statistik och bättre förutsättningar för att följa användningen av medlen har utvecklat IT-stödet Kommers. I Kommers kan handläggarna

³² Prop. 1989/90:62 bilaga 1 s. 10 samt socialförsäkringsutskottets betänkande 1989/90:SfU12 s. 7–8.

³³ Trans – 826.

genomföra avrop och registrera uppgifter för uppföljning. Systemet är dessutom kopplat till ekonomisystemet Agresso, vilket anses underlätta för handläggarna när de ska registrera köpen. Enligt RFV kommer Kommers att vara infört vid samtliga försäkringskassor från år 2005. I samband med detta kommer köp-av-tjänst-registret att läggas ned.

I RFV:s register för samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering (SAR-registret) registreras uppgifter om alla pågående samordningsärenden och om arbetsförmågan har ökat sex månader efter avslutad samordnad rehabilitering. Det går inte att särskilt studera de ärenden där köp av tjänst förekommit, eftersom det inte i SAR-registret är möjligt att registrera köp. Därför kan inte heller SAR-registret användas för uppföljning av köp av tjänst. Enligt RFV är tanken att registret ska upphöra under året och ersättas av ett system med andra mätpunkter.

2.4.2 Resultat av uppföljningar

RFV har genomfört ett antal uppföljnings- och utvärderingsstudier som berör köp av tjänst och arbetslivsinriktad rehabilitering.³⁴ Utvärderingarna har berört försäkringskassans val av producenter och har visat att försäkringskassan köper tjänster från alltfler producenter och att producenterna oftare är privata än offentliga.³⁵ Utvärderingarna har också visat vilka sjukskrivna som får köp av tjänst med avseende på kön, ålder och diagnos.³⁶

RFV har visat på vissa problem i gränsdragningen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering som aktualiserats i samband med försäkringskassans köp av tjänst. Bland annat konstaterades att det inte är ovanligt att landstinget vill att försäkringskassan ska stå för sådana behandlingar som landstinget självt tidigare bekostat.³⁷

Av utvärderingarna framgår köpens effekter på sjukskrivningstider. RFV har konstaterat ett samband mellan köp av utredningar och ett ökat antal förtidspensioneringar. Förtidspensioneringarna ökar när försäkringskassan genom köp av utredning får underlag för bedömning av den sjukskrivnes möjlighet att arbeta.³⁸

Vidare har RFV visat att köp av tjänst å ena sidan leder till längre sjukskrivningstider på kort sikt eftersom rehabiliteringsinsatserna i sig förlänger sjukskrivningstiden. Å andra sidan bidrar köp av tjänst till att sjukskrivningstiderna förkortas på lång sikt. RFV har i en utvärdering funnit att antalet

³⁴ RFV Redovisar 1992:3, 1994:9, 1995:13, 1995:20, 1997:8, 1997:10 och 1997:11 samt RFV Anser 1991:19.

³⁵ RFV Redovisar 1995:13 s. 5.

³⁶ RFV Redovisar 1994:9 s. 12–13.

³⁷ RFV Anser 1991:19 s. 24.

³⁸ RFV Redovisar 1994:9 s. 6.

sjukdagar drygt två år efter köptillfället är färre än innan köpet av rehabiliteringstjänst.³⁹ I en annan utvärdering har RFV visat att en tredjedel av de sjukskrivna som fått ett köp hade få sjukskrivningsdagar och en tredjedel var förtidspensionerade två år efter köptillfället. RFV konstaterade i samma studie att försäkringskassan valt personer för köp av tjänst som man ansåg hade större möjlighet att lyckas i rehabiliteringen.⁴⁰ RFV konstaterar också att ju senare ett beslut fattas om att starta en rehabilitering, desto större är risken för att den sjukskrivne förtidspensioneras.⁴¹

Flera av studierna pekar på svårigheten att isolera köpets effekter från effekter av andra åtgärder som vidtas i samband med rehabiliteringen. Enligt RFV har det även varit svårt att utforma jämförbara kontrollgrupper i syfte att studera effekterna av köp av tjänst. Därför har främst individens situation före och efter köp jämförts.⁴²

Även försäkringskassans arbete med köp av tjänst har utvärderats, och RFV har konstaterat att försäkringskassorna hanterar möjligheten att köpa tjänst på olika sätt. Bland annat visar utvärderingen att vissa centralkontor detaljstyrde medan andra hade få riktlinjer för köp av tjänst, vilket innebar mer eller mindre utrymme för handläggarens egen bedömning.⁴³ Det har skett en förskjutning av beslutsbefogenheter för köp av tjänst från centralkontor till handläggarnivå.⁴⁴

RFV har konstaterat att det för framgångsrika köp krävs att handläggarna har en fördjupad kunskap om rehabiliteringsåtgärder och vidare att handläggarna genomför köp kontinuerligt. Därför ansågs det vara bra om flera handläggare var involverade i köp av tjänst. Utvärderingen summerar dessa erfarenheter med att konstatera att det krävs resurser på försäkringskassorna för att kunna prioritera arbete med köp av tjänst.⁴⁵

Utvärderingarna visar att det ofta är flera överväganden i bedömningen om vilka sjukskrivna som ska erbjudas köp av tjänst.⁴⁶ En utvärdering konstaterar att det kan vara viktigt att analysera betydelsen av vilka avvägningar som görs och vilka beslut som tas av den enskilde handläggaren. Handläggarens egen erfarenhet har stor påverkan enligt utvärderingen.⁴⁷

Statskontoret utvärderade försäkringskassans arbete med köp av tjänst år 1997 och konstaterade problem i hanteringen av köp av tjänst och uppföljningen av densamma. Statskontoret ansåg att uppföljningen av

³⁹ RFV Redovisar 1994:9 s. 15–19.

⁴⁰ RFV Redovisar 1995:13 s. 5–8.

⁴¹ RFV Redovisar 1997:8 s. 6.

⁴² RFV Redovisar 1997:8 s. 12 samt 1994:9 s. 9–10.

⁴³ RFV Redovisar 1994:9 s. 35.

⁴⁴ RFV Redovisar 1994:9 s. 6 samt RFV Redovisar 1997:8 s. 8.

⁴⁵ RFV Redovisar 1992:3 s. 9.

⁴⁶ RFV Redovisar 1992:3 s. 9–10 och 1997:10 bland annat.

⁴⁷ RFV Redovisar 1992:3 s. 10–11.

samordnad rehabilitering och köp av tjänst var undermålig och att ett nationellt system behövdes. De menade även att en etisk plattform för prioriteringar inom rehabiliteringsverksamheten krävdes⁴⁸, vilket uttrycktes på följande sätt:

*”Försäkringskassans handläggare ägnar sig varje dag åt bedömningar av olika slag, men det saknas en gemensam grund för dessa bedömningar.” – – –
En sådan plattform är grunden för en rättssäker och lika behandling av människor. – –⁴⁹*

2.5 Sammanfattning och bedömning

Riksrevisionen kan konstatera att målsättningen för köp av tjänst är allmänt formulerad. I stället beskrevs den situation då försäkringskassan skulle ges möjlighet att köpa tjänst, det vill säga då utredningar och aktiva åtgärder ansågs nödvändiga för att den sjukskrivne skulle kunna återgå i arbete. I förarbetena definierades inte heller någon målgrupp eftersom tanken var att generell påskynda rehabiliteringsprocessen. Den allmänt formulerade målsättningen får enligt Riksrevisionens bedömning också konsekvenser för möjligheten att följa upp medlen.

Få förändringar i målsättningen för köp av tjänst har skett under de 14 år som försäkringskassan har haft möjlighet att köpa tjänster.

Regeringen har i budgetpropositionen från år 2002/03 uttryckt att det finns ett behov av att förtydliga vad köp av tjänst ska användas till, men några sådana förändringar har inte realiserats.

RFV:s vägledning, som bland annat berör köp av tjänst, ger enligt Riksrevisionens uppfattning svagt stöd för handläggarnas prioritering mellan olika sjukskrivningsfall och mellan olika situationer då köp av tjänst kan vara aktuellt. Försäkringskassornas egna riktlinjer ger vägledning på en högre detaljnivå. Riktlinjerna är dock av skiftande kvalitet och har olika inriktning. I försäkringskassornas vägledningar finns vissa målgrupper definierade.

De register som i dagsläget finns för att mäta och följa upp köp av tjänst är av bristande kvalitet bland annat på grund av rutinerna för inregistrering. Registren håller heller inte kvalitet med hänseende på vad som mäts och hur uppgifterna kan användas.

RFV har återrapporterat enligt de krav som ställts i regleringsbrev och har även genomfört ett antal utvärderingar. Uppföljningen har fokuserat på köpens effekter på sjukskrivningstiden, men samtidigt konstaterar RFV svårigheter med att isolera köpens effekter på resultatet från effekter från

⁴⁸ Statskontoret 1997:27 s. 91–92 och s. 96–98.

⁴⁹ Statskontoret 1997:27 s. 92.

andra insatser. Riksrevisionen anser att kunskapen om vilka effekter köp av tjänst har på den sjukskrivnes livssituation och återgång i arbete är alltför begränsad.

RFV kunde redan i början av 1990-talet visa på problem i arbetet med köp av tjänst, framför allt när det gäller försäkringskassans hantering av medlen. Exempel på detta är svårigheter för handläggaren att göra avvägningar inför ett köp samt försäkringskassans gränsdragning gentemot andra aktörer. I utvärderingar av köp av tjänst konstateras vidare bland annat att handläggarnas bedömningar utgår från olika prioriteringar och erfarenheter. Det framträder också tydligt att försäkringskassorna arbetar olika med köp av tjänst, bland annat när det gäller organisering och styrning.

Att försäkringskassorna använder köp av tjänst på olika sätt har RFV känt till en längre tid. Någon analys av om olikheterna kan innebära problem eller risker är dock inte gjord, vilket Riksrevisionen anser är ett problem. I de följande kapitlen presenteras resultat från Riksrevisionens granskning som visar att problemen fortfarande kvarstår.

3 Försäkringskassans användning av köp av tjänst

I detta kapitel presenteras försäkringskassans användning av köp av tjänst. Vidare diskuteras vilken betydelse köp av tjänst har ur ett handläggarperspektiv, samt om det föreligger hinder för användningen.

Riksrevisionens granskning av försäkringskassans arbete bygger på fallstudier vid 5 försäkringskassor, sammanlagt 11 lokalkontor.

3.1 Fördelning av medel

De särskilda medlen för köp av tjänst ingår i sjukpenninganslaget. RFV fördelar medlen till försäkringskassorna baserat på andelen pågående långa sjukfall, antal försäkrade samt utfallet av föregående års fördelning. Försäkringskassorna kan även använda de särskilda medlen för arbetshjälpmedel, läkarutlåtanden, resor, samverkan och särskilt bidrag⁵⁰. De särskilda medlen för köp av tjänst som tillfaller försäkringskassorna omfattade 903 miljoner kronor år 2003, varav 89 procent användes till köp av tjänst. Tidigare år har mellan 60 och 70 procent av medlen använts till köp av tjänst.⁵¹ Mellan de olika posterna inom de särskilda medlen för köp av tjänst kan försäkringskassorna fördela enligt egen prioritering. En tabell över anslag och förbrukning av de särskilda medlen för köp av tjänst på länsnivå finns i bilaga 2.

Under de senaste åren har ca 16 000 till 17 000 sjukskrivna fått köp av tjänst. Antalet köp ligger dock aningen högre. Antalet köpta tjänster har varierat mellan ca 15 000 och 22 500 mellan åren 1991 och 2003. Över tid har antalet köp ökat, men ökningen har inte varit konstant.⁵²

3.2 Tjänster och målgrupp

Vilken typ av insats som försäkringskassorna köper har förändrats mellan åren 1999 och 2003⁵³. Som framgår av tabell 1 nedan har försäkringskassorna köpt allt fler utredningar och allt färre aktiva åtgärder. Även när man ser

⁵⁰ Särskilt bidrag utgår för vissa merkostnader som den sjukskrivne kan få då den deltar i rehabilitering. RFV vägledning 2004:2 s. 111.

⁵¹ RFV.

⁵² RFV Store 2003-03-05.

⁵³ RFV:s statistik innehåller inte samma kategorisering av typ av tjänst över tid, därför redovisas endast åren 1999–2003.

till kostnaderna för de köpta insatserna har utgiften för utredningar ökat i relation till aktiva åtgärder, se tabell 2 nedan.

Tabell 1. Antal köp av tjänst, fördelat på utredningar och aktiva åtgärder i procent, 1999–2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Antal köp av tjänst	21 356	21 929	20 278	20 696	22 572
Varav utredningar*	49 %	58 %	58 %	64 %	66 %
Varav aktiva åtgärder	51 %	44 %	44 %	36 %	34 %

Källa: RFV Store 2003-03-05

* I utredningar ingår FMU, ARU, samt utredningar som inte är specificerade.

Tabell 2. Kostnad för köp av tjänst tkr, fördelat på utredningar och aktiva åtgärder i procent, 1999–2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Kostnad för köp av tjänst	453 203	579 200	532 209	564 796	803 344
Varav utredningar*	21 %	33 %	46 %	55 %	60 %
Varav aktiva åtgärder	79 %	66 %	54 %	45 %	40 %

Källa: RFV samt ÅR 2003 s. 36

* I utredningar ingår FMU, ARU, samt utredningar som inte är specificerade.

Under de senaste fem åren har ett köp av rehabiliteringstjänst i genomsnitt kostat ca 27 000 kronor. Kostnaden för aktiva åtgärder har under perioden varit ca 10 000 kronor högre än kostnaden för utredningar.⁵⁴

Enligt RFV:s statistik varierar fördelningen mellan utredningar och aktiva åtgärder väsentligt mellan olika försäkringskassor. År 2003 hade den försäkringskassa som köpt störst andel aktiva åtgärder köpt 85 procent aktiva åtgärder av totalt antal köp. Den försäkringskassa som köpt minst andel aktiva åtgärder hade köpt ca 20 procent av totalt antal köp.⁵⁵ En översikt över skillnaderna mellan försäkringskassor i köp av aktiva åtgärder respektive utredningar för åren 2000-2003 finns i bilaga 2.

RFV:s statistik över vilka som får köp av tjänst ger uppgifter om kön och diagnos. Statistiken visar att de senaste tre åren har drygt 60 procent av köpen gått till kvinnor och 40 procent till män. Den vanligaste diagnosen (55%) är sjukdomar kopplade till rörelseapparaten. Knappt en tredjedel har en så kallad psykisk diagnos, där bland annat utbrändhets/utmattningssyndrom ingår. Såväl köpens fördelning på kön som köpens fördelning på

⁵⁴ RFV Store 2003-03-05 samt RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 36.

⁵⁵ RFV Store 2003-03-05.

diagnos motsvarar i stort sett dessa gruppers andelar av samtliga sjukskrivna.⁵⁶

3.2.1 *Möjligheten att uppskatta behov*

När försäkringskassan fick möjlighet att köpa rehabiliteringstjänst år 1990 definierades ingen målgrupp. Vilka sjukskrivna som har störst behov av köp av tjänst är emellertid svårt att uppskatta eftersom flertalet faktorer inverkar. Exempelvis påverkas de sjukskrivnas behov av vilka insatser som arbetsgivaren respektive försäkringskassan vidtar. Vidare påverkas behovet av tillgängligheten i sjukvården och komplexiteten i diagnosen.

Antalet sjukskrivna som har behov av rehabilitering är något lättare att uppskatta utifrån antal långtidssjukskrivna, antal personer som är i behov av att byta arbetsgivare, antal personer som är föremål för samordnad rehabilitering med mera. Enligt RFV:s statistik och uppskattningar:

- hade 489 000 personer haft ett sjukfall som varat i mer än 60 dagar (år 2003)⁵⁷
- hade 10,3 personer per 1000 försäkrade varit sjukskrivna i mer än två år (år 2003)⁵⁸
- var 49 900 personer i samordnad rehabilitering (år 2003).⁵⁹
- uppskattades antalet sjukskrivna arbetslösa till ca 70 000 (första kvartalet 2003)⁶⁰
- uppskattades antalet sjukskrivna som behöver byta arbetsgivare till 35 000 personer (första kvartalet 2003)⁶¹

I utredningen *Rehabilitering till arbete* uppskattades 100 000 personer vara i behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser än medicinsk behandling.⁶²

3.3 **Betydelsen av köp av tjänst**

I intervjuer med handläggare på försäkringskassorna framträder en bild av att handläggarna har stort utrymme att bedöma när köp av tjänst ska ske, till vem och vad som ska köpas.

⁵⁶ RFV årsredovisning för budgetåret 2002 s. 38 och RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 38.

⁵⁷ RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 36.

⁵⁸ RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 35.

⁵⁹ RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 36.

⁶⁰ RFV:s och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering s. 19.

⁶¹ RFV:s och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering s. 19.

⁶² SOU 2000:78 s. 17.

På frågan om betydelsen av köp av tjänst var handläggarnas vanligaste svar att köp av tjänst är viktigt ”för att kunna föra ärendet framåt”. Enligt intervjuade handläggare är möjligheten att köpa tjänst särskilt viktig i sjukskrivningsärenden som pågått en längre tid, i ärenden där den sjukskrivnes problem är svårtolkade och/eller då den sjukskrivne inte kan återgå till sin arbetsgivare. Handläggarna menar att sjukskrivningarna skulle bli ännu längre och sjukersättningarna skulle öka om de inte hade möjlighet att köpa tjänst.

Enligt handläggarnas beskrivning behövs FMU framför allt i komplexa ärenden där den sjukskrivne har en diffus diagnos och då en helhetsbedömning behövs. De läkarintyg som lämnas med den försäkrades sjukförsäkring, enligt intervjuade handläggare, inte alltid tillräckligt underlag för bedömning av rätten till ersättning och behov av rehabilitering. Enligt RFV har försäkringskassorna uppmanats att köpa fler utredningar för att förbättra beslutsunderlagen.

Köp av aktiva åtgärder har särskilt stor betydelse i ärenden då anställda inte kan återgå till arbete hos sin arbetsgivare. Handläggarna anser också att köp av arbetslivsinriktade åtgärder är viktiga för egna företagare och anställda hos små arbetsgivare. De menar att små företag ofta inte har ekonomiska möjligheter att bekosta rehabiliteringsåtgärder.

I intervjuer med handläggare har det framkommit att det finns ett stort behov av att köpa aktiva åtgärder till arbetslösa sjukskrivna. Handläggarna uttrycker att behovet är särskilt stort eftersom Arbetsförmedlingen inte i tillräcklig utsträckning tar rehabiliteringsansvar för de arbetslösa sjukskrivna.

Flertalet av de intervjuade handläggarna efterlyser fler effektutvärderingar av medel för köp av tjänst. Handläggarna vill få mer information om utfallet av rehabiliteringsprocessen och vilken betydelse köpet haft för resultatet.

3.4 Begränsningar för framgångsrik rehabilitering

I intervjuer med handläggare på försäkringskassan framgår att handläggarens huvudsakliga fokus är på den sjukskrivnes möjlighet att bli frisk och återgå i arbete. Utifrån detta perspektiv konstaterar handläggarna ett antal problem. Handläggarna uttrycker ett missnöje med att de inte kan köpa tjänster till arbetslösa. Att handläggarna inte kan köpa terapisaftal för medlen, samt att reglerna begränsar till köp av endast vissa typer av utbildning är annat som lyfts fram som problem.

3.4.1 *Begränsningar för köp till arbetslösa*

Flertalet handläggare anser att nuvarande regelbestämmelser inte är anpassade till arbetslösas behov. Anledningen är regeländringen från år 2002 som innebär att försäkringskassorna inte ska köpa aktiva åtgärder till arbetslösa sjukskrivna. Enligt RFV:s uppskattning uppgår de arbetslösa sjukskrivna till ca 15 procent av alla som varit sjukskrivna i mer 30 dagar.⁶³

Arbetsmarknadsverket (AMV) är via arbetsförmedlingarna ansvarig för insatser för arbetslösa sjukskrivna. Om den arbetslöse i samband med sjukskrivning är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetsförmedlingen ansvarig för att genomföra insatserna. I de fall det finns behov av en försäkringsmedicinsk eller arbetslivsinriktad utredning är det försäkringskassans ansvar att genomföra och finansiera dessa. Försäkringskassan har kvar samordningsansvaret för arbetslösa sjukskrivna, även när personen är inskriven vid arbetsförmedlingen.⁶⁴

För arbetslösa sjukskrivna har flera samarbetsprojekt mellan försäkringskassa och arbetsförmedling startats. Syftet är att överbrygga olikheter i myndigheternas olika definitioner av arbetsförmåga och målsättning samt att öka arbetslösa sjukskrivnas möjligheter till rehabilitering. Intervjuade handläggare är övervägande positiva till samarbetsprojekten, men framhåller samtidigt att samarbetsprojekten endast löser rehabiliteringsbehovet för en del arbetslösa sjukskrivna. Flera av samarbetsprojekten har begränsat målgruppen till sjukskrivna som blivit arbetslösa det senaste året. Enligt handläggarna är det därmed många arbetslösa sjukskrivna som inte får ingå i projekten. För dessa kan försäkringskassan endast utreda behovet av rehabilitering. En del handläggare köper aktiva åtgärder för att föra ärendet vidare, trots att detta är emot regelverket.

3.4.2 *Begränsningar för köp av utbildning och terapi*

Flertalet handläggare har påpekat att det finns ett stort behov av att kunna köpa terapisaftal för att få i gång rehabiliteringsprocessen. Terapisaftal är emellertid en medicinsk åtgärd och således hälso- och sjukvårdens ansvar, vilket gör att försäkringskassan inte ska köpa sådana tjänster.

Det har också framkommit att handläggare vid två försäkringskassor uppfattar att bestämmelserna när det gäller köp av utbildningar begränsar möjligheten till en lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt RFV:s vägledning bör en försäkrad ha fått ökad arbetsförmåga inom ett år och utbildningen bör därför vara avslutad inom ett år. Handläggarna vid de två försäkringskassorna påpekar att långtidssjukskrivna i dag ofta är högut-

⁶³ RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 38.

⁶⁴ Prop. 1990/91:141 s. 56.

bildade och de flesta har gymnasieutbildning. Att erbjuda högskoleutbildade en ettårig yrkesutbildning anser många handläggare inte vara en lösning.

3.5 Hinder för effektiv användning

Förutom de regelmässiga hinder som handläggarna på försäkringskassorna påpekat, har andra problem också lyfts fram. Enligt handläggarna utgör den höga arbetsbelastningen på försäkringskassorna ett problem, liksom den marknad på vilken försäkringskassan köper sina tjänster.

3.5.1 *Hög arbetsbelastning på försäkringskassan hämmar rehabiliteringsarbetet*

Under fyra av de fem senaste åren har inte de särskilda medlen förbrukats. Detta har föranlett påpekanden från både regeringen⁶⁵ och riksdagen. Socialförsäkringsutskottet förhöll sig frågande till detta, bland annat mot bakgrund av ökande antal långtidssjukskrivna och det därmed ökade behovet av rehabiliteringsåtgärder.⁶⁶

RFV menar att förklaringen till förbrukningen främst står att finna i den ökade arbetsbelastningen på försäkringskassan som en följd av ökat antal sjukskrivningsärenden. Denna har lett till att försäkringskassorna inte haft tid att prioritera arbete med rehabilitering och därmed inte heller köp av tjänst.⁶⁷ De försäkringskassor som ingår i Riksrevisionens granskning har gett en liknande bild av orsakerna till detta.

I nästan samtliga intervjuer framkommer att arbetsbördan vid försäkringskassorna under senare år har varit mycket stor till följd av ökat antal sjukskrivningsärenden. Särskilt framträdande är detta i intervjuer vid försäkringskassorna i Uppsala och Stockholm, men det har även framkommit i intervjuer i Norrbotten och Västra Götaland.

Riksrevisionens aktstudie visar att en betydande del (13 procent) av de utredningar som köpts är så kallade basutredningar. En basutredning kan göras i stället för den första grundläggande utredning som handläggaren annars själv genomför i ett ärende.

Enligt intervjuer på försäkringskassorna har det stora inflödet av sjukskrivningsärenden inneburit att framför allt handläggarna som bedömer rätten till ersättning har fått en pressad arbetssituation. Även handläggare

⁶⁵ Prop. 2003/04:1 utgiftsområde 10 s. 23.

⁶⁶ Socialförsäkringsutskottets betänkande 2003/04:SFU1 s. 44.

⁶⁷ RFV årsredovisning för budgetåret 2002 s. 38.

som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering och köp av ARU och aktiva åtgärder har påverkats.

Sedan år 1999 har RFV ett riksmål som syftar till att minska antalet sjukfall som pågått två år eller längre.⁶⁸ Enligt Riksrevisionens iakttagelser har detta mål hög prioritet vid försäkringskassorna. Prioriteringen leder, enligt handläggarna, till att de inte får tillräckligt utrymme att arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering och därmed köp av tjänst. Enligt Riksrevisionens iakttagelser resulterar arbetet med tvåårsfallen i många fall i att försäkringskassan beslutar om utbyte av sjukpenning till sjukersättning. Särskilt framträdande har detta varit vid försäkringskassan i Uppsala.

Det har framkommit i flertalet intervjuer att införandet av ärendehanteringssystemet (ÄHS) har krävt avsevärda resurser vilket gjort att handläggarna fått nedprioritera andra arbetsuppgifter. Sedan år 2001 bedriver RFV och försäkringskassorna ett gemensamt metodutvecklingsarbete i syfte att förbättra utredningsmetodikerna och öka samsynen i viktiga frågor inom ohälsoområdet. Handläggarna menar att även denna satsning har minskat deras tid för handläggning. Slutligen har det vid flera försäkringskassor framhållits att flertalet omorganisationer under senare år har påverkat handläggningstiden negativt. Detta har särskilt kommenterats i intervjuer vid försäkringskassan i Norrbotten, Stockholm och Uppsala.

3.5.2 *Kö till producenter av rehabiliteringstjänster*

Försäkringskassornas förbund (FKF) samordnar upphandling för försäkringskassornas räkning. För närvarande finns ramavtal för arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster och försäkringsmedicinska utredningar.⁶⁹ FKF upphandlar försäkringsmedicinska utredningar för samtliga försäkringskassor. Försäkringskassorna inom ramen för Oktavensamarbetet⁷⁰, tillsammans med försäkringskassorna i Stockholms respektive Gotlands län, upphandlar arbetslivsinriktade utredningar och aktiva åtgärder själva. Både FKF:s och Oktavensamarbetets avtal är utformade som ramavtal, vilket innebär att försäkringskassan avropar från avtalet när behov uppstår. Handläggarna vid försäkringskassan fattar själva beslut om avrop.

I intervjuer med ledning och handläggare vid försäkringskassan i Stockholm och Västra Götaland har det framkommit att det under senare år tidvis uppstått månadslånga köer till producenter. Detta gäller framför allt producenter av FMU. Väntetiderna innebär att ärenden blir liggande innan beslut om ersättning och rehabiliteringsåtgärd kan fattas. Enligt intervjuer

⁶⁸ Regleringsbrev avseende de allmänna försäkringskassorna för år 2003.

⁶⁹ Försäkringskassaförbundets hemsida: <http://www.fkf.se>.

⁷⁰ Oktaven är ett samarbete mellan försäkringskassorna i Södermanland, Östergötland, Uppsala, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg.

med försäkringskassorna är avtalens utformning som avropsavtal en förklaring till dagens köer.

3.6 Sammanfattning och bedömning

De särskilda medlen för köp av tjänst uppgick till nära en miljard kronor år 2003. Den största delen av medlen används till köp av tjänst, även om detta varierar mellan försäkringskassor. Medlen tilldelas försäkringskassorna utifrån en uppskattning av behov som baseras på bland annat sjukskrivningstal.

Mellan 16 000 och 17 000 sjukskrivna får köp av tjänst varje år, men antalet sjukskrivna som är i behov av rehabiliteringsåtgärd är sannolikt betydligt större. RFV har emellertid inte uppskattat behovet.

Andelen köp av aktiva åtgärder har under senare år minskat samtidigt som andelen utredningar ökat. Fördelningen mellan utredningar och aktiva åtgärder varierar mellan försäkringskassorna. Varken i instruktioner för köp av tjänst eller i regleringsbrev regleras försäkringskassornas fördelning mellan utredningar och aktiva åtgärder. RFV har uppmanat försäkringskassorna att köpa fler utredningar för att förbättra beslutsunderlagen. Samtidigt uttrycker den proposition som låg till grund för medlens inrättande att de tjänster som köps för medlen skulle vara direkt nödvändiga för att återföra en sjukskriven person i arbete. Att använda medlen till utredningar i allt större utsträckning är positivt utifrån perspektivet att försäkringskassan får ett bättre underlag för bedömning av rehabiliteringspotential och rätten till ersättning. Samtidigt minskar utrymmet för att till exempel köpa utbildning och aktiveringsåtgärder, insatser som förutsätts öka möjligheterna att återgå i arbete.

Riksrevisionen konstaterar att många handläggare anser att köp av tjänst är ett viktigt redskap i rehabiliteringsarbetet. Granskningen visar att köp av tjänst kan vara ett sätt att lösa gränsdragningsproblem inom den arbetslivs- inriktade rehabiliteringen. Intervjuade handläggare uttrycker dock att vissa regler som existerar idag inte är anpassade till de behov som de sjukskrivna har i sin rehabilitering.

Det finns vissa praktiska hinder för att köp av tjänst ska kunna användas effektivt. Medlen har under den senaste femårsperioden inte förbrukats helt, vilket kan förklaras av försäkringskassornas arbetsbelastning som gör att de inte hinner med att arbeta med rehabilitering. Att producenterna inte till fullo kan tillmötesgå försäkringskassans behov av utredningar är ett annat problem.

Flertalet intervjuade handläggare efterlyser fler effektutvärderingar av köp av tjänst. De vill få mer information om utfallet av rehabiliteringsprocessen

och vilken betydelse köpet haft för resultatet. De utvärderingar som genomförts har således inte givit handläggarna kunskap om köpens betydelse för resultatet.

Riksrevisionen bedömer att det inom användningen av de särskilda medlen för köp av tjänst finns ett stort utrymme för den enskilde handläggarens egen bedömning. Vad som ska köpas, när och till vem avgörs av den handläggare som beslutar i ärendet. Riksrevisionen anser att det därför finns risk att köp av tjänst inte tillämpas likformigt och rättvist.

Riksrevisionen konstaterar att handläggarens huvudsakliga fokus när de arbetar med köp av tjänst är på den sjukskrivnes möjlighet att bli frisk och återgå i arbete. Riksrevisionen anser dock att det även förekommer andra motiv för användningen av köp av tjänst. Handläggarna säger i intervjuer att köpa tjänst innebär en möjlighet att föra ärendet framåt i en som de upplever pressad arbetssituation. Att föra ärendet framåt innebär en möjlighet att agera och/eller avsluta ett ärende.

4 Effekter på ansvarsfördelningen

En av utgångspunkterna för Riksrevisionens granskning är frågan om försäkringskassans köp av tjänst påverkar ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Frågan bör ställas mot bakgrund av att målsättning och riktlinjer för försäkringskassans köp av tjänst är vagt formulerade och att det ger utrymme för en flexibel användning.

I detta kapitel beskrivs problematiken i ansvarsfördelningen utifrån Riksrevisionens iakttagelser. Vidare beskrivs försäkringskassornas hantering av kostnader i samband med köp av tjänst och huruvida hanteringen av kostnader påverkar ansvarsfördelningen.

Riksrevisionens granskning av effekter på ansvarsfördelningen bygger på fallstudier vid 5 försäkringskassor, sammanlagt 11 lokalkontor. Riksrevisionen har förutom intervjuer med handläggare och ledningsrepresentanter vid dessa försäkringskassor även genomfört intervjuer med kommunala och landstingskommunala arbetsgivare inom dessa försäkringskasseseområden. Ett femtiotal arbetsgivarrepresentanter har intervjuats. Inga representanter från privata sektorn har intervjuats. Granskningen bygger även på resultat av den aktstudie som genomförts inom ramen för granskningen. För mer information se bilaga 1.

4.1 Ansvarsfördelning mellan försäkringskassa och arbetsgivare

Försäkringskassans respektive arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av anställda regleras huvudsakligen i lagen om allmän försäkring (AFL). Intervjuade arbetsgivare har poängterat att ansvarsfördelningen i praktiken är oklar. De har också pekat på hinder för ansvarstagande som är förknippat med samarbetet med försäkringskassan.

4.1.1 *Arbetsgivarens ansvar*

Arbetsgivarens ansvar för anställdas arbetslivsinriktade rehabilitering regleras i AFL. Enligt lagen har arbetsgivaren förstahandsansvaret för de anställdas rehabilitering. Detta innebär att arbetsgivaren, i samråd med den sjukskrivne, ska ansvara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering

vidtas.⁷¹ Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren prövar försäkringskassan utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.⁷²

Enligt lagstiftarens intentioner ansvarar arbetsgivaren också för att åtgärder som den anställde är i behov av kommer till stånd. Exempel på åtgärder som arbetsgivaren ska ansvara för är arbetsprövning, arbetsträning, utbildning, omplacering, anpassning av arbetet, tekniska åtgärder eller att särskild utrustning köps till den anställde. Arbetsgivaren skall vidta åtgärder som ligger inom eller i anslutning till den egna verksamheten.⁷³

Enligt Arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar och behov genom att anpassa arbetsförhållanden eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder. I arbetsmiljölagen regleras också arbetsgivarens skyldighet att upprätta en lämplig arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.⁷⁴

4.1.2 *Försäkringskassans ansvar*

Försäkringskassan ansvarar enligt AFL för att utreda och besluta om rätt till ersättning vid sjukdom, bedöma behov av rehabilitering samt ta initiativ till och samordna rehabiliteringsinsatser i enskilda ärenden. Försäkringskassans ansvar omfattar alla former av rehabilitering och inte endast arbetslivsinriktad rehabilitering.⁷⁵

Samordningsansvaret innebär vissa uppföljnings- och tillsynsuppgifter. Försäkringskassan ska följa och utvärdera rehabiliteringsverksamheten inom försäkringskassans geografiska område, samt se till att samverka mellan olika rehabiliteringsaktörer fungerar. Försäkringskassan ska också utöva tillsyn över arbetsgivarens insatser. Om en arbetsgivare inte rättar sig kan försäkringskassan anmäla arbetsgivaren till Arbetsmiljöinspektionen (AI).⁷⁶

4.1.3 *Arbetsgivare anser att ansvarsfördelningen är oklar*

Kommunala och landstingskommunala arbetsgivare har i intervjuer framför allt pekat på två oklarheter när det gäller ansvarsfördelningen. Den ena oklarheten gäller gränsen för arbetsgivarens förstahandsansvar, exempelvis vilka åtgärder arbetsgivaren ska vidta för att anses ha gjort tillräckligt och när ansvaret övergår till försäkringskassan. Den andra oklarheten berör försäkringskassans samordningsansvar.

⁷¹ 22 kap. 3§ AFL.

⁷² Prop. 1990/91:140 s. 52.

⁷³ Prop. 1990/91:141 s. 42.

⁷⁴ Arbetsmiljölagen (1977:1160).

⁷⁵ Prop. 1990/91:141 s. 90.

⁷⁶ Prop. 1990/91:141 s. 50–51.

Enligt intervjuer med försäkringskassans handläggare är det vanligaste kriteriet för att arbetsgivaren ska anses ha gjort tillräckligt att arbetsgivaren har genomfört en omplaceringsutredning. Det ska vara klargjort att den försäkrade inte kan återgå till arbetsgivaren. Arbetsgivarna ställer sig frågande i intervjuerna till hur många omplaceringar som arbetsgivaren ska göra, innan alla möjligheter kan anses uttömda. Hur långt ska arbetsgivaren gå i arbetsanpassning och i antalet arbetsprövningar och arbetsträningar? Arbetsgivarna ställer sig också tveksamma till om det är arbetsgivarens ansvar att låta en anställd arbetsträna/arbetspröva i arbete som ligger utanför dennes kompetens och där det inte finns lediga tjänster.

Oklarheten kring försäkringskassans samordningsansvar gäller innebörden av uppdraget och vad som skiljer detta från arbetsgivarens ansvar. Vem bestämmer t.ex. vilka åtgärder som är nödvändiga och vad innebär det att försäkringskassan ska ge stöd åt arbetsgivarna i rehabiliteringsarbetet? Arbetsgivare som intervjuats uttrycker genomgående stor osäkerhet kring vad som ingår i försäkringskassornas samordningsansvar. Arbetsgivarna nämner att det är svårt att veta vad försäkringskassan kan bidra med, vad arbetsgivaren kan förvänta sig och när. De arbetsgivare som har kontakter med flera försäkringskassor och handläggare menar att försäkringskassorna arbetar efter olika praxis.

4.1.4 *Arbetsgivare anser att det finns hinder för ansvarstagande*

Majoriteten av de kommunala och landstingskommunala arbetsgivare som Riksrevisionen intervjuat anser att det saknas förutsättningar för dem att fullt ut och på ett bra sätt ta det ansvar som de tilldelats enligt lagen. I intervjuer uttrycker de vissa hinder som är förknippade med samarbetet med försäkringskassorna och de krav som ställs.

Exempelvis menar intervjuade arbetsgivare att de har svårt att svara upp mot de krav som läkare och försäkringskassa ställer. Enligt arbetsgivarna rekommenderar läkare i dag ofta enkla arbeten för personer som drabbats av förslitningsskador och stress – två mycket vanliga diagnoser hos långtids-sjukskrivna. Många arbetsgivare anser emellertid att det generellt råder brist på enklare arbeten på dagens arbetsmarknad. Senare års rationaliseringar inom offentliga verksamheter har skapat en brist på sådana arbeten. Det gör att arbetsgivarna ofta inte har utrymme för att genomföra rehabiliteringen på det sätt som lagstiftningen kräver. Det gäller framför allt platser för arbetsträning, arbetsprövning och omplaceringar. Majoriteten av de intervjuade arbetsgivarna anser att försäkringskassan ställer orealistiska krav på omplaceringar inom verksamheten.

Arbetsgivarna anser att det skett en försämring i försäkringskassans tillgänglighet och medverkan. Långa handläggningstider och sena beslut på

försäkringskassan stoppar upp rehabiliteringsprocessen och försvårar för arbetsgivaren att ta ansvar för rehabiliteringen. Det finns arbetsgivare som ser försäkringskassan som motpart snarare än som stöd. Arbetsgivare som har en fast kontaktperson på försäkringskassan är mer positiva till försäkringskassans insatser och samordningsroll.

4.2 Försäkringskassornas hantering av kostnader

Enligt Riksrevisionens bedömning kommer ovanstående oklarheter i ansvarsfördelningen till uttryck i samband med köp av tjänst. I det följande beskrivs hur de försäkringskassor som ingår i granskningen agerar gentemot arbetsgivare när det gäller kostnader för köp av tjänst.

4.2.1 Kostnadsansvaret enligt lag och RFV:s riktlinjer

Rehabiliteringsreformen från år 1992 innebar att arbetsgivarna fick förstahandsansvaret för rehabilitering och försäkringskassan samordningsansvar. I den proposition som låg till grund för reformen berördes inte hur köp av tjänst skulle hanteras i relation till arbetsgivarens ansvar.⁷⁷

Tidigare statliga utredningar har konstaterat att det i AFL inte är tydligt uttalat att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar även innefattar kostnadsansvar. Både försäkringskassor och arbetsgivare som ingår i Riksrevisionens granskning har poängterat att det inte framgår av lagen om arbetsgivarens förstahandsansvar att den innebär att arbetsgivaren ska bekosta enskilda åtgärder. Enligt RFV:s vägledning omfattar emellertid arbetsgivarens ansvar även finansiering av åtgärder.⁷⁸ Enligt riktlinjerna är arbetsgivarens ansvar för åtgärder och finansiering följande:

I arbetsgivarens ansvar ligger att uppmärksamma och utreda behov av rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd och finansiera dem. Ansvaret för finansieringen begränsas till det ansvar arbetsgivaren har för åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställde ska kunna vara kvar i verksamheten.⁷⁹

I RFV:s vägledning är det, enligt Riksrevisionens bedömning, oklart huruvida det med åtgärder även avses åtgärder för vilka försäkringskassan använder medel för köp av tjänst. Däremot uttalar RFV i sina riktlinjer att

⁷⁷ Prop. 1990/91:141.

⁷⁸ RFV Vägledning 2004:2 s. 105.

⁷⁹ RFV Vägledning 2004:2 s. 100.

försäkringskassan inte får överta andra rehabiliteringsaktörers ansvar för genomförande och kostnader.⁸⁰

4.2.2 Försäkringskassorna förhandlar om kostnader

I Riksrevisionens granskning har det framkommit att försäkringskassorna förhandlar med arbetsgivaren om kostnader för köp av tjänst. Tre av de försäkringskassor som ingår i granskningen har utvecklat riktlinjer och förhållningssätt till hur kostnader ska fördelas mellan arbetsgivare och försäkringskassa. Riksrevisionens bedömning utifrån intervjuer med handläggare är att de i praktiken förhåller sig till riktlinjerna på olika sätt. Försäkringskassorna i Uppsala och Norrbotten saknar enligt intervjuer lokala riktlinjer. Ett lokalkontor i Norrbotten har utvecklat en särskild praxis för fördelning av kostnader mellan försäkringskassa och kommun.

Blekinge

Försäkringskassan i Blekinge län har en kostnadsfördelningspolicy som innebär att försäkringskassan och arbetsgivaren ska dela kostnaderna för köp av aktiva rehabiliteringsåtgärder med hälften.⁸¹ I intervjuer med handläggare framkommer att de följer policyn, med undantag för ärenden som gäller anställda som inte kan återgå till sin arbetsgivare. Då står försäkringskassan för hela kostnaden.

Västra Götaland

Enligt riktlinjerna som tagits fram vid Försäkringskassan i Västra Götalands län ska kostnaden för köp av tjänst i första hand betalas av arbetsgivaren om den anställde ska vara kvar hos samma arbetsgivare. I andra hand bör försäkringskassan förhandla om delat kostnadsansvar med arbetsgivaren, men samtidigt sträva efter att de tar sitt ansvar så långt som möjligt. I sista hand ska försäkringskassan stå för hela kostnaden.⁸²

Jämfört med riktlinjerna vid Försäkringskassan i Blekinge län förefaller inte riktlinjerna för Västra Götaland vara lika styrande för handläggarnas agerande gentemot arbetsgivaren. Intervjuerna med handläggarna visar att det förekommer en varierande praxis. Det har uttryckts som:

⁸⁰ RFV Vägledning 2004:2 s. 98.

⁸¹ Blekinge läns allmänna försäkringskassa, *Faktablad rehabiliteringsplan*, 2003-11-14.

⁸² Försäkringskassan i Västra Götalands län, *Köp av tjänst*, Riktlinjer 2002-07.

"Det sker en förhandling, men arbetsgivaren ska betala så mycket som möjligt",
"Det sker en förhandling med 50 procent som målsättning",
"När försäkringskassan har medel sker ingen förhandling",
"Det finns en informell policy",
"Det finns ingen policy",
"Det är en tyst överenskommelse"

Stockholm

Enligt riktlinjer som Försäkringskassan i Stockholms län tagit fram, är det arbetsgivarna som i första hand ska stå för kostnader för köp av arbetslivsinriktade åtgärder. Försäkringskassan kan bekosta arbetslivsinriktade åtgärder i form av vägledning, arbetsprövning/arbetsträning och utbildning om det är klargjort att den försäkrade inte kan återgå till ordinarie arbetsgivare och samtidigt klarar annat arbete efter rehabilitering.⁸³ I intervjuer med handläggare hänvisar de emellertid inte till dessa riktlinjer. Handläggarna betonar att det ska ske en förhandling i varje enskilt ärende. Vissa handläggare menar dock att det ofta slutar med att försäkringskassan står för kostnaderna till hälften.

Uppsala

Försäkringskassan i Uppsala län saknar lokala riktlinjer för köp av tjänst. Enligt intervjuade handläggare i Uppsala län ska rehabiliteringsinsatser föregås av en förhandling om fördelning av kostnaderna. Det råder emellertid oklarheter kring villkoren för förhandlingen. Vissa handläggare menar att det utvecklats en praxis där försäkringskassan och arbetsgivarna delar lika på kostnaderna. Det finns också handläggare som menar att det saknas policy, handläggare som menar att det finns en muntlig policy och handläggare som menar att det finns tysta överenskommelser.

Norrbottnen

Även Försäkringskassan i Norrbottens län saknar egna riktlinjer för köp av tjänst. Dock har ett lokalkontor utvecklat en praxis för kostnadsfördelning mellan kommun och försäkringskassa. Enligt handläggare i Norrbotten ska försäkringskassan få arbetsgivarna att betala så mycket som möjligt. Det förefaller som om försäkringskassan i Norrbotten har en tuffare attityd gentemot arbetsgivarna än de andra försäkringskassorna som ingår i granskningen. Detta tar sig bland annat uttryck i att det är fler handläggare vid Försäkringskassan i Norrbottens län som driver att arbetsgivarna även

⁸³ Försäkringskassan Stockholm, *Riktlinjer för särskilda medel*, 2000-12-18.

ska stå för kostnader för utredningar än vid de andra försäkringskassorna som ingår i granskningen.

4.2.3 *Högre krav på stora arbetsgivare*

Det har också framkommit i intervjuer med handläggare att högre krav ställs på stora arbetsgivare att stå för kostnader vid köp av tjänst, eftersom de anses ha bättre ekonomiska förutsättningar än mindre arbetsgivare. Vissa handläggare anser emellertid att detta är problematiskt eftersom stora arbetsgivare kan ha begränsade ekonomiska utrymmen till följd av nedskärningar i verksamheten. Vissa handläggare påpekar också att en liten arbetsgivare kan ha mycket god ekonomi.

I intervjuer med handläggare har det även framkommit att de ställer högre krav på stora arbetsgivare eftersom de anses ha bättre förutsättningar att ha en fungerande personalorganisation, att avsätta medel i rehabiliteringsbudget och att erbjuda, dokumentera och följa upp rehabiliteringsverksamheten. Vissa handläggare anser att även stora arbetsgivare kan ha begränsningar i organisationen till följd av nedskärningar i verksamheten som gör det svårt att erbjuda arbetsträning och omplacering.

4.2.4 *Handläggarens möjlighet att bedöma arbetsgivaren*

Det framkommer i intervjuer att handläggarna saknar förutsättningar att bedöma arbetsgivarnas ekonomiska möjligheter att finansiera rehabiliteringsåtgärder. Svårigheten att bedöma arbetsgivarnas möjligheter gäller inte enbart kostnader. Enligt intervjuer saknar de även i vissa fall förutsättningar för att bedöma arbetsgivarnas möjligheter att genomföra rehabiliteringsåtgärder. Handläggarna vänder sig ofta till arbetsplatsens fackliga organisationer för att få kompletterande uppgifter om arbetsgivarens möjligheter till rehabiliteringsåtgärder.

4.2.5 *Försäkringskassans möjlighet att få arbetsgivaren att betala*

Enligt intervjuer med handläggare på försäkringskassan uppkommer diskussion om ansvar framför allt i ärenden som berör sjukskrivna som arbetsgivaren av olika anledningar anser sig ha gjort tillräckligt för. Enligt intervjuade handläggare kan arbetsgivaren ha vidtagit en rad olika åtgärder innan köp av tjänst är aktuellt och anser att det är tillräckligt. Det kan också föreligga en konflikt mellan arbetsgivare och anställd som gör att arbetsgivaren inte är villig att ytterligare bidra. Arbetsgivaren kan också enligt intervjuade handläggare hävda att den anställdes problem inte är arbetsrelaterade. Handläggarna menar att det i dag är vanligare med diffusa diagnoser

som inte beskriver den sjukskrivnes problem och hur dessa kan hanteras. Ett exempel är utmattningssyndrom. Enligt handläggarna är det lättare att diskutera en konkret arbetsskada, till exempel en förslitningsskada, med arbetsgivaren.

När handläggarna vill påverka arbetsgivare till att bekosta köp av tjänst försöker de göra det genom att argumentera för att kostnadsansvaret följer arbetsgivarens förstahandsansvar, det vill säga såsom det anges i RFV:s riktlinjer. Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att det sker en förhandling om kostnader. Genom en policy om delat kostnadsansvar, motsvarande den i Blekinge, undviks emellertid förhandlingssituationen. En sådan policy har enligt intervjuade handläggare både för- och nackdelar, vilket utvecklas närmare nedan.

Om arbetsgivaren inte är villig att bekosta hela eller delar av kostnaden för rehabiliteringstjänsten står försäkringskassan som regel för hela kostnaden. Enligt Riksrevisionens bedömning driver försäkringskassan ytterst sällan diskussionen om kostnader till sin spets. Enligt intervjuade handläggare finns det risk för att det inte blir något köp av tjänst om försäkringskassan i dessa lägen väljer att inte betala, och då är också risken stor för att den sjukskrivne blir lidande.

Handläggarna anser att kostnadsansvaret inte är tydligt formulerat i lagstiftningen, och därför anser de att de inte kan anmäla en arbetsgivare som inte är villig att bekosta köp av tjänst till AI. I den mån det finns ett samarbete med AI sker det i rådgivande syfte och på en övergripande nivå, eftersom AI inte heller arbetar med enskilda rehabiliteringsärenden.

4.2.6 *Kostnadsfördelningspolicy som lösning*

Att ha en kostnadsfördelningspolicy är ett sätt att hantera osäkerheten kring kostnadsansvaret. Att förhandlingssituationen undviks ses som en fördel av de intervjuade som argumenterar för en sådan policy. En annan fördel är att det är lättare att få arbetsgivarna att stå för en del av kostnaden om också försäkringskassan erbjuder sig att bidra. Intervjuade handläggare ser därutöver fördelar för den sjukskrivne om arbetsgivaren bekostar viss del. De menar att det kan vara ett sätt för arbetsgivaren att visa sitt ansvarstagande.

De som argumenterar mot en policy om delat kostnadsansvar menar att en sådan inte löser gränsdragningsproblematiken mellan arbetsgivare och försäkringskassa. De anser att en sådan policy i praktiken inte påverkar arbetsgivare som i grunden inte är beredda att finansiera rehabilitering. Särskilt gäller detta i de fall där arbetsgivare har svaga incitament att finansiera rehabilitering som t.ex. när anställda inte kan återgå till sin anställning. Ytterligare en synpunkt är att små arbetsgivare med begränsade resurser kommer att påverkas negativt av en regel om delat kostnadsansvar. De

handläggare som argumenterar mot en policy om delat kostnadsansvar ser också en risk för att arbetsgivarna kommer att ställa hårdare krav på dokumenterad sjukdomshistoria vid anställning. En annan risk är, enligt vissa handläggare, att endast de billigaste insatserna kommer att köpas, oavsett behov.

4.3 Arbetsgivarnas synpunkter på kostnadsfördelning

Flertalet av de intervjuade kommunala och landstingskommunala arbetsgivarna anser att kostnadsansvaret för köp av åtgärder skapar den största oklarheten i ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och försäkringskassa. Det gäller framför allt vilka åtgärder som det kan anses rimligt att arbetsgivaren betalar och när försäkringskassan ska betala hälften eller allt. Som tidigare nämnts har arbetsgivare som har kontakt med flera försäkringskassor och handläggare uppmärksammat att försäkringskassorna och handläggarna arbetar efter olika praxis. Enligt intervjuer med arbetsgivare gäller detta förhållande även för kostnadsfördelningen, vilket bidrar till ytterligare osäkerhet om försäkringskassans roll.

Majoriteten av arbetsgivarna i de län som ingår i granskningen uppger att de brukar dela kostnaden med försäkringskassan. Arbetsgivare i Västra Götaland och Stockholm uppger att det alltid sker en förhandling om kostnaderna. Arbetsgivare i Norrbotten uppfattar försäkringskassan som restriktiv när det gäller försäkringskassans vilja att stå för kostnaderna. Arbetsgivare i Västra Götaland anser däremot att försäkringskassan är relativt generös. Arbetsgivare i Blekinge upplever att det är tydligt att försäkringskassan och arbetsgivarna delar på kostnaderna. Förhandling om kostnader sker därför mera sällan.

Riksrevisionens granskning visar emellertid på ett delvis annat resultat som återges i nästa avsnitt.

4.4 Kostnadsfördelning enligt Riksrevisionens aktstudie

Riksrevisionen har genomfört en aktstudie i syfte att undersöka hur kostnaderna fördelats mellan arbetsgivare och försäkringskassa i ärenden där försäkringskassan använt medel för köp av tjänst. När försäkringskassorna köper rehabiliteringstjänst delar de ibland kostnaden med arbetsgivare eller annan aktör som vanligtvis är AFA⁸⁴.

⁸⁴ AFA är en gemensam organisation för de tre försäkringsbolagen AFA Livförsäkring, AFA Sjukförsäkring och AFA Trygghetsförsäkring. AFA:s huvudsakliga arbetsuppgift är att administrera avtalsförsäkringar bestämda i kollektivavtal eller andra överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter, (<http://www.afa.se>).

Aktstudien omfattar 394 anställda som fått ett köp av tjänst. De 394 anställda är jämnt fördelade på de elva lokalkontor som fallstudien omfattar. Det är inte ovanligt att en person får fler köp än ett. Därför omfattar aktstudien 589 köp. En mer utförlig beskrivning av metoden i aktstudien finns i bilaga 1.

4.4.1 Kostnadsfördelning i köp av utredningar

Aktstudien visar att försäkringskassan står för hela kostnaden i 87 procent av alla köp av utredningar till anställda. Arbetsgivarna betalar hela kostnaden i 8 köp (motsvarande knappt 3 procent) av utredningar, varav 6 köp betalades av arbetsgivare i Norrbotten. Resterande andel (10 procent) delar försäkringskassan, arbetsgivaren och annan aktör, vanligtvis AFA, i olika kombinationer. Att försäkringskassan står för hela kostnaden motiverar handläggarna med att utredningarna behövs för försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning och/eller behov av rehabilitering. Eftersom utredningarna i första hand är till för försäkringskassans ställningstagande anser handläggarna att försäkringskassan ska stå för kostnaden.

4.4.2 Kostnadsfördelning i köp av aktiva åtgärder

Enligt intervjuer med handläggare är det framför allt när det gäller köp av aktiva åtgärder som försäkringskassan diskuterar med arbetsgivaren om att dela på kostnaderna för köpet. I aktstudien är 52 procent av samtliga köp till anställda köp av aktiva åtgärder. Som tabell 3 nedan visar, har försäkringskassan stått för hela kostnaden i 59 procent av dessa köp. I Norrbotten är det något mindre vanligt att försäkringskassan står för hela kostnaden. Å andra sidan är det vanligare i Norrbotten att försäkringskassan delar kostnaden med annan än arbetsgivaren. I Västra Götaland är det vanligast att försäkringskassan står för hela kostnaden.

Tabell 3. Kostnadsbärare vid köp av aktiva åtgärder för anställda, antal köp

Kostnadsbärare	Blekinge	Norr- botten	Sthlm	Uppsala	Västra Götaland	Totalt
Köp där försäkringskassan har stått för hela kostnaden	54 %	47 %	67 %	60 %	72 %	59 %
Köp där försäkringskassan, arbetsgivaren eller annan aktör delat på kostnaden	37 %	38 %	27 %	29 %	26 %	32 %
Köp där arbetsgivaren och/eller annan* har stått för hela kostnaden	9 %	16 %	6 %	11 %	2 %	9 %
Totalt	100 % (84 köp)	100 % (69 köp)	100 % (64 köp)	100 % (38 köp)	100 % (53 köp)	100 % (308 köp)

* Vanligtvis AFA

Källa: Riksrevisionens aktstudie

Att försäkringskassan står för hela kostnaden i köp av aktiva åtgärder motiverar handläggarna huvudsakligen med att arbetstagaren inte kan återgå till arbetsgivaren. Andra argument som förekommer är att arbetsgivaren inte har några pengar, att det föreligger en konflikt mellan arbetsgivaren och den anställda eller att arbetsgivaren redan vidtagit flertalet åtgärder.

I 32 procent av köpen till anställda har försäkringskassan delat på kostnaden med arbetsgivare eller annan i olika kombinationer, som tabellen ovan visar. Vanligast är att försäkringskassan delar med arbetsgivaren. I Blekinge och Norrbotten är det vanligare att försäkringskassan delar på kostnaderna än i övriga län.

I 9 procent av samtliga köp av aktiva åtgärder till anställda har handläggarna uppgivit att arbetsgivaren eller annan aktör (vanligtvis AFA) stått för hela kostnaden. Att arbetsgivaren står för hela kostnaden är vanligast i Norrbotten och i Uppsala.

4.4.3 Arbetsgivarens aktivitet

I intervjuer med ledningen för försäkringskassan i Västra Götaland respektive Stockholm framkommer att arbetsgivarna blivit mer benägna att själva ansvara för rehabilitering. De intervjuade anser att detta kan innebära att försäkringskassan inte behöver köpa rehabiliteringstjänster i samma utsträckning som tidigare.

Riksrevisionens intervjuer med arbetsgivarrepresentanter inom kommun och landsting tyder på en generellt hög medvetenhet om att de har rehabiliteringsansvaret för sina anställda. Någon statistik som visar om arbetsgivarnas aktivitet inom rehabilitering har ökat över tid finns dock inte att tillgå.

Riksrevisionens granskning visar att arbetsgivare i flera fall kan ha vidtagit åtgärder och även bekostat rehabiliteringstjänster innan försäkringskassan kopplats in. I Riksrevisionens aktstudie har arbetsgivarna vidtagit åtgärder i 63 procent av de totalt 313 ärenden där det finns uppgifter om arbetsgivarens åtgärder. Exempel på åtgärder som arbetsgivaren vidtagit är omplacering, anpassning, arbetsträning, köp av arbetshjälpmedel eller köp av tjänst eller företagshälsovård.

Vanligast är att arbetsgivaren köper rehabiliteringstjänst av något slag eller utnyttjar egen företagshälsovård. Detta sker i 37 procent av de 197 ärenden där arbetsgivaren vidtagit åtgärder. Åtgärderna sker i ungefär samma utsträckning (anpassning 35, arbetsträning 31 och omplacering 27 procent), förutom köp av arbetshjälpmedel som är mindre vanligt (10 procent). Observera att en arbetsgivare kan ha vidtagit flera åtgärder i samma ärende.

I aktstudien har Riksrevisionen även ställt frågor om arbetsgivaren tagit initiativ till köpet, ensam eller tillsammans med försäkringskassan. I 3 procent av alla köp till anställda har arbetsgivaren varit ensam initiativtagare och i 12 procent av köpen har de tagit initiativ tillsammans med försäkringskassan.

I Riksrevisionens aktstudie förefaller det som om aktiva arbetsgivare står för kostnader i större utsträckning än mindre aktiva arbetsgivare. När arbetsgivaren har varit med och tagit initiativ till en insats har de varit med och betalat i 65 procent av fallen. I de ärenden där arbetsgivaren inte varit med och tagit initiativ till ett köp har de varit med och betalat i 22 procent av köpen.

I de fall arbetsgivaren vidtagit åtgärder tidigare i ärendet, är det vanligare att arbetsgivaren också står för en större del av kostnaden. I de ärenden där arbetsgivaren vidtagit en eller flera åtgärder tidigare, som arbetsträning eller anpassning, står arbetsgivaren för hela eller en del av kostnaden i 27 procent av köpen. I de fall då arbetsgivaren inte vidtagit några åtgärder innan så står de för hela eller en del av kostnaden i 9 procent av köpen.

4.5 Sammanfattning och bedömning

I Riksrevisionens granskning har det framkommit att det råder oklarhet om gränsen för arbetsgivarens förstahandsansvar och innebörden av försäkringskassans samordningsansvar. Oklarheten i ansvarsfördelningen kommer

till uttryck då försäkringskassan ställer krav på kostnadsfördelning i samband med köp av tjänst.

I samband med rehabiliteringsreformen berördes inte hur försäkringskassan ska hantera kostnader för köp av tjänst i relation till arbetsgivarens ansvar, och kostnadsfrågan är fortfarande oklar. Att RFV i sin vägledning tolkar lagstiftningen så att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar även innebär kostnadsansvar ökar tydligheten.

Försäkringskassorna och handläggarna hanterar kostnadsansvaret på olika sätt. Vissa försäkringskassor har utfärdat riktlinjer för köp av tjänst med viss vägledning för hur kostnader ska hanteras. I praktiken förhåller sig dessutom handläggarna till dessa kostnadsfördelningsprinciper på olika sätt.

I intervjuer med handläggare på försäkringskassorna har det framkommit att de sällan driver diskussionen om kostnader till sin spets. Enligt Riksrevisionens bedömning kan osäkerheten framför allt förklaras av att kostnadsansvaret inte är tydligt formulerat i lagstiftningen och det faktum att RFV tolkat att arbetsgivaren har kostnadsansvar.

Varken i RFV:s riktlinjer eller i lokala riktlinjer finns vägledning för hur försäkringskassorna ska prioritera. Riksrevisionens granskning visar emellertid att försäkringskassorna i praktiken gör vissa prioriteringar när det gäller kostnadsutkrävande. Det har t.ex. utvecklats en praxis att ställa högre krav på stora arbetsgivare. En av försäkringskassorna som ingår i granskningen har utvecklat en särskild praxis gentemot en arbetsgivare i länet.

En av försäkringskassorna som ingår i granskningen har infört en särskild policy för kostnadsfördelning som innebär att kostnaderna för aktiva åtgärder fördelas lika mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Enligt Riksrevisionens bedömning kan detta ses som ett sätt att hantera osäkerheten när det gäller kostnadsansvaret. Med en sådan kostnadsfördelningspolicy undviks förhandlingssituationen och det är lättare att få arbetsgivarna att bidra till kostnaderna. Delat kostnadsansvar har emellertid vissa negativa konsekvenser. Exempelvis har handläggare uttryckt farhågor om att en sådan lösning inte påverkar arbetsgivare som i grunden inte är beredda att betala. Vidare har handläggare uttryckt att finns en risk för att endast den billigaste insatsen kommer att köpas, att små arbetsgivare inte kommer att kunna betala och att arbetsgivare kommer att ställa högre krav på dokumenterad sjukdomshistoria vid anställning.

I intervjuer med kommunala och landstingskommunala arbetsgivare har dessa påpekat att olika försäkringskassor och olika handläggare agerar på olika sätt. Riksrevisionen bedömer att det är olikheten i hanteringen som skapat en osäkerhet om försäkringskassans roll och vad arbetsgivarna kan förvänta sig av försäkringskassan. De intervjuade arbetsgivare som har en kontaktperson på försäkringskassan upplever emellertid klara fördelar och är positiva till försäkringskassans insatser.

Riksrevisionens aktstudie visar att försäkringskassan i praktiken står för hela kostnaden i nästan 60 procent av alla köp av aktiva åtgärder. I intervjuer har dock både försäkringskassa och kommunala och landstingskommunala arbetsgivare uttryckt att det är vanligt att kostnaderna delas mellan dessa aktörer. Enligt Riksrevisionens iakttagelser har arbetsgivare ofta vidtagit åtgärder tidigare i ärendet, vilket kan ge uppfattningen att aktörerna delar på kostnader för rehabiliteringen.

5 Riksrevisionens bedömning och rekommendationer

Granskningen syftade till att belysa försäkringskassornas förutsättningar för att effektivt hantera köp av tjänst samt hanteringens effekter på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Granskningen har utgått från följande frågor:

- Finns tydliga mål och regler?
- Har köp av tjänst följts upp och har resultaten använts?
- Föreligger hinder för försäkringskassans användning?

Sammanfattningsvis är Riksrevisionens bedömning utifrån granskningen att försäkringskassorna inte har förutsättningar för att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt och att hanteringen har negativ inverkan på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare.

Att det saknas förutsättningar för att hantera medlen på ett effektivt sätt beror i första hand på att det saknas tydliga mål och regler för hanteringen av köp av tjänst. Handläggarna lämnas utan stöd i handläggningen och får därför lita till sin egen och sina kollegers erfarenhet att avgöra till vem, när och vad som ska köpas. På så sätt blir det oklart för arbetsgivare vad de kan förvänta sig av försäkringskassan. Det finns också en risk att köp av tjänst inte tillämpas på ett likformigt och rättvist sätt.

Granskningen visar att försäkringskassorna inte heller har förutsättningar för att hantera kostnader i förhållande till arbetsgivare. Kostnadsansvar för rehabiliteringstjänster som försäkringskassan köper är inte reglerat, men enligt RFV:s vägledning följer kostnadsansvaret arbetsgivarens förstahandsansvar. Försäkringskassorna förhandlar med arbetsgivare om kostnader och i praktiken har det utvecklats praxis när det gäller kostnadsfördelning med vissa arbetsgivare. Försäkringskassans hantering av kostnader för köp av tjänst skapar enligt Riksrevisionen ytterligare oklarheter i ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare.

Riksrevisionen anser att den otydliga målsättningen med köp av tjänst har givit sämre förutsättningar för uppföljning. RFV har emellertid följt upp köp av tjänst enligt regleringsbrev och i ett antal utvärderingar. Den kunskap om köp av tjänst som RFV har uppmärksammat i utvärderingar har inte använts för överväganden om och förändringar i försäkringskassornas hantering. Detta gäller exempelvis att försäkringskassorna och handläggarna hanterar medlen på olika sätt och att kunskapen om köpens effekter på den sjukskrivnes situation är begränsad.

Det föreligger vissa hinder för försäkringskassans köp av tjänst. Exempel på hinder är en hög arbetsbelastning på försäkringskassorna och försäkringskassornas avtal med producenter i form av ramavtal. Ur handläggarnas perspektiv finns också regelmässiga hinder för köp av tjänst, bland annat när det gäller vissa regler för köp av åtgärder och utbildning. Enligt Riksrevisionens bedömning är dessa problem dock underordnade det mer grundläggande problemet att målsättningen och lagstiftningen är oklar och utvecklas därför inte närmare i detta kapitel.

5.1 Oklara mål och regler ger varierande praxis

Enligt Riksrevisionens bedömning är avsaknaden av en uttrycklig målsättning och inriktning ett grundläggande problem i hanteringen av köp av tjänst. Inga överväganden när det gäller den övergripande inriktningen av försäkringskassans användning av medlen har gjorts under de 14 år som medlen för köp av tjänst existerat. Under perioden har ansvarsförhållandena inom rehabiliteringen förändrats, sjukskrivningarna har ökat och ohälsan har förändrats i sin karaktär.

Det finns få riktlinjer eller regler för hur köp av tjänst ska hanteras. RFV:s vägledning ger endast viss instruktion för vilka tjänster som får köpas och den ger ingen ytterligare vägledning för prioritering mellan olika sjukskrivningsfall. I samband med att medlen infördes uppmanades försäkringskassorna att utfärda riktlinjer. Av de försäkringskassor som ingår i granskningen har tre försäkringskassor utfärdat sådana, men de är av varierande kvalitet och omfattning.

Sedan medlen inrättades år 1990 har försäkringskassorna använt medlen på olika sätt. Bland annat har andelen utredningar i förhållande till aktiva åtgärder varierat kraftigt mellan försäkringskassorna. I dagens situation utan tydlig målsättning och med en begränsad vägledning från RFV som existerar parallellt med försäkringskassornas högst varierande riktlinjer lämnas den enskilde handläggaren utan stöd inför beslutet om köp av tjänst. Enligt Riksrevisionens bedömning är avgöranden om vem som får köp och vad som köps beroende av vilken handläggare som har ansvar för ärendet, eftersom handläggaren tvingas att utgå från sina egna erfarenheter.

Riksrevisionen anser att dagens hantering av köp av tjänst riskerar att motverka kravet på likabehandling inom socialförsäkringen. Därmed föreligger risk för att sjukskrivna hanteras olika. Detta gäller både vilka tjänster som köps och i vilka situationer försäkringskassan köper tjänst.

5.2 Negativa konsekvenser för ansvarsfördelningen

Riksrevisionen konstaterar att det finns en oklarhet om gränsen för arbetsgivarens förstahandsansvar och innebörden av försäkringskassans samordningsansvar. Riksrevisionen bedömer att försäkringskassans köp av tjänst förstärker den redan oklara ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Riksrevisionen konstaterar att det finns en osäkerhet om arbetsgivaren ska bekosta köp av tjänster som försäkringskassan initierat.

År 1992 då lagen om allmän försäkring förändrades och arbetsgivarna fick förstahandsansvar för rehabilitering berördes inte försäkringskassans hantering av medel för köp av tjänst. I intervjuer med handläggare framkommer en osäkerhet om kostnadsansvaret. Exempelvis hävdar handläggarna att arbetsgivarna ska stå för kostnaderna med argument från RFV:s vägledning, som tolkar lagstiftningen så att kostnadsansvaret följer arbetsgivarens förstahandsansvar. Samtidigt anser de att de inte kan sanktionera en arbetsgivare då kostnadsansvaret inte framgår av lagstiftningen. Handläggarna driver sällan diskussionen om kostnader till sin spets, vilket också enligt Riksrevisionen är ett uttryck för osäkerhet om kostnadsansvaret. Riksrevisionens aktstudie visar att försäkringskassan i praktiken oftast står för hela kostnaden och att det är mindre vanligt att kostnaderna delas med arbetsgivaren.

Granskningen har också visat att försäkringskassorna och handläggarna hanterar kostnadsansvaret på olika sätt. Vissa försäkringskassor har utfärdat riktlinjer för köp av tjänst med viss vägledning för hur kostnader ska hanteras. I praktiken förhåller sig handläggarna till dessa kostnadsfördelningsprinciper på olika sätt. Dessutom har det utvecklats en praxis att ställa högre krav på stora arbetsgivare.

Riksrevisionen anser att den ordning som förekommer med förhandlingar med arbetsgivaren om kostnader för köp av tjänst inte är rimlig inom ramen för en socialförsäkring som vill beakta likformighet och rättvisa. Försäkringskassans och handläggarens val av utgångspunkter för kostnadsfördelning samt handläggarens förmåga att förhandla blir avgörande för hur kostnadsfördelningen faller ut.

Olikheten i hanteringen av kostnader är en konsekvens av att lagen om allmän försäkring är otydlig angående kostnadsansvar. Olikheter i beslut om vem som ska erhålla köp av tjänst, vad som ska köpas och vid vilken tidpunkt är en konsekvens av att målsättningen är oklar. Sammantaget leder denna situation till att ansvarsstrukturen blir oklar, eftersom arbetsgivarna inte vet vad de kan förvänta sig av försäkringskassan. Riksrevisionen anser att klarare riktlinjer behövs, dels för hur medlen ska användas i relation till arbetsgivarens ansvar, dels för hur kostnaderna ska hanteras.

5.3 Resultat av uppföljning

RFV har genomfört ett antal utvärderingsstudier som huvudsakligen har koncentrerats på ekonomiska effekter för sjukförsäkringen, effekter på sjukskrivningstiden samt på resultatet viss tid efter köpet. RFV har emellertid inte kunnat visa på några tydliga effekter på den sjukskrivnes livssituation och möjlighet att återgå i arbete, eftersom köpens effekter inte har kunnat isoleras från effekter från andra insatser.

Utvärderingarna har också berört försäkringskassornas styrning av köp av tjänst. Att handläggarnas egen erfarenhet är avgörande i de bedömningar som görs, samt att försäkringskassorna arbetar olika med köp av tjänst visade RFV i utvärderingar redan i början av 1990-talet. Andra utvärderingar har bland annat konstaterat att handläggarna saknar gemensamma kriterier för de bedömningar som görs i samband med beslut om köp av tjänst. Enligt Riksrevisionen är det anmärkningsvärt att dessa tidigt identifierade problem fortfarande kvarstår och att de inte lett till några överväganden eller förändringar.

RFV har i uppföljning och utvärdering inte uppmärksammat andra, mer generella konsekvenser av köp av tjänst. Ett exempel är hur regler samt försäkringskassans hantering påverkar andra rehabiliteringsaktörers ansvarstagande. I utvärderingarna har RFV inte heller diskuterat om medlen borde avgränsas för en målgrupp, fastän det konstaterats att medlen används för vissa grupper framför andra.

Riksrevisionen anser att RFV:s uppföljningssystem är ett problem för uppföljningen av köp av tjänst. Varken *köp-av-tjänst-registret* eller *SAR-registret* kan användas för att följa upp köp av tjänst och dess effekter. RFV:s förhoppning är att det nya uppföljningssystemet *Kommers* ska lösa nuvarande problem när det gäller tillförlitligheten i statistiken och möjligheten att studera användningen av köp av tjänst.

5.4 Medlen som lösning på effektivitetsproblem

Enligt Riksrevisionens bedömning används i dag de särskilda medlen för köp av tjänst för att lösa effektivitetsproblem inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I dagsläget kan såväl aktiva åtgärder som medicinska utredningar och grundläggande bedömningar köpas för de särskilda medlen. Försäkringskassorna köper alltfler utredningar i syfte att få ett tillräckligt beslutsunderlag som inte hälso- och sjukvården levererar. Medlen används också för köp av åtgärder till anställda vars arbetsgivare av olika anledningar inte tar sitt rehabiliteringsansvar.

Medlen för köp av tjänst används också för att lösa försäkringskassans egna effektivitetsproblem som uppstått på grund av hög arbetsbelastning.

Riksrevisionens aktstudie visar att en betydande del av de utredningar som försäkringskassan köper är basutredningar, det vill säga utredningar som försäkringskassan själv kan genomföra. Detta kan i realiteten vara ett sätt för försäkringskassorna att lösa personalbrist.

Att använda medlen såsom ovan beskrivits kan vara effektivt i det enskilda fallet. Det kan vara ändamålsenligt att köpa en behandling som gränsar mot sjukvårdens ansvar eller att köpa en utbildning till en arbetslös sjukskriven som inte får hjälp på arbetsförmedlingen. Det kan också vara ändamålsenligt att köpa basutredningar då försäkringskassan inte har resurser att utreda i tid. På detta sätt riskerar emellertid försäkringskassorna att ta över ansvar som andra aktörer inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har enligt lag. Riksrevisionen anser att hanteringen av köp av tjänst i förlängningen riskerar att urholka existerande ansvarsstruktur inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

5.5 Riksrevisionens rekommendationer

Utifrån granskningen rekommenderar Riksrevisionen följande.

5.5.1 *Översyn av lag (1962:381) om allmän försäkring*

Riksrevisionen föreslår att regeringen initierar en översyn av lagen om allmän försäkring i syfte att klargöra gränsdragningen mellan försäkringskassans och arbetsgivarens ansvar för rehabilitering.

5.5.2 *Precisering av målsättning*

Riksrevisionen anser att regeringen bör precisera inriktningen för köp av tjänst. Preciseringsen ska syfta till att minska olikheterna i hanteringen av medlen och på så sätt ge bättre förutsättningar för likabehandling och skapa tydlighet i ansvarsstrukturen. Preciseringsen bör också möjliggöra uppföljning av köpens effekter för den sjukskrivnes möjligheter att återgå i arbete. Möjligheten att avgränsa medlen till en eller flera målgrupper bör övervägas. Det bör även övervägas om försäkringskassorna för de särskilda medlen för köp av tjänst ska kunna köpa basutredningar eller inte.

Riksrevisionen föreslår att RFV ges i uppdrag att genomföra en utvärdering som kan utgöra underlag för denna precisering.

5.5.3 Riktlinjer

Riksrevisionen föreslår att regeringen ger RFV i uppdrag att utfärda detaljerade riktlinjer för köp av tjänst som minskar olikheten i hanteringen mellan försäkringskassor och mellan handläggare.

Riktlinjerna är beroende av hur inriktningen preciseras. Med nuvarande system bör de innehålla stöd för handläggarens prioritering av vilka sjuk-skrivna som ska få vilken åtgärd och när i rehabiliteringsprocessen som åtgärder ska sättas in. Riktlinjerna bör också innehålla stöd för handläggarens agerande gentemot arbetsgivaren när det gäller ansvarsfördelning och hantering av kostnader.

Käll- och litteraturförteckning

Utredningar och rapporter

- Hyberg, Birgitta, 2002. *Med- eller motgång vid rehabiliteringsköp. En studie av framgångsfaktorer och hinder vid köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster vid Försäkringskassan i Stockholms län*, FoU-enheten, Försäkringskassan i Stockholms län
- Jonsson, Robert, *Faktorer som är väsentliga vid arbetslivsinriktad rehabilitering samt deras prognosvärde – en studie av Västra Götalandspopulationen 1994–1996*, Försäkringskassan Västra Götalands län, dnr 50-2001:309
- Riksförsäkringsverket 1991, *Rapport om rehabiliteringsarbetet under budgetåret 1990/91*, RFV anser 1991:19
- Riksförsäkringsverket 1992, *Arbetsformen runt försäkringskassornas köp av yrkesinriktade tjänster*, RFV redovisar 1992:3
- Riksförsäkringsverket 1994, *Utvärdering av försäkringskassans köp av tjänster*, RFV redovisar 1994:9
- Riksförsäkringsverket 1995, *Försäkringskassornas köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster – utvärdering av perioden 1991–1994*, RFV redovisar 1995:13
- Riksförsäkringsverket 1995, *RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering*, RFV redovisar 1995:20
- Riksförsäkringsverket 1997, *Arbetslivsinriktad rehabilitering – resultat av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster under år 1991–1995*, RFV redovisar 1997:8
- Riksförsäkringsverket 1997, *Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?*, RFV redovisar 1997:10
- Riksförsäkringsverket 1997, *Köp av tjänster – förhållanden som kan påverka resultatet av arbetslivsinriktad rehabilitering*, RFV redovisar 1997:11
- SOU 1996:113, *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*, Slutbetänkande av Sjuk- och arbetsskadekommittén
- SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*, Betänkande av AGRA-utredningen
- SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*, Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*,
Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen
SOU 2002:5, *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*,
Slutbetänkande från Utredningen om handlingsplan för ökad
hälsa i arbetslivet
Statskontoret, *Perspektiv på rehabilitering*, Statskontoret 1997:27

Riksdagstryck

Proposition 1989/90:62, *om insatser för aktiv rehabilitering och
arbetslivsfondens verksamhet*, m.m. bilaga 1
Proposition 1990/91:140, *om arbetsmiljö och rehabilitering*
Proposition 1990/91:141, *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*
Proposition 1995/96:150, *Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid
sjukdom och handikapp*
Proposition 1996/97:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 1997/98:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 1998/99:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 1999/2000:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 2000/01:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 2001/02:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 2002/03:1, *Utgiftsområde 10*
Proposition 2003/04:1, *Utgiftsområde 10*
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1989/90:SfU12
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1990/91:SfU16
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1996/97:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1997/98:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1998/99:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 1999/2000:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2000/01:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2001/02:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2002/03:SfU1
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2003/04:SfU1

Regleringsbrev och årsredovisningar

Regleringsbrev för försäkringskassorna budgetåret 1994/95,
Riksförsäkringsverket 1994-07-01
Regleringsbrev för försäkringskassorna budgetåret 1997,
Riksförsäkringsverket 1996-12-19

Regleringsbrev för försäkringskassorna budgetåret 1998,
Riksförsäkringsverket 1997-12-22

Regleringsbrev för försäkringskassorna budgetåret 1999,
Riksförsäkringsverket 1998-12-23

Regleringsbrev för försäkringskassorna år 2000, Riksförsäkringsverket
1999-12-23

Regleringsbrev för försäkringskassorna år 2002, Riksförsäkringsverket
2002-01-03

Regleringsbrev för försäkringskassorna år 2003, Riksförsäkringsverket
2002-12-23

Regleringsbrev för försäkringskassorna år 2004, Riksförsäkringsverket
2003-12-22

Regleringsbrev för budgetåret 2002 avseende Riksförsäkringsverket,
Socialdepartementet 2001-12-13

Regleringsbrev för budgetåret 2003 avseende Riksförsäkringsverket,
Socialdepartementet 2002-12-18

Regleringsbrev för budgetåret 2004 avseende Riksförsäkringsverket,
Socialdepartementet 2003-12-18

Riksförsäkringsverket, *Årsredovisning för socialförsäkringen* budgetåren
1998–2003

Statsliggaren 1989/90–1995/96, V/S Socialdepartementet

Statsliggaren åren 1997–2001, Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet
vid sjukdom och handikapp

Juridiskt material och riktlinjer

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

AFS 1994:1, *Arbetsanpassning och rehabilitering*,
Arbetskyddsstyrelsens föfattningssamling

Blekinge läns allmänna försäkringskassa, *Riktlinjer för köp av tjänster
fastställda den 25 september 1995 av styrelsen för Blekinge läns allmänna
försäkringskassa*

Förordning (1998:739) med instruktion för Riksförsäkringsverket

Försäkringskassan i Stockholms län, *Riktlinjer för särskilda medel, 2000-
12-18*

Försäkringskassan i Västra Götalands län, *Köp av tjänst, Riktlinjer
2002-07*

Lag (1962:381) om allmän försäkring

RFFS 2003:9, *Riksförsäkringsverkets föreskrift om kvalitetskrav på vissa
utredningar som en allmän försäkringskassa kan upphandla*

Riksförsäkringsverket 2002, *Sjukförsäkring och rehabilitering*,
Vägledning 2002:8

Riksförsäkringsverket 2004, *Sjukförsäkring och rehabilitering*,
Vägledning 2004:2

Verksförordning (1995:1322)

Övriga källor

Arbetsmarknadsstyrelsen, Riksförsäkringsverket, RFV:s och AMS
förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering, Uppdrag
enligt regeringsbeslut III 6 2003-01-23 N2003/459/A

Blekinge läns allmänna försäkringskassa, faktablad rehabiliteringsplan,
2003-11-14

<http://www.fkf.se>

<http://www.afa.se>

Riksförsäkringsverket, Ohälsobasen 2004-01-15

Riksförsäkringsverket, Store 2003-03-05

Bilaga 1 Granskningens upplägg och metod

Källor

Granskningen baseras på följande källor:

- Riksdagstryck. Dokument och rapporter från Socialdepartementet, Riksförsäkringsverket och ett antal försäkringskassor
- Aktstudie av ett urval ärenden i vilka köp av tjänst har förekommit
- Intervjuer med handläggare och ledning på ett antal försäkringskassor
- Intervjuer med representanter för Riksförsäkringsverket
- Intervjuer med tjänstemän vid Socialdepartementet
- Intervjuer med företrädare för kommunala och landstingskommunala arbetsgivare
- Intervjuer med andra aktörer inom arbetslivsinriktad rehabilitering

Aktstudie

Aktstudien är en studie av handlagda köp av tjänst på försäkringskassorna. Aktstudien genomfördes för att få kunskap om när köp genomförs (tidpunkt i sjukskrivningen) och till vem (anställd eller inte, sjukhistorik) samt hur handläggaren argumenterar för en viss typ av insats eller kostnadsfördelning. Varje köp har studerats med berörd handläggare, i den mån de fortfarande arbetade på kontoret. Köpen har dokumenterats med hjälp av en fast tolkningsmall.

Intervjuer med handläggare

Förutom genomgången av akter på försäkringskassorna med handläggare, genomfördes också intervjuer med samtliga handläggare som också handlagt ett eller flera av de utvalda köpen. I handläggareintervjuerna fanns ett bredare perspektiv på köp av tjänst. Exempelvis berördes relationen till arbetsgivarna och försäkringskassans roll i rehabiliteringen. Totalt har ca 80 handläggare, både utredare och samordnare, intervjuats.

Intervjuer med kommunala och landstingskommunala arbetsgivare

På alla orter där försäkringskass kontor besöktes, intervjuades företrädare för kommunala och landstingskommunala arbetsgivare. Både personalkonsulter och verksamhetsnära chefer intervjuades. Totalt har ca 50 arbetsgivarrepresentanter intervjuats.

Intervjuer med RFV och ledning vid försäkringskassor

Ett antal intervjuer har skett med företrädare från Riksförsäkringsverket. RFV har även bistått med statistik och utredningsmaterial. På försäkringskassornas lokalkontor har företrädare för ledningen intervjuats om organisation, styrning och uppföljning av medlen köp av tjänst.

Övriga intervjuer

Förutom de aktörer som direkt ingått i granskningen har andra aktörer intervjuats, bland annat Socialdepartementet, Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Svenskt Näringsliv.

Urval av fallstudier

I granskningen ingår fem försäkringskassor, Blekinge, Västra Götaland, Uppsala, Stockholm och Norrbotten. Urvalet har dels styrts av bakgrundsvariabler som befolkningsunderlag, ohälsotal och andel långtidssjukskrivna, men även av antal personer som fått ett köp av tjänst under en viss tidsperiod. Med de valda länen eftersträvas en spridning ur ohälsosynpunkt men även i geografisk placering.

Inom varje försäkringskassa valdes två lokalkontor som sedan besöktes. I valet av dessa två kontor har en variabel varit avgörande. Lokalkontoret skulle ha minst 60 köp registrerade under urvalsperioden. Sedan valdes ett större och ett mindre kontor.

Aktstudie

Urval och avgränsningar inom aktstudien

Riksrevisionen uppdrog åt RFV att från köp-av-tjänst-registret (Trans-826) ta ut 10 urval med individer som fått rehabiliteringstjänst. Urvalen bestod av 60 individer vardera och drogs från 10 populationer. Varje population bestod

av individer från ett lokalkontor på förhand utvalt av Riksrevisionen. En av populationerna bestod av individer från två lokalkontor. För att individen skulle tillhöra populationen måste den, förutom att tillhöra något av de utvalda kontoren, ha fått en rehabiliteringstjänst för vilket beslut var fattat inom perioden 1 juni 2002 till och med 31 maj 2003.

Urvalen är gjorda med obundet slumpmässigt urval. Slumpningen skedde på följande sätt: Först gjordes en avgränsning i tid (1 juni 2002 till och med 31 maj 2003) därefter togs en lista fram med köp, med bakomliggande personnummer, gjorda inom den aktuella perioden. Sedan togs en lista med endast unika personnummer fram och därefter gjordes slumpningen.

Populationen såg ut på följande sätt:

Population		Antal köp i pop	Antal individer i urvalet
FK i Uppsala	Lokalkontor 1	360	60
	Lokalkontor 2	93	60
FK i Blekinge*	Lokalkontor 1	80	60
	Lokalkontor 2	22	21
	Lokalkontor 3	53	39
FK i Västra Götaland	Lokalkontor 1	367	60
	Lokalkontor 2	219	60
FK i Norrbotten	Lokalkontor 1	96	60
	Lokalkontor 2	94	60
FK i Stockholm	Lokalkontor 1	277	60
	Lokalkontor 2	266	60

*Lokalkontor 2 och 3 betraktas som en population.

Aktstudiens begränsningar

Från urvalet på 600 personer som erhållit ett köp under perioden 1 juni 2002 till och med 31 maj 2003 finns 559 personer med i studien. Bortfallen är köp som annullerats efter avrop, köp som registrerats på fel kassa eller liknande.

Totalt finns 798 köp registrerade, vilket innebär att vissa personer i studien har fått fler än ett köp. 70 procent av individerna som ingår i studien har endast fått ett köp. 3 procent har fått 4 eller 5 köp.

För att få en heltäckande bild av både arbetsgivarens medverkan och försäkringskassans arbete har alla köp i ett ärende registrerats, vilket innebär att ett antal av köpen är gjorda utanför urvalsperioden. Köpen fördelade sig efter datum då de beslutades som i tabell 1 nedan.

Tabell 1

Datum för köp	Blekinge	Norrbottnen	Stockholm	Uppsala	Västra Götaland	Totalt
–2002-05-31	27	30	19	20	18	114
2002-06-01– 2003-05-31	107	126	111	89	112	545
2003-06-31–	2	14	25	1	24	66
Okänt datum	27	13	3	20	5	73
Summa	163	183	163	130	159	798

Andelen köp per försäkringskassa är inte jämnt fördelade då vissa personer har fått fler än en insats köpt till sig. Det finns en större andel köp från Norrbottens län och en mindre andel köp från Uppsala län (183 mot 130 köp). I övriga län är ca 160 köp gjorda.

Från respektive län finns följande antal köp i datamängden, se tabell 2.

Tabell 2

Blekinge	Norrbottnen	Stockholm	Uppsala	Västra Götaland	Totalt
163	183	163	130	159	798

Urvalspopulationens bakgrundsvariabler

66 procent av de sjukskrivna som ingått i Riksrevisionens aktstudie var vid tillfälle för köpet föremål för samordnad rehabilitering (SAR). I övriga ärenden har köp genomförts i syfte att utreda rehabiliteringspotential, arbetsförmåga och rätt till ersättning från försäkringskassan. I tre län var cirka två tredjedelar samordningsärenden. I Uppsala län var en tredjedel av ärendena samordningsärenden. I Blekinge var nära 90 procent av de sjukskrivna föremål för samordnad rehabilitering.

Huvuddelen av de sjukskrivna som fått köp av tjänst i Riksrevisionens aktstudie var kvinnor. 65 procent av de sjukskrivna var kvinnor och 35 procent var män. Fördelningen var liknande i alla län utom i Norrbotten, där 53 procent var kvinnor och 47 procent män. Enligt RFV var fördelningen i riket år 2002 liknande, 62 procent av de sjukskrivna som fått köp av tjänst var kvinnor och 38 procent var män.⁸⁵

Bland de sjukskrivna som ingick i Riksrevisionens aktstudie finns personer i åldrarna 20 till 65 år. Hälften av de sjukskrivna återfinns i åldersinter-

⁸⁵ RFV Ohälsobasen 2004-01-15.

vallet mellan 36 och 50 år. I Uppsala var en mindre andel under 35 år och en större andel mellan 51 och 65 år jämfört med övriga län. Övriga län hade en jämn fördelning på ålderskategorier mellan sig.

Den vanligaste diagnosen för en sjukskriven som ingick i Riksrevisionens aktstudie var sjukdomar i rörelseorganen såsom ryggproblem, axlar, nacke etcetera (48 procent). 31 procent var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Enligt RFV var 55 procent av dem som år 2003 fått ett köp av tjänst sjukskrivna på grund av sjukdomar i rörelseapparaten och 31 procent hade en psykisk diagnos.⁸⁶

Flera av de sjukskrivna som ingick i studien hade mer än en diagnos. Mellan länen skiljer sig diagnoserna en aning, speciellt mellan Norrbotten och övriga län. I Norrbotten var det vanligare att köp gjorts till personer med sjukdomar i rörelseapparaten och än till personer med psykiska problem.

Mer än hälften av dem som ingick i Riksrevisionens aktstudie var inne i sin första sjukskrivningsperiod för diagnosen. I 27 procent av fallen hade de sjukskrivna en eller flera perioder av sjukskrivning för samma diagnos bakom sig. Dessa siffror är liknande för alla fem länen.

Bland dem som ingick i Riksrevisionens aktstudie hade 20 procent ett yrke som kräver en högskoleutbildning som är längre än tre år. En viss skillnad mellan länen finns. En mindre andel hade högre utbildning i Norrbotten och i Västra Götaland jämfört med de övriga tre länen.

⁸⁶ RFV årsredovisning för budgetåret 2003 s. 38.

Bilaga 2 Anslag och förbrukning

Tabell 1. Anslag och förbrukning av särskilda medel för köp av tjänst m.m. åren 1999–2003, tkr

	1999	2000	2001	2002	2003
Total ram inkl. ingående medel	935 289	1 112 354	878 193	1 031 415	995 950
Anslag till FK, köp av tjänster m.m.	665 000	740 000	893 500	934 000	903 000
Förbrukning					
Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster	453 203	579 200	532 209	564 796	803 344
Arbetshjälpmedel	83 899	66 632	60 084	55 009	55 647
Läkarutlåtande	13 151	14 292	15 000	19 263	22 436
Särskilt bidrag	34 658	37 387	39 079	42 442	45 368
Resor	18 840	20 895	21 736	20 584	20 853
Samverkansaktiviteter	77 337	76 122	92 812	131 170	0
Summa kostnader	681 088	794 528	760 920	833 264	947 648
Utgående saldo	24 201	- 33 174	87 273	192 212	2 302

Källa: RFV

Tabell 2. De särskilda medlen för köp av tjänst år 2003, fördelning och omfördelning mellan försäkringskassor, tkr

Försäkringskassa	Ram enligt regleringsbrev	Omfördelning	Ny ekonomisk ram
Stockholm	178 482	-10 000	168 482
Uppsala	30 742	-4 866	25 876
Södermanland	23 619	0	23 619
Östergötland	39 946	2 125	42 071
Jönköping	29 062	1 546	30 608
Kronoberg	15 507	0	15 507
Kalmar	22 144	640	22 784
Gotland	5 289	281	5 570
Blekinge	13 742	-1 000	12 742
Skåne	103 239	5 000	108 239
Halland	24 046	1 279	25 325
Västra Götaland	139 448	0	139 448
Värmland	25 906	600	26 506
Örebro	25 888	1 377	27 265
Västmanland	24 865	0	24 865
Dalarna	27 313	500	27 813
Gävleborg	28 030	-1 000	27 030
Västernorrland	23 321	1 241	24 562
Jämtland	14 569	-800	13 769
Västerbotten	30 375	1 616	31 991
Norrbottn	27 467	1 461	28 928
Totalt	853 000		853 000

Källa: RFV

Tabell 3. Andel aktiva åtgärder av totalt antal köp per försäkringskassa, åren 2000– 2003, i procent

Försäkringskassa	År 2000	År 2001	År 2002	År 2003
Stockholm	32	28	30	32
Uppsala	46	47	26	28
Södermanland	24	15	18	25
Östergötland	56	53	57	46
Jönköping	30	37	40	46
Kronoberg	54	62	72	65
Kalmar	41	49	38	30
Gotland	24	46	33	18
Blekinge	73	73	67	42
Skåne	43	38	26	24
Halland	41	44	37	42
Västra Götaland	45	47	35	31
Värmland	37	27	34	34
Örebro	41	39	35	27
Västmanland	49	47	35	45
Dalarna	41	38	30	37
Gävleborg	50	60	58	51
Västernorrland	63	55	44	48
Jämtland	52	61	67	86
Västerbotten	42	41	30	–
Norrbottn	29	35	36	35
Riket	43	45	41	40

Källa: RFV Store 2003-03-05