

2/2001

*Rikstrygdeverket
Utredningsavdelingen*

Basisrapport 2000
Sammendrag
**Mellomlangsigtig budsjettering og
rapportering**

FORORD

Rikstrygdeverket utarbeider årlig en Basisrapport som ledd i arbeidet med mellomlangsigtig Budsjettering og rapportering.

Sosial- og helsedepartementet anmoder hvert år om spesielle analyser av utviklingen på visse stønadsområder. I år omfatter rapporten i alt 12 områder i tillegg til et eget kapittel om overgangene mellom trygdeytelsene sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon.

Denne rapporten inneholder et sammendrag av de viktigste funnene i Basisrapporten 2000, samt hovedtall som analysene er basert på.

Rikstrygdeverket
Februar 2001

Dagfinn Høybråten
Trygdedirektør

Drude Berntsen
Avd.direktør

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	OVERGANGER MELLOM ULIKE TRYGDEYTELSER – HELSEAKSEN I SAMMENHENG ...	1
1.0	INNLEDNING	1
1.1	SAMFUNNSMESSIGE FORHOLD SOM PÅVIRKER FORBRUKET AV TRYGDEYTELSER	2
1.2	OVERGANGER MELLOM ULIKE TRYGDEYTELSER.....	4
1.3	KONSEKVENSER AV KRETSLØPSPERSPEKTIVET	7
2	SYKEPENGER.....	8
2.0	RESYMÉ	8
2.1	RAPPORTERING	9
2.2	EVALUERINGER	9
2.3	TEMADEL.....	11
3	REHABILITERINGSPENGER.....	13
3.0	RESYMÉ	13
3.1	RAPPORTERING	14
3.2	TEMADEL.....	15
4	UFØREPENSJON	15
4.0	RESYMÉ	15
4.1	RAPPORTERING	15
4.2	EVALUERING.....	17
5	GRUNN- OG HJELPESTØNAD	18
5.0	BAKGRUNN	18
5.1	UTVIKLINGEN AV UTGIFTER OG TALLET PÅ MOTTAKERE	19
5.2	UTVIKLINGSTREKK FOR STØNADSFORMENE.....	20
6	BIDRAGSOMRÅDET	22
6.0	RESYMÉ	22
6.1	RAPPORTERING	22
6.2	EVALUERING.....	22
7	BILSTØNAD.....	23
8	ENSLIG MOR ELLER FAR.....	24
8.0	RESYMÉ	24
8.1	RAPPORTERING	24
8.2	EVALUERING.....	24
8.3	TEMA	25
9	TEKNISKE HJELPEMIDLER.....	26
9.0	RESYMÉ.....	26
9.1	RAPPORTERING	26
9.2	TEMADEL.....	27
10	LEGEMIDLER.....	28
10.0	RESYMÉ	28
10.1	RAPPORTERING	29
10.2	EVALUERING AV KOSTNADSBEGRENSENDE TILTAK	30
10.3	TEMADEL	31
11	FØDSELSPENGER.....	31
11.0	RESYMÉ	31
11.1	RAPPORTERING	31
12	KONTANTSTØTTE	32
12.0	RESYMÉ	32
12.1	BAKGRUNN	33

12.2	FLERE FORHOLD PÅVIRKER FORELDRES VALG AV OMSORGSFORM OG DERIGJENNOM BRUK AV KONTANTSTØTTE.....	34
13	AFP.....	35
13.0	RESYMÉ	35
13.1	RAPPORTERING	35
13.2	TEMA	36
	TABELL 1.1 FOLKETRYGDENS UTGIFTER OG INNTEKTER 1996-2000	38
	TABELL 1.2 PERSONER MED STØNAD FRA FOLKETRYGDEN 1996-2000	42

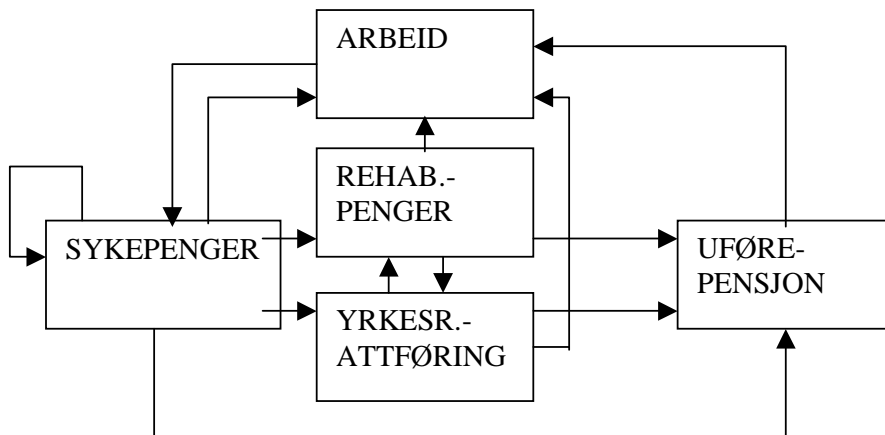
1 OVERGANGER MELLOM ULIKE TRYGDEYTELSER – HELSEAKSEN I SAMMENHENG

1.0 Innledning

Utviklingen på et stønadsområdet er gjerne avhengig av utviklingen på andre stønadsområder. Spesielt har det vist seg at utviklingen på sykepengeområdet er en indikator på utviklingen på rehabiliteringspenger og uførepensjonsområdet. Dette fordi nesten alle som mottar rehabiliteringspenger eller får tilstått uførepensjon har vært igjennom en forutgående sykmeldingsperiode. Forskning har vist at i perioder der uførepensjoningeringen øker, har det ofte vært en forutgående vekst i antall personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter.

Det å analysere utviklingen på et stønadsområdet ved å ta utgangspunkt i utviklingen på tilstøtende området er blitt betegnet som kretsløpsperspektivet. Dette henspiller på at ytelsene sykepenger, rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring og uførepensjon kan ses på som elementer i et kretsløp, der nivået på bruken av en ytelse også kan være et resultat av bruken av alternative ytelser. Kretsløpsmodellen er skissert i figur 1.1.

Figur 1.1 Kretsløpsmodell for vandring mellom arbeid og de helse relaterte ytelsene



Kretsløpsperspektivet et understreker betydningen av å ikke fokusere på et stønadsområde isolert, men å se utviklingen på flere områder i sammenheng. Dette er også utgangspunktet for dette kapitlet. Vi ønsker å tallfeste noen av de strømningene mellom stønadsytelsene som er illustrert i figur 1.1. Hvor mange personer er det som beveger seg mellom de ulike stønadsområdene og i hvilken grad har disse strømningene endret karakter over tid?

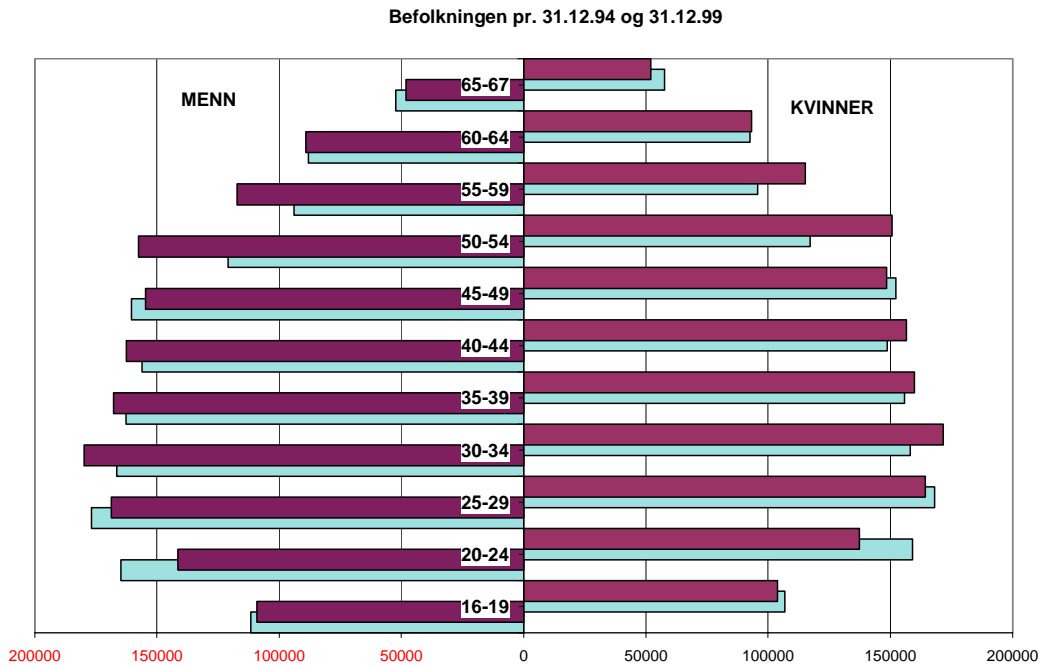
Men kretsløpsmodellen må ikke forstås som en lukket modell som ikke blir påvirket av eksterne forhold. Utviklingen på stønadsområdene må også forstås i lys av samfunnsmessige forhold som demografi, sysselsetting og generelle helsemessige forhold. Vi vil derfor først gi en kort beskrivelse av utviklingen på disse områdene som så må brukes som et bakteppe for de videre analyser av forbruket av folketrygdens stønadsytelser.

1.1 Samfunnsmessige forhold som påvirker forbruket av trygdeytelser

Demografiske forhold

Begrunnelsen for å trekke demografiske forhold inn i analysen, er at det eksisterer markante og systematiske forskjeller mellom aldersgrupper når det gjelder forbruk av trygdeytelser. Ser man ytelsene under ett er det slik at forbruket øker med økt alder. En eldre befolkning i yrkesaktiv alder vil derfor isolert sett antas å medføre økt forbruk.

Figur 1.2 Befolkning 16-67 år per 31.12.94 og 31.12.99. Menn og kvinner.



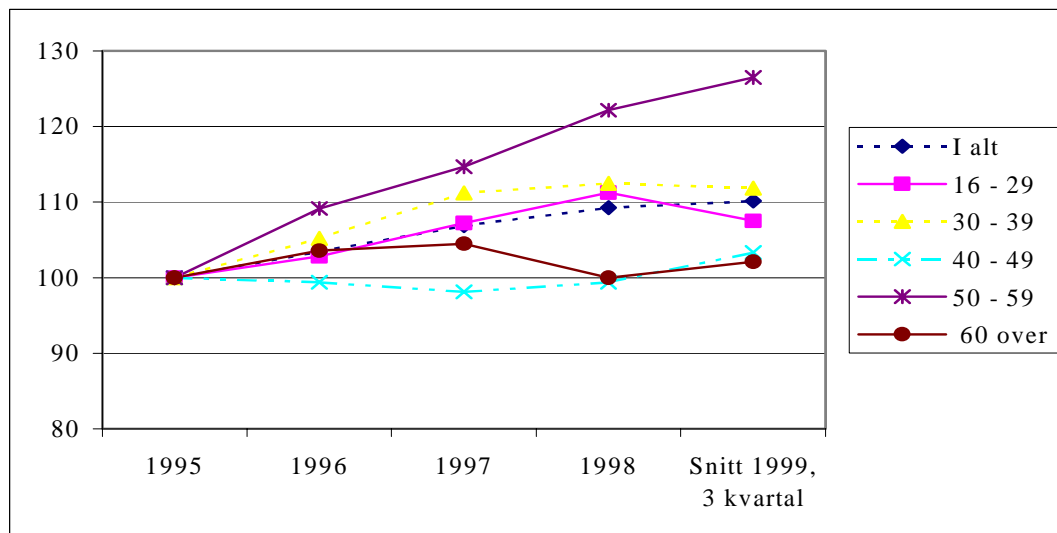
Figur 1.2 viser endringen i befolkningens alderssammensetning fra 1994 til 1999. Figuren viser at det har vært en betydelig økning i aldersgruppene 50-54 år og 55-59 år. Dette er aldersgrupper hvor både sykefraværet og tilgangen til uførepensjon er relativt høy. Samtidig har det vært en betydelig nedgang når det gjelder personer i aldersgruppen 20-24 år. Dette er en aldersgruppe hvor sykefraværet og tilgangen til uførepensjon er forholdsvis lav.

Sysselsetting

Det er et veldokumentert funn at forbruket av trygdeytelsene variere med endringer i sysselsettingen. Dette gjelder spesielt i forhold til sykefravær, noe som igjen medfører økt press på de andre stønadsyttelsene (jfr. kretsløpsperspektivet).

De siste årene har vært preget av en økonomisk oppgangskonjunktur her i landet, noe som har gitt seg utslag i en økning i sysselsettingen. Figur 1.3 viser sysselsettingsutviklingen for ulike aldersgrupper.

Figur 1.3 Sysselsettingsutviklingen 1995-1999 i alt og for ulike aldersgrupper. 1995=100



Kilde: AKU-tall

Figuren viser at det har vært en økning i sysselsettingen for alle aldersgrupper. Totalt har det vært en sysselsettingsvekst på rundt 9 prosent i perioden 1995 til 1999. Størst har økningen vært blant personer i aldersgruppen 50-59 år. Dette er som nevnt ovenfor en gruppe med relativt høyt sykefravær og tilgang uførepensjon. Sysselsettingsveksten har vært lavest for den eldste aldersgruppen, noe som til en viss grad skyldes økt bruk av AFP ordningen.

Helsemessige forhold

Endringer i helsemessige forhold har en åpenbar betydning for utviklingen på stønadsområdene. Alt annet likt skulle en forbedring av befolkningens helse medføre lavere forbruk av trygdeytelsene. I motsetning til sysselsettingsutvikling er det rimelig å anta større stabilitet når det gjelder befolkningens helsemessige utvikling. Det innebærer at helsemessige forhold i liten grad kan forklare små variasjoner fra år til år, men snarere ha betydning for mer langsiktige trender. Tabell 1.1 viser ulike indikatorer på endringer i befolkningens sykkelighet.

Tabell 1.1 Indikatorer på sykkelighet. 1985, 1995 og 1998. Prosent

	1985	1995	1998
Andel som vurderer helsen som god/meget god	82	83	80
Andel som vurderer helsen som dårlig/meget dårlig	5	6	7
Andel personer med varig sykdom	.	60	61
Andel personer med sykdom som påvirker hverdagen i høy eller noen grad	.	31	31

Kilde: SSB (1985 og 1995: Helseundersøkelsen, 1998: Levekårsundersøkelsen)

Tabellen viser en høy grad av stabilitet når det gjelder befolkningens sykkelighet. Dette tyder på at utviklingen i trygdeytelsene ikke isolert kan forklares ut fra endringer i helsemessige forhold.

1.2 Overganger mellom ulike trygdeytelser

Hva skjer med personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter?

For de aller fleste starter en trygdekarriere med et eller flere sykepengetilfeller. Tabell 1.2 viser hvor personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter – gjennom et eller flere tilfeller - befinner seg etter henholdsvis 6 og 18 måneder.

Tabell 1.2 Hvor gjenfinnes personer som har brukt opp sykepengere retten¹ etter 6 og 18 måneder. 1995-1999. Prosent Alle grupper

	Etter 6 måneder					Etter 18 måneder			
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998
I alt	(26.539)	(30.005)	(36.949)	(44.781)	(49.316)	(26.539)	(30.005)	(36.949)	(44.781)
Rehab.penger	26,6	26,8	27,4	26,8	28,0	10,6	10,9	10,9	10,6
Yrkesrettet attføring	8,8	8,8	8,8	9,4	10,3	8,7	8,8	9,1	9,3
Ventetid attføring	8,1	7,4	6,7	5,3	5,7	5,7	4,8	3,9	4,0
Foreløpig Uførepensjon	2,1	2,4	2,3	1,3	0,8	1,8	2,3	1,7	1,0
Uførepensjon	27,2	27,7	28,4	30,8	28,8	31,4	32,0	33,9	35,2
Alderspensjon	1,4	1,3	1,3	1,2	1,0	2,7	2,3	2,3	2,2
Annet (bl.a. i arbeid)	25,8	25,4	25,1	25,2	25,4	39,0	38,9	38,3	37,7

Tabellen viser først og fremst at det har vært en markant økning i antall personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter.

Etter 6 måneder er i overkant av en fjerdedel av alle som har brukt opp sine sykepenge rettigheter mottakere av rehabiliteringspenger. Omtrent en tilsvarende andel har fått tilstått uførepensjon, mens rundt 15-16 prosent enten er på yrkesrettet attføring eller ventetid attføring. Andelen som ikke mottar noen trygdeytelse – herunder de som er i inntektsgivende arbeid – er på rundt 25 prosent.

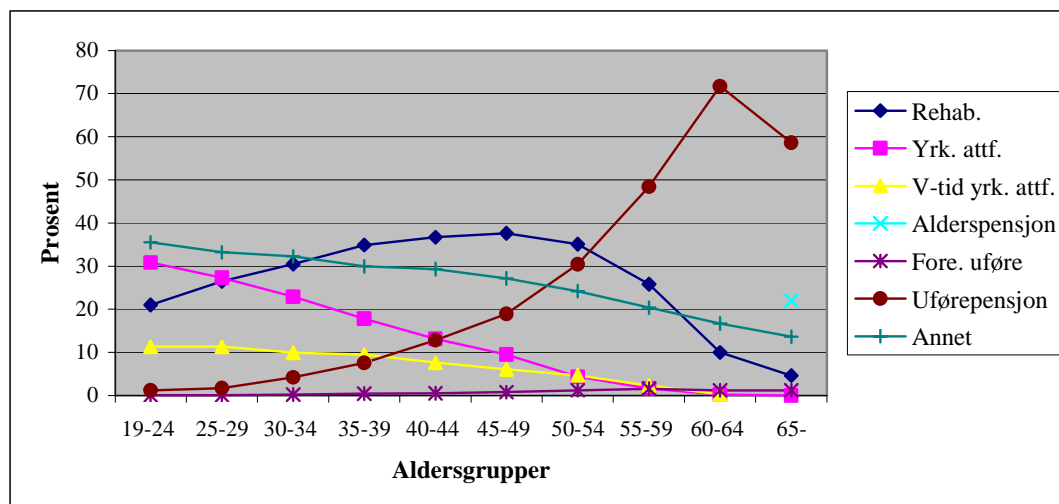
Utviklingen over tid viser tegn til stabilitet. Men det er verdt å merke seg at det frem til 1998 var en økning i andelen på uførepensjon etter 6 måneder, samtidig som det var en nedgang i antall på ventetid attføring.

Etter 18 måneder har over en tredjedel av de som brukte opp sykepenge rettighetene fått innvilget uførepensjon. Denne andelen har økt fra 1995 til 1998. Andelen i annet gruppen øker mest fra 6 måneder til 18 måneders tidspunktet, og utgjør i underkant av 40 prosent. Andelen på rehabiliteringspenger har blitt mest redusert fra 6 til 18 måneders tidspunktet.

Hvilken status personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter har etter en viss periode er blant annet avhengig av vedkommendes alder. Dette illustreres i figur 1.4 som viser status i prosentvis fordeling 6 måneder etter avsluttede sykepenger for ulike aldersgrupper.

¹ For definisjon av ”personer som har brukt opp sykepengere retten” - se kap. 2. Sykepenger, fotnote til tabell 2.12. I tabell 2.12 inngår bare arbeidstakere. Tabell 1.2 ovenfor omfatter alle som brukt opp sin sykepenge rett, inklusive selvstendig næringsdrivende.

Figur 1.4 Status 6 måneder etter oppbrukte sykepengerettigheter. 1999.



Andelen på yrkesrettet attføring, ventetid yrkesrettet attføring eller i annet kategorien reduseres med økt alder. Andelen som mottar rehabiliteringspenger øker med alder opp til rundt 50 år, deretter reduseres andelen. Størst variasjon er det i forhold til andelen som mottar uførepensjon etter 6 måneder. I aldersgruppen 19-24 år er det 1,2 prosent som mottar uførepensjon etter 6 måneder, i aldersgruppen 60-64 år er tilsvarende andel på 72 prosent.

Som det fremgikk av tabell 1.2 er det en relativt stor andel av de som bruker opp sine sykepengerettigheter som ikke gjenfinnes på noen av de andre stønadsområdene. I denne "annet" gruppen finner vi også de som har kommet tilbake i inntektsgivende arbeid. I tabell 1.3 har vi sett på inntekten til de som brukte opp sine sykepengerettigheter og som ikke var registrert på andre trygdeytelser etter seks måneder.

Tabell 1.3 Inntektsfordeling² blant personer som ikke mottar noen trygdeytelser seks måneder etter oppbrukte sykepengerettigheter. 1995-1999. Prosent

Oppbrukte sykepenge-rettigheter	I alt	<0,5 G	0,5-1,9G	2,0-2,9G	3G eller mer
1995	(6.837)	18,4	10,0	12,2	59,4
1996	(7.626)	18,9	9,9	12,2	58,8
1997	(9.283)	18,5	9,6	10,8	61,2
1998	(11.297)	17,4	9,2	10,7	62,7

Som det fremgår av tabellen er de fleste som ikke er på noen trygdeytelse seks måneder etter at de har brukt opp sykepengerettigheter i inntektsgivende arbeid. Settes grensen på 2G er rundt 72 prosent av de som er registrert i annet kategorien i tabell 1.2 i inntektsgivende arbeid. Sammenholder vi tabell 1.3 og 1.2 finner vi at totalt sett er det rundt 18-19 prosent av de som bruker opp sine sykepengere rettigheter, som har en inntekt på over 2 G året etter at de brukte opp sine sykepenge rettigheter. Andelen har holdt seg forholdsvis stabil i den aktuelle perioden.

Vandringer fra rehabiliteringspenger

Et sentral mål ved bruk av rehabiliteringspenger er at personer med redusert funksjonsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte, skal gjenvinne og utvikle funksjonsevnen. En høy andel av

² Inntekten gjelder for året etter at man brukte opp sine sykepenge rettigheter

de som mottar rehabiliteringspenger kommer direkte fra sykepenger. Tabell 1.4. viser hva som skjer etter at personer har avsluttet en periode med rehabiliteringspenger. Her er personer fulgt opp etter 6 og 18 måneder.

Tabell 1.4 Hvor gjenfinnes personer som avslutter rehabiliteringspenger etter 6 og 18 måneder. 1997-1999. Prosent

	Etter 6. måneder			Etter 18. måneder	
	1997	1998	1999	1997	1998
I alt	(22.572)	(25.836)	(27.663)	(22.572)	(25.836)
Rehab.penger	6,0	6,0	6,1	5,7	5,4
Yrkesrettet attføring	11,0	12,3	13,1	8,9	9,6
Ventetid attføring	10,7	8,9	9,2	4,0	4,1
Foreløpig uførepensjon	5,1	3,0	2,0	1,6	1,0
Uførepensjon	34,4	36,4	36,1	44,3	44,4
Alderspensjon	0,6	0,6	0,5	1,0	1,0
Annet (bl.a. i arbeid)	32,2	32,8	33,1	34,4	34,6

Seks måneder etter avsluttede rehabiliteringspenger er omtrent hvert tredje person mottaker av uførepensjon. I overkant av hver femte person er enten på yrkesrettet attføring eller ventetid attføring. Omtrent hver tredje person er i "annet kategorien", som også omfatter personer i inntektsgivende arbeid.

Etter 18 måneder er 44 prosent mottakere av uførepensjon. Andelen på yrkesrettet attføring eller ventetid attføring er betydelig redusert. Siden de andre andelen er forholdsvis stabile, tyder tabellen på at mange som først går på yrkesrettet attføring etter en viss periode blir mottakere av uførepensjon. Perioden som presenteres i tabell 1.4 er for kort til å si noe bastant om endringer over tid, men tallene i tabellen tyder på en stor grad av stabilitet.

Tilsvarende som i tabell 1.2 er det relativt mange som befinner seg i annet kategorien 6 måneder etter avsluttede rehabiliteringspenger. I tabell 1.5 har vi sett på inntekten til de som hadde avsluttet rehabiliteringspenger og som ikke var registrert på andre stønadstelselser etter seks måneder.

Tabell 1.5 Inntektsfordeling³ blant personer som ikke mottar noen trygdeytelser seks måneder etter avsluttede rehabiliteringspenger. 1997-1998. Prosent

Avsluttet rehabiliteringspenger	I alt	<0,5 G	0,5-1,9G	2,0-2,9G	3G eller mer
1997	(7.275)	25,7	7,9	9,0	57,3
1998	(8.474)	23,9	7,6	10,0	58,4

Flertallet av de som ikke gjenfinnes på noen av de andre trygdeytelsene 6 måneder etter avsluttede rehabiliteringspenger viser seg å være i inntektsgivende arbeid. To av tre personer i annet kategorien tjener over 2 G. Totalt sett – av alle som har avsluttet rehabiliteringspenger – innebærer det at rundt 22-23 prosent er i inntektsgivende arbeid (inntekt over 2 G) seks måneder etter avsluttede rehabiliteringspenger.

Siste registrerte status før uførepensjon

Tabell 1.6 viser siste registrerte tilstand før tilgang uførepensjon eller foreløpig uførestønad. Majoriteten av de nye uførepensjonistene kommer direkte fra sykepenger. Denne andelen har økt fra 41 prosent i 1997 til 44 prosent i 2000. I samme periode har det også vært en økning i

³ Inntekten gjelder for året etter at man brukte opp sine sykepengerrettigheter

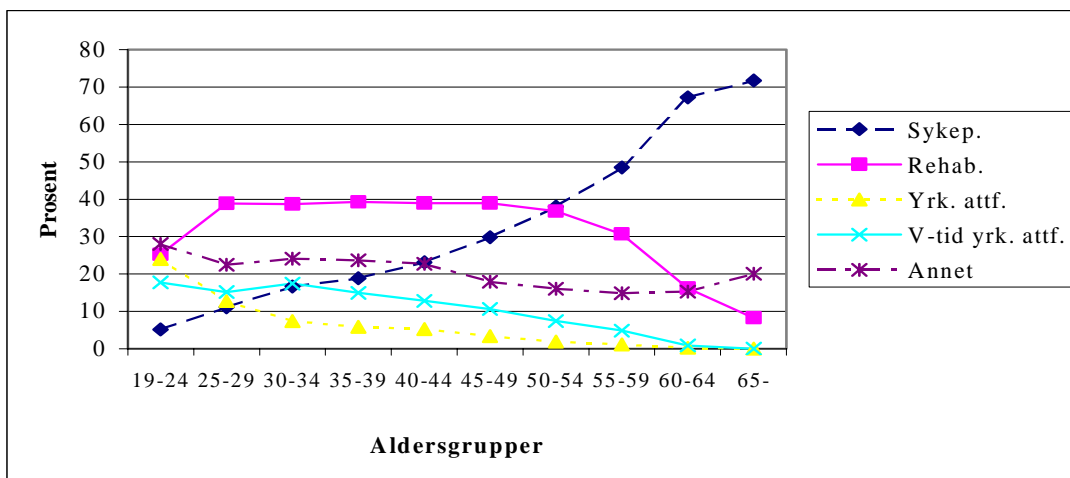
antall som kommer direkte fra rehabilitering. I 1997 kom hver fjerde nye uførepensjonist fra rehabilitering, i 2000 har andelen økt til hver tredje. Andelen nye uførepensjonister som kommer fra "annet" kategorien har blitt redusert i løpet av perioden. "Annet" er en samlekategori for blant annet overganger fra arbeidsledighetstrygd, sykepenger for statsansatte, privat forsørging og sosialstønad. Det at statsansatte fra og med 01.01.2000 omfattes av det sentrale sykepengeregisteret er en av årsakene til reduksjonen i "annet" kategorien.

Tabell 1.6 Siste registrerte tilstand før tilgang uførepensjon eller foreløpig uførestønad. 1997-2000. Prosent.

	1997	1998	1999	3. kv. 2000
Sykepenger	41,0	43,0	42,0	44,2
Rehabilitering	25,9	26,8	30,2	32,4
Yrkesrettet attføring	3,3	3,1	2,9	3,0
Ventetid attføring	7,3	6,9	6,6	6,6
Annet	22,6	20,1	18,2	13,9
I alt	(28.327)	(33.203)	(33.351)	(23.268)

Siste registrerte tilstand før uførepensjon er i stor grad betinget av alder. Figur 1.5 viser siste tilstand før uførepensjon for ulike aldersgrupper.

Figur 1.5 Siste registrerte tilstand før uførepensjon for ulike aldersgrupper. Prosent. 1999.



I den yngste aldersgruppen er det rundt fem prosent som kommer direkte fra sykepenger til uførepensjon, blant de over 60 år er den tilsvarende andelen på cirka 70 prosent. For overgangen fra yrkesrettet attføring til uførepensjon er det en motsatt alderstendens. Mer enn hver tredje nye uførepensjonist i aldersgruppen 19-24 år kommer fra yrkesrettet attføring eller ventetid attføring. Blant nye uførepensjonister over 60 år er tilsvarende andel på under en prosent.

1.3 Konsekvenser av kretsløsperspektivet

De resultater som er presentert understreker at det er en sterk sammenheng når det gjelder utviklingen på de ulike stønadsområdene. Utviklingen på sykepengeområdet vil påvirke utviklingen på tilstøtende stønadsområder. Av de som brukte opp sykepengerrettighetene i 1999 var mer enn hver fjerde person mottaker av rehabiliteringspenger seks måneder etterpå, omtrent hver tredje person var uførepensjonist etter 18 måneder.

Dette understreker at budsjettmessige vurderinger på de ulike stønadsområdene må ta hensyn til utviklingen på sykepengeområdet. Dersom de siste års vekst i antall personer som bruker opp sine sykepengerettigheter fortsetter, vil dette med stor sannsynlighet også medføre økt forbruk av tilstøtende ytelser som rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring og uførepensjon.

De analyser som er foretatt viser også at det er stor variasjon i trygdeforløp etter alder. Bortsett fra den eldste aldersgruppen (hvor det er stor avgang til alderspensjon), øker andelen som går direkte fra sykepenger til uførepensjon med alder. Dersom denne tendensen opprettholdes vil de demografiske forholdene – en stadig eldre yrkesaktiv befolkning – medføre økt press på uførepensjonsordningen.

Analysene som er presentert i denne delen gir også et grunnlag for å vurdere stønadsordningenes hensiktsmessighet. Et av formålene med dagens sykepenge- og rehabiliteringsordning er at de skal utformes slik at de motvirker utstøtning fra arbeidslivet med overgang til varige stønadsordninger (eksempelvis uførepensjon). For å få innvilget uførepensjon er det et vilkår at den enkelte har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring for å bedre funksjonsevnen. Likevel viser analysene at en stor del av de som får tilstått uførepensjon kommer direkte fra sykepenger, uten å ha forsøkt yrkesrettet attføring. Dette er et tema som vil bli nærmere analysert i kap. 4 – Uførepensjon.

2 SYKEPENGER

2.0 Resymé

De samlede utgiftene til sykepenger i år 2000 beløp seg til 21 774,5 mill. kroner. Dette er en vekst på 15,9 pst. fra 1999. Utgiftene til arbeidstakere i arbeid med mer, inklusive statsansatte⁴, ble 19 470 mill. kroner. Dette som innebærer en vekst på 16,7 pst. Eksklusive statsansatte var utgiftsveksten på 16,3 pst. Veksten i samlet antall erstattede dager eksklusive statsansatte⁴ de første tre kvartal 1999, sammenliknet med samme periode i år 2000, var på 13,7 pst. For hele år 2000 var denne veksten 12 pst.

Diagnosen muskel og skjelett lidelser står for ca halvparten av alle avsluttede tilfeller. Psykiske lidelser er den diagnosegruppen som relativt sett øker mest. Den står for ca 15 pst. Sykefraværet øker med alder, men fra 1999 til 2000 observeres en nedgang i fraværet for personer over 50 år. En foreløpig studie av fravær blant statsansatte viser at statsansatte har et lavere sykefravær enn arbeidstakere i arbeid samlet sett. Kvinner har vesentlig høyere sykefravær enn menn, men en vesentlig del av forskjellen i sykefraværet i mellom kvinner og menn i alderen 20-35 år skyldes svangerskapsrelaterte sykdommer. Det observeres relativt

⁴ (Fra 1.1.2000 refunderes sykepenger til statsansatte på samme måte som for andre arbeidstakere, og sykepengeutgiftene til statsansatte posteres fra år 2000 på samme post som arbeidstakere for øvrig (kap. 2650, post 70). For tidligere år ble sykepenger til statsansatte bokført på en egen post under sykepengekapitlet, kap. 2650, post 72. Merutgiftene til sykepenger i år 2000 som en følge av innlemming av statsansatte utgjorde 727 mill. kroner. Den utvidete refusjonsordningen påvirker også statistikkallene. Fra 1.1.2000 omfatter statistikkallet "antall erstattede sykepengedager" statsansatte med mindre noe annet er presisert).

store forskjeller i sykefraværet i mellom ulike næringer. Sykefraværet er høyest blant dem som har middels høye inntekter.

2.1 Rapportering

Fortsatt økning i utgiftene til sykepenger og antall sykmeldte

Den viktigste årsaken til økningen i sykefraværet er flere sykmeldte personer enn tidligere. Sysselsettingsvekst og generell lønnsøkning har også bidratt til økte sykepengeutgifter.

Sykefraværet målt i antall erstattede dager (dvs. dager som folketrygden refunderer) fortsetter å øke. I år 2000 har i gjennomsnitt hver sysselsatt stått for 12,9 erstattede sykepengedager (eksklusiv statsansatte). *Veksten* i antall erstattede sykepengedager pr sysselsatt (eksklusive statsansatte) i år 2000 er på 11,2 pst.

Tall fra NHO's statistikk viser at det korte fraværet – 1-3 dager – har holdt seg relativt stabilt de siste årene.

Muskel og skjelettlidelser er den klart største diagnosegruppen. Denne gruppen utgjør ca halvparten av alle avsluttede tilfeller. Den nest største diagnosegruppen er psykiske lidelser. Denne diagnosegruppen utgjorde i overkant av 15 prosent av alle avsluttede sykepengedager per 3. kvartal 2000. Det er denne diagnosen som har steget mest de siste årene.

Sykefraværet blant kvinner er vesentlig høyere enn blant menn. Forholdstallet mellom kvinner og menn målt i antall avsluttede sykepengetilfeller, var 1,46 i 1999. Forholdstallet har holdt seg relativt stabilt de senere årene. Dersom vi ser bort fra svangerskapsrelatert sykefravær, reduseres forholdstallet til 1,33 (alle aldersgrupper sett under ett).

Sykefraværets varighet stiger med alder. Dette gjelder både for menn og for kvinner. For personer over 60 år er sykefraværet over 80 erstattede sykepengedager i året, mot ca. 51,5 dager samlet sett.

2.2 Evalueringer

Mål

Sikre inntekt ved sykdom

Rundt 20 prosent av alle sykepengemottakere får ikke fullt ut kompensert sitt inntektstap ut fra dagens regler. Denne andelen har holdt seg relativt stabil i perioden 1995 til 1999. Ser vi på antall sykepengedager som kompenseres med 100 prosent, sett i forhold til pensjonsgivende inntekt, er andelen noe høyere. Rundt 18 prosent av alle sykepengedager kompenseres ikke fullt ut i forhold til pensjonsgivende inntekt. Grunnen til at det blir forskjell mellom andelen tilfeller og dager, skyldes at personer med inntekt over 6G har i gjennomsnittlige færre sykepengedager enn personer med inntekt under 6G.

Lavere sykefravær, særlig langtidsfravær

På bakgrunn av den statistikk som er presentert i rapporteringsdelen, ser vi at målsettingen om å redusere sykefraværet ikke er blitt oppfylt. Det er en svak økning på 0,4 prosent i gjennomsnittlig varighet samlet for sykepengedager pr. avsluttet tilfelle. Går vi derimot dypere inn i tabellen og ser på kjønn og alder er bildet noe mer variert. For menn er det en

økning på rundt 3,5 pst i aldersgruppen 16-49 år, for aldersgruppen 50 til 59 år og 60 år og eldre er det derimot en tilbakegang på h.h.v. 0,9 og 5,0 prosent.

For kvinner er bildet tilsvarende, men noe mer nyansert. Det er en økning i aldersgruppen fra 16 til 49 år. Aldersgruppen 30 til 39 år har den største veksten på 1,7 prosent. For aldersgruppen 50 til 59 år og 60 år og eldre er det en tilbakegang på h.h.v. 1,2 og 9,0 prosent.

Tall for de tre første kvartalene av 2000 viser at langtidsfraværet utgjør ca 47 prosent av alle avsluttede tilfeller, mot 46 prosent i de tre første kvartalene i 1999, men andelen avsluttede sykepengetilfeller som har brukt opp sykepengeretten *i ett sammenhengende tilfelle* har allikevel ikke økt i år 2000 (de 3.første kvartalene i år 2000 sammenliknet med de tre første kvartalene i 1999).

Fra 1998 til 1999 økte antall personer som brukte opp sykepengerettighetene samlet sett (*gjennom ett eller flere sykepengetilfeller*). I 1999 var det totalt 41 608 personer som brukte opp sykepengerettighetene. Dette er en økning på 11,5 prosent fra 1998.

Forbygging og rehabilitering – Stimulering til inntektsgivende arbeid

De siste årene har det vært et ønske om å stimulere til økt bruk av aktive virkemidler med sikte på å få den sykmeldte tilbake i inntektsgivende arbeid.

Ordningen med arbeidstrening/aktivisering på egen arbeidsplass (såkalt aktiv sykmelding) ble innført i 1993. Andelen som mottar sykepenger fra folketrygden og som benytter seg av aktive tiltak, øker. Det var totalt 99 438 avsluttede sykepengetilfeller i år 2000 (ved utløpet av 3. kvartal) som enten var på aktiv sykmelding eller graderte sykepenger. Dette utgjør 25,9 prosent av totalt antall avsluttede sykepengetilfeller i perioden. Tilsvarende andel i 1995 var på 21, 9 prosent. Ved utløpet av 3. kvartal 1999 var andelen 25,4 prosent.

Tiltak

Lavere sykefravær blant statsansatte

Fra 1.1.2000 ble statlige etater innlemmet i refusjonsordningen for sykepenger. Som en følge av dette inngår fra samme dato de statsansatte i Rikstrygdeverkets sykepengestatistikk (kap. 2650, post 70). Det tok et par måneder før den nye ordningen fikk noen vesentlig effekt. F.o.m. mars ligger statsansattes prosentvise andel av erstattede dager og utgifter i intervallet 4,2 prosent til 4,7 prosent. Andelen statsansatte er ca 6,4 prosent av totalt sysselsatte lønnsinntakere. Dette kan være en indikator på at statsansatte har et lavere sykefravær en arbeidstakere i arbeid.

Økt bruk av kjøp av helsetjenester

Ordningen Kjøp av helsetjenester er et virkemiddel for å bringe sykmeldte raskere tilbake i jobb og derved spare samfunnet utgifter til sykepenger.

Kjøp av helsetjenester ble etablert som en prosjektorganisert forsøksordning i 8 fylker i 1997. Prosjektene ble innrettet mot to ulike pasientkategorier. I pasientkategori 1 var den primære målsettingen knyttet til utredninger/operasjon, friskmelding og retur til arbeid. Hovedhensikten med prosjektene i pasientkategori II var innrettet mot å utrede og avklare den enkelte sykmeldtes sykdomstilstand med tanke på fremtidige tiltak.

Følgende resultater fremheves for prosjektet i pasientkategori I, evaluert av Norsk institutt for by og regionsforskning (NIBR).

Sykmeldingslengden reduseres. Reduksjonen er estimert til 51 dager. Ventetid på behandling reduseres med 2 måneder. Ordningen representerer et betydelig innsparingspotensiale. Ved rekruttering av 5200 sykmeldte er innsparingen beregnet til 125 mill. kr. Tilbudet er omtrent likt fordelt mellom kjønnene, og tilbudet ytes oftest til sykmeldte i manuelle yrker.

For prosjektene i pasientkategori 2 fremheves følgende forhold:

Det registreres, på kort sikt, ingen vesentlig reduksjon i sykmeldingslengden, med ett unntak. I ett av prosjektene er sykmeldingslengden redusert med fem dager. Pasientens helsetilstand forbedres. Tiltakene bidrar til raskere og mer helhetlig avklaring omkring den enkelte sykmeldtes lidelse.

I inneværende år og kommende år vil anslagsvis ca 6600 sykmeldte få tilbud om Kjøp av helsetjenester mot 4 500 sykmeldte i 1999. 40 % kvinner og 60 % menn bruker ordningen I evalueringsperioden ble ca 50,9 % av alle opererte friskmeldt etter 14 uker.

Senking av minste inntektsgrunnlaget for retten til sykepenges fra $1\frac{1}{4}$ til $\frac{1}{2}$ G, fra 1 januar 2000

For å foreta en revidert beregning av effekten av dette tiltaket, forutsettes en vekst i sysselsettingen på 0,9 prosent, en vekst i utbetalingsgrunnlaget til sykepenges på 3,5 prosent. Den siste og "vanskelige" variabelen "veksten i sykefraværstilbøyeligheten"⁵ er beregnet av Rikstrygdeverket til å være på 13,0 prosent for 2000. Det vil da gi en merutgift for folketrygden på 135 mill. kroner for 2000 ved å senke sykepengegrunnlaget tilbake til "gammelt" nivå.

Heving av aldersgrensen for rett til pleie og omsorgspenges, aldersgrensen heves fra 16 til 18 år, gir en merutgift på 13,5 mill. kroner

Dersom vi antar implisitt samme brukstilbøyelighet for 17-18 åringer som for 0-16 åringer vil utgiftene til dette tiltaket øke utgiftene med 9,25 prosent. Estimerte utgifter ved heving av aldersgrensen med rett til pleie og omsorgspenges blir som en følge av dette på 159,9 mill. kroner. Tilsvarende beløp for aldersgruppen 0-16 år var på 146,4 mill. kroner. Dette gir en merutgift på 13,5 mill. kroner.

2.3 Temadel

Sykefravær og arbeidsliv

*Gravide som mottok sykepenges*⁶

En av årsakene til at kvinner har høyere sykefravær enn menn skyldes sykefravær i forbindelse med svangerskap⁷. Kjønnforskjellene reduseres med 37,3 prosent når svangerskapsdiagnosen og diagnoser knyttet til reproduksjonsorganene utelates.

⁵ "Veksten i sykefraværstilbøyeligheten" kalles den delen av utgiftsveksten (målt i kroner) som ikke kan forklares gjennom økt sysselsetting eller økt sykepengegrunnlag.

⁶ Tallmaterialet i dette avsnittet er hentet fra; Svangerskap og sykefravær. 01/2000, Linda Hauge og Ole Alexander Oppdalshei. Søkelys på arbeidsmarkedet, Institutt for samfunnsforskning.

⁷ Svangerskapsrelaterte diagnoser kodes W

For aldersgruppen 16-19 år, har kvinner relativt sett, et lavere sykefravær enn menn målt ved forholdstall. For alle andre aldersgrupper har kvinner høyere fravær enn menn. Totalt sett er forskjellen størst i aldersgruppen 25-34 år. Dersom vi utelukker svangerskapsdiagnosen (W) endrer dette bildet seg drastisk. Da er kjønnsforskjellen minst i nettopp disse aldersgruppene. For kvinner mellom 20-34 år utgjør svangerskapsdiagnosen 67 prosent av forskjellen mellom kvinner og menn.

Det var totalt 39 103 kvinner med påbegynte fødselspenger i 1999. Av disse hadde 22 614, eller 58 prosent, minst ett sykefravær i løpet av svangerskapsperioden. Det er interessant å merke seg at bare litt over halvparten, 52,8 prosent, hadde sykefravær med svangerskapsdiagnosen, W.

Personer med middels høye inntekter har høyest "sykefravær"

"Sykefraværet" (her målt som andel sysselsatte med minst ett sykefravær i året) øker med økt inntekt opp til et visst nivå, for deretter å reduseres med økt inntekt. Nedenfor kaller vi "sykefraværet" målt på denne måten, sykefraværsprosenten. Sykefraværsprosenten var for alle sysselsatte under ett på 18,6 pst i 1999. Grunnen til at personer med lav inntekt også har lav sykefraværsprosent skyldes nok mye at det her er flere som ikke jobber fulltid.

Kvinnens sykefraværsprosent er høyere enn menns uansett inntektsnivå (prosentvise andeler). Høyest fraværsprosent har kvinner i inntektsintervallet⁸ 172 000 kroner til 221 000 i "2000 – kroner". I dette inntektsintervallet var sykefraværet snaut 30 pst., mens kvinners sykefraværsprosent samlet sett var 23.3 pst.

Menns sykefraværsprosent samlet sett var 14.4 pst. Variasjonene i menns fraværsprosent etter inntekt er mindre enn for kvinner. Høyest var sykefraværsprosenten i inntektsintervallet 152 000 kroner til 245 500 kroner i "2000-kroner". Innenfor dette intervallet ligger fraværsprosenten nokså jevnt på 23,3 pst med en topp på 23,8 pst.

Relativt store forskjeller i sykefraværet mellom næringer – tall for året 1999

Det er relativt store forskjeller i sykefraværet mellom ulike næringer⁹. Lavest sykefravær finner vi innenfor næringene Olje og gassutvinning, Offentlig administrasjon med mer, Eiendomsdrift og Jord, skog og fiske. Høyest sykefravær finner vi innen Helse- og sosiale tjenester, Industri og bergverksdrift og Transport og kommunikasjon.

Bildet blir noe mer nyansert når vi skiller på kjønn. For kvinner er sykefraværet høyest innenfor Helse- og sosiale tjenester og lavest innenfor Olje- og gassutvinning. For menn er sykefraværet høyest innenfor Bygg- og anlegg og lavest innenfor Offentlig administrasjon mm.

De kjønnsmessige forskjellene i antallet sysselsatte lønnstakere innenfor ulike næringer, er betydelige. Ca. 83 pst av alle sysselsatte lønnstakere innenfor næringsgruppen Helse- og sosiale tjenester, er kvinner. Innenfor Olje- og gassutvinning er kvinneandelen ca. 19 og innenfor Bygg- og anlegg er den ca. 10.

⁸ G pr. 1. mai 2000, 49 090

⁹ "Erstattete sykepengedager pr sysselsatt" etter næring- samlet sett blir noe lavere enn det offisielle tallet for året 1999, 11,4 mot offisielt 11,6. (Datakvalitet er omtalt i Basisrapport 2000 pkt 2.4.1). De eksakte tallene må brukes med forsiktighet. Rangeringen av sykefraværet innenfor ulike næringer, antas allikevel å være korrekt.

Minst forskjell i sykefraværet mellom kvinner og menn finner vi innenfor Bygg og anleggsbransjen. Her har menn og kvinner tilnærmet like høyt fravær. Samlet sett var fraværet innenfor denne bransjen i 1999 ca. 10 dager pr sysselsatt. Dette er noe i underkant av gjennomsnittlig fravær pr sysselsatt samlet sett i 1999 (11,6) – se imidlertid fotnote 6 nedenfor.

Høy sysselsetting, høyt sykefravær

En utbredt forklaring på variasjoner i sykefraværet, er at dette varierer med utviklingen på arbeidsmarkedet. Det viser seg å være en positiv korrelasjon mellom sysselsettingsnivået og sykefraværets omfang, dvs. høyt sysselsettingsnivå høyt sykefravær.

Denne beskrivelsen ser ut til å passe godt for utviklingen i Norge fra 1980 til 1999. Reduksjonen i arbeidsledigheten eller økningen i sysselsettingen, er altså viktige faktorer for å forklare økningen i sykefraværet de siste årene.

Det innebærer at når arbeidsledigheten stiger, tenderer sykefraværet mot å minke og vise versa.

Noe mindre konsentrasjon av sykefraværet blant de sysselsatte.

Tall for 1999 er benyttet for å belyse sykefraværets konsentrasjon blant arbeidstakerne. Tallene viser at ca 19 prosent av arbeidstakerne står for 100 prosent av alle erstattede sykepengedager mot ca 15 prosent i 1998. Videre viser dette tallmaterialet at ca 3,1 prosent av arbeidstakerne står for rundt halvparten av alle sykepengedagene, mens ca 7,2 prosent står for ca 80 prosent av alle sykepengedagene¹⁰.

3 REHABILITERINGSPENGER

3.0 Resymé

Folketrygdens utgifter og utviklingen i antall stønadsmottakere med rehabiliteringspenger viser en sterk økning i perioden 1996-1999. Økningen i utgiftene perioden 1996-1999 er på om lag 47% målt i fast grunnbeløp og har bl.a. sammenheng med en sterk tilgang på nye rehabiliteringspengemottakere. Økningen er en konsekvens av et stramt arbeidsmarked og en økning i antall sykmeldte. Dette har medført en sterk økning i antall langtidssykmeldte som har brukt opp sykepengeperioden og dermed gått ut maksimal sykepengeperiode med overgang til rehabiliteringspenger. Utover dette har veksten i utgifter og antall stønadsmottakere sammenheng med endringer i innholdet under denne posten fra mai 1997. Således føres utgifter til rehabiliteringspenger i ventetid før attføring opp under denne posten fra 1. mai 1997. (Tidligere ble disse utgiftene ført opp under post 71. Attføringspenger under attføring og i ventetid).

Fra 1999 til september 2000 viser utgifts- og bestandstallene fortsatt en sterk vekst. Utviklingen her er også sterkt knyttet til utviklingen i antall langtidssykmeldte som har brukt opp sykepengerettigheten. Det er for år 2000 stipulert med utgifter på 3.990 mill. kroner. Dette tilsvarer en utgiftsøkning på om lag 15% i fast G i forhold til 1999.

¹⁰ Grunnet noe mangelfull innrapportering fra arbeidsgivere til AA-registret og siden erstattede dager for statsansatte ikke er med i sykepengerutinen i 1999, må beregningene dette materialet bygger på tolkes med forsiktighet

3.1 Rapportering

Sterk økning i antall rehabiliteringspengemottaker i perioden 1996-2000.

Regelendringen som trådte i kraft 1. juli 1993 vesentlige endringer i bestanden og avgangsnivået for personer som mottar rehabiliteringspenger. Omleggingen innebærer en tidsbegrensning på rehabiliteringspenger på 52 uker, med mulighet for visse unntak. Som en følge av overgangsbestemmelser, fikk regelendringen først full effekt etter 1. juli 1994.

Avgangen økte kraftig i perioden 1993-1994 som en følge av at tidsbegrensning på ett år ble innført som hovedregel og en mye tettere oppfølging av rehabiliteringspengemottakere ble innført. I forbindelse med regelendringen ble alle saker revidert i forhold til nytt regelverk og dette medførte en ekstraordinær avgang i disse årene. For perioden 1995-1997 er avgangstallene relativt stabile, mens de viser en økning for perioden 1998-sept.2000. I perioden 1996-sept.2000 viser tilgangstallene likeledes en sterk vekst. Tilgangen av nye rehabiliteringspengemottakere er sterkere enn avgangen i samme periode. Dette har medført en økning i antall av rehabiliteringspengemottakere i perioden 1996-sept.2000.

Det har vært store endringer i fordelingen i antall stønadsmottakere med rehabiliteringspenger med varighet over og under 1 år. Mens ca. 51,8 % av bestanden pr. 31.12.93 hadde en varighet utover 1 år, er det tilsvarende tall pr. september 2000 ca. 34,3 %. Andelen med varighet utover 1 år har imidlertid vært relativt stabil de senere årene (perioden 1998-sept. 2000).

70% av alle rehabiliteringspengemottakere har en muskel/-skjelettlidelse eller psykiske lidelser.

Diagnosesammensetningen blant rehabiliteringspengemottakere viser at andelen med psykiske lidelser (30,5%) og muskel/-skjelettlidelser (42,8%) sammenlagt utgjør hele 73,3% av alle stønadsmottakere pr. sept. 2000. Andelen som har mentale lidelser som diagnose er høy for rehabiliteringspengemottakere i forhold til sykepengemottakere. Den høye tilgangsandelen for rehabiliteringspengemottakere med mentale lidelser som diagnose, har sammenheng med at et relativt stort antall av sykmeldte som går ut sykepengeperioden med denne lidelsen, vil fylle vilkårene for rehabiliteringspenger.

Tilgangen av nye rehabiliteringspengemottakere er sterkt knyttet opp mot langtidssykmeldte som går ut maksimal sykepengeperiode med bestemte diagnoser. Om lag 66 % av nye rehabiliteringspengemottakere kommer fra sykepenger. I 1999 var 48,7 % av tilgangsdiagnosene fra de som kom direkte fra sykepenger knyttet til muskel- og skjelettlidelser (L), mens andelen med mentale lidelser (P) var 22,2 %.

Andel rehabiliteringspengemottakere på arbeidstrening eller graderte rehabiliteringspenger 26,3% .pr. sept.2000

I september 2000 var om lag 3,7% av alle rehabiliteringspengemottakere på arbeidstrening. Andelen rehabiliteringspengemottakere som har graderte rehabiliteringspenger viser en nedgang i perioden 1994-sept.2000, men er fortsatt noe høyere enn for sykepenger. For rehabiliteringspenger er det ca. 22,6 % per. sept. 2000 som har graderte rehabiliteringspenger, mens den for sykepenger er på 19,9%.

3.2 Temadel

RTV har et pågående prosjekt benevnt "helseaksen-trygdeetatens oppfølging av personer under 45 år.

Undersøkelsen gjelder personer som har avsluttet rehabiliteringspenger med psykiske lidelser. En gruppe er registrert i arbeid etterpå. Den andre er innvilget uførepensjon.

Foreløpige resultater viser at trygdekontorets kontakt med bruker og arbeidsgiver er lite dokumentert i sakene, mens kontakt med de medisinske premissleverandørene er bedre dokumentert. Det ser også ut til at de sakene der bruker er kommet i arbeid både er bedre dokumentert og at oppfølgingen har kommet på et tidligere tidspunkt.

Hvorvidt bruker har hatt samtale med saksbehandler eller hatt skriftlig kontakt om aktive tiltak i løpet av sykepengeperioden, fremkommer i svært få saker. Dette er imidlertid bedre dokumentert i rehabiliteringspengeperioden.

Undersøkelsen viser også at det er lite dokumentert kontakt vedrørende aktive tiltak mellom arbeidsgiver og trygdekontoret. Dette gjelder også i saker der det fremgår at bruker har et intakt arbeidsgiverforhold ved avslutningen av rehabiliteringspengeperioden.

4 UFØREPENSJON

4.0 Resymé

Veksten i antall uførepensjonister er på 3,6 prosent i år 2000 mot 4,5 prosent i 1999. Veksten i utgiftene (målt i fast G) har også gått ned fra 4,8 prosent i 1999 til 3,8 prosent i år 2000. Tilgangsraten¹¹ synker for begge kjønn, men mest for kvinner. Det skyldes at antall krav om uførepensjon har gått litt ned siste halvår, og avslagsprosenten¹² har økt sterkt. De fleste uførepensjonister er over 45 år. I år 2000 utgjorde de over 45 år 80 % av uførepensjonistene. Økningen i antall er størst for aldersgruppen 45-54 år, dette skyldes at befolkningen har økt mest i denne aldersgruppen. Muskel/skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør en økende andel av de nye uførepensjonistene. Stadig flere uførepensjonister har kontakt med arbeidslivet, og det ser ut til at noe flere går ut av uførepensjonsordningen og tilbake til arbeidslivet.

4.1 Rapportering

Vi ser en kraftig reduksjon i tilgangsratene for alle aldersgrupper og begge kjønn fra 1999 til 2000.

Særlig er tilgangsratene redusert for menn 25-34 år, samlet sett er allikevel reduksjonen i tilgangsraten størst for kvinner. Fra 1992 til 1999 har trenden i alle aldersgrupper vært at kvinner utgjør en økende andel av tilgangen. Men fra 1999 til 2000 reduseres tilgangsraten for kvinner mer enn tilgangsraten for menn i alle aldersgrupper unntatt for aldersgruppen 50-54 år, hvor forholdet mellom menn og kvinner er tilnærmet stabilt.

¹¹ Tilgangsrate= tilgang pr 1000 ikke uføre i befolkningen.

¹² Andel avslag i prosent av behandlede krav om uførepensjon.

Når vi ser på den endringen i tilgangsraten fra 1995 til 2000 har kvinner hatt en relativt større vekst i tilgangsraten i alt enn menn, men når en fordeler på aldersgrupper ser vi at dette skyldes økning i tilgangen for kvinner over 45 år. For de som er yngre enn 45 år har kvinner hatt en reduksjon i tilgangsraten fra 1995-2000, for menn er tilgangsraten redusert fra 1995 til 2000 for 25-34 åringene samt 65-67 åringene, og økt for de andre aldersgrupper, mest for aldersgruppen 45 til 54 år.

RTV har utarbeidet en rapport som fokuserer på den sterke økningen i uførepensjonering av unge mennesker under 35 år som har funnet sted i 1990-årene. Det ble påvist tendenser til mindre aktiv intervensjon for de som ble uførepensjonert i 1997 sammenlignet med de som ble uførepensjonert i 1992. Det er videre påvist en markert økning i psykiske og sammensatte sosiale tilstander som medisinsk årsak til uførepensjonering, og at attføringstjenesten i liten grad makter å møte disse nye problemene, selv om resultatene ikke tyder på at attføring blir tilbudt i mindre utstrekning i 1997 enn i 1992.

Muskel/skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør en økende andel av de nye uførepensjonistene.

Sykdommer i sirkulasjonssystemet, og skader, forgiftninger og vold har en tydelig tilbakegang blant nye uførepensjonister. Det er sammenheng mellom alder og hoveddiagnose ved tilgang til uførepensjon. For de over 45 er muskel-skjelettlidelser den vanligste årsaken til uførepensjonering. Ryggsykdommer utgjør halvparten av tilgangen i denne diagnosegruppen. For de unge er psykiske lidelser den vanligste årsaken til uførepensjonering. Det er også mange over 45 år som blir uførepensjonert med psykiske lidelser som hoveddiagnose og for aldersgruppen over 45 år har diagnosen psykiske lidelser og sykdommer i sirkulasjonssystemet økt mest fra 1995 til 1999, for de under 45 år er det muskel og skjelettlidelser som har økt mest i perioden.

Fra 1995 til 1999 har antall nye uførepensjonister med psykiske lidelser og sykdommer i muskel-skjelettsystemet økt mest i antall og pr 1000 ikke uføre. Særlig har kvinner med muskel / skjelettlidelser og menn med sinnslidelser hatt en kraftig økning. Relativt sett er økningen for menn størst i diagnosegruppen sykdommer i nervesystemet + øyet og øret, men antall med denne diagnosen er relativt lite. Uførepensjonering med hoveddiagnose, skader forgiftninger og vold har gått ned, særlig for menn.

Fra 1999 til 2000 økte avslagsprosenten for begge kjønn.

For aldersgruppen 35-54 år er avslagsfrekvensen nå høyere for menn enn for kvinner, mens det er motsatt for de andre aldersgruppene, men forskjellene mellom kjønnene er nå små og varierer litt fra år til år.

Tidlig på 90-tallet var det stor forskjell mellom menn og kvinner i andel som fikk avslag på krav om uførepensjon. Det var særlig i aldersgruppen 55-67 år at forskjellen mellom kjønnene var stor, og denne forskjellen trakk gjennomsnittlig avslagsprosent mye opp for kvinner, fordi denne aldersgruppen utgjør en stor andel av tilgangen. I 1992 fikk kvinner mellom 55-67 år avslag dobbelt så ofte som menn i samme aldersgruppe. Dette skyldes bl. a. at kvinner i denne aldersgruppen i mindre grad enn menn hadde tilknytning til arbeidslivet, og da at det var vanskeligere å bli erklært ufør sett i forhold til arbeid i hjemmet. Forskjellen er nå redusert i alle aldersgrupper. Kvinner er også i større grad sysselsatt enn i 1992. Avslagsprosenten har økt for menn samtidig som den er redusert for kvinner når vi ser perioden 1992-1998 under ett.

4.2 Evaluering

Det er en sentral målsetting å unngå varig passivisering.

Det er en klar økning i antall uførepensjonister med arbeidsinntekt fra 1997 til 2000. Dette gjelder særlig uførepensjonister med hel uførepensjon som fra 1.5.97 fikk økt grensen for hva de kan tjene uten at uføregraden blir redusert. En liten men økende andel av uførepensjonistene tilbakeføres til arbeid. Det er sannsynlig at det skyldes at en økende andel av uførepensjonistene har kontakt med arbeidslivet.

Vi har gjennomgått en del andre indikatorer og funnet at uførepensjonisters kontakt med arbeidslivet har økt, og at overgangen fra andre trygdeytelser til uførepensjon har gått ned.

En stor andel av de som avslutter rehabilitering/attføring og de som har brukt opp sykepengerettighetene sine, er uførepensjonister allerede 6 md etter. Men andelen som blir uførepensjonister avtar nå noe. Disse finner vi i stor grad igjen på rehabiliteringspenger, der tilgangen øker og gjennomsnittlig tid i ordningen har økt.

Det har også vært en nedgang i andel som får økt sin uføregrad i 1999 og 2000. Det tyder på at en noe større andel av uførepensjonistene opprettholder kontakt med arbeidslivet.

Uavhengig av uføregrad og alder har uførepensjonister som har vært i arbeid året før, større sannsynlighet for å gå tilbake til arbeid enn uførepensjonister som ikke har hatt inntektsgivende arbeid året før. Av de som hadde avgang fra uførepensjonsordningen i 1998 var det 884 som gikk arbeid i 1999. Det var 260 personer mer enn året før. Dersom de forblir ute av uførepensjonsordningen medfører det en innsparing for trygden på ca 26 mill kroner i året.

En stadig mindre andel av de som blir uførepensjonister har fått tilbud om yrkesrettet attføring i treårsperioden før de ble uførepensjonister. De unge har i langt større grad enn de eldre fått tilbud om yrkesrettet attføring før uførepensjonering. Antall på yrkesrettet attføring har økt i hele perioden for alle aldersgrupper. Fra 1997 til 1999 har andelen har gått ned for alle aldersgrupper, sterkest for de over 64 år, men også en sterk nedgang i aldersgruppen 55-59 år.

Det er betydelige forskjeller mellom fylkene i hvor stor andel av uførepensjonistene som har fått tilbud om yrkesrettet attføring i treårsperioden før uførhet. I aldersgruppen 20-39 år ligger Oslo og Vestfold lavest med ca 30 prosent, Hedmark og Sør-Trøndelag ligger høyest med ca 50 prosent av uførepensjonistene *i denne aldersgruppen* som har fått slikt tilbud. Vi finner ikke noen samvariasjon mellom at fylkene har høy tilgang eller vekst i tilgang og fylker med lav andel av de uføre som har fått tilbud *om yrkesrettet attføring i treårsperioden før uførhet*.

Målsettingen om å sikre inntekt ved varig nedsatt inntektsevne/arbeidsevne på grunn av sykdom skade eller lyte.

Uførepensjonister har lavere inntekt enn befolkningen for øvrig. Behovet for sosialhjelp er relativt større for uførepensjonister sammenlignet med befolkningen for øvrig, en del uførepensjonister lever under fattigdomsgrensen, dersom de er enslige og ikke har andre inntektskilder enn uførepensjon.

Hovedtyngden (65 prosent) av uførepensjonistene som har hel uførepensjon har et inntektsnivå på 100 000-175 000 kroner pr år. 20 prosent (37 000 personer) har en inntekt under 90 000 kroner i året før skatt. Ca. 2 prosent har inntekt over 200 000. Gjennomsnittlig uførepensjon for kvinner ligger på ca 33 prosent av gjennomsnittlig lønn¹³, og gjennomsnittlig uførepensjon for menn ligger på 45 prosent av gjennomsnittlig lønn.

En stadig større andel av uførepensjonistene har opptjent rett til tilleggspensjon, slik at gjennomsnittlig uførepensjon har økt selv om grunnbeløpet har vært underregulert sett i forhold til lønnsutviklingen. En stadig mindre andel av uførepensjonistene er minstepensjonister. I 1999 var 23 prosent av uførepensjonistene minstepensjonister. Minstepensjon for enslige er 88 032 kroner pr mai 2000. Fattigdomsgrensen i 1998 var 88 800 kr pr *forbruksenhet* etter skatt. De aller fleste uførepensjonister har andre inntektskilder enn uførepensjon. De fleste har f-eks grunn og hjelpestønad. Gjennomsnittlig samlet inntekt for enslige minstepensjonister med hel uførepensjon var ca 125 000 kroner før skatt i 1999, og ca 160 000 kroner for de med gradert uførepensjon. Barnetrygd og evt barnebidrag, kapitalinntekter og tjenestepensjoner kommer i tillegg.

Det er et sentralt mål å øke gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet.

I gjennomsnitt var de nye uførepensjonistene 51,6 år når de trådte inn i ordningen i 1999. Dette tallet har vært relativt stabilt siden 1996. Forventet pensjoneringsalder i 1999 er 59, 9 år. Dette er en klar nedgang fra 1995. Denne nedgangen skyldes hovedsakelig økning i tilgang til uførepensjonsordningen.

I samsvar med regjeringens ønske i revidert nasjonalbudsjett 2000 er det satt i verk administrative tiltak for å redusere tilgangen til uførepensjon.

Utkast til kvalitetsstandard og saksbehandlingsblankett er utarbeidet og samtlige fylker. Disse skal tas i bruk i løpet av 1. kvartal 2001. Et annet viktig tiltak har vært å harmonisere mål og prioriteringene i trygdeetat og A-etat på attføringsområdet. I dette arbeidet har vi særlig vektlagt etatenes ansvar for å tilby hensiktsmessig attføring for målgrupper under 35 år, og under 45 år med muskel/skjelett eller psykiske lidelser. Etaten skal i samarbeid med A-etat igangsette forsøk med å reaktivere uførepensjonister tidlig i 2001.

5 GRUNN- OG HJELPESTØNAD

5.0 Bakgrunn

Stønadenes plass i Folketrygden

Grunnstønad og hjelpestønad er for de av Folketrygdens medlemmer som har varig sykdom, skade eller lyte. Vilårene for å få disse ytelsene ligner på den måten de som gjelder for uføretrygd, men de følger et annet prinsipp når det gjelder hva stønaden skal kompensere for. Det skal dokumenteres at uførheten medfører *betydelige ekstraavgifter*. Ekstraavgiftene og pleiebehovene skal dessuten vare i minst 2-3 år etter at hensiktsmessig behandling er gjennomført. Det har ingen betydning om ervervsevnen samtidig er nedsatt eller ikke, men de fleste av dem som har disse stønadsordningene, har også uføretrygd eller en annen form for forsørgelse som ikke er arbeidsinntekt.

¹³ Gjennomsnittlig lønn er gjennomsnitt i alt kvinner og menn

Grunnstønad skal dekke ekstrautgifter til bestemte formål, for eksempel til kosthold, transport førerhund og telefon. Regelverket angir hvilke formål som er aktuelle og standardberegninger av ekstrautgifter til noen av dem. Disse beregningene blir oppdatert rutinemessig etter opplysninger fra nærmere bestemte eksterne faginstanser. Stønaden ytes etter 6 ulike satser. Den høyeste var i år 2000 på 2 565 kr i måneden, 5 ganger den laveste som var på 513 kr i måneden. Satsen som ligger nærmest *under* de samlede ekstrautgiftene, blir brukt.

Hjelpestønad skal dekke ekstrautgifter til tilsyn og pleie når det foreligger et privat pleieforhold. I prinsippet gjelder en standardsats for hjelpestønad, men det er to unntak: Barn og unge kan få forhøyet hjelpestønad i tre ulike trinn. Den høyeste satsen (sats 4) var i år 2000 på 5 508 kr i måneden, 6 ganger standardsatsen på 918 kr i måneden. Også her bruker man den satsen som ligger nærmest *under* de samlede ekstrautgiftene. Det andre unntaket gjelder en stor gruppe som har med seg rettigheter til hjelpestønad til hjelp i huset. Denne ordningen ble avvirket i 1992. De som fikk innvilget stønad til dette formålet før dette året, har den fremdeles, men til en sats som ligger omtrent 7 % under standardsatsen.

Det fremgår av det ovenstående at det er knyttet et komplisert regelverk til vilkårene for ytelsene. Dette regelverket er detaljert og klart på visse områder, særlig der de tar utgangspunkt i spesifikke diagnoser og utgiftsformål, mens det kan være åpent og skjønnsorientert på andre, for eksempel når det gjelder vurderingen av private pleieforhold.

Utgiftsnivået og mottakerne

Omtrent 130 000 personer mottar grunnstønad, mens omtrent 90 000 har hjelpestønad. Utgiftene for Folketrygden var siste år i størrelsesorden 1,3 milliarder for hver av ordningene. Det er altså et par av de relativt beskjedne postene i Folketrygdens regnskap. På den annen side omfatter disse stønadene noen av dem med størst behov for hjelp.

5.1 Utviklingen av utgifter og tallet på mottakere

Mekanismer bak utviklingen av bestandene

Den samlede prevalensen av de sykdommer, skader eller lyter som her er aktuelle, endrer seg i normale tider langsomt. Under ellers stabile vilkår kan man derfor anta at bestandene er stabile. Denne antakelsen kan man så modifisere:

- For det første har det vært en utvikling i *prioritering av målgrupper* slik at det er blitt vedtatt en lang rekke av *regelendringer* med sikte på å løfte opp grupper med særlig store ekstrautgifter og samtidig redusere omfanget av de store gruppene av mottakere som har mer begrensede ekstrautgifter. For eksempel kan hele formålsgrupper og diagnoser falle bort slik at bestanden blir redusert på kort eller lang sikt.
- Videre endres *helsevesenets kunnskaper* og teknologi for diagnostisering. Dette har sannsynligvis vært særlig aktuelt i det siste når det gjelder sykdommer som barn og unge kan lide av.
- Det er også rimelig å anta at *informasjonen om ordningene* blant publikum utvikles over tid og alltid vil være litt i utakt med regelendringer og medisinsk utvikling. Det samme gjelder kanskje i noen grad saksbehandlerpraksis.
- *Saksbehandlerpraksis* vil også kunne tenkes å bli endret som følge av kurs- og kvalitetssikringstiltak innen de delene av regelverket som medfører spesielt mange skjønnsmessige bedømmelser.

Mekanismer bak utviklingen av utgiftsnivået

Størrelsen av bestanden bestemmer i stor utstrekning hva utgiftene blir. Noen faktorer - og flere av de samme som de som kan tenkes å påvirke bestanden - vil likevel kunne påvirke størrelsen av utgiftene uten at bestanden endres, eller i tillegg til at det skjer:

- *Endringer av satsene* vil endre utgiftsnivået uten at tallet på mottakere blir påvirket.
- *Endringer i regelverket* vil ofte påvirke fordelingen av mottakere av ulike satser. Et objekt kan for eksempel bli fjernet fra listen av de formål som skal dekkes av grunnstønad, uten at det skjer noe annet enn at noen mottakere går ned en sats. En standardberegning av ekstrautgifter i forbindelse med en diagnose kan justeres opp slik at noen mottakere får høyere stønad uten at det kommer inn nye personer med rettigheter på grunn av endringen.
- *Informasjon om ordningene* kan også få personer som allerede er mottakere, til å følge opp med utvidede krav.
- *Saksbehandlerpraksis* kan også endres med hensyn til tildeling av satser for nye og eksisterende mottakere.

5.2 Utviklingstrekk for stønadsformene

Det er sannsynligvis de tallrike små og store regelendringene som best forklarer de forløpene i bestand og regnskap vi har sett i de seneste årene. Det gjelder både tallet på mottakere og utgiftsnivå for begge stønadsordningene. Saksbehandlingspraksis og utvikling av diagnostisering av ulike sykdommer har sannsynligvis også spilt en rolle. De generelle målsettingene for stønadene er at medlemmer ikke skal ha reduserte levekår på grunn av ekstrautgifter og pleiebehov, at man skal hindre overforbruk og underforbruk og at det skal være lik behandling av like saker. Oppfyllelse av disse målsettingene kan ikke vurderes på noen god måte med utgangspunkt i bestands- og regnskapsdata. Derfor vil vi ikke gi slike vurderinger her.

Grunnstønad

Utgiftene til grunnstønad ble redusert i 1998 og 1999 som et resultat av at det ikke lenger skulle utbetales grunnstønad til kosthold i forbindelse med diabetes alene. En endring i beregningene av ekstrautgifter til kosthold for personer med visse sykdommer vil gi betydelig økte utgifter i år 2000. Noe av denne økningen, omtrent 48 millioner kroner, skyldes etterbetaling fra tidligere år. Det vil også bli betydelig økte fremtidige utgifter i størrelsesorden noe over 60 millioner kroner i året. Endringene i utgiftsnivået de seneste par årene skyldes altså i det alt vesentlige endring i regelverk og satser, og ikke så mye, for eksempel, en demografisk dynamikk i bestanden.

Tallet på mottagere av ordinær sats fortsetter å synke mens flere får høyere sats. Samlet har det vært en viss stigning de seneste par årene. Stigningen gjør seg gjeldende i de fleste aldersklasser og er omtrent likt fordelt mellom kvinner og menn. Det er også en svak økning i tilgangen av nye mottagere av grunnstønad. Denne økningen gjør seg gjeldende i flere aldersgrupper og for både ordinær og forhøyet sats. Avgangen av mottagere de siste par årene er gått litt ned, men dette er sannsynligvis en funksjon av størrelsen av og egenskaper ved bestanden etter at diabetikerne falt fra.

Den yngste aldersgruppen er den der man først kan registrere effekter av endringer i regelverk og praksis siden det er liten treghet i form av tidligere vedtak for dem som ikke har levd så

lenge. Det har i år 2000 vært en forskyvning av mottagere også i disse yngre gruppene mot høyere satser på grunn av endringer i kostholdsbestemmelsene for visse sykdommer.

Blant barn under 9 år har det samlede tallet på mottagere av grunnstønad sunket jevnt de seneste årene. Dette er uventet, og vi vet foreløpig ikke hvorfor det har skjedd. Én grunn til at denne utviklingen er vanskelig å analysere, er problemer med innsamlingen av opplysninger om mottakernes diagnoser og formål for grunnstønaden til det sentrale registeret. Rikstrygdeverket arbeider med å forbedre denne datasituasjonen.

Generelt gjelder at endringer i regelverket for å rette grunnstønaden mer inn mot personer med spesielt høye ekstrautgifter ser ut til å ha gitt som resultat en forskyvning mot høyere satser. Det er ikke urimelig å betrakte det som en bekreftelse av at mange med spesielt høye utgifter også har fått bedre kompensasjon for dem, men dette vet vi ikke.

Hjelpestønad

Utgiftene til hjelpestønad har økt svakt siden 1997 - også når man korrigerer for de ordinære økningene i satser - som en følge av at flere barn og unge med forhøyet sats er kommet til.

Det samlede tallet på mottagere har sunket over lang tid etter at det ikke lenger ble gitt hjelpestønad til hjelp i huset. Det ser nå ut til at tallet har stabilisert seg eller vil øke svakt. Tilgangen av barn og unge har steget sterkest, spesielt tallet på dem som har fått forhøyet sats, men tilgangen har vært økende for alle aldersgrupper. Utviklingen i avgangen kan betraktes som en funksjon av sammensetningen og størrelsen av bestanden.

Det har vært en sterk vekst i tallet på barn og unge med hjelpestønad. Særlig sterk har veksten vært blant barn mellom 10 og 18 år. Denne gruppen har vokst med ca. 40 % de seneste 5 årene. Man kjenner ikke til årsakene til denne utviklingen, men man kan ha hypoteser om at en utvikling i diagnostiseringen av visse sykdommer har bidratt. Det kreves flere og til dels andre typer data enn de som nå er tilgjengelige, for å kunne forstå denne utviklingen.

Det har vært en målsetting at hjelpestønaden skal gi en bedre dekning for barn og unge med spesielt store behov for tilsyn og pleie. Vi har sett en sterk økning i tallet på barn og unge med forhøyet hjelpestønad, og det kan tenkes at dette gjenspeiler en endring i praksis i tråd med denne målsettingen.

Riksrevisjonen har, med utgangspunkt i eksisterende data, påvist store variasjoner på fylkesnivå i innvilgelse av hjelpestønad for ulike diagnoser. Det er uklart om og i hvilken grad disse variasjonene skyldes datasituasjonen, uklarheter i regelverket eller har andre årsaker. Riksrevisjonen fant også en variasjon mellom saksbehandlere i utfall av bruk av skjønn i 9 anonymiserte fremstillinger av saker ("vignetter"). Trygdedirektørens internrevisjon har, med utgangspunkt i en gjennomgang av 288 faktiske saker med saksmapper og dokumentasjon, ikke funnet like store variasjoner. Rikstrygdeverket arbeider fortsatt med å dokumentere variasjonen bedre og å forbedre datagrunnlaget.

6 BIDRAGSOMRÅDET

6.0 Resymé

En ser at den totale bidragsgjelden fortsatt øker, men tiltak har begrenset stigningen av gjelden. Økningen skyldes hovedsakelig nye saker. De fleste målsetningene i arbeidet med å sikre godt innkrevingsresultat nås i 2000.

6.1 Rapportering

Mål for området

I St.prp. nr. 1 1999-2000 Folketrygden, er det satt opp målsetninger for arbeidet med barnebidragssaker, formulert som følger:

- Statens oppgaver i dette arbeidet er å sikre refusjon for utbetalt forskudd og overgangsstønad, kreve inn bidrag til private bidragsmottakere og sørge for rask og korrekt pengeformidling i alle saker.
- For trygdeetaten er målene knyttet bl.a. til å sikre et godt innkrevingsresultat, sikre dekning av statens utgifter til bidragsforskudd og stønad, samt hindre gjeldsoppygging i nye bidragssaker

Utvikling siste år – økning i gjeld og antall nye saker

Tall per september 2000 viser at bidragsgjelden har økt. Bidragsgjelden var på 3 164 millioner kroner per september 2000. Det var 126 244 bidragspliktige på samme tidspunkt, av disse hadde 8 472 mer enn 100 000 kroner i gjeld. 45 611 var uten gjeld og 41 312 hadde gjeld mindre enn 10 000 kroner.

Gammel gjeld nedbygges, men nye saker med påfølgende gjeld medfører at total gjeld øker noe. Det har vært en økning i utenlandsgjelden på 4,9 prosent første 9 måneder, samt en økning på 4,4 prosent september 1999 til september 2000 i nye saker til mislighold og en økning i nye saker til innkreving på 8,8 prosent i samme periode.

6.2 Evaluering

De fleste målsetninger i arbeidet for å sikre godt innkrevingsresultat nås i 2000

Det ser ut til at gjeldstallet i forhold til påløp blir lavere i 2000 enn i 1999.

- Vi har hatt en økning fra 39 493 pr september 1999 til 45 611 pr september 2000 i antall bidragspliktige som er a jour siden 1999. I tillegg er det en konstant andel på snaut 91 prosent av bidragspliktige som betaler.
- Når det gjelder dekningsprosenten (påløp/innbetalinger), kan det se ut til per september at denne er blitt dårligere i forhold til i 1999. Per september 2000 var det inn betalt 98 prosent av påløpet mot 100 prosent per september 1999. Sannsynligvis vil dekningsprosenten forbedres noe ved årsavslutningen på samme måte som i 1999 (102 prosent ved årets utløp).

- Utgifter til forskudd etter fratrukk av bevilget forskudd har steget med 14,9 % i forhold til samme tidspunkt i 1999, men tar en hensyn til inntektene ser en av ”utgifter etter bevilget/rest til innkreving” er 10 prosent lavere.
- Refusjon for utlagt overgangsstonad er bedret i forhold til 99 – innbetalte stonadskrav har økt mer enn påløpet per september 2000. Differansen mellom stonadskrav til innkreving og innbetalt stonad per september 2000 var på 5,4 millioner mot 11,6 millioner på samme tidspunkt i 1999.
- Vi ser at påløp øker mer enn gjelden. Per september 1999 utgjorde gjelden 123 prosent i forhold til samlet påløp, mens på samme tidspunkt i 2000 er den på 115 prosent. Dette betyr at TI effektiviserte innkrevingen av de første tre kvartalene i 2000.

Nytt innkrevingssystem

Høsten 1999 ble et nytt innkrevingssystem TOR9 tatt i bruk. TOR9 gir bidragsmottakerne bedre service og øker trygdekontorenes tilgjengelighet til BOST-systemet. I tillegg har det nye systemet et stort forbedringspotensial med hensyn til uttrekk til statistikkformål. (Dette ga en økning på ca 80-90 mill både i utgifter og inntekter.)

Det pågår en kontinuerlig analyse av bidragsgjelden for å konsentrere innsatsen om de fordringene der det er en reell mulighet til å få inn penger. I tillegg er det etter gjennomgang av bidragssaker i trygdekontorene i 2000 for å bedre inndekningen av forskudd og overgangsstonad oppnådd en besparelse på 36 mill kroner.

Misligholdsprosjektet ved TI ga en forbedring i utviklingen av påløpt gjeld.

Misligholdsprosjektet er avsluttet. Dette prosjektet har begrenset påløp av gjeld, og viser at tiltak nytter. Arbeidet med misligholdssaker har vært noe nedprioritert i 2000, men intensiveres i siste del av november 2000 og fortsetter i 2001.

7 BILSTØNAD

Det har vært en nedgang i utgiftene og antall tilståtte kjøretøy i perioden 1995 frem til 1998. Dette kan hovedsakelig forklares med regelendringene av 1.1.1995 hvor gjenanskaffelsestiden ble endret fra 6 til 8 år og kjørelengde-begrensingsregelen ble fjernet. Det er en utgiftsøkning i 1998 for kjøretøy og utstyr på henholdsvis 52% og 17%, mens volumendringen er på henholdsvis ca 40% og 17% . Regnskapet for 1999 viser fortsatt vekst, utgiftsøkningen på kjøretøy og utstyr er på henholdsvis 20% og 38%. Volum tall for 1999 viser en økning på henholdsvis 12% og 18%. Økningen i 1999 har sammenheng med ’regelendringen’ knyttet til psykiske utviklingshemmede og vi har anslått at denne endringen forklarer ca 7% av veksten. Regnskap pr september 2000 viser en nedgang på ca 4%, volumnedgangen basert på halvårstall viser en nedgang på 12% for kjøretøy og 3 % for utstyr. Det var forventet en nedgang pga av regelendringen av 1.1.1999 hvor gjenanskaffelsestiden ble endret fra 8 til 9 år.

Det har vært ubetydelige endringer i brukersammensetningen mht alder, kjønn, diagnose og trygdestatus de siste fem år. Mottakere av biler første halvår 2000 består av 61 % uføretrygdede, 12 % alderspensjonerte, ca 10 % er under 18 år og 17 % er i arbeid eller annet.

8 ENSLIG MOR ELLER FAR

8.0 Resymé

Det er blitt færre eneforsørgere med ytelser fra folketrygden de siste årene som følge av omleggingen om ordningen pr 1.1.1998. Relativt flere av disse er imidlertid i arbeid eller under utdanning enn på midten av 90-tallet. Det er imidlertid sannsynlig at det ikke er realistisk å øke andelen ytterligere. Det har vært en inntektsforbedring for eneforsørgerne mellom 1997 og 1998.

8.1 Rapportering

Mål for området

I St.prp. nr. 1 (1999-2000) Folketrygden finner vi følgende målsetninger for området:

- Sikre inntekt for eneforsørgende foreldre
- Legge forholdene til rette for selvforsørgelse ("hjelp til selvhjelp")

Tiltak

Pr 1.1.1998 ble ordningene lagt om. Endringene innebar blant annet:

- Økt ytelser
- Redusert stønadsperiode og redusert aldersgrense
- Krav om yrkesrettet aktivitet

Reformen ble gjennomført med en overgangsperiode som ble avsluttet 31.12.2000.

Pr 1.7.1999 skal eneforsørgere med særkullsbarn som lever i stabile samboerforhold ikke lengre få ytelser som enslig forsørger

Utviklingen de siste årene

I 2000 ble det utbetalt om lag 3 660 mill kr til overgangsstønad, stønad til barnetilsyn, utdanningsstønad og tilskudd til flytting for å komme i arbeid. Dette var 35 mill kr mindre enn i 1999. Ser en bort fra at satsene for overgangsstønad ble økt i 1998 har tendensen vært reduksjon i utgiftene til overgangsstønad, men økning i utgiftene til utdanningsstønad og stønad til barnetilsyn.

Det var om lag 52 600 eneforsørgere med ytelser fra folketrygden ved årsskiftet 1999/2000. Av disse hadde vel 41 300 overgangsstønad. Omleggingene pr 1.1.1998 innebærer at det totalt vil bli færre eneforsørgere med ytelser fra folketrygden, og spesielt vil det bli færre med overgangsstønad. Det er imidlertid usikkert hvor stor reduksjonen faktisk vil bli. Ved årsskiftet 1999/2000 var det ca 8 prosent færre eneforsørgere med ytelser fra folketrygden enn året før, og pr september 2000 var antallet 1,4 prosent lavere enn på tilsvarende tidspunkt ett år tidligere.

8.2 Evaluering

Flere aktive siden midten av 90-tallet, men taket er kanskje nådd

Vi har sett at andelen i arbeid eller under utdanning (aktive) økte i alle aldersgrupper i perioden 1994-97. Denne utviklingen kan i stor grad forklares med et stadig strammere arbeidsmarked, samtidig som trygdeetatens satsing på området sannsynligvis også bidrar

positivt. Det at barna synes å bli eldre i løpet av perioden, kan videre forklare noe av økningen. Omleggingen av stønadsordningen gjør at graden av aktivitet i 1998, 1999 og 2000 ikke uten videre kan sammenlignes med tidligere år. Dette skyldes at det nye regelverket endrer innholdet i begrepet "aktiv stønadsmottaker". Samtidig endres sammensetningen av stønadsmassen med det nye regelverket, noe som i neste omgang har betydning for aktivitetsnivået. Imidlertid kan det synes som det var en økning i aktivitetsnivået mellom 1997 og 1998, og at nivået etter dette jevnt over har vært konstant på ca 75 prosent etter dagens definisjon av hva som skal menes med aktiv.

Høyere utdanningsnivå blant eneforsørgere

SSBs utdanningsstatistikk viser at eneforsørgere (med stønad i folketrygden) har lavere utdanningsnivå enn kvinner generelt i alderen 16-49 år, spesielt når det gjelder utdanning på høyskole/universitetsnivå. Imidlertid viser statistikken at utdanningsnivået blant eneforsørgere har økt i større grad enn utdanningsnivået generelt i perioden 1990-97. Utviklingen kan være et resultat av etatens satsing på å heve mottakernes utdanningsnivå, men det forhold at eneforsørgere som gruppe har blitt eldre har kanskje også en viss betydning.

Inntektsforbedring for eneforsørgerne mellom 1997 og 1998

Bare fire pst. av eneforsørgere med stønad fra folketrygden er menn. Når en derfor skal sammenligne inntektene til eneforsørgere med andre grupper er det derfor mest interessant å sammenlikne inntektsnivået mellom kvinnegrupper. En ser da at kvinnelige eneforsørgere med ytelse som eneforsørgere har hatt en høyere inntektsvekst enn alle kvinner under 55 år mellom 1997 og 1998. Inntektsveksten var om lag 13,5 pst. for eneforsørgere med ytelse fra folketrygden og om lag 6,5 pst. for alle kvinner under 55 år. De med kun overgangsstonad har hatt den største økningen i inntekten. Inntektsveksten for de med kun overgangsstonad var om lag 26,5 pst. Inntektsveksten for de med kun stønad til barnetilsyn var imidlertid 2 prosentpoeng lavere enn inntektsveksten for alle under 55 år. Ut fra dette synes det som om økningen i satsen på overgangsstonaden i forbindelse med omleggingen av regelverket for ordningen har bidratt til å øke gjennomsnittlig inntekten for eneforsørgere med ytelse fra kap. 15 i folketrygdloven. Det er imidlertid usikkert hvor stor del av inntektsveksten som skyldes satsøkningen. Noe av inntektsveksten skyldes antageligvis at inntektsgrensen for bortfall av overgangsstonad ble forskjøvet slik at flere eneforsørgere med høyere inntekt fikk stønad etter omleggingen av regelverket. Økte satser til stønad til barnetilsyn synes i liten grad å ha påvirket inntekten til eneforsørgere med kun stønad til barnetilsyn. De har nemlig hatt lavere inntektsvekst enn alle under 55 år. Her må man imidlertid være oppmerksom på at gruppa med bare stønad til barnetilsyn har en gjennomsnittlig inntekt som er drøyt 70 000 kroner høyere enn ikke-gifte.

Sosialhjelpsstatistikken indikerer også at eneforsørgere forbedret sin økonomiske situasjon fra 1997 til 1999.

8.3 Temadel

I Basisrapporten gis en beskrivelse av utviklingen på området når det gjelder bestand, tilgang og avgang samt varighet. Vi dekker perioden 1988-1999 dvs. en periode på om lag 11 år. Bakgrunnen for at vi ikke har sett utviklingen før 1988 har sammenheng med at Rikstrygdeverkets register over eneforsørgere først ble opprettet 1.1.1988. Utviklingen før den tid er ikke tilgjengelig elektronisk for oss.

Mens den totale tilgangen av eneforsørgere med overgangsstønad i årene 1992-99 er forholdsvis stabil, er det i den samme perioden en jevn økning i antall mottakere som avslutter sin stønadsperiode med overgangsstønad. Største avgangen har funnet sted i 1999 og har sammenheng med regelendringen 1.7.1999.

Gjennomsnittlig varighet av siste stønadsperiode for mottakere av overgangsstønad har økt i hele perioden. Andelen personer med lange stønadsperioder (5 år eller mer) har økt i hele perioden fra 1993 til 1999.

9 TEKNISKE HJELPEMIDLER

9.0 Resymé

Kapitlet omhandler tre ulike hjelpemiddelpostar. Det gjeld tekniske hjelpemidler som vert formidla gjennom hjelpemiddelsentralane, høyreapparat, og ortopediske hjelpemidler

Området tekniske hjelpemidler har ein sterk årleg utgiftsvekst. Det er ein årleg tilvekst på nye brukarar, men også at brukarane i gjennomsnitt får utlån av fleire hjelpemidler og noko dyrare hjelpemidler enn før. Folketrygda har dei siste åra hatt ansvar for hjelpemidler til skulebruk. Dette har ført med seg ei sterk auke i innkjøp av datahjelpemidler. Det har også opna for nye og yngre brukargrupper, t.d. med dysleksi og liknande, som ikkje tidlegare har hatt hjelpemiddeltilbod.

På området høyreapparat har vi i løpet av få år hatt ei omlegging av marknaden frå analoge til digitale høyreapparat. Folketrygda sin stønad pr. apparat auka frå 3700 kr. til 5400 kr. frå og med 1998. Samtidig har det samla antal høyreapparat auka kraftig. Dei digitale høyreapparata har ein dokumentert betre effekt, og det fører til at gjenanskaffingstida går ned. Fleire brukarar enn før får stønad til to høyreapparat.

På området ortopediske hjelpemiddel er det kontinuerlege forhandlingar med verkstadene for å avgrense prisutvikling og timeforbruk. For ortopediske sko har eigenandelane auka dei siste åra.

Stønadordninga for parykk vart utvida i 2000, og utgiftene til dette føremålet har auka sterkt.

9.1 Rapportering

Tekniske hjelpemidler.

Den årlege utgiftsveksten på dette området er relativt høg, Talet på betente brukarar pr. år aukar også jamt, men i lågare takt enn utgiftene. Talet på nye registrerte brukarar pr. år er relativt stabilt. Ein stadig større del av hjelpemiddelsentralane sine brukerkontaktar er oppfølging av tidlegare brukarar. Utlånsverdien av hjelpemidla aukar i noko høgare takt enn innkjøpsverdien. Ein stor del av utlånsverdien er gjenbruk, og gjenbruksprosenten har auka dei siste åra. Det er også langt sterkare prosentvis auke i utlånsverdi enn auke i talet på brukarar. Utlånsverdien pr. betjent brukar pr. år har auka monaleg.

Dei siste åra har vi sett ei vriding i samansetjinga av brukarar. Det er fleire yngre brukarar, og blant dei yngre brukarane er det stor overvekt av mannlege brukarar.

Høyreapparat.

Det kan ytast stønad til høyreapparat for medlemmer av folketrygda som har eit høyrsløstap av eit slikt omfang at høyreapparat er viktig for høyrsløstapfunksjonen.

Utgiftsauken dei siste åra er monaleg, og langt sterkare enn kva som har vore vanleg på dette området. Auken frå 1996 til 1999 er totalt på 73,8 %. Også utgifter til reparasjonar av høyreapparat har fått eit stort omfang.

Digitale høyreapparat kom på marknaden i 1996. Frå og med dette året har folketrygda kjøpt inn denne type høyreapparat i stadig større omfang. Frå og med 1998 vart prisgrensa for maksimal stønad til digitale høyreapparat heva frå 3700 kroner til 5400 kroner. Stønad pr. høyreapparat er dermed monaleg høgare.

Ortopediske hjelpemidler

Den prosentvise utgiftsauken pr. år har til dels vore moderat dei siste åra, men i 2000 har auken vore langt sterkare enn før. Av dei tre største enkeltpostane er det utgifter til protesar som har sterkast auke. Etter 3. kvartal i 2000 er auken på ca. 26 %. Auken på dette området er den viktigaste faktoren for den sterke utgiftsveksten totalt hittil i år. Årsaka til dette er i hovudsak at det no er nye og betre utvikla proteser på marknaden.

Det er gjennomført prisforhandlingar for fabrikkmessig framstilt ortopedisk skotøy, og det er oppnådd klare prisreduksjonar. Det er berekna ei innsparing på ca. 4,1 mill. kroner i 1998 og ca. 5,5 mill. kroner i 1999. Frå og med 1999 vart eigendelane for ortopediske sko heva frå 400 til 600 kroner pr. par for vaksne, og frå 250 til 350 kroner for barn under 10 år. Frå 1998 til 1999 har vi ein nedgang i utgiftene på 2,2 %.

Som kostnadsdempende tiltak er det vedteke innføring av anbud på produksjonsdelen av spesialsydd ortopedisk skotøy, og innføring av faste prisar på ortoser og protesar. Målet med dette er å inngå rammeavtaler med underleverandørar for produksjon av ortopedisk fottøy. Det er anslått ei innsparing i budsjettet for 2000 på om lag 5 mill. kroner som følgje av desse tiltaka. Arbeidet med dette har kome i gang i 2000, og det vert vidareført i 2001.

9.2 Temadel

Tekniske hjelpemidler

Frå og med 1997 har folketrygda hatt ansvar for finansiering av hjelpemiddel til barnehage, skule og i lærlingeordninga. Dei siste åra har trygdeetaten fått langt fleire brukarar i skulealder. Med bruk av sakstatistikk og rekneskapsdata har vi berekna at utgiftene til skulehjelpemiddel for 1998 utgjør ca. 170 – 185 mill. kr., og for 1999 ca. 156 – 170 mill. kr.

Det har i 2000 vore gjennomført ei enkel spørjeundersøking blant hjelpemiddelsentralane for å kartleggje nokre kvalitetsmessige aspekt ved saker som gjeld datautstyr til skulebruk. Vi ønska å kartleggje nokre av faktorane som bidreg til at veksten i utgifter til datautstyr har stagnert i 1999 og 2000. For det andre var vi interessert i å finne økonomisk effekt av å innføre strengare krav til dokumentasjon på lese- og skrivevanskar før tildeling av datautstyr til skulebruk.

Om utgiftene til datautstyr hadde auka tilsvarande det som hjelpemiddelposten samla sett auka med, dvs. 9 %, ville utgiftene til datautstyr vore på 264 mill. kr. i 1999. Reduksjon i 1999 i høve til dette ville vore på 48 mill. kr. Dette anslaget tek høgde for at det uansett ville

vore ei utflating av utgiftene til datautstyr fordi det oppdemd behovet som gjorde seg gjeldande i 1997 og 1998, delvis var dekket. Det er likevel ikkje mogeleg å fastslå innsparinga eksakt. Vi meiner den kan ligge i området mellom 30 og 60 mill. kr.

Mange av hjelpemiddelsentralane ser på innsparingstiltaket som ei viktigare årsak til utflating eller nedgang i utgiftene, enn at det oppdemde behovet skulle vere dekket. Stønadspraksis har til ein viss grad blitt strengare ved mange sentralar. Det tyder på at tiltaket har hatt ein relativt sterk effekt.

Høyreapparat

Digitale høyreapparat kom på marknaden i 1996. Frå og med dette året har folketrygda kjøpt inn denne type høyreapparat i stadig større omfang. Frå og med 1998 vart prisgrensa for maksimal stønad til digitale høyreapparat heva frå 3700 kroner til 5400 kroner. Stønad pr. høyreapparat er dermed monaleg høgare.

For å syne utviklinga på dette området har vi nytta innkjøpsstatistikk. Talmaterialet syner to utviklingstrekk som er spesielt påfallande. For det første har vi i løpet av kort tid ei radikal omlegging av marknaden. Fleirtalet av alle omsette høyreapparat er digitale frå og med 1998. Det betyr ei klar langsiktig vridning over mot dyrare høyreapparat. For det andre ser vi ein sterk auke i talet på innkjøpte høyreapparat totalt.

Ein stadig større del av innkjøpet er blant dei rimelegare digitale modellane, dvs. i prisklassa under eller omkring prisgrensa på 5400 kr. Dette bidreg til eit lågare prisnivå i denne gruppa. Prisane her er likevel for det meste monaleg over dei analoge gruppene.

Ein del av auken kan ha årsak i at fleire brukarar enn før får stønad til to høyreapparat samtidig. Det er også naturleg å tru at gjenanskaffingstida går ned. Dei digitale høyreapparata har ein dokumentert betre effekt for mange brukarar enn dei analoge. Normal gjenanskaffingstid er 6 år. Det er sannsynleg at ønske om skifte til nyare apparat etter kortare tid ligg bak ein del av ekspansjonen på dette området.

Ortopediske hjelpemidler

Det årlege stønadsbeløpet til parykk har til og med 1999 vore på 3000 kroner pr. brukar. Frå og med 2000 er stønadsbeløpet fastsett til 4250 kroner. Frå 2000 er også stønaden til parykk for ungdom under 18 år utvida til at dei får full stønad til inntil to individuelt tilpassa parykkar eller inntil seks syntetiske parykkar pr. år. Utgiftsauken frå 1999 ser ut til å bli på nærmare 50 %, frå 15,5 mill. kr. til ca. 23 mill. kr.. Hevinga av det årlege stønadsbeløpet er ei hovedårsak til denne kostnadsauken. Meirutgifter i 2000 som følge av auke i den generelle stønadssatsen er anslått til ca. 4,5 mill. kroner. I tillegg til dette vil utviding av stønaden for brukarar under 18 år utgjere ca. 2,2 mill. kroner.

10 LEGEMIDLER

10.0 Resymé

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept vokste med 48 % fra 1996 til 2000. Fra 1999 til 2000 økte folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept med litt i overkant av 10 % målt i nominelle kroner. Det er særlig omsetningen av legemidler mot hjerte- og karsykdommer, alvorlige psykiske lidelser, leddgikt og infertilitet som har økt mye i 2000.

Prisene har gått betydelig ned i år 2000 mens volumøkning og overgang til nye og dyrere legemidler er hoveddrivkreftene bak omsetningsveksten.

Det har de siste 5 årene blitt iverksatt en rekke tiltak for å begrense utgiftsveksten. Vi har i årets basisrapport foretatt en økonomisk evaluering av tre av tiltakene som er blitt gjennomført de siste par årene. Våre beregninger viser at egenandelshevingen for alders- og uførepensjonister og unge i 1999 førte til at pasientenes utgifter økte med 280 mill. kroner. Ny praksis for fastsettelse av maksimalpris har ført til en prisnedgang som har gitt en innsparing på minst 155 mill. kroner i 2. halvår 2000 mens reduksjonen i apotekavansen fra 1. mars har gitt en innsparing på 40 mill. kroner. Folketrygden ga fra 1. januar 2000 bidrag til legemidler mot alzheimers demens og vi anslår at dette tiltaket har kostet folketrygden 20 mill. kroner i 2000.

10.1 Rapportering

Formålet med folketrygdens refusjonsordning for legemidler er å beskytte pasienter med alvorlig, kronisk sykdom eller høy risiko for sykdom og behov for langvarig medikamentell behandling mot høye utgifter.

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept har økt med 48 % fra 1996 – 2000. Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept var på 6,2 milliarder kroner i 2000 mot 4,2 milliarder i 1996. Dette er en vekst på 48 % målt i nominelle kroner og 34 % målt i faste kroner. Den relativt sterke veksten i folketrygdens utgifter til legemidler har ført til at folketrygdens andel av de totale norske legemiddelutgiftene har økt gradvis i løpet av de siste 5 årene. Dette betyr at folketrygdens utgifter til legemidler har vokst raskere enn sykehusenes og pasientenes. Fra 1999 til 2000 økte folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept med litt i overkant av 10 % målt i nominelle kroner.

Det er særlig omsetningen av legemidler mot hjerte- og karsykdommer, alvorlige psykiske lidelser, leddgikt og infertilitet som har økt mye i 2000.

Legemidler mot hjerte og karsykdommer er den største gruppe legemidler på blå resept med ca. 1/3 av omsetningen. Dette er også den gruppen legemidler som har stått for den største økningen fra 1996 – 2000. Etter 9 måneder i 2000 hadde veksten avtatt noe sammenliknet med foregående år. Over halvparten av denne reduksjonen i veksten skyldes ny praksis for fastsettelse av maksimalpriser. Blodtrykksreducerende og kolesterolsenkende legemidler er de to største gruppene legemidler mot hjerte og karsykdom. Selv om de blodstrykksreducerende legemidlene fortsatt er de største er det de kolesterolsenkende legemidlene som har økt mest – med en økning på 130 %. Økningen i omsetningen av kolesterolsenkende legemidler har likevel avtatt noe i år. Reduksjonen i veksten skyldes en reduksjon i prisen mens veksten i volumet (definerte døgndoser) har vært nesten like sterk som foregående år.

En annen gruppe legemidler som hadde en sterk vekst i 2000 var legemidler mot alvorlige psykiske lidelser. Veksten etter 9 måneder i 2000 var 18 % sammenliknet med samme periode i 1999. Det er en sterk vekst både for antipsykotiske legemidler og antidepressiva. Etter at omsetningen av antidepressiva har stått stille et par år kan vi nå igjen se sterk vekst.

Det var i 2000 også en relativt sterk vekst i refusjon av legemidler etter individuell søknad. Her var det særlig legemidler mot leddgikt og slitasjegikt og mot infertilitet som økte mye. Veksten her skyldes nye og svært dyre legemidler.

Prisene har gått betydelig ned i år 2000 mens volumøkning og overgang til nye og dyrere legemidler er hoveddrivkreftene bak omsetningsveksten

Endringer i omsetningen av legemidler kan skyldes både endringer i volumet som selges og endringer i prisen. I tillegg kan omsetningen endres gjennom vridninger av produktsammensetningen. Dette siste tar ofte form av at nye og dyrere legemidler erstatter gamle og billigere. Beregninger Rikstrygdeverket har foretatt viser at for legemidler på blå resept har både volumvekst og vridninger i produktsammensetningen vært viktige drivkrefter bak omsetningsveksten de senere årene. Prisene etter har derimot gått noe ned. Spesielt for 2000 er at prisnedgangen har vært sterkere etter 9 måneder enn tidligere år. Det er særlig i 3. kvartal prisene har falt. Prisfallet skyldes endringer i kriteriene for fastsettelse av maksimalpris.

Det har de siste 5 årene blitt iverksatt en rekke tiltak for å begrense utgiftsveksten

Som vi har sett over har utgiftene til legemidler på blå resept steget sterkt de siste 5 årene. Det er i denne perioden blitt iverksatt en rekke tiltak for å begrense kostnadsveksten på legemiddelområdet. Disse tiltakene har særlig vært av tre typer:

1. Reduksjon og omlegging av apotekavansen.
2. Heving av pasientenes egenandeler.
3. Utvidelse av referanseprissystemet for legemidler.

I tillegg ble det fra 1.1 innført en begrensning i muligheten til å forskrive legemidler mot magesår på blå resept og fra 1. juli i 2000 er kriteriene for fastsettelse av maksimalpris på legemidler endret.

De kostnadsbegrensende tiltakene innenfor legemiddelområdet på 1990-tallet har hovedsakelig gått på pris eller på fordelingen av utgiftene mellom pasient og folketrygden. Bare i begrenset grad har tiltakene vært rettet mot volumveksten eller endringer i produktsammensetningen. Muligheten til å gjøre innskrenkninger i forskrivningen av legemidler som allerede står på blå resept er kun brukt en gang på 1990-tallet.

10.2 Evaluering av kostnadsbegrensende tiltak

Vi har i årets basisrapport foretatt en økonomisk evaluering av tre av tiltakene som er blitt gjennomført de siste par årene.

Pasientenes egenandeler økte med omkring 280 mill. kroner i 1999

Egenandelene for unge og alders- og uførepensjonister ble hevet til samme nivå som resten av befolkningen fra 1.1 1999. Våre beregninger viser at dette ga en innsparing på om lag 565 mill. kroner på den vanlige refusjonsordningen. Egenandelsøkningen førte imidlertid også til at folketrygdens utgifter til refusjon av egenandeler steg med 285 mill. kroner slik at netto innsparing for folketrygden var på 280 mill. kroner. Innsparingen for folketrygden tilsvarer merutgiften for pasientene. Beregningen viser at innsparingen var omtrent som forventet, men at både utgiftsreduksjonen på den vanlige refusjonsordningen og utgiftsveksten på frikortordningen var høyere enn ventet.

Ny praksis for fastsettelse av maksimalpris ført til betydelig prisfall fra 1. juli 2000

Det ble 1.7 2000 innført en ny praksis for fastsettelse av maksimalpris for legemidler. Våre beregninger viser at dette tiltaket har ført til innsparing på 85 – 90 mill. kroner i tredje kvartal

i år. Gitt at innsparingen fortsetter å ligge på samme andel av omsetningen vil dette gi innsparinger på minst 155 mill. kroner eller noe høyere i 2000. Dette er som forventet eller litt høyere.

Apotekavansen ble redusert fra 1. mars i år. Vi anslår at dette vil gi en innsparing på 40 mill. kroner for 2000 noe som er litt lavere enn forventet.

10.3 Temadel

Legemidler mot alzheimers demens

Det anslås at folketrygden har gitt bidrag til legemidler mot alzheimers demens for 20 mill. kroner i 2000.

Folketrygden kan, når utgiftene ellers ikke dekkes av folketrygdloven eller andre lover, yte bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester. Dette inkluderer reseptpliktige legemidler som ellers ikke refunderes ved folketrygdens pliktmessige refusjon. Det ble høsten 1999 vedtatt at folketrygden fra 1.1. 2000 skulle gi bidrag til legemidler mot alzheimers demens.

Vi har analysert vedtak om å gi bidrag til legemidler slik de er registrert i Rikstrygdeverkets saksbehandlingssystemer. Ut fra denne analysen anslår vi at antallet personer som har fått bidrag til legemidler mot alzheimers demens var i overkant av 3 000 i slutten av oktober og at utgiftene for folketrygden var omtrent 15 mill. kroner. For hele 2000 anslår vi utgiftene for folketrygden til å bli i overkant av 20 mill. kroner. Før tiltaket ble innført ble utgiftene anslått til 30 mill. kroner. Utgiftene ser dermed ut til å bli en god del lavere enn først antatt.

11 FØDSELSPENGER

11.0 Resymé

Utgiftene til fødsels- og adopsjonspenger øker, men veksten er lavere enn for et år siden. Stadig flere tar ut fødselspenger med 80 prosent kompensasjon. Ca 85 prosent av de fedre som kan det tar ut fedrekvoten.

11.1 Rapportering

Mål for området

Hovedformålet for ordningene med fødselspenger og adopsjonspenger er å bidra til en trygg økonomisk og sosial situasjon for familien, og full likestilling mellom kvinner og menn. Innføring av 4 ukers permisjonstid forbeholdt faren i 1993, hadde som mål å få en jevnere fordeling av omsorgsoppgavene mellom foreldrene. Tidskontoordningen som ble innført 1. juli 1994, skal gi småbarnsforeldre gode muligheter til å kombinere familie og yrkesliv.

Lavere utgiftsvekst det siste året

Totalt var utgiftene til fødsels- og adopsjonspenger på ca 7 850 mill kr i 2000. De totale utgiftene til fødselspenger for yrkesaktive ble på ca 7 090 mill. kroner i 2000. Målt i faste kroner er dette en økning på cirka 2 prosent sammenlignet med 1999. Dette er en betydelig lavere enn veksten fra 1998 til 1999 som var på 7,6 prosent. Utgiftene til engangstønad gikk ned med 14 mill kr fra 1999 til 2000.

Flere tar ut fødselspenger med 80 prosent kompensasjon

Andelen som tar ut fødselspenger med 80 prosent kompensasjon – og dermed ett års permisjon – fortsetter å øke. I 1993 var det 58 prosent av kvinnene som valgte denne ordningen, i 1999 er andelen økt til cirka 75 prosent.

Rundt 85 prosent av alle fedre som oppfyller rett til fedrekvote tar ut denne

Da den samlede permisjonstiden ble utvidet i 1993, ble 4 uker av permisjonen forbeholdt faren. Innføring av fedrekvoten fikk først betydning fra og med 1994. Siden da har menns uttak av fødselspenger økt betraktelig. Fra 1996 og frem til 2000 har utbetalingene økt med 220 mill. kroner, en økning på cirka 50 prosent. Menns andel utgjør cirka 8,6 prosent av de totale utgifter til fødselspenger. Anslag tilsier at rundt 85 prosent av alle fedre som har rett til fedrekvoten tar ut denne, og at denne prosentandelen har vært kontant de siste tre årene. I 1995 var anslaget derimot på bare 57 prosent.

Flere med svangerskapspenger

Antall stønadsmottakere med svangerskapspenger økte fra cirka 100 kvinner i 1996 til 168 kvinner i 1997. Deretter har antallet økt sterkt. Anslag for 2000 tyder det kan komme opp i cirka vel 600 stønadsmottakere.

Det er få som tar ut tidskonto

Hittil er det relativt få som har benyttet seg av tidskontoordningen som ble innført i 1994. Rundt 3,5 prosent av de som mottok fødselspenger i 1999 benyttet seg av denne ordningen.

12 KONTANTSTØTTE

12.0 Resymé

Kontantstøtte ble innført for ett-åringer høsten 1998 og for to-åringer fra 1.1.1999¹⁴). Det er et vilkår for rett til støtte at både barnet og forsørgeren er bosatt i Norge og at barnet ikke har heltidsplass i barnehage med statlige driftstilskudd. Hvis opphold i slik barnehage varer i opptil 32 timer pr. uke kan kontantstøtte gis med redusert beløp. Full kontantstøtte utgjorde i 2000 kr. 3 000 pr. barn pr. mnd.

Desember 2000 omfattet kontantstøtteordningen 88 234 barn, 79,1 pst. av alle ettåringer og 69,5 pst. av alle to-åringer. Av barn med kontantstøtte mottar 90 pst. av ettåringene og 76,3 pst. av toåringene full støtte. I annet halvår av 1999 var bruk av kontantstøtte den samme som i 2000. For aldersgruppene sett under ett er det fra desember 1999¹⁵) til desember 2000 liten endring i bruk av kontantstøtte. At første halvår 1999 og første halvår 2000 viser forskjell i bruk av kontantstøtte, kan bety at ordningen har hatt betydning for småbarnsforeldres valg av omsorgsform.

Forskere som Barne og Familiedepartementet har bedt om å evaluere kontantstøtteordningen er ventet å komme med rapport tidlig i 2001. Ordningen har vært livlig debattert i de to årene den har eksistert. I basisrapporten har vi ved hjelp av statistikk forsøkt å belyse en del av de spørsmål som har vært oppe i debatten. Vi har også sett på en del forhold som kan påvirke

¹⁴ Støtten kan gis fra og med måneden etter at barnet fyller 1 år til og med den måned barnet fyller 3 år.

¹⁵ Desember 1999 omfattet ordningen 89 592 barn, 79,0 pst. av ett-åringene og 70,7 pst. av to-åringene.

foreldrene når de skal velge mellom kontantstøtte og barnehage, forhold som kan gjøre småbarnsfamiliens frihet til å velge omsorgsform mindre reell.

12.1 Bakgrunn

Kontantstøtten skulle gi foreldre bedre mulighet til å velge den omsorgsform de selv mener er best.

Kontantstøtteordningen skulle bidra til mer likhet i de overføringer en barnefamilie får fra staten. Det overordnede mål for kontantstøtte var å bedre småbarnsfamiliens muligheter for å yte god barneomsorg. Det skulle oppnås gjennom å gi den enkelte familie større mulighet for selv å velge den omsorgsform de ønsker for egne barn. På denne bakgrunn ble støtten gjort avhengig av antall timer barnet er i barnehage med offentlig tilskudd, og ikke av foreldrenes inntekt. For barn som er i barnehage mer enn 1 time og mindre enn 33 timer pr uke, kan kontantstøtten utbetales med redusert sats.

Rikstrygdeverkets har statistikk¹⁶) over antall mottakere av kontantstøtte i 1999 og 2000 og antall barn i aldersgruppen 13 mnd til 36 mnd som har vært omfattet av ordningen. Vilåårene for å få kontantstøtte er slik formulert¹⁷) at denne statistikken kan benyttes for å trekke slutninger om antall barn i barnehage med statlig tilskudd¹⁸).

Hvordan vurdere om kontantstøtteordningen har hatt tilsiktet effekt ?

Kontantstøtte har utvilsomt gjort det økonomisk lettere for foreldre som ønsker å være hjemme mens barna er små. Flere av de foreldre som ønsker å benytte private tilsynsordninger vil være i stand til å betale dagmamma eller praktikant. For foreldre som velger å ha den daglige omsorg selv, betyr kontantstøtte større likhet i det tilskudd småbarnsfamilier mottar fra staten. Slik sett virker kontantstøtteordningen slik den var ment.

For å kunne evaluere kontantstøtteordningen må vi vite hvilke omsorgstilbud foreldrene etterspør, og hvilke omsorgsformer de anser som mest ideelle for de yngste barna. Uten slik informasjon kan vi ikke vite om kontantstøtten har bidratt til at småbarnsforeldrene i større grad velger den omsorgsform de selv mener er best.

I valget mellom kontantstøtte og barnehage med offentlig tilskudd kan foreldre bli påvirket av utenforliggende forhold som gjør familiens valgfrihet mindre reell. Det vil være tilfeller der en av foreldrene har den daglige omsorg fordi kontantstøtten er økonomisk mest lønnsomt for familien, og ikke fordi foreldrene mener at denne omsorgsformen er best. Hvis foreldre som foretrekker barnehage som omsorgsform tar ut kontantstøtte ut fra økonomiske hensyn, vil ordningen kunne virke mot sin hensikt.

Kan kontantstøtteordningen sies å ha hatt betydning for foreldres valg av omsorgsform ?

Ettersom ordningen bare dekker to årskull, vil de foreldre som velger å ta ut kontantstøtte skiftes ut for hvert år. Hvis småbarnsforeldre har endret valg av omsorgsform som følge av kontantstøtteordningen bør dette være synlig på et tidlig tidspunkt.

¹⁶ Forskningsrapporter som ventes i 2001 vil vurdere kontantstøtteordningens virkning for småbarnsfamiliens indre liv, for utbygging av barnehager og for arbeidsmarkedet i de enkelte kommuner.

¹⁷ Barnehagene rapporterer til trygdekontoret om antall timer et barn er i barnehage pr. uke.

¹⁸ Antall barn i barnehage på heltid er tilnærmet lik det antall barn det ikke utbetales kontantstøtte for, mens antall barn i barnehage på deltid er tilnærmet lik det antall som mottar redusert støtte.

Ettåringers bruk av kontantstøtte lå i første kvartal 1999 noe *høyere* enn i samme kvartal 2000. En nedgang i bruk av kontantstøtte fra første kvartal 1999 til samme kvartal 2000 kan indikere at en del av den nedgang i bruk av barnehager som var ventet¹⁹), kun ble midlertidig. Da to-åringene fikk kontantstøtte var valget mellom kontantstøtte og barnehage mindre reelt hvis mor allerede hadde gått tilbake i arbeid etter permisjon. Toåringenes bruk av kontantstøtte var da også høyere første halvår 2000 enn samme periode i 1999. Hvis innføring av kontantstøtte har ført til redusert bruk av barnehager for to-åringene kan småbarnsforeldre ha fått større frihet til å velge den omsorgsform de mener er best for denne aldersgruppen.

Bruk av kontantstøtte er tilnærmet den samme i desember 1999 og desember 2000. I den grad det er snakk om endring har det skjedd en liten dreining av ett-åringene fra redusert kontantstøtte til full ytelse, og av to-åringene fra full kontantstøtte til redusert eller ingen støtte. To-åringene brukte barnehage med statlig støtte noe oftere i 2000 enn i 1999, både fulltidsplass og deltidsplass, mens ett-åringene har hatt en nedgang i bruk av deltidsplass. Disse endringer må imidlertid sees i lys av det som er nevnt over om forskjell i bruk av kontantstøtte første halvår 1999 og 2000.

12.2 Flere forhold påvirker foreldres valg av omsorgsform og derigjennom bruk av kontantstøtte

Med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk har vi i basisrapporten vurdert en del forhold som kan påvirke foreldrene når de skal velge mellom kontantstøtte og barnehage, forhold som kan gjøre småbarnsfamiliens frihet til å velge omsorgsform mindre reell.

Barnehagetilbud og kvinners yrkesdeltakelse kan ha betydning for bruk av kontantstøtte
Tilgjengelig statistikk viser at foreldrenes bruk av barnehage påvirkes av barnehagetilbud og kvinners yrkesdeltakelse.

Det er ingen entydig forklaring på de til dels store geografiske variasjoner i bruk av kontantstøtte. Når det i Oslo er en liten andel av barn i alder 13-36 mnd som har kontantstøtte kan det bero på at mødre i hovedstaten oftere er i arbeid enn mødre i andre fylker, og at de oftere arbeider full tid. Når en høy andel av barna i Oppland har kontantstøtte, kan det bety at private tilsynsordninger er utbredt, eller at flere barn er hjemme med en av foreldrene. At det i enkelte fylker er en høy andel av barna som har kontantstøtte med redusert sats kan skyldes at flere mødre arbeider deltid, og at barnehagene har et godt deltidstilbud.

Foruten barnehagetilbud og kvinners yrkesdeltakelse i kommunen kan flere kjennetegn ved den gjennomsnittlige småbarnsfamilien i kommunen bidra til geografiske forskjeller i bruk av kontantstøtte.

Barn det mottas redusert kontantstøtte for oppholder seg sjelden mindre enn 17 timer pr. uke i barnehage med offentlig tilskudd. Det har fra desember 1999 til desember 2000 liten endring i antall barn med opphold i barnehage 17 timer eller mer pr. uke. Det kan bety at antall deltidsarbeidende mødre ikke har endret seg vesentlig det siste året. Hvorvidt kommunene har mistet arbeidstakere i deltidsstillinger på grunn av kontantstøtten, slik de på forhånd hadde fryktet, blir først klart når evalueringsrapportene foreligger.

Selv om data ikke er entydige ser det ut til å være en sammenheng mellom prisen på barnehageplass og bruk av kontantstøtte.

¹⁹ Tidlige undersøkelser viste en forventet nedgang i bruk av barnehage fra 1998 til 1999.

Kjennetegn ved småbarnsfamilien kan gjøre det lønnsomt å velge kontantstøtte

Familiens utgifter til barnehage er avhengig prisen på barnehageplass, det antall plasser familien trenger og det beløp familien går glipp av ved ikke å velge kontantstøtte. Valg av kontantstøtte er økonomisk mest lønnsomt for familier med en hovedinntekt og en lavere bi-inntekt, for familier bosatt i kommuner hvor barnehageplassen er dyr og for familier med flere barn under skolealder.

En uventet økning i antall ett-åringer og null-åringer fra 1999 til 2000²⁰) kan bety at enkelte foreldre nå velger å få neste barn i søskenrekken tidligere enn før kontantstøtten ble innført. En slik tilpasning til kontantstøtten vil kunne gi småbarnsfamilien maksimalt utbytte av ordningen. Hvis innføring av kontantstøtte har bidratt til endring i når en familie får barn kan det endelige antall barn i familien bli påvirket.

13 AFP

13.0 Resymé

Antall AFP-pensjonister (totalt) er mer enn tredoblet fra 1996-2000 og det var i alt 31 576 personer i alderen 62-67 år pr. 31.12.2000 med AFP. I privat sektor var økningen litt høyere enn i offentlig sektor. Økningen har bl.a. sammenheng med at aldersgrensen er satt ned flere ganger, senest til 62 år i mars 1998.

Fra 1999 til september 2000 økte antall pensjonister med 24 prosent. Økningen i antall AFP-pensjonister stagnerte på høsten. De siste to månedene i 2000 var det en nedgang på ca. 190 personer. Dette antas å ha sammenheng med regelendringen om pro-rata-beregning av pensjonen som trådte i kraft 1.8.2000. Det er usikkert hvordan tilgangen vil utvikle seg fremover.

13.1 Rapportering

Bakgrunn – mål for området

Ordningen med AFP ble opprettet i 1989 for 66-åringer. Ordningen omfatter nå 62-67-åringer. Den omfatter imidlertid ikke alle yrkesaktive. Om lag 60 prosent av alle yrkesaktive har mulighet til å ta ut AFP.

Formålet med AFP er å gi større fleksibilitet og valgmulighet for personer som ønsker eller har behov for å gå av med pensjon før folketrygdens pensjonsalder på 67 år. Begrunnelsen for ordningen var spesielt hensynet til ”slitne” arbeidstakere.

Utviklingen de siste årene

Tilgangen av nye pensjonister de ni første månedene i 2000 var på 10 797 personer, og dette er 31 prosent høyere enn for tilsvarende periode i 1999. Tilgangen i juli måned var over dobbelt så høy som i 1999, mens tilgangen for månedene august og september var over 20 prosent lavere i 2000 enn året før. De nye AFP-reglene som trådte i kraft 1. august 2000 har tydelig ført til at mange har søkt om AFP før endringen ble gjort gjeldende.

²⁰ I henhold til Statistisk Sentralbyrås befolkningsfremskrivninger.

Ved utgangen av september 2000 var det totalt 31 759 personer med AFP, dette er en økning på 23,9 prosent fra utgangen av 1999. Fra juni til juli måned i 2000 økte antall pensjonister med 8,1 prosent, dette var betydelig høyere enn året før da økningen var på 3,7 prosent.

Den kraftige veksten i AFP de siste årene skyldes først og fremst at aldersgrensen ble satt ned til 63 år i 1997 og til 62 år i 1998. I dag kommer de fleste pensjonistene inn som 62-åringer, (58,3 prosent av de nye pensjonistene i 2000 var 62 år), og blir værende i ordningen til de går over på alderspensjon måneden etter fylte 67 år. Det var 4 667 personer som *gikk ut* av ordningen (avgang) i perioden januar-september 2000. Av disse var 10 prosent under 67 år. Avgangen for de under 67 år skyldes bl.a. dødsfall (3 prosent), overgang til uførepensjon (3 prosent), og pensjon som gjenlevende ektefelle (1 prosent).

Av de nye AFP-pensjonistene t.o.m. september i 2000 kom 44,7 prosent fra privat sektor og 55,3 prosent kom fra offentlig virksomhet.

Kjennetegn ved pensjonistene

Det var flest pensjonister i alderen 63 år (21,3 prosent), deretter følger aldersgruppen 64 år med 20,8 prosent.

Andelen menn utgjorde 57,9 prosent av alle AFP-pensjonistene. Kvinneandelen har økt fra 26,3 prosent i 1989 til 42,7 prosent i 1996. Utviklingen har imidlertid vært ujevn. I perioden 1997 til 1999 var det ingen økning totalt, men fra mai i år har det igjen vært en økning i andelen kvinner.

Ser vi på kjønnsfordelingen er det store forskjeller mellom privat og offentlig sektor. Andelen menn utgjorde hhv. 73,4 prosent i privat sektor og 44,1 prosent i offentlig sektor. Kjønns sammensetningen innen den enkelte ordning antas å gjenspeile sysselsettingsmønsteret i ulike sektorer/næringer. Sysselsettingsstatistikk for 1999 viser at av nærmere 2,3 millioner sysselsatte er 67 prosent ansatt i privat virksomhet og 33 prosent i offentlig virksomhet, av dette er 9 prosent statsansatte. Mens 66 prosent av de sysselsatte i det offentlige er kvinner, er kvinneandelen bare 37 prosent i privat virksomhet.

Det var 4 667 personer som *gikk ut* av ordningen (avgang) i perioden januar-september 2000. Av disse var 10 prosent under 67 år. Avgangen for de under 67 år skyldes bl.a. dødsfall (3 prosent), overgang til uførepensjon (3 prosent), og pensjon som gjenlevende ektefelle (1 prosent).

13.2 Temadel

Regelendringer har hatt betydning for sammensetningen av AFP-pensjonister.

Fra 1. oktober 1997 ble det mulig å kombinere AFP med arbeid. Tidligere måtte arbeidstakeren slutte helt i arbeid for å få AFP. Etter dette har det vært en økende andel av pensjonistene som har kombinert arbeid og pensjon.

Regelendringen pr. 1. august 2000 om pro rata-beregning av AFP (dvs. at pensjonen beregnes prosentvis i forhold til tidligere inntekt) har ført til at det er blitt mindre økonomisk lønnsomt å ta ut delpensjon for de som har lav eller middels inntekt. Dette har ført til visse endringer i det tidligere pensjoneringsmønsteret. Vi ser således at andelen med full pensjon har gått ned fra oktober 1997 (94,6 prosent i desember 1997) til 76,2 prosent i juni i år, for deretter igjen å

øke til 78,9 prosent pr. 30. september 2000. Samtidig som det har vært flere som har tatt ut full pensjon i 3. og 4.kvartal 2000, har det også vært en økning i andelen pensjonister med pensjonsgrad under 60 prosent. Andelen pensjonister som har en pensjonsgrad på mellom 60 og 100 prosent har gått ned i denne perioden i forhold til 1. og 2.kvartal 2000. Blant nye AFP-pensjonister har det vært en økning i antallet som har tatt ut full pensjon fra 59 prosent i juli måned til 79 prosent i september 2000. Den gjennomsnittlige pensjonsgraden i nye pensjonssaker økte fra 80,3 prosent i juli til 89 prosent i september.

Hvor mange tar ut AFP relativt sett

Beregninger gjort i forbindelse med Olsen-utvalget (NOU 1998: 19 Fleksibel pensjonering) viste at over 2/3 av 63-åringene som har tilgang på AFP i 1997 vil gå av med AFP innen de fyller 67 år. Tallet ville vært litt høyere i dag ettersom tilgangen er høyere nå enn da. Bruksraten i 1997 var høyere for de som kom fra privat sektor enn for personer i offentlig sektor. I private bedrifter benyttet omlag tre av fire arbeidstakere som kunne det, anledningen til å ta ut AFP.

Beregninger tyder på at 15-20 prosent av AFP-pensjonistene ville vært uførepensjonerte hvis AFP-ordningen ikke hadde eksistert.

Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1996 - 2000

Utgifter under programområde 29. Sosiale formål		I 1000 (løpende kroner)				
Kap.	Betegnelse	1996	1997	1998	1999	2000
	2650 Sykepenger	13 220 504	14 787 894	16 600 385	18 794 921	21 774 507
	Sum 29.50 Stønad under sykdom	13 220 504	14 787 894	16 600 385	18 794 921	21 774 507
	2660 Uførhet	23 473 713	25 182 753	28 124 761	30 636 445	33 142 062
	2662 Yrkesskade	93 988	93 587	87 799	82 809	82 244
	2663 Rehabilitering m.v.	4 577 229	5 231 618	6 077 968	6 910 952	7 737 106
	Sum 29.60 Uførhet og rehabilitering	28 144 930	30 507 958	34 290 528	37 630 206	40 961 412
	2670 Alderdom	50 426 019	53 333 189	58 530 048	62 307 491	65 347 397
	Sum 29.70 Alderdom	50 426 019	53 333 189	58 530 048	62 307 491	65 347 397
	2680 Enker og enkemenn	1 785 517	1 818 046	1 887 619	2 160 100	2 177 928
	2681 Etterlatte familiepleiere ¹⁾	25 492	24 508	25 483		
	2682 Barnepensjonister ¹⁾	213 680	220 293	236 543		
	2683 Enslig mor eller far	2 997 055	3 117 993	3 703 355	5 107 526	5 198 943
	2685 Forskuttering av underholdsbidrag ²⁾	1 508 428	1 446 806	1 481 664		
	2686 Gravferdshjelp	193 081	198 008	217 998	223 582	230 727
	Sum 29.80 Forsørgertap	6 723 253	6 825 654	7 552 662	7 491 208	7 607 598
	2691 Diverse overføringer	47 024	36 823	39 903	40 061	18 496
	Sum 29.90 Diverse utgifter	47 024	36 823	39 903	40 061	18 496
	Sum programområde 29	98 561 730	105 491 518	117 013 526	126 263 887	135 709 410

¹⁾ Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2680

²⁾ Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2683

Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1996 - 2000

Utgifter under programområde 29. Sosiale formål		I 1000 kroner (faste 2000-kroner)				
Kap.	Betegnelse	1996	1997	1998	1999	2000
2650	Sykepenger	14 640 647	15 952 421	17 510 955	19 376 207	21 774 507
	Sum 29.50 Stønad under sykdom	14 640 647	15 952 421	17 510 955	19 376 207	21 774 507
2660	Uførhet	25 995 252	27 165 861	29 667 469	31 583 964	33 142 062
2662	Yrkesskade	104 084	100 957	92 615	85 370	82 244
2663	Rehabilitering	5 068 914	5 643 601	6 411 359	7 124 693	7 737 106
	Sum 29.60 Uførhet og rehabilitering	31 168 250	32 910 419	36 171 443	38 794 027	40 961 412
2670	Alderdom	55 842 767	57 533 106	61 740 557	64 234 527	65 347 397
	Sum 29.70 Alderdom	55 842 767	57 533 106	61 740 557	62 307 491	65 347 397
2680	Enker og enkemenn	1 977 317	1 961 215	1 991 159	2 226 907	2 177 928
2681	Etterlatte familiepleiere ¹⁾	28 230	26 438	26 271		
2682	Barnepensjonister ¹⁾	236 633	237 641	249 518		
2683	Enslig mor eller far	3 318 998	3 363 531	3 906 493	5 265 491	5 198 943
2685	Forskutting av underholdsbidrag ²⁾	1 670 463	1 560 740	1 562 937		
2686	Gravferdshjelp	213 822	213 601	229 956	230 497	230 727
	Sum 29.80 Forsørgertap	7 445 463	7 363 165	7 966 943	7 722 895	7 607 598
2691	Diverse overføringer	52 075	39 723	42 092	40 061	18 496
	Sum 29.90 Diverse utgifter	52 075	39 723	42 092	40 061	18 496
	Sum programområde 29	109 149 203	113 798 833	123 431 989	126 263 887	135 709 410

¹⁾ Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2680

²⁾ Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2683

Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1996 - 2000

Utgifter under programområde 30. Helsevern		I 1000 kroner (løpende kroner)				
Kap.	Betegnelse	1996	1997	1998	1999	2000
2711	Div. tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.	1 901 894	2 048 651	2 208 427	2 239 972	2 453 349
	Sum 30.10 Helse- og sosialtj. i fylkeskomr	1 901 894	2 048 651	2 208 427	2 239 972	2 453 349
2750	Legehjelp	1 468 868	1 547 796	1 668 595	1 754 862	1 932 915
2751	Medisiner m.v.	5 189 752	5 678 102	6 386 214	6 333 874	6 972 735
2752	Refusjon av egenbetaling	498 420	568 181	753 261	1 253 214	1 490 411
2755	Helsetjeneste i kommunene	2 258 119	2 399 288	2 466 730	2 590 910	2 858 229
	Sum 30.50 Legehjelp, medisiner m.v.	9 415 159	10 193 367	11 274 800	11 932 860	13 254 290
2790	Andre helsetiltak	247 350	280 110	311 919	331 054	386 768
	Sum 30.90 Andre helsetiltak	247 350	280 110	311 919	331 054	386 768
	Sum programområde 30	11 564 403	12 522 128	13 795 146	14 503 886	16 094 407

Utgifter under programområdet 30. Helsevern		I 1000 kroner (faste 2000-kroner)				
2711	Div. tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.	2 106 195	2 209 980	2 329 564	2 309 249	2 453 349
	Sum 30.10 Helse- og sosialtj. i fylkeskomr	2 106 195	2 209 980	2 329 564	2 309 249	2 453 349
2750	Legehjelp	1 626 653	1 669 683	1 760 121	1 809 136	1 932 915
2751	Medisiner m.v.	5 747 234	6 125 245	6 736 513	6 529 767	6 972 735
2752	Refusjon av egenbetaling	551 960	612 924	794 579	1 291 973	1 490 411
2755	Helsetjeneste i kommunene	2 500 685	2 588 229	2 602 036	2 671 041	2 858 229
	Sum 30.50 Legehjelp, medisiner m.v.	10 426 533	10 996 081	11 893 249	12 301 918	13 254 290
2790	Andre helsetiltak	273 920	302 168	329 028	341 293	386 768
	Sum 30.90 Andre helsetiltak	273 920	302 168	329 028	341 293	386 768
	Sum programområde 30	12 806 648	13 508 229	14 551 842	14 952 460	16 094 407

Tabell 1.1 Folketrygdens inntekter og utgifter 1996 - 2000

Inntekter og utgifter under andre programområder					
	I 1000 kroner (løpende kroner)				
	1996	1997	1998	1999	2000
5701 Diverse inntekter	2 189 899	2 187 829	2 421 657	2 680 746	3 035 261
660 Krigspenjon	1 042 419	1 029 527	1 006 917	997 647	1 025 363
666 Avtalefestet penjon	185 619	232 954	303 760	384 384	438 541
730 Fylkeskomm. helse- og sosialtjeneste	2 146 717	2 715 185	3 247 347	3 135 333	2 966 286
Inntekter og utgifter under andre programområder					
	I 1000 kroner (faste 2000-kroner)				
	1996	1997	1998	1999	2000
5701 Diverse inntekter	2 425 137	2 360 118	2 554 491	2 763 656	3 035 261
660 Krigspenjon	1 154 395	1 110 601	1 062 149	1 028 502	1 025 363
666 Avtalefestet penjon	205 558	251 299	320 422	396 272	438 541
730 Fylkeskomm. helse- og sosialtjeneste	2 377 317	2 929 002	3 425 472	3 232 302	2 966 286

Tabell 1.2 Personer med stønad fra folketrygden 1996 til 2000. Landstall.

Type stønad	31.12.1996	31.12.1997	31.12.1998	31.12.1999	31.12.2000
Pensjon/overgangsstønad					
Alderspensionister	625 940	628 247	630 526	631 220	628 890
Uførepensionister	239 429	246 541	258 103	269 840	279 573
Gjenlevende ektefeller	30 895	29 956	29 288	28 034	27 087
Tidligere familiepleiere	369	324	329	296	267
Barnepensionister	13 574	13 600	13 594	13 777	14 074
Ugifte forsørgere	29 019	28 921	29 272	27 671	27 403
Skilte og separerte forsørgere	16 510	16 065	15 391	13 657	12 979
Rehabiliteringspenger under medisinsk behandling og i ventetid ¹⁾	21 842	24 532	27 769	30 265	34 961
Attføringspenger ^{1) 2)}	29 944	29 436	29 304	31 971	35 434
I alt	1 007 522	1 017 622	1 033 576	1 046 731	1 060 668
Annen stønad:					
	31.12.1996	31.12.1997	31.12.1998	31.12.1999	31.12.2000
Grunnstønader i alt	140 759	140 302	129 988	130 087	131 231
Hjelpestønader i alt	90 405	89 793	89 191	89 096	89 538
Stønad til barnetilsyn ikke kombinert med pensjon/overgangsstønad:					
Gjenlevende ektefeller	268	267	169	73	75
Ugifte forsørgere	6 389	6 550	5 629	5 235	5 619
Skilte og separerte forsørgere	8 641	8 400	6 952	6 011	6 291

¹⁾ Tall pr. 30.11.2000

²⁾ Tall for år 2000 er basert på Aetats tall