

**2/2002**

*Rikstrygdeverket*  
*Utredningsavdelingen*

**Basisrapport 2001**  
**Sammendrag**  
**Mellomlangsigtig budsjettering og**  
**rapportering**

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMLET FORBRUK AV FOLKETRYGDENS YTELSER TIL STØNAD UNDER SYKDOM 1992-2000, OG OVERGANGER MELLOM DEM.....	1
1.1	De viktigste funn .....	1
1.2	Utviklingstrekk.....	1
1.3	Undersøkelse av Samlet forbruk av folketrygdens ytelser til stønad under sykdom 1992-2000 .....	2
1.4	Undersøkelse av personer som har brukt opp sykepenge-rettighetene sine i 1995, hvilke ytelser har de i 2000 .....	5
2	SYKEPENGER .....	7
2.1	De viktigste funn .....	7
2.2	Evaluering av mål og tiltak .....	9
2.3	Temadel .....	10
3	REHABILITERINGSPENGER.....	12
3.1	De viktigste funn .....	12
3.2	Utviklingstrekk.....	12
3.3	Evaluering av mål og tiltak .....	13
4	UFØREPENSJON.....	15
4.1	De viktigste funn .....	15
4.2	Utviklingstrekk.....	15
4.3	Evaluering av mål og tiltak .....	18
4.4	Temadel.....	19
5	GRUNN- OG HJELPESTØNAD .....	20
5.1	De viktigste funn .....	20
5.2	Utviklingen av utgifter og tallet på mottakere .....	20
5.3	Utviklingstrekk for stønadsformene.....	21
6	BIDRAGSOMRÅDET.....	22
6.1	De viktigste funn .....	22
6.2	Utviklingstrekk.....	23
6.3	Evaluering av mål og tiltak .....	23
7	BILSTØNAD .....	24
7.1	De viktigste funn .....	24
7.2	Utviklingstrekk.....	24
7.3	Evaluering av mål og tiltak .....	24
8	ENEFORSØRGERE .....	25
8.1	De viktigste funn .....	25
8.2	Utviklingstrekk.....	25
8.3	Evaluering av mål og tiltak .....	27
9	TEKNISKE HJELPEMIDLER.....	28
9.1	De viktigste funn .....	28
9.2	Utviklingstrekk.....	28
9.3	Evaluering av mål og tiltak .....	29
10	LEGEMIDLER .....	30
10.1	De viktigste funn .....	30

10.2	Utviklingstrekk.....	30
10.3	Evaluering av mål og tiltak .....	30
10.4	Temadel .....	31
11	FØDSELSPENGER .....	31
11.1	De viktigste funn .....	31
11.2	Utviklingstrekk.....	31
11.3	Evaluering av mål og tiltak .....	32
12	KONTANTSTØTTE.....	33
12.1	De viktigste funn .....	33
12.2	Utviklingstrekk.....	33
12.3	Temadel .....	34
13	AVTALEFESTET PENSJON (AFP).....	36
13.1	De viktigste funn .....	36
13.2	Utviklingstrekk.....	36
14	TABELL 1.1 FOLKETRYGDENS UTGIFTER OG INNTEKTER 1997-2001 .....	38
15	TABELL 1.2 PERSONER MED STØNAD FRA FOLKETRYGDEN 1997-2001 ....	42

# 1 SAMLET FORBRUK AV FOLKETRYGDENS YTELSER TIL STØNAD UNDER SYKDOM<sup>1</sup> 1992-2000, OG OVERGANGER MELLOM DEM

## 1.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Utbetalingene til folketrygden, dagpenger og sosialhjelp utgjorde i 2000 om lag 185 milliarder kroner eller om lag 12,6% av BNP.*

*RTV har i en undersøkelse sett på samlet forbruk av folketrygdens ytelser til stønad under sykdom. Når vi ser forbruket<sup>2</sup> som andel av befolkningen finner vi at de i sum har økt med 23 prosent for kvinner og 10 prosent for menn fra 1992 til 2000. Dette skyldes bl.a. vekst i sysselsettingen.*

*Rikstrygdeverket har foretatt en deskriptiv analyse for å kartlegge hva som skjer med personer som har brukt opp sine sykepenge rettigheter. Disse er fulgt 60 måneder (5 år) etter avsluttet sykepengeperiode for å kartlegge om de fortsatt er avhengig av trygdeytelser eller om de blir forsørget på andre måter. De som brukte opp sin sykepenge rett i 1995 er fulgt 5 år fremover til år 2000. 43% er da uførepensjonister, 21 % er på rehabilitering/attføring. I underkant av 30<sup>3</sup> prosent er i arbeid.*

*Vi finner forskjeller i diagnosemønsteret til de som går over på uførepensjon og de som går tilbake til arbeid. De med sykdommer i nervesystemet og de med hjerte og karsykdommer, er i noe større grad uførepensjonister enn andre diagnosegrupper med hhv. 56 og 47 prosent uførepensjonister. Andelen som er blitt ufør etter 5 år er ikke under 35 prosent i noen av de diagnosegruppene vi har sett på.*

## 1.2 UTVIKLINGSTREKK

### 1.2.1 Regnskapsutvikling, sterk vekst i folketrygdens utgifter

Folketrygdens samlede utgifter til disse formål økte fra 40.631 mill. kroner i 1995 til 57.923 mill. kroner i år 2000. En vekst på 42,6% målt i faste 2000 kroner (omregnet med konsumprisindeksen).

Folketrygdens utgifter i år 2000 beløper seg totalt sett til 174,7 milliarder kroner.

Utbetalingene til dagpenger utgjorde samme år 6,2 milliarder kroner. Samlet sett utgjorde disse utgiftene omlag 12,3 prosent av BNP.

Utover dette ble det utbetalt om lag 4 milliarder kroner i sosialhjelp i år 2000. Folketrygdens utgifter og utgifter til dagpenger og sosialhjelp utgjorde om lag 12,6% av BNP.

Utgiftene til sosialhjelp viser en sterk nedgang i perioden 1994-1999, mens det har vært en økning i perioden 1999-2000 på 1,6 prosent (faste priser). Ser en på hele perioden 1994-2000 har det imidlertid vært en sterk nedgang i antall sosialhjelpstilfeller og utgifter. Fra 1994 til 2000 gikk således antall stønadstilfeller ned fra 177.657 tilfeller til 137.430 tilfeller, en nedgang på 22,6%.

<sup>1</sup> Stønad under sykdom er her sum av uførepensjon, sykepenge, rehabiliterings- og attføringspenge.

<sup>2</sup> Forbruk målt i antall "årsverk"

<sup>3</sup> Vi finner 30 prosent i gruppen "Ikke mottager av trygd". Vi vet at over 80 prosent av disse har en inntekt på 2 G eller over.

### **1.3 UNDERSØKELSE AV SAMLET FORBRUK AV FOLKETRYGDENS YTELSE TIL STØNAD UNDER SYKDOM<sup>4</sup> 1992-2000**

Fordi regelendringer påvirker fordelingen mellom antall personer på de helserelaterte trygdeytelsene, har det vært et ønske om å se på bruken av ytelsene i sum .

Vi har i dette avsnittet sett på uførepensjonister, personer som går på rehabiliteringspenger/attføringspenger, og personer som mottar sykepenger i sum. Vi har sett på det i forhold til befolkningen og i forhold til sysselsettingen i de ulike aldersgruppene.

#### **1.3.1 For å kunne sammenligne disse ytelsene som er så vidt forskjellige, har vi regnet om alle størrelsene til det vi har kalt årsverk**

På uførepensjon og rehabiliterings- og attføringspenger, betyr det at vi har omregnet alle graderte ytelser til ”delpersoner”, dvs to uførepensjonister med 50 % uførepensjon regnes som to halve personer, dvs 1 hel osv. På sykepenger har vi tatt utgangspunkt i antall sykepengedager som trygden betaler for, og dividert på 260 dager<sup>5</sup>, for å få et ”årsverk”. Vi har først omregnet graderte sykemeldinger til samme brøkdel av en dag osv. Tallet vi kommer frem til er derfor ikke antall personer som mottar helserelaterte ytelser, men antall årsverk vi hadde hatt dersom alle hadde vært i arbeid hele tiden. Dette sier noe om samlet forbruk av ytelsene uavhengig om bruk av graderte ytelser øker eller avtar, og uavhengig av fordelingen mellom ytelsene.

Vi har ikke skilt mellom ulike rehabiliterings- og attføringsytelser, men sett på disse ytelsene samlet. De omtales som rehabiliteringspengemottakere.

#### **1.3.2 Økt forbruk av de helserelaterte ytelsene i prosent av befolkningen i aldersgruppen**

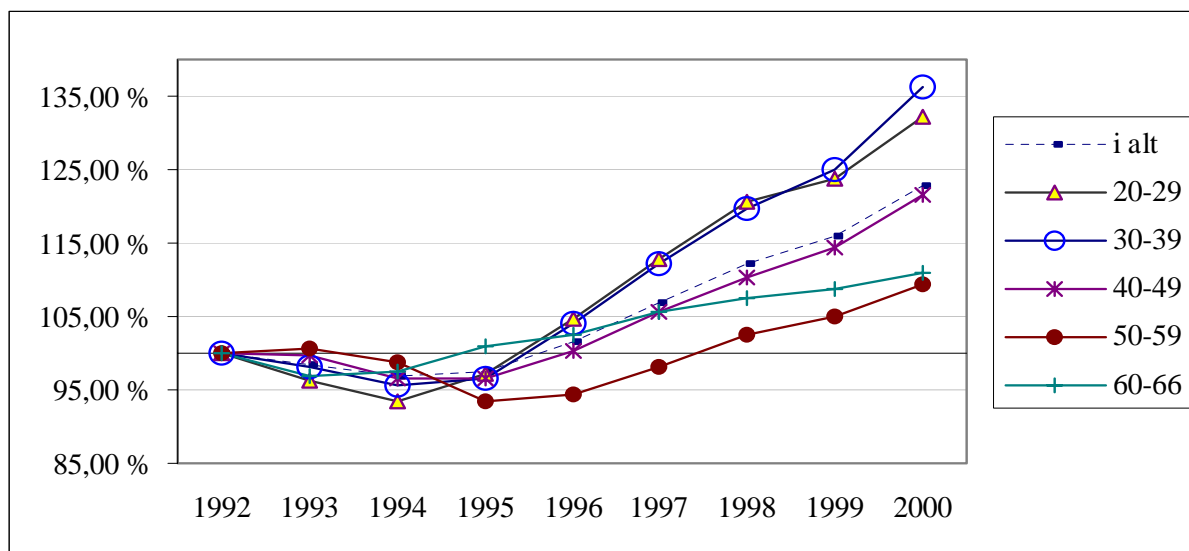
Samlet forbruk av de helserelaterte ytelsene er langt høyere for de eldste enn de yngste, og høyere for kvinner enn for menn. De gruppene som har størst vekst i forbruket, er kvinner mellom 30 og 39 år, deretter kommer kvinner 20-29, og menn 20-39 år.

---

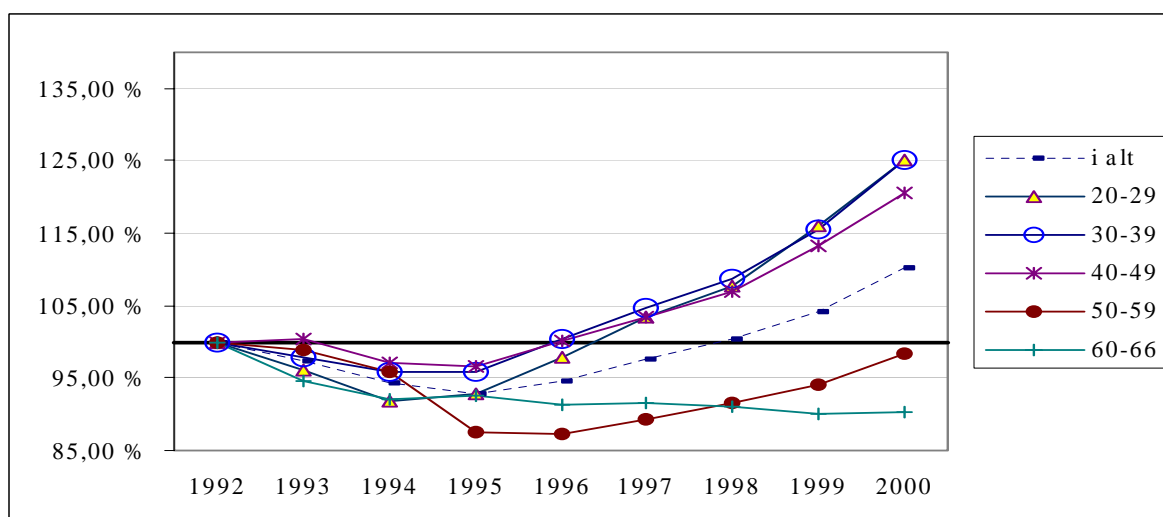
<sup>4</sup> Stønad under sykdom er her sum av uførepensjon, sykepenger, rehabiliterings- og attføringspenger.

<sup>5</sup> 260 dager er antall kalenderdager i løpet av ett år som trygden utbetaler sykepenger for.

Figur.1 Indeks 1992=100. Endring i bruk av ytelsene, uførepensjonister, sykepenger, rehabiliteringspenger i sum <sup>6</sup>i prosent av befolkningen i hver aldersgruppe. 1992-2000. Kvinner



Figur.2 Indeks 1992=100. Endring i bruk av ytelsene, uførepensjon, sykepenger, rehabiliteringspenger<sup>7</sup> i prosent av befolkningen i hver aldersgruppe. 1992-2000. Menn



### 1.3.3 Nedgang i bruk av helserelaterte ytelser sett i prosent av sysselsettingen i enkelte aldersgrupper

Sysselsettingen har økt mye i perioden 1992-2000. Dette kan forklare deler av veksten i forbruket av helserelaterte ytelser, fordi forbruket av alle ytelsene som regel starter med et sykefravær, og rett til sykepenger stort sett er knyttet til det å ha et arbeidsforhold. Som andel av sysselsettingen har bruk av helserelaterte ytelser økt med 4 prosent for menn, og 12 prosent for kvinner.

Fra å tilsvare 17 prosent av de sysselsatte i 1992, tilsvare de som er ute av arbeidslivet på grunn av sykdom<sup>8</sup> 18 prosent av de sysselsatte i 2000.

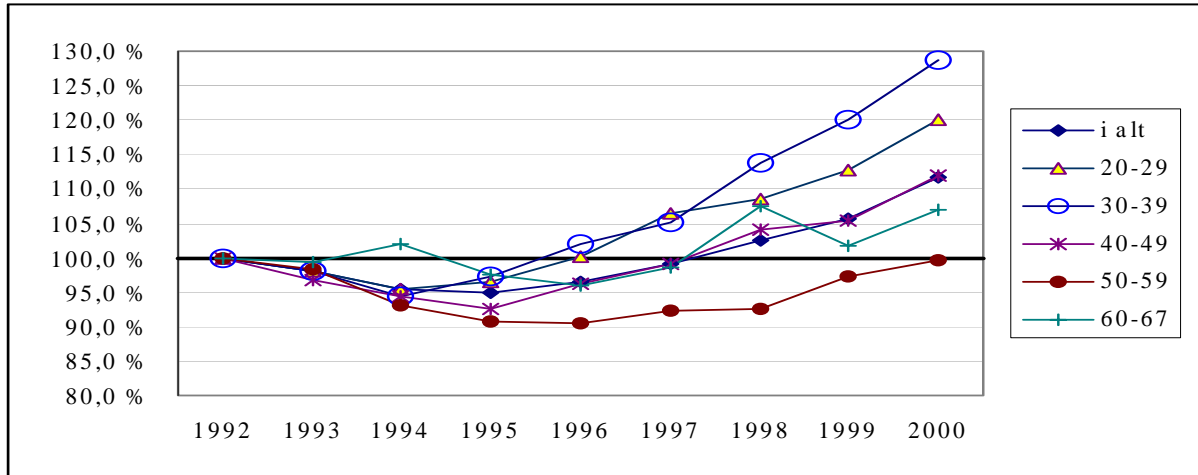
<sup>6</sup> omregnet til hele årsverk

<sup>7</sup> Omregnet til hele årsverk

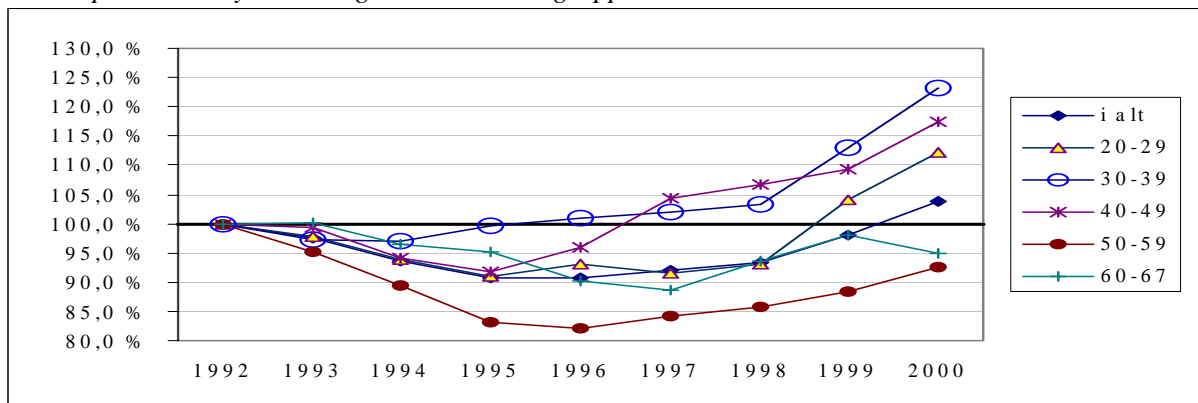
<sup>8</sup> sykdom=uførepensjon, rehabilitering, attføring

Størst økning i sysselsettingen har vi sett i aldersgruppen 50-60 år. Dette er en gruppe som har relativt høyt forbruk av trygdeytelser. Dette kan forklare at vi har en svak økning i samlet forbruk av helserelevante ytelser

Figur.3 Indeks 1992=100. Endring i bruk av ytelsene uførepensjon, sykepenger, rehabiliteringspenger i sum<sup>9</sup> i prosent av sysselsettingen i hver aldersgruppe. 1992-2000. Kvinner



Figur.4 Indeks 1992=100. Endring i bruk av ytelsene uførepensjon, sykepenger, rehabiliteringspenger i sum<sup>9</sup> i prosent av sysselsettingen i hver aldersgruppe. 1992-2000. Menn.



### 1.3.4 Stønad under sykdom<sup>10</sup>, og arbeidsledighetstrygd i sum, er redusert fra 1992

I en annen undersøkelse har RTV sett på forbruk av arbeidsledighetstrygd, uførepensjon, rehabilitering og attføring i sum. Vi finner da at har forbruk av trygdeytelser gått ned med 14% i samme periode. Bruken er redusert mer for de yngre enn de eldre. Vi har da sett bort fra aldersgruppen som har mulighet for å ta ut AFP<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Omregnet til hele årsverk

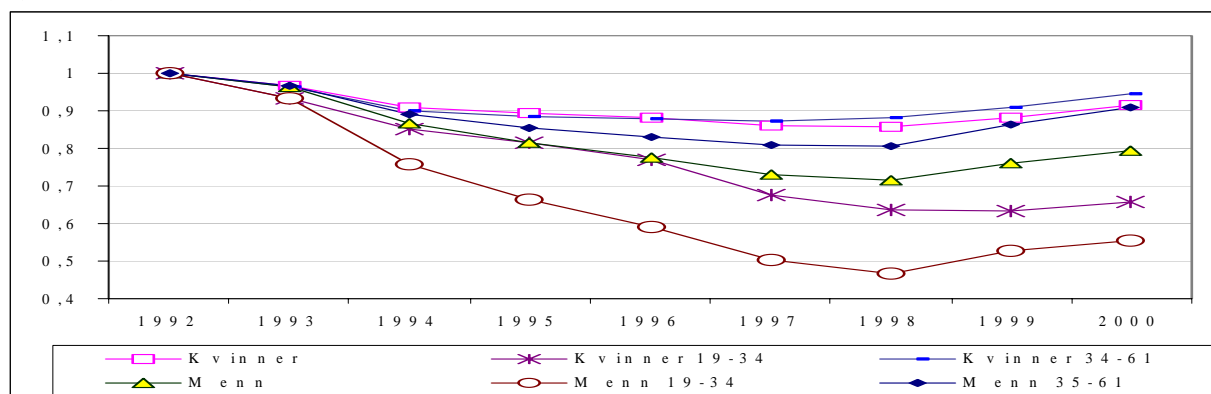
<sup>10</sup> Rehabilitering, attføringspenger og uførepensjon

<sup>11</sup> Avtalefestet pensjon

Tabell 1.1 Antall personer med; uførepensjon, rehabilitering og attføringspenger og arbeidsledighetstrygd i sum, i prosent av befolkningen.

	I alt	kvinner	menn	19-34 i alt	35-61 i alt
1992	16,2 %	15,9 %	16,5 %	11,2 %	17,9 %
1993	15,6 %	15,3 %	15,9 %	10,4 %	17,2 %
1994	14,4 %	13,7 %	15,0 %	8,9 %	16,0 %
1995	13,8 %	12,9 %	14,7 %	8,2 %	15,6 %
1996	13,4 %	12,3 %	14,5 %	7,5 %	15,3 %
1997	12,9 %	11,6 %	14,2 %	6,5 %	15,1 %
1998	12,8 %	11,3 %	14,1 %	6,0 %	15,2 %
1999	13,3 %	12,1 %	14,5 %	6,4 %	15,9 %
2000	13,9 %	12,6 %	15,1 %	6,7 %	16,6 %

Figur.5 Indeks1992=1. Endring i andel av befolkningen som mottar trygdeytelser<sup>12</sup> i prosent av befolkningen i aldersgruppen.



## 1.4 UNDERSØKELSE AV PERSONER SOM HAR BRUKT OPP SYKEPENGER-RETTIGHETENE SINE I 1995, HVILKE YTELSER HAR DE I 2000

### 1.4.1 30 prosent er i arbeid 5 år etter

De som brukte opp sin sykepengerrett i 1995 er fulgt 5 år fremover til år 2000. 43% er da uførepensjonister, 21 % er på rehabilitering/attføring. I underkant av 30<sup>13</sup> prosent er i arbeid.

Etter tre måneder mottar om lag 26% helt eller delvis uførepensjon, om lag 34% mottar rehabiliteringspenger, 16% mottar attføringspenger i ventetid og under tiltak. Gruppen "ikke mottager av trygdeytelser" er på om lag 23 % (omfatter blant annet personer i arbeid).

Andelene som har status uførepensjon og "ikke mottager av trygdeytelser" er økende frem til 3 år etter at sykepengerretten er oppbrukt og avtar deretter. Nedgangen i andelene med "uførepensjon" og "ikke mottager av trygdeytelser" har sammenheng med at antall som har overgang til alderspensjon er økende i den tidsperioden vi ser på.

### 1.4.2 De eldre er i større grad blitt uførepensjonister enn de yngre

Det er betydelige forskjeller i status 5 år etter oppbrukte sykepengerrettigheter og alderssammensetningen. Andelen som har status som uførepensjonist er svært høy for aldersgruppen 50-59 år mens andelen "ikke mottager av trygdeytelser" er høy for de yngre aldersgruppene.

<sup>12</sup>dvs. dagpenger, uførepensjon, rehabilitering og attføring i sum. Sykepenger er ikke med, men det utgjør ca

<sup>13</sup> Vi finner 30 prosent i gruppen ikke mottaker av trygdeytelser. Vi vet at over 80 prosent av disse har en inntekt på 2 G eller over.



### 1.4.3 83 prosent av de som ikke mottar trygdeytelser 5 år etter, har inntekt

Andelen ”Ikke mottaker av trygd” på 5 års tidspunkter etter avsluttet sykepengeperiode utgjør 6.173 personer (29,2%). Denne gruppen omfatter både de som på dette tidspunkt er i inntektsgivende arbeid, mottar sykepenger eller som forsørgeres på andre måter. Trekker en ut de sykemeldte (917 personer) finner en at 5.256 personer (24,9) ikke mottok noen trygdeytelser.

For denne gruppen har vi kontrollert mot inntektsregisteret for å undersøke i hvilken grad de hadde pensjonsgivende inntekt. En kontroll mot inntektsregisteret for år 2000 viser at 83 % av disse er registrert med inntekt større enn 2G. Vi vet ikke hva de resterende 17 prosent lever av, de kan være mottagere av sosialhjelp, eller de kan være privat forsørget.

### 1.4.4 Det er store variasjoner på andel som blir ufør og andel som går tilbake til arbeid m.h.p. diagnose

Av de som hadde brukt opp sykepengerettighetene sine i 1995, hadde i alt 43 prosent blitt uførepensjonister i 2000. De som i 1995 hadde diagnosene ”N-Sykdommer i nervesystemet” hadde 56 prosent blitt uførepensjonister, mens 34 prosent av de med diagnosen ”stress ubalanse” var uførepensjonister 5 år etter.

Kvinner er i større grad uførepensjonister og i mindre grad i arbeid, nesten uansett diagnose. Når det gjelder hjerte karsykdommer er kvinner derimot i litt mindre grad uføre enn menn, og i litt større grad i arbeid. I enkelte undergrupper av mentale lidelser, (noe mer diffuse mentale lidelser) som stress, ubalanse og depressiv tilstand, er kvinner i mindre grad uførepensjonister enn menn med samme diagnose 5 år etter at de hadde brukt opp sykepengerettigheten sine. Kvinner er, i noe større grad enn menn, i arbeid ved diagnoser som rygg syndrom, tennislue og depresjon.

Tabell .1.2 Prosentfordeling av status 5 år etter, etter diagnosesammensetning (1995).

ICPC-diagnose	i alt =100 prosent		Kvinner=100 prosent			Menn=100 prosent			
	Uføre <sup>14</sup>	I arbeid <sup>15</sup>	Andre trygder	Uføre <sup>14</sup>	I arbeid <sup>15</sup>	Annent tilstand	Uføre <sup>14</sup>	I arbeid <sup>15</sup>	Andre trygder
I alt	43	28	29	45	27	28	40	29	31
D Sykdom fordø org	36	38	26	39	38	24	32	38	30
K Hjertekar sykd.	47	41	13	46	43	11	47	40	13
L83 nakkesyndrom	49	23	29	51	21	28	44	26	30
L84 rygg syndrom	38	27	35	41	29	30	35	24	41
L86 skiveskade	39	21	41	43	20	37	35	21	45
L92 skulder	37	23	39	39	23	39	35	24	41
L93 tennislue	35	20	45	36	21	43	34	19	47
L Andre Muskel-skjelett lidelser	43	27	30	48	27	26	35	28	37
N sykd nervesyst.	56	24	20	58	22	20	54	25	21
P Angst	49	18	33	52	16	32	43	21	35
P Stress ubalanse	34	21	44	32	16	51	38	29	33
P Depresjon	40	29	32	42	29	29	35	28	37
P Depressiv tilst	44	24	32	44	24	32	44	25	31
P andre mentale lidelser	50	23	27	54	21	25	45	26	29
R Sykdom luftvei	41	42	18	46	38	16	36	45	20
Andre lidelse	38	33	29	38	33	29	37	34	29

<sup>14</sup> Omfatter personer med hel og gradert uførepensjon.

<sup>15</sup> Omfatter hele gruppen ’ikke mottagere av trygdeytelser’

## 2 SYKEPENGER

### 2.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Folketrygden betalte for 3,7<sup>16</sup> prosent flere sykefraværsdager i 2001 enn i 2000. Året før var økningen 12,0 prosent. Sykefraværet sank fra 1990 frem til 1994. Fra 1995 har det økt. I fjor så det ut til at veksten ville flate ut etter 2. kvartal, men den tiltok noe igjen i siste halvdel av året. De totale utgiftene til sykepenger for arbeidstakere øker med 8,7 prosent fra 2000 – 2001. Økningen i utgiftene skyldes at både sykefraværet og inntektsgrunnlaget blant sykepengemottakere har økt.*

*Det er stadig flere som bruker opp sykepenge rettighetene. Flertallet av disse har muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser. Det viser seg at andelen avsluttede tilfeller med psykiske lidelser fortsetter å øke, mens andelen synker for dem med muskelskjelettlidelser. De fleste som bruker opp sykepenge retten går videre i trygdesystemet til uførepensjon eller rehabilitering/attføring. Kvinner som har brukt opp sykepenge rettighetene sine går også i større grad, og raskere, over på uførepensjon enn menn i samme aldersgruppe. Men i enkelte diagnosegrupper er menn overrepresentert. Dette gjelder særlig hjerte- og kar- sykdommer.*

*Fordelingen av diagnoser er relativt stabil, selv med sterk vekst i sykefraværet. Psykiske lidelser øker mer enn andre diagnoser fra 1996 – 2000.*

*Bruken av aktiv sykmelding fortsetter å øke. Det har vært liten prosentvis økning i bruken av de andre tiltakene på sykepengeområdet.*

*Sykefraværsprosenten har økt for begge kjønn og i alle aldersgrupper, men mest for kvinner og blant de unge. De eldste har fortsatt det høyeste fraværsnivået.*

#### 2.1.1 Utviklingstrekk

#### 2.1.2 Utgiftsutvikling, økning i utgifter til sykepenger

De totale utgiftene til sykepenger for arbeidstakere 2001 beløper seg til 21.169 millioner kroner (foreløpig tall). Dette er en økning på 8,7 prosent sammenlignet med 2000. Økningen i utgiftene skyldes dels at sykefraværet har økt, men også at inntektsgrunnlaget blant sykepengemottakerne har økt.

#### 2.1.3 Avsluttede sykepengetilfeller har økt, spesielt for kvinner

En sammenligning av antall avsluttede sykepengetilfeller for de tre første kvartalene i 2001 med tall for samme periode i 2000, viser at antall avsluttede sykepengetilfeller samlet sett har økt med 4,7 prosent, men den kjønnsmessige forskjellen er betydelig. For kvinner økte avsluttede sykepengetilfeller med 5,9 prosent, mens det for menn økte med 2,8 prosent. Blant kvinner er det i aldersgruppen 30-39 år at sykefraværet (avsluttede sykepengetilfeller) har økt kraftigst (7,2 prosent), mens det blant menn er 50-åringenes sykefravær som har økt sterkest (4,4 prosent).

---

<sup>16</sup> Resultatene i denne rapporten refererer seg i all hovedsak til de tre første kvartalene i 2001. Tall for hele året i denne rapporten er markert eksplisitt ved at det refereres til et årstall eller til endring fra et år (et årstall) til et neste hele år.

Andelen avsluttede tilfellene med psykiske lidelser fortsetter å øke, mens andelen synker for de med muskelskjelettlidelser. Over 17 prosent av kvinnelige sykepengemottakere har en psykisk lidelse, en stigning på 2 prosentpoeng bare på to år. Den høyeste prosenten finner vi blant kvinner i aldergruppen 30-39 år der over 20 prosent har en psykisk lidelse.

Blant arbeidstakere i arbeid var det i 1. halvår 2001 24 462 personer som hadde brukt opp sykepengeretten mens det i 1. halvår 2000 var 22 767 personer. Av alle som har brukt opp sin sykepengerett, er 54 prosent under 50 år. De fleste har muskelskjelettlidelser (51 prosent), og 19 prosent har psykiske lidelser.

De fleste som bruker opp sykepengeretten går videre i trygdesystemet til uførepensjon eller rehabilitering/attføring. Seks måneder etter at sykepengeretten er brukt opp er det 30 prosent som ikke er mottakere av trygd. Disse er hovedsakelig i arbeid. Av de som er uførepensjonister etter 6 måneder, er 84 prosent over 50 år. De yngre går i større grad tilbake til arbeid eller over på rehabilitering/attføring.

Det er flere kvinner enn menn som bruker opp sykepengerettighetene sine, bortsett fra i aldersgruppene under 30 og over 60. Kvinner som har brukt opp sykepengerettighetene sine går også i større grad, og raskere, over på uførepensjon enn menn i samme aldersgruppe. I enkelte diagnosegrupper er menn overrepresentert. Dette gjelder særlig hjerte- og kar-sykdommer der 68 prosent av de som bruker opp sykepengerettighetene sine er menn, og nesten halvparten av disse er uførepensjonert allerede etter 6 måneder.

#### **2.1.4 Vekst i erstattede sykepengedager**

Sykefraværet målt i antall dager folketrygden har erstattet det siste året, har økt med 3,7 prosent. Fra 1990-2000 forklarer endringer i antall sysselsatte og i alders sammensetningen 39 % av veksten i erstattede sykepengedager. Ca 5 % av veksten kan forklares av tekniske endringer i statistikken. Dette innebærer at drøyt 55 pst av veksten i sykefraværet på 90-tallet skyldes at folk er mer syke enn tidligere. Sterkest har veksten i ”sykefraværstilbøyeligheten” (antall dager erstattet av folketrygden sett i forhold til antall sysselsatte) vært blant personer i alderen 30-39 år i denne perioden. Dette gjelder for begge kjønn.

#### **2.1.5 Fordelingen av diagnoser er relativt stabil, selv med sterk vekst i sykefraværet**

Muskel/skjelettlidelser og psykiske lidelser står for hhv. 46% og 23 % av veksten i erstattede dager fra 1996-2000.

#### **2.1.6 Bruken av aktiv sykmelding fortsetter å øke**

Det har aldri tidligere vært så mange brukere av ordningene aktiv og gradert sykmelding: 26,5 prosent av de sykmeldte, 140 000<sup>17</sup> sykmeldte arbeidstakere, brukte i fjor muligheten til delvis arbeid og delvis sykmelding. Samlet sett økte antallet som brukte ordningene med 7,5 prosent. Størst økning, 18 prosent, har det vært i bruken av aktiv sykmelding.

Også personer som benytter seg av reisetilskudd istedenfor sykmelding har økt, men det foreligger ikke oversikt over eksakt antall personer som benytter seg av ordningen. Antall som benytter ordningen ”kjøp av helsetjenester” har økt. I år vil anslagsvis 6.800 sykmeldte få tilbudet om behandling mot 6.000 i fjor.

---

<sup>17</sup> Årstall hentet fra pressemeldingen

### **2.1.7 Sykefraværet har økt**

Den nye sykefraværstatistikken som ble lansert i september 2001, refererer seg til alt legemeldt sykefravær. Sykefraværsprosenten (tapte dagsverk i prosent av alle dagsverk) har økt fra 6,4 prosent til 6,7 prosent fra 3. kvartal 2000 til 3. kvartal 2001. Det har vært en økning for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Veksten har vært større blant kvinner enn blant menn. Videre har økningen vært størst blant de unge. Aldersgruppen 20-24 år har hatt en vekst fra 5,0 til 5,5 prosent. De eldste har fremdeles det høyeste fraværsnivået. Fordelt etter næring, er sykefraværsprosenten høyest i offentlig forvaltning og annen tjenesteyting, transport og kommunikasjon og i industrien. Innenfor offentlig forvaltning og annen tjenesteyting er sykefraværet høyest i gruppen helse- og sosialtjenester og sosial- og omsorgstjenester. Blant de store sysselsettingsgruppene har veksten fra 3. kvartal 2000 til 3. kvartal 2001, vært størst innenfor varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet samt samferdsel.

## **2.2 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

### **2.2.1 Om folketrygdens sykepengedekning**

Et av hovedmålene med sykepengeordningen er å sikre arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende mot tap av arbeidsinntekt ved sykdom. Hovedregel for fastsettelse av sykepengegrunnlaget er gjennomsnittsinntekten de siste fire ukene før arbeidsuførhet.

I folketrygdloven ytes det ikke sykepenger fra trygden for den del av inntekten som overstiger 6 grunnbeløp pr år. Med gjeldende grunnbeløp på 51 360 kroner er grensen 308 160 kroner. Minsteinntektsgrensen for rett til sykepenger er satt til 50 prosent av grunnbeløpet dvs. 25 680 kroner.

20 prosent av de som mottar sykepenger får ikke dekket inntektstapet fullt ut gjennom folketrygden. En relativt stor andel av bedriftene dekker imidlertid differansen mellom lønn og folketrygdkompensasjon.

Blant menn som i gjennomsnitt har betydelig høyere inntekt enn kvinner, får bare 65 prosent av mannlige sykepengemottakere full sykepengedekning gjennom folketrygden, mens nær 90 prosent av kvinnene får full dekning.

### **2.2.2 Fokus på aktive virkemidler**

Det har de senere årene vært sterk fokusering på bruk av aktive virkemidler i sykepengeperioden for å få sykmeldte tilbake i arbeid. Tiltak som medfører kontakt med arbeidsplassen, forventes å ha en positiv effekt på muligheten til å komme tilbake til arbeid etter sykepengeperioden. Bruk av aktive virkemidler som lar seg måle ut fra data som finnes i Rikstrygdeverkets statistikkdatabase, er aktiv sykmelding, graderte sykepenger og yrkesrettet attføring i sykmeldingsperioden.

Av disse virkemidlene har aktiv sykmelding hatt størst prosentvis vekst de siste 5 årene. Andelen sykemeldte (alle avsluttede tilfeller) som har vært på aktive tiltak, har økt fra 23,4 prosent til 28,6 prosent i perioden 1997-2001.

Evaluering av bruken av aktiv sykmelding er planlagt gjennomført av Rikstrygdeverket i 2002.

### **2.2.3 Reisetilskudd**

Ordningen med reisetilskudd som alternativ til sykepenger ble utvidet til å omfatte alle diagnoser fra 1.1.2001. Reisetilskudd er et viktig virkemiddel til å holde personer med ulike typer lidelser i jobb. I år 2000 ble det utbetalt ca kr 4 600 pr person i reisetilskudd. Antall personer som mottok reisetilskudd var 950.

Rikstrygdeverket har ikke tilgang til de data som er nødvendige for å gi et nøyaktig anslag på hvor stor innsparingseffekt denne ordningen har hatt på sykepengeutgiftene. Rikstrygdeverket har ved hjelp av regnskapsdata og noen beregningstekniske forutsetninger foretatt et grovt anslag på denne innsparingen. Da kom vi frem til at reisetilskuddet vil føre til en total innsparing på anslagsvis 5,4 mill kroner i sykepengebudsjettet 2001.

### **2.2.4 Kjøp av helsetjenester**

Ordningen "Kjøp av helsetjenester" er et virkemiddel for å bringe sykmeldte raskere tilbake i jobb og dermed spare samfunnet for utgifter til sykepenger. Ordningen etablerer muligheter for raskere behandling av sykmeldte med enkle lidelser, enn hva tilfellet er dersom disse sykmeldte hadde vært håndtert via vanlige fremgangsmåter i det ordinære systemet.

En av målsetningene med kjøp av helsetjenester er som nevnt at man skal komme raskere til behandling. Av de som får henvisning om kjøp av helsetjenester, har i underkant av 60 prosent fått henvisning til behandling innen 4 uker både i 2000 og de ni første månedene i 2001. Dette viser at denne målsetningen i stor grad er ivaretatt.

### **2.2.5 Sykepenger til statsansatte**

Fra 1. januar 2000 ble sykepenger til statsansatte en del av folketrygdens refusjonsordning for sykepenger til arbeidstakere. Omleggingen bidrar til at statsansatte blir innlemmet i sykepengestatistikken. I utgangspunktet ble det antatt at ordningen ville få full effekt allerede første året (år 2000). Det samlede refusjonsbeløpet for statsansatte for år 2000 ble anslått til ca. 720 mill. kroner. Årsregnskapet viste 727 mill. kroner.

Siden ordningen trådte i kraft har de månedlige utgiftene variert relativt mye, og det samlede utgiftstallet for året har vært vanskelig å anslå. Utgiftene svinger i takt med statsbedriftenes rutiner for innsending av refusjonskrav. En periode så det ut til at utgiftene for året 2001 kunne komme opp i 820 mill. kroner. Dette anslaget er senere gradvis redusert. Så sent som i oktober 2001 lå anslaget for året 2001 an til å bli 790 mill. kroner. I følge foreløpig regnskap for 2001 blir utgiftene 750 mill. kroner. Dette er ca. 3,2 pst høyere enn utgiftene i 2000.

## **2.3 TEMADEL**

### **2.3.1 Økning i sysselsettingen**

Sysselsettingen har økt med ca 240 000 i tiårsperioden 1990-2000, herunder 142 000 kvinner og 97 000 menn. Fordi kvinner har høyere sykefravær enn menn, har økt arbeidsmarkedsdeltagelse for kvinner gitt økt gjennomsnittlig sykefravær.

Det har blitt færre sysselsatte over 60 år. Dette bidrar til færre erstatta dager, men dette oppveies av en like stor reduksjon i antall sysselsatte under 24 år, som har lavt sykefravær.

Den aldersgruppen som har bidratt klart mest til økningen i sysselsettingen er 50-59 åringene. Denne gruppen har økt med 165 000 sysselsatte. I denne aldersgruppen er sykefraværstilbøyligheten 11 dager per sysselsatt, i aldersgruppen 30-39 år er den 8 dager per sysselsatt.

### **2.3.2 Psykiske lidelser øker mest**

Relativt sett øker er det diagnosegruppen psykiske lidelser som øker mest med 75 prosent vekst i antall erstattede dager i perioden 1990-2000, mot 40 prosent vekst i antall erstattede dager med muskelskjelett lidelser og alle andre lidelser.

Av undergruppene innenfor psykiske lidelser er det diagnosen stress og ubalanse som øker klart mest med en vekst på 280 prosent målt i antall dager. Aller mest øker stress og ubalanse for menn mellom 30 og 40 år (360%). Dette er allikevel en relativt liten diagnosegruppe, og utgjør bare 4 prosent av samlet vekst i erstatta dager. Andre undergrupper som øker sterkt er depresjon (127%) og depressiv tilstand (60%). I disse undergruppene er veksten langt sterkere for de under 30, og sterkere for kvinner enn for menn. Disse to undergruppene utgjør til sammen ca 10 prosent av samlet vekst for de under 30 år.

Det er allikevel relativt lite endringer i ulike diagnosers andel av samlet fravær. Pga sterk vekst i psykiske lidelser utgjør muskel skjelett lidelser en noe mindre andel av samlet fravær i 2000 enn i 1996. Selv om psykiske lidelser øker mest, utgjør muskel skjelettlidelser en større andel av samlet fravær i 1996, og står derved for den største andelen av samlet vekst målt i antall erstatta dager. Muskel skjelettlidelser og psykiske lidelser står for henholdsvis 46% og 25% av veksten i erstatta dager fra 1996-2000.

Psykiske lidelser øker klart mest blant unge. Antall erstatta dager med psykiske lidelser økte med 120% for de under 30 år. Det utgjør ca 30% av veksten i erstatta dager i disse aldersgruppene. Antall erstatta dager med psykiske lidelser økte med 96 % for de mellom 30 og 40 år, og med 75 % for de over 40 år.

## 3 REHABILITERINGSPENGER

### 3.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Folketrygdens utgifter til rehabiliteringspenger øker sterkt i perioden 2000-2001. Økningen skyldes bl.a. en sterk økning i langtidssykmeldte som har brukt opp sine sykepengerettigheter, samt utvidelse av unntaksbestemmelsene for rehabiliteringspenger og innstramninger i vilkårene for å motta uførepensjon.*

*Flere rehabiliteringspengemottakere enn tidligere år gjennomgår aktive tiltak i rehabiliteringspengefasen. Andelen rehabiliteringspengemottakere under aktive tiltak (arbeidstrening) øker, det samme gjelder andelen med graderte rehabiliteringspenger.*

*Andelen rehabiliteringspengemottakere som oversendes til Arbeidsmarkedsetaten for yrkesrettet attføring øker, men samtidig øker også andelen som får tilbakefall på grunn av sykdom.*

*En undersøkelse foretatt av Rikstrygdeverket indikerer at trygdekontorenes kontakt med bruker om aktive tiltak, og gjennomføring av aktive tiltak som aktiv sykmelding og yrkesrettet attføring, øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid*

*En annen undersøkelse fra RTV viser at personer med rehabiliteringspenger i ventetid før tiltak som oversendes Arbeidsmarkedsetaten fortsatt er avhengig av trygd 3 år etter rehabiliteringspengeperioden*

### 3.2 UTVIKLINGSTREKK

#### 3.2.1 Regnskapsutvikling, sterk vekst i utgiftene

Budsjettet anslag for folketrygdens utgifter til rehabiliteringspenger er stipulert til 4.860 mill. kroner for år 2001. Anslaget innebærer en økning i utgiftene på omlag 18% fra 2000-2001 målt i fast grunnbeløp.

Fra 2000-september 2001 viser utgifts- og bestandstallene fortsatt en sterk vekst. Utviklingen her er sterkt knyttet til utviklingen i antall langtidssykmeldte som har brukt opp sykepengerettigheten. En høy andel av disse fyller vilkårene for rehabiliteringspenger. I samme periode har det vært en sterk økning i tilgangen av rehabiliteringspengemottakere. Tall for de første 3 kvartaler i 2001 viser en vekst i tilgangen av nye rehabiliteringspengemottakere på 18% sammenliknet med tilsvarende periode i fjor.

Økningen er en konsekvens av et stramt arbeidsmarked og en økning i antall langtidssykmeldte som har gått ut maksimal sykepengeperiode med overgang til rehabiliteringspenger. Utover dette har utvidelse av unntaksbestemmelsene for rehabiliteringspenger, samt innstramningene i vilkårene for å motta uførepensjon, hatt betydning for den relativ sterke veksten i utgifter og antall rehabiliteringspengemottakere i perioden 2000-2001.

#### 3.2.2 Andelen med varigheten på rehabiliteringspenger utover 1 år øker

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 (før lovendringen) hadde en varighet utover 1 år, er det tilsvarende tall pr. september 2001 ca. 37,5 %. Andelen med varighet utover 1 år har imidlertid vært relativt stabil

i perioden 1998-2000, men andelen med varighet utover 1 år øker i år 2001. Dette antas bl.a. å være en konsekvens av at unntaksbestemmelse for rehabiliteringspenger er utvidet, samt at vilkårene for uførepensjon er strammet inn.

### **3.2.3 Diagnosesammensetningen for rehabiliteringspengemottakere er uendret.**

Andelen som mottar rehabiliteringspenger på grunn av psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser er høy. Diagnosesammensetningen blant rehabiliteringspengemottakere viser at andelen med psykiske lidelser(29,6%) og muskel - og skjelettlidelser (42,4%) sammenlagt utgjør hele 72% av alle stønadsmottakere pr. sept. 2001. 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.

## **3.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

### **3.3.1 Økning i andel med graderte rehabiliteringspenger**

I år 2001 øker andelen som mottar graderte rehabiliteringspenger igjen og per sept. 2001 mottok 23,2% graderte rehabiliteringspenger, men andelen er fortsatt noe høyere enn for sykepenger hvor andelen med graderte sykepenger er på 19,8%.

### **3.3.2 Flere mottar rehabiliteringspenger under tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos egen arbeidsgiver**

Fra 1997 er det mulighet for å yte rehabiliteringspenger under tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos egen arbeidsgiver. Som det fremgår er dette et tiltak som ytes til omlag 4,7 % av alle rehabiliteringspengemottakere per september 2001. Dette er en økning i forhold til tall per 31.12.1999 hvor 3,7% var på aktive tiltak.

### **3.3.3 Økning i andel rehabiliteringspengemottakere som oversendes til yrkesrettet attføring, men også økning i andelen som får avbrudd på grunn av sykdom**

Rikstrygdeverkets tall for hvor mange som har overgang til attføringspenger viser at det har vært en økning i andel over - og under 1 år som har hatt overgang til yrkesrettet attføring under tiltak /attføring i ventetid.

Tallene viser at en stadig høyere andel av de som avsluttes med rehabiliteringspenger i perioden 1994- 1.halvår 2001 har overgang til attføringspenger i ventetid/yrkesrettet attføring. Om lag 29% av de som avsluttet rehabiliteringspengeperioden i 1. halvår 2001 hadde overgang til attføringspenger

Fra 1997 er det opprettet egen lovhjemmel for personer som gjennomgår yrkesrettet attføring og får avbrudd på grunn av sykdom. I perioden 1998-2001en økning i andelen som har avbrudd under yrkesrettet attføring. Om lag 5,8% av rehabiliteringspengemottakere mottok ytelse etter denne lovhjemmel per sept. 2001.

### **3.3.4 Rehabiliteringspengemottakere som gjennomfører aktive tiltak, kommer i større grad tilbake til arbeid (dette kan skyldes seleksjon av brukere med ulike forutsetninger)**

Rikstrygdeverket har foretatt en undersøkelse blant rehabiliteringspengemottakere som har mottatt rehabiliteringspenger i perioden januar1998-mai 1999.

Rapporten ( RTV Rapport 03/2001) tar opp effekter av trygdekontorenes avklarende og aktive tiltak overfor brukere med psykiske problemer under 45 år.



Resultatene viser at trygdekontorenes kontakt med bruker om aktive tiltak, og gjennomføring av aktive tiltak som aktiv sykmelding og yrkesrettet attføring, øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid. Det å være i et arbeidsforhold under sykdom eller å ha en arbeidsgiver, øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid, også kontrollert for bestemte bakgrunnskjennetegn. Det er likevel vanskelig ut fra en slik undersøkelse å si om det er oppfølgingen/tiltakene i seg selv som gir effekt, eller om effektene har å gjøre med seleksjon av brukere med ulike forutsetninger. Ettersom måling av effekter er et faglig komplisert felt og fordi Rikstrygdeverket i den senere tid har satt i gang en rekke tiltak for å styrke oppfølgings arbeidet, bør det vurderes nye undersøkelser.

### **3.3.5 36 prosent er ikke mottagere av trygd, 3 år etter avsluttet periode med rehabiliteringspenger i ventetid før attføring, men bare halvparten av disse er i arbeid**

Rikstrygdeverket har foretatt en deskriptiv analyse for å kartlegge hva som skjer med personer som mottar rehabiliteringspenger i ventetid før attføring. Disse er fulgt 36 måneder (3år) etter avsluttet rehabiliteringspengeperiode for å kartlegge om de som oversendes arbeidsmarkedsmyndighetene, fortsatt er avhengig av trygdeytelser eller om de blir forsørget på annen måte

Tre år etter opphør av perioden med rehabiliteringspenger i ventetid før tiltak, mottar hele ca.35 % hel eller delvis uførepensjon. Ca. 25 % mottar full uførepensjon og ca. 9% mottar 50 % uførepensjon. Ca. 22% mottar fortsatt attføringspenger, mens ca.8 % mottar rehabiliteringspenger. Om lag 35,7% er ikke mottakere av trygd. Av denne gruppen har om lag 55% et arbeidsforhold.

De eldre aldersgruppene har høyere andel med status uførepensjon på dette tidspunkt, mens yngre aldersgruppe i stor utstrekning fortsatt mottar attføringspenger.

## 4 UFØREPENSJON

### 4.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Etter en økning i antall søknader i hele perioden 1996-2000, ser vi i 2001 en reduksjon i antall søknader<sup>18</sup> om uførepensjon i alle aldersgrupper. Nedgangen i søknader og økning i avslag har ført til færre nye uførepensjonister. Antall uførepensjonister øker allikevel, siden tilgangen fremdeles er større enn avgangen.*

*Tiltakene som har blitt iverksatt de siste årene for å øke uførepensjonisters aktivitetsnivå, kan ha hatt en viss effekt. Andelen uførepensjonister som deltar i yrkeslivet har økt. Litt flere går ut tilbake til arbeid og ned i uføregrad. Men virkningene er ganske små sett i forhold til tilgangen til uførepensjonsordningen.*

*Vi har fått en jevnere inntektsfordeling blant uførepensjonister etter økningen i minstepensjonen i mai 1998, og uførepensjonisters inntektsnivå har også økt sammenlignet med gjennomsnittlig lønn.*

*6 prosent av uførepensjonistene mottar sosialhjelp. Dette er noe høyere enn for befolkningen sett under ett. Over 80 prosent av uføre sosialhjelpsmottakere er enslige.*

*Forventet pensjoneringsalder har økt til 61 år fra 1999 til 2000 (bare folketrygdeytelser). Dette skyldes hovedsakelig lavere tilgang. Gjennomsnittlig pensjoneringsalder for nye uførepensjonister øker også litt i 2000, både for menn og kvinner. Dette betyr at de nye uførepensjonistene nå er litt eldre.*

*300 uførepensjonister er tilbake i arbeid – helt eller delvis – eller har økt sin arbeidsinnsats. Dette er resultatet hittil av et unikt samarbeid mellom uførepensjonisten, trygdeetaten og Aetat*

*På bakgrunn av resultatene i en landsdekkende undersøkelse av førstegangsvedtak på uførepensjonsområdet, er det utarbeidet og iverksatt en rekke tiltak for å heve kvaliteten på området.*

### 4.2 UTVIKLINGSTREKK

#### 4.2.1 Regnskapsutvikling, avtagende vekst i utgifter.

I 2001<sup>19</sup> ble det utbetalt 32 600 millioner kroner i uførepensjon. Det er 7,3 prosent mer enn i 2000. Hovedårsaken til utgiftsveksten er veksten i antall uføre, økt grunnbeløp fra 1. mai 2001 og at flere har hatt rett til tilleggspensjon, noe som fører til at pensjonen øker. Veksten i utgifter fra 1999 til 2000, var på 8,2 prosent.

---

<sup>18</sup> Pr 1000 ikke uførepensjonister

#### 4.2.2 Antall uføre<sup>20</sup> øker for begge kjønn

De fleste uførepensjonister er personer over 50 år. Det gjelder både kvinner og menn. Av nye uførepensjonister i 2001 er 68 prosent mellom 50 og 67 år, 27 prosent er mellom 30 og 49 år og 5 prosent er under 30 år.

Økningen i antall uførepensjonister fra 1996 til 2000 er størst for aldersgruppen 55-59 år. Dette skyldes bl. a. at antall personer i befolkningen har økt i denne aldersgruppen. Det er de store etterkrigskullene som nå er kommet i denne alderen.

Når vi ser på økningen i antall uførepensjonister i prosent av antall i befolkningen i hver aldersgruppe finner vi at den relative økningen er størst i aldersgruppen 19-24 år, deretter aldersgruppene 25-55 år og minst i aldersgruppene over 55 år, der andelen uføre i prosent av befolkningen nesten har vært uendret siden 1996.

Det er flere kvinner enn menn som er uførepensjonister. De blir tidligere uføre, og har lavere dødelighet i hver årsklasse.

#### 4.2.3 Færre nye uførepensjonister<sup>21</sup>

Tallet på nye uførepensjonister i 2001 er 25 296. Året før var tallet 29 679. Tilgangsraten<sup>4</sup> er redusert fra 11,5 i 2000 til 9,8 i 2001. Tilgangsraten for kvinner er i samme tidsrom redusert fra 12,9 til 10,9 og for menn fra 10,2 til 8,7.

Kvinner utgjør fremdeles over halvparten av de *nye uførepensjonistene*. Fram til 1999 har det vært en trend at kvinner har utgjort en stadig større andel av de nye. I år 2000 har denne trenden snudd, men fremdeles har kvinner høyere tilgang enn menn.

I de yngste aldersgruppene (16-18 år og 19-24) har menn høyere tilgang enn kvinner, men for de andre aldersgruppene er det motsatt. Størst forskjell på tilgangen er det i aldersgruppen 40 til 49, der er tilgang pr 1000 ikke ufør er 60 prosent høyere for kvinner enn for menn<sup>22</sup>.

Når en ser utviklingen i tilgangsrater (tilgang pr 1000 ikke ufør) i hver aldersgruppe, finner en at den relative økningen i perioden 1996-2000 er størst i aldersgruppen 60-62 år og 50-54 år for både kvinner og menn. Fra år 2000 ser vi en reduksjon i tilgangsratene for alle grupper, størst nedgang ser vi i aldersgruppene under 20-39 år, og 63-67 år.

Fra 2000 til 2001 fortsetter tilgangsratene å avta i alle aldersgrupper, for begge kjønn, størst nedgang er det i aldersgruppen 25-44 år. Fremdeles er det allikevel slik at tilgangsnivået for de unge (under 35 år) ligger langt over det nivået vi hadde før 1992.<sup>23</sup>

Aldersgruppen 50 – 59 år utgjør en økende andel av de *nye uførepensjonistene*, og aldersgruppen 18 – 29 år utgjør en stadig mindre andel av de nye uførepensjonistene. Dette skyldes bl. a. endringer i antall personer i befolkningen i disse aldersgruppene.

---

<sup>20</sup> Antall uføre, eller bestand av uførepensjonister, defineres som alle uførepensjonister per en dato, uansett når de har blitt uføre. Antall uføre relateres til hele befolkningen 18-67 år.

<sup>21</sup> Nye uførepensjonister defineres som antall som har blitt uførepensjonister i løpet av en periode, her er perioden ett år, eller de første 9 md av året. Disse relateres til det vi kaller ikke ufør befolkning, som er alle i befolkningen mellom 18 og 67 år, minus de som allerede er uførepensjonister. Antall nye uførepensjonister per 1000 ikke uførepensjonister kaller vi tilgangsrater.

<sup>22</sup> i aldersgruppen 45-55 er tilgang pr 1000 ikke uføre 19,4 for kvinner og 12,2 for menn, dvs forholdtallet er 1,6

<sup>23</sup> Dette er omtalt i Basisrapport 2000, og 2001.

#### **4.2.4 Stor grad av stabilitet i diagnosemønsteret for nye uførepensjonister**

Muskel og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør 58% av de nye uførepensjonistene. Begge diagnosegruppene utgjør en økende andel av tilgangen fra 1996-2000.

Hovedinntrykket er allikevel stor grad av stabilitet i diagnosemønsteret. Det er ikke en diagnose som kan forklare veksten i antall nye uførepensjonister.

For de under 40 er psykiske lidelser den vanligste årsaken til uførepensjonering. 45% av de nye uførepensjonistene under 40 år har en psykisk lidelse som hoveddiagnose. De under 40 år utgjør bare 15% av samlet tilgang. Unge med psykiske lidelser utgjør bare 7 % av samlet tilgang til uførepensjon i 2000. Psykiske lidelser utgjør en økende andel av de nye uførepensjonistene under 40. I 1996 utgjorde de 37 prosent, i 2000 45 prosent.

#### **4.2.5 Nedgangen i tilgang av nye uførepensjonister følger av færre søknader om uførepensjon, kombinert med en økning i avslag for alle aldersgrupper.**

Det er færre søknader om uførepensjon, og en større andel får avslag på sin søknad om uførepensjon. Dette skyldes bl. a. skjerping av krav om at attføring skal være forsøkt før uførepensjons innvilges. En effekt av det skjerpede attføringskravet synes være at det bygger seg opp en større bestand av mottakere av rehabiliteringspenger. Dette kan innebære et potensiale for ny økning av tilgangen til uførepensjon på et senere tidspunkt.

Når vi sammenligner søkerhyppighet i samme aldersgruppe er denne relativt stabil for de fleste aldersgrupper i perioden 1998-2000, men vi kan observere en nedgang i søkerhyppighet i 2001 for alle aldersgrupper.. Årsaken til at færre søker om uførepensjon kan være at de etter nye regler kan gå lengre på rehabiliteringspenger.

Andel saker som ankes er avtagende selv med stigende avslagsfrekvens. Andelen anker som omgjøres i egen etat har også gått litt ned. Vi ser heller ingen økning i andel som får omgjort saken etter anke til trygderetten, noe som indikerer at trygdeetatens vurdering ikke er for streng etter trygderettens vurdering. Vi har ikke indikasjoner på at skjerpet skjønn og høyere avslagsprosent har resultert i flere omgjøringer etter anke.

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2000 ble det foreslått ulike administrative tiltak innenfor gjeldende regelverk som kunne bidra til å redusere tilgangen til uførepensjon. Dette ser ut til å ha hatt effekt på tilgangen til uførepensjon.

Antall søknader pr 1000 ikke ufør øker med økende alder. Selv om befolkningen er blitt eldre har samlet antall søknader gått ned fordi søknadshyppigheten er redusert i alle aldersgrupper.

Sammenlignet med 1996 har avslagsprosenten økt for begge kjønn og alle aldersgrupper. Særlig sterk økning ser vi fra 1999 til 2001. Dette må ses i sammenheng med skjerpet krav til at attføring skal være gjennomført før uførepensjon innvilges.

Aldersgruppen som har høyest avslagsprosent er 30-34 år med 43 prosent avslag. Nest lavest avslagsfrekvens har de yngste (18-19 åringene) med 9 prosent avslag. Her finner vi hovedsakelig de som er født uføre. Aller lavest avslagsprosent har de eldste (60-67 åringene) med 8 prosent avslag.

Målt i prosentpoeng har veksten i avslagsfrekvens vært størst i aldersgruppen 30-34 år. I denne aldersgruppen har avslagsprosenten økt fra 29 prosent avslag pr desember 1999 til 43 prosent avslag pr desember 2001.

Tidlig på 90-tallet var det stor forskjell mellom andelen menn og kvinner som fikk avslag på søknad om uførepensjon. Dette er omtalt i basisrapport 2000. Forskjellene mellom kjønnene er nå små og varierer litt fra år til år.

Beholdningen av ikke ferdigbehandlede saker er omtrent på nivå med tilsvarende periode året før. Reduksjonen i tilgangen skyldes derfor ikke lengre saksbehandlingstid.

### **4.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

#### **4.3.1 Tiltak for å unngå varig passivering ser ut til å ha hatt en viss effekt.**

De indikatorene vi har sett på tyder på at de tiltak som har blitt iverksatt de siste årene, kan ha hatt en viss effekt på uførepensjonistenes aktivitetsnivå. Det er vanskelig å skille dette fra virkningen av utviklingen i arbeidsmarkedet. Andelen uførepensjonister som deltar i yrkeslivet har økt, og en del benytter seg hvilende pensjonsrett, og forsøk med lavere uføregrad enn 50 prosent. Men det er kun små endringer i antall som går tilbake til arbeid og ned i uføregrad, sett i forhold til tilgangen til uførepensjonsordningen. Analysene viser videre at dagens uførepensjonister i liten grad tilpasser inntekten strategisk til regelverket. Dette skyldes sannsynligvis de helsemessige forutsetningene, og at jobbtilbudet ikke finnes.

Den viktigste forutsetningen for å øke yrkesdeltakelsen blant uførepensjonistene er at man reelt sett kan tilby en jobb der den enkelte får arbeidsoppgaver som er tilpasset ens helsemessige situasjon. Dette krever aktiv medvirkning både fra partene i arbeidslivet og trygdeetat. Det forpliktende samarbeidet mellom trygdeetat og arbeidsmarkedsetat som nå er etablert i forkant av reaktiviseringsarbeidet kan derfor føre til at flere går tilbake til arbeid.

#### **4.3.2 300 uførepensjonister er tilbake i arbeid – helt eller delvis<sup>24</sup>.**

I Revidert nasjonalbudsjett (RNB) for år 2000 ble trygdeetaten pålagt å sette i gang et arbeid der det gis tilbud om aktive reaktiviseringstiltak til uførepensjonister som vi antar har et potensiale for å gå tilbake til arbeidslivet, eventuelt til å øke arbeidsinnsatsen. I 2001 fikk trygdeetaten og Aetat økte bevilgninger for å kunne gjennomføre denne oppgaven. I løpet av 2001 har alle fylkene kommet godt i gang med arbeidet. På grunnlag av lister over uførepensjonister under 50 år med diagnose hovedsakelig innenfor gruppene muskel/skjelett problemer og lettere psykiske lidelser, er det på trygdekontornivå valgt ut personer som inviteres til samtale på trygdekontoret. I noen fylker har man valgt å invitere til åpne informasjonsmøter i samarbeid med Aetat, før det inviteres til en individuell samtale på trygdekontoret. Rundt 8 000 uførepensjonister har hatt en eller flere samtaler med trygdekontoret. I mange av samtalene har også arbeidskontoret deltatt. Ca 1000 av uførepensjonistene ønsker yrkesrettet attføring eller andre tiltak i regi av Aetat.

Fire fylker; Telemark, Aust-Agder, Hordaland og Finnmark har etablert nettverk blant uførepensjonistene, etter modell fra nettverkstarbeidet blant enslige forsørgere.

Som et ledd i arbeidet med reaktivisering av uførepensjonister ble det fra 1. september 2001 satt i gang en forsøksordning med nye regler for avkorting av uførepensjon i forhold til arbeidsinntekt. Forsøksordningen gjelder fram til 01. 01. 2005. De nye reglene har gunstigere bestemmelser om avkorting av uførepensjonen mot arbeidsinntekt. Uførepensjonisten får bl. a. et fribeløp på 1 G, ved reberegning av uførepensjonen når arbeidsinntekten øker.

---

<sup>24</sup> Pr januar 2001

### **4.3.3 Vurdering av uførepensjonisters inntektsnivå.**

Det er et sentralt mål at uførepensjon skal sikre inntekt ved inntektsbortfall pga. uførhet.

Minstepensjonistenes<sup>25</sup> kompensasjonsnivå har økt etter særtilleggsjusteringen i mai 1998 og ligger nå på 30 prosent av gjennomsnittlig lønn. Gjennomsnittlig kompensasjonsnivå for uførepensjonister i gjennomsnitt har gått litt ned for menn og ligger nå på 45 prosent av gjennomsnittlig lønn<sup>26</sup>. For kvinner har kompensasjonsnivået økt litt til 33 prosent. Dette har ført til jevnere inntektsfordeling for uførepensjonister.

Pensjon fra folketrygden er hovedinntektskilden for de fleste uførepensjonistene. Uførepensjonister har gjennomsnittlig lavere bruttoinntekt (151 000 i gjennomsnitt) enn befolkningen generelt (220 000 i gjennomsnitt)<sup>27</sup>, spesielt lav inntekt har minstepensjonister med en gjennomsnitts inntekt på 96 700 kroner.

En stadig mindre andel av uførepensjonistene er minstepensjonister. I 2000 var 22 prosent av uførepensjonistene minstepensjonister. Langt flere kvinner enn menn er minstepensjonister. Bare 7,3 prosent av mennene er minstepensjonister, mens 33 prosent av kvinnene er det. Enslige minstepensjonister med full uførepensjon har en bruttopensjon på 92 100<sup>28</sup> kroner i gjennomsnitt i året.

Seks prosent av uførepensjonistene mottar sosialhjelp. Over 80 prosent av uførepensjonistene som mottar sosialhjelp er enslige.

Enkelte grupper har ikke rett til uførepensjon ved uførhet. Dette gjelder personer som ikke har vært medlem av trygden de siste tre årene før uføretidspunktet. Andre grupper får avkortet uførepensjonen pga. lang botid utenfor Norge i voksen alder. Disse vil kunne få varige inntektsproblemer ved sykdom.

## **4.4 TEMADEL**

### **4.4.1 Landsdekkende undersøkelse av førstegangsvedtak på uførepensjonsområdet**

Resultatene fra undersøkelsen tyder på at det foreligger feil mht. innvilgelse/avslag i mellom 1,5 – 5 prosent av sakene. Feilene ser ut til å ha sammenheng med at praktiseringen av skjønnet i disse sakene ikke følger de retningslinjer som er utarbeidet.

Andelen saker hvor det foreligger feil i deler av fastsettelsen av pensjonen ligger anslagsvis mellom 5-10 prosent.

Det er avdekket svakheter i forhold til innhenting av tilstrekkelig dokumentasjon i sakene, og kvaliteten i den interne skriftlige saksfremstillingen tilfredstiller ikke de administrative krav som er utarbeidet i etaten.

På bakgrunn av resultatene i undersøkelsen er det utarbeidet og iverksatt en rekke tiltak for å heve kvaliteten på området. Først og fremst er det utviklet en nasjonal kvalitetsstandard, samt en ny elektronisk saksbehandlingsblankett, for å få en riktigere og mer enhetlig

---

<sup>25</sup> Uførepensjonister som er minstepensjonister

<sup>26</sup> Gjennomsnittlig lønn= gjennomsnittlig lønn pr normalårsverk. Kilde SSB

<sup>27</sup> Kilde selvangivelsesstatistikk SSB. Tall for 1999.

<sup>28</sup> pr mai 2001

saksbehandling på uførepensjonsområdet. Det er også utarbeidet fylkesvise handlingsplaner på bakgrunn av de risikoområdene som ble avdekket i det enkelte fylke.

## 5 GRUNN- OG HJELPESTØNAD

### 5.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Tallet på mottakere av grunnstønad og hjelpestønad har vært relativt stabilt, men er nå langsomt voksende. Vekstratene er på henholdsvis ca. 1 % og 0,5 % pr. år det siste året.*

*Det er også en langsom forskyvning i retning av bruk av høyere takster. Dette har flere årsaker: Nye beregningsmåter for ekstrautgifter til for eksempel kosthold spiller en rolle når det gjelder grunnstønad. For hjelpestønad har sannsynligvis utviklingen i diagnostisering (kunnskap, redskaper og bemanning) av sykdom hos barn en viss betydning. For begge gjelder at prisene for de varer og tjenester stønaden skal dekke ekstrautgifter til, har steget raskere enn takstene. Siden mekanismen her er refusjon av gitte utgifter, har ”takster” begrenset betydning for utgiftsnivået.*

*For øvrig styres både tilgang og avgang av mottakere og det samlede utgiftsnivået i større grad av små og store regelendringer enn av tunge samfunnsmessige prosesser.*

*Basisrapporten drøfter ikke sosialpolitiske sider ved ordningene. Det arbeides med avklaring av fordelingsvirkninger, dekningsgrad for ekstrautgifter, etc., i andre sammenhenger.*

### 5.2 UTVIKLINGEN AV UTGIFTER OG TALLET PÅ MOTTAKERE

#### 5.2.1 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.

#### 5.2.2 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.

### 5.2.3 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 i noen grad, uten at tallet på mottakere blir påvirket, men sammenhengen komplisert: Settes inngangssatsen (sats 1) opp, kan det godt hende at så mange vil bli utelukket at utgiftene går ned.
- *Endring i prisnivået for de varer og tjenester stønadene er ment å dekke* kan være vel så viktig som endring av satsene. Stønadene skal dekke ekstrautgifter. Når disse stiger, vil et visst antall mottakere overskride grensen til et nytt satsnivå. Når prisstigningen er sterkere enn satsøkningen, skjer det dermed en bevegelse av mottakere over mot høyere satser.
- *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.

## 5.3 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.

### 5.3.1 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 ga betydelig økte utgifter i år 2000 og 2001. Det vil også bli betydelig økte fremtidige utgifter. 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 2001 vært en forskyvning av mottagere også i disse yngre gruppene mot høyere satser på grunn av endringer i kostholdsbestemmelsene for visse sykdommer.

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.

### **5.3.2 Hjelpstønad**

Utgiftene til hjelpstønad 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 hjelpstønad 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 hjelpstønad. Særlig sterk har veksten vært blant barn mellom 10 og 18 år. Denne gruppen har vokst med mer enn 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 hjelpstønaden 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 hjelpstønad, og det kan tenkes at dette gjenspeiler en endring i praksis i tråd med denne målsettingen.

## **6 BIDRAGSOMRÅDET**

### **6.1 DE VIKTIGSTE FUNN**

*Innkrevingsresultatet per september 2001 viser at flere av målene som er satt for 2001 er nådd. Trygdekontorenes saksbehandlingstid er godt innenfor målet, dvs. at det er fattet vedtak i mer enn 75 prosent av sakene innen 2 måneder. Etaten kan i tillegg vise til rask pengeformidling og en akseptabel omgjøringsfrekvens i klagesakene.*

*Når det gjelder den totale bidragsgjelden har det vært en økning på 3,3 prosent fra september 2000 til september 2001. I dette ligger utenlandsgjelden som alene har en økning på 5,7 prosent.*

*Gjennomsnittlig startgjeld er noe høyere enn målsetningen som er satt for 2001. Økningen i startgjeld har imidlertid sammenheng med at inntektsnivået øker slik at bidragene øker.*

*Erfaringsmessig er det slik at årsresultatet på bidragsområdet ofte blir bedre enn ved rapporteringstidspunkt per september.*

## **6.2 UTVIKLINGSTREKK**

### **6.2.1 Regnskapsutviklingen**

Utgiftene til forskottering har vært økende, og det samme har inntektene som gjelder refusjon fra bidragspliktige vært. Inntektene har de siste årene ligget på i overkant av 66 prosent av utgiftene. For 2000 lå inntektene på i overkant av 68 prosent av forskuddsutgiftene, mens det i 2001 forventes at inntektene blir ca. 65 prosent av forskuddsutgiftene.

Når det gjelder refusjonsinntekter knyttet til overgangsstønad har disse vist en nedgang i 2001 sammenlignet med 2000. Dette har sammenheng med eneforsørgerreformen per 1998 som har hatt effekt.

### **6.2.2 Økende andel bidragspliktige som er à jour**

Det har de siste årene vært en økning i antall bidragspliktige som er à jour, og en nedgang i antall bidragspliktige med gjeld i størrelsesorden 10.000 – 50.000. Det har vært en svak økning i antall bidragspliktige med over kr. 100.000 i gjeld.

### **6.2.3 Antall saker økende**

Det har vært en årlig økning i antall saker. Økningen fra 1999 til 2000 var på 2 prosent. Økningen fra september 2000 til september 2001 var på ca 1 prosent. Årsresultatet kan gi en sterkere økning.

### **6.2.4 Bedret innkrevingsresultat**

Gjeld sett i forhold til påløp sier noe om hvor effektiv innkrevingen ved Trygdeetatens Innkrevingsentral har vært. Når påløpet øker mer enn gjelda medfører dette at gammel gjeld blir nedbygget, mens nye saker med påfølgende gjeld gjør at den totale gjelda likevel øker noe. I 1999 utgjorde gjelda 98 prosent av samlet påløp for året, mens den i 2000 utgjorde 93 prosent av samlet påløp. Tall som angir forholdet mellom påløp og gjeld er representative først ved årsavslutninger. Tall per september 2001 er derfor ikke tatt med her.

## **6.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

### **6.3.1 Inndekningsprosenten (innbetalt i forhold til påløp og kravendring) for innenlandsk og utenlandsk gjeldsmasse.**

Inndekningsprosenten for den innenlandske gjeldsmasse var for 2. tertial 2001 på 100 prosent. Målet for 2001 er på 102 prosent. Målet er så langt ikke nådd, men inndekningsprosenten er forbedret sett i forhold til 1. tertial.

Når det gjelder inndekningsprosenten knyttet til refusjon overgangsstønad har det de siste tre år vært en betydelig økning i innbetaling i forhold til krav.

Inndekningsprosenten for den utenlandske gjeldsmasse var ved utgangen av september 2001 på 60,5 prosent. Målet for 2001 er en dekningsprosent på 65. Målsetningen er ikke nådd, men inndekningsprosenten har blitt forbedret utover i året.

### **6.3.2 Analyse av bidragsgjelden**

I 1999 ble det startet et arbeid med å analysere trygdeetatens bidragsgjeldsmasse. Analysen vil gjenspeile muligheten for innkreving og prioritering av innkrevingsiltak. Det har blitt

gjennomført tiltak som går på klassifisering (sikker, usikker, og ikke innkrevbar gjeld) og kategorisering (type innfordring) av typer gjeld.

Det arbeides kontinuerlig med å gjennomgå gjeldsmassen for å konsentrere innsatsen om de fordringene der det er reell mulighet for å få inn penger.

### **6.3.3 Gjennomgang av bidragsaker i trygdekontorene for å bedre inndekningen av forskudd og overgangsstønad**

Fra 1999 har trygdekontorene hatt en årlig gjennomgang av saker hvor bidragene er revurdert. Revurderingen i 2001 utgjør en årlig besparelse for staten på ca. 33 mill. kroner.

## **7 BILSTØNAD**

### **7.1 DE VIKTIGSTE FUNN**

*Endring av prisgrensen synes ikke å påvirke type bil eller utgift til bil. Den har kun en veiledende effekt.*

*Økt gjenanskaffelsesperiode gir betydelig reduksjon i trygdens utgifter til bilstønad.*

*Fra slutten av 1998 var det mulig å tilstå bilstønad til psykisk utviklingshemmede. Andel av brukere med diagnose "Psykiske lidelser" og "Medfødte misdannelser/kromosomfeil" har økt årlig siden 1998.*

### **7.2 UTVIKLINGSTREKK**

Utgifter til bil i 2000 var 762,1 million kroner, og det forventes at utgiftene vil øke til 850 millioner kroner i 2001.

Folketrygdens utgifter i tredje kvartal 2001 i forhold til tilsvarende periode i 2000 viser følgende økning:

- 17,6 prosent for utgifter til bil på grunn av bedring av arbeidsmuligheten
- 24,7 prosent for utgifter til utstyr, kjøreopplæring på grunn av bedring av arbeidsmuligheten
- 9,3 prosent for utgifter til bil på grunn av bedring av funksjonsevnen
- 5,6 prosent for utgifter til utstyr, kjøreopplæring på grunn av bedring av funksjonsevnen.

I tidligere år har veksten variert på grunn av igangsatte tiltak.

### **7.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

Prisgrensen for stønad til bil er hevet årlig i de siste fem årene. I 2001 ble den hevet fra kroner 153 000 til kroner 156 000. Det er ikke mulig å se noen effekt av heving av prisgrensen. Det skyldes antagelig i hovedsak regelen som kom i 1998 om at det kun gis stønad til rimeligste prisforhandlede bilen som dekker vedkommendes behov. Det er mulig for brukeren å kjøpe en dyrere bil ved at vedkommende dekker mellomlegget. Selv om prisgrensen ikke direkte påvirker utgiftene til/ valg av bil er den på en måte veiledende for brukeren.

Økt gjenanskaffelsesperiode gir en betydelig reduksjon i trygdens utgifter til bilstønad. Det gjelder også på lang sikt. Den faktiske og økonomiske utnyttelsesgraden av det enkelte

motorkjøretøyet øker. Økt brukstid vil imidlertid stille større krav til brukerens bilhold blant annet i oppfølging av vedlikehold og reparasjoner.

Økning av gjenanskaffelsesperioden fra 8 til 9 år ble effektivt 1.1.1999. På grunn av treghet i systemet var hovedeffekten forventet i 2000.

Gjennomsnittsalder generelt på brukte biler i Norge ligger på rundt 13-14 år (2000).

## **8 ENEFORSØRGERE**

### **8.1 DE VIKTIGSTE FUNN**

*Stønadordningen for eneforsørgere ble vesentlig endret fra 1. januar 1998. Beløpet for full overgangsstønad ble hevet vesentlig mens stønadstidens lengde ble begrenset til normalt tre år. Samtidig ble det innført strengere krav om aktivitet for eneforsørgere uten barn under tre år. I en treårig overgangsperiode var utgifter til utdanningsstønad særlig høye. De nye reglene fikk full effekt fra 1.1.2001. De som da mistet overgangsstønad var hovedsakelig personer som ikke hadde omsorg for barn under tre år, personer som ofte hadde kombinert egen inntekt med redusert overgangsstønad. Etter reformen har en høyere andel av stønadsmottakerne yngste barn under tre år.*

*Fra 1.1.1998 ble stønad til barnetilsyn vesentlig hevet ved at eneforsørgeren kan få dekket inntil 70 prosent av sine reelle og dokumenterte utgifter til barnetilsyn, men begrenset inntil et maksimalbeløp. Samtidig ble støtten gjort avhengig av inntekt. Omlegging av satsene førte til at utgiftene økte med tretti prosent fra 1997 til 1998. Etter endring i reglene for stønad til eneforsørgere har de som mottar stønad til barnetilsyn sjeldnere overgangsstønad, 68 pst. i september 2001 og 46 pst. i september 2000.*

### **8.2 UTVIKLINGSTREKK**

#### **8.2.1 Overgangsstønad**

Overgangsstønad skal sikre den økonomiske situasjonen for foreldre som er alene om omsorgen for mindreårige barn

##### **8.2.1.1 Nedgang i antall stønadsmottakere etter 1.1.2001**

Reformen har ført til en vesentlig nedgang i antall personer med overgangsstønad. Ved utgangen av 2000 hadde 40 382 overgangsstønad. I september 2001 var antallet bare 25 502, 35 pst. lavere enn i september 2000. Nedgangen var på 30 pst for de med yngste barn mellom tre og fem år, og på 59 pst for stønadsmottakere med yngste barn over fem år. For eneforsørgere med yngste barn under 3 år var nedgangen på 5 pst.

En del av de som mistet overgangsstønad fra 1.1.2001 har hatt deltidsarbeid og lav egen inntekt i kombinasjon med redusert overgangsstønad. En økning i gjennomsnittsbeløpet til de som mottar stønad til barnetilsyn kan være en indikasjon på at de som mistet overgangsstønden i gjennomsnitt har fått høyere tilsynsutgifter etter 1.1.2001, noe som i mange tilfeller betyr større grad av yrkesdeltakelse, og større behov for tilsyn.

Stønadsmottakere med barn under tre år utgjør en større andel av de som mottar overgangsstønad i 2001 enn i 2000. Eneforsørgere med barn under tre år har sjeldnere inntekt og mottar derfor uredusert overgangsstønad oftere enn eneforsørgere som ikke har så små

barn. I september 2001 hadde 45 prosent av de med barn eldre enn 3 år redusert overgangsstønad, for de med barn under 3 år var andelen 23 prosent. Endring i bestandens sammensetning har ført til en økning i det beløp hver stønadmottaker i gjennomsnitt mottar. De som fikk utbetalt overgangsstønad i årets første ni månedene fikk i gjennomsnitt utbetalt 76 pst. av full overgangsstønad i 2000, og 84 pst. i 2001.

#### ***8.2.1.2 Utgiftene til overgangsstønad gikk ned fra 2000 til 2001***

Pr. september 2001 var det utbetalt 1 580 mill. kr. i overgangsstønad. I faste priser var det 28 pst. mindre enn i samme periode 2000. Nedgangen skyldes en nedgang i antall stønadmottakere.

### **8.2.2 Stønad til barnetilsyn**

Stønad til barnetilsyn skal gjøre det mulig for eneforsørgeren å ta utdanning, være i arbeid eller være tilmeldt arbeidsformidlingen. Stønad kan gis til yngste barn er ferdig med fjerde skoleår. Fra 1.1.1998 ble stønaden vesentlig hevet og omgjort til maksimalbeløp. Eneforsørger som er under utdanning eller i arbeid får dekket inntil 70 prosent av sine reelle og dokumenterte utgifter til barnetilsyn inntil maksimumsbeløpet, som i 2001 utgjorde kr. 29 952 for eneforsørgere med ett barn. Støtten er avhengig av inntekt og faller bort ved inntekt over 8 G.

#### ***8.2.2.1 Eneforsørgere med stønad til barnetilsyn***

De senere år har det vært en nedgang i antall personer stønad til barnetilsyn. I september 2001 var det nær 21 000 stønadmottakere, 8 pst. færre enn i 2000. Perioden med overgangsregler for overgangsstønad utløp fra 1.1.2001. Endring i reglene for overgangsstønad har ført til større endringer i den gruppen som mottar stønad til barnetilsyn. I perioden januar til september var andelen med overgangsstønad i tillegg til stønad til barnetilsyn 66 pst i 2000 og 38 pst. i 2001.

For årets tre første kvartaler har det fra 2000 til 2001 vært en økning i gjennomsnittlig beløp. Det har sammenheng med at gruppen som mottar stønad til barnetilsyn i 2001 oftere er yrkesaktive enn gruppen som mottok stønaden tidligere.

#### ***8.2.2.2 Utgifter til stønad til barnetilsyn***

I faste priser har utgifter til stønad til barnetilsyn vært svært stabile fra 1998 til 2001. I årets tre første kvartal ble det i 2001 utbetalt 490 mill. kr. (regnskapstall), 3,1 pst. mer enn i samme periode i 2000.

### **8.2.3 Utdanningsstønad**

Eneforsørgere kan få utdanningsstønad når de har utgifter i forbindelse med nødvendig utdanning eller i forbindelse med aktivitetskurs og brukermedvirkningsordningen. Ettersom utdanningsstønad bare kan gis i det tidsrom eneforsørgeren er berettiget til overgangsstønad har antallet eneforsørgere med utdanningsstønad gått ned fra 2000 til 2001. Utgifter til utdanningsstønad var høyest i den perioden det var overgangsregler for overgangsstønaden.

Utgifter til utdanningsstønad økte med 48 pst. fra 1997 til 1998. I årets tre første kvartal ble det utbetalt 80,8 mill. kr i 2001, 12,5 pst. mindre enn i samme periode 2000.

### **8.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

Stønadssystemet for eneforsørgere ble vesentlig endret fra 1. januar 1998. Hovedmålet var å bedre den økonomiske situasjonen for foreldre som er alene om omsorgen for mindreårige barn og å legge forholdene bedre til rette for selvforsørgelse ("hjelp til selvhjelp").

#### **8.3.1.1 Endringer i overgangsstønad**

Fra 1.1.1998 ble beløpet for full overgangsstønad hevet fra samme beløp som minstepensjon for enslig pensjonist til 1,85 ganger grunnbeløpet. Stønadstidens lengde ble redusert til normalt tre år, og når yngste barn er fylt tre år forventes det at eneforsørgeren er aktiv i forhold til utdanning eller arbeid i mer enn halvparten av tiden. Fra 1.7.1999 mistet eneforsørgere i stabilt samboerskap retten til ytelse som enslig forsørger.

Når en tidligere eneforsørger verken har overgangsstønad eller stønad til barnetilsyn har vi ingen opplysninger om hvorvidt personen fremdeles er alene om omsorgen. I hvilken grad personer som har mistet retten til overgangsstønad er blitt selvforsørget vil først bli klart når ligningen for 2001 foreligger høsten 2002. Hvis de som mistet overgangsstønad har vært ute av arbeidsmarkedet over lengre tid kan de ha fått problemer med å bli selvforsørget fra 1.1.2001. Ved hjelp av foreliggende statistikk har vi vist at om lag 1000 tidligere eneforsørgere med yngste barn på seks år eller eldre høsten 2000 kan være i en 'risikogruppe', i den forstand at de ikke kan forsørge seg selv ved eget arbeid etter opphør av overgangsstønad.

På bakgrunn av utgiftene i 1994 til 1997 er det beregnet at reformen ga en samlet merutgift på om lag 367 mill.kr i 1998, regnet i 2002-priser. Merutgifter som følge av satsendringen er anslått til 401 mill, og innsparingene til 34 mill. For 2001 er det beregnet at reformen har gitt en innsparing på 854 mill. kr, en merutgift på 246 mill på grunn av satsendring og en innsparing på 1 100 mill kr i 2001.

Fordi reformen var så sammensatt er det vanskelig å si eksakt hvor meget av innsparingene som skyldes begrensinger i stønadstidens lengde, hvor meget som skyldes strengere krav til stønadsmottaker og hvor meget som skyldes nye regler for samboere.

#### **8.3.1.2 Endringer i stønad til barnetilsyn**

Fra 1.1.1998 har eneforsørger som er aktive i forhold til utdanning eller arbeid kunnet få dekket inntil 70 pst. av dokumenterte tilsynsutgifter, inntil et maksimalbeløp. For eneforsørgere med ett barn var dette beløpet 3,3 ganger høyere i 1998 enn den faste satsen i 1997. At gjennomsnittlig beløp økte med 41 pst allerede fra 1997 til 1998 gjør det rimelig å anta at mange eneforsørgere tidligere har hatt utgifter til barnetilsyn som langt overskred de ordinære satsene.

Endringer i overgangsstønad bidro til endringer i eneforsørgeres aktivitet, og i kjennetegn ved de som mottar stønad til barnetilsyn. Det kan derfor være vanskelig å skille effekten av økte stønadssatser fra det faktum at eneforsørgere i overgangsperioden oftere var under utdanning. Fra 1997 til 1998 var det en større økning i utgifter til utdanningsstønad, noe som tyder på at eneforsørgere tidlig tilpasset seg endringer i reglene for overgangsstønad.

#### **8.3.1.3 Eneforsørgere i fast samboerskap**

Eneforsørgere som lever i fast samboerskap er fra 1.7.1999 ikke lenger berettiget til overgangsstønad eller stønad til barnetilsyn.

For overgangsstønad ble det i basisrapporten for 2000 anslått at ca 3 300 samboende fikk stoppet stønaden. Dette anslaget anses fremdeles som meget sannsynlig. Med utgangspunkt i

3 300 personer og gjennomsnittlig beløp for året kan innsparingene i 2002-priser beregnes til 108 mill. kr i 1999, 224 mill. kr. i 2000 og 216 mill. kr. i 2001.

For stønad til barnetilsyn er det anslått at mellom 3 700 og 3 800 samboende mistet stønaden. Beregnet utfra gjennomsnittlig beløp for året kan innsparingene i 2002-priser anslås til 43 mill.kr i 1999, 91,7 mill. kr. i 2000 og 96 mill. kr. i 2001.

## **9 TEKNISKE HJELPEMIDLER.**

### **9.1 DE VIKTIGSTE FUNN**

#### Tekniske hjelpemidler

*Det er bevilget 2 662 millioner kroner til tekniske hjelpemidler i 2001.*

*Utgiftene i 2001 ser ut til å ligge på samme nivå som i 2000.*

*Det er fortsatt økning i antall betjente brukere. Vel 60 prosent av brukerne er kvinner og 2/3 av dem er eldre enn 70 år.*

*Prosjekt "Mer effektiv hjelpemiddelforvaltning" er i gang i 13 fylker. Etter en grov vurdering ser det ut til at effekten av prosjektet er bedre styring av tjenestekjøp og mer kostnadseffektive valg.*

#### Høreapparater

*Det er bevilget 325 millioner kroner til høreapparater i 2001.*

*Det har vært en relativ høy vekst i utgiftene til høreapparater, etc. i perioden 1997-2000. I 2001 ser det ut til at utgiftene vil ligge på samme nivå som i 2000.*

*Digitale høreapparater er vesentlig dyrere enn analoge høreapparater. Digitale høreapparater har nå overtatt mer enn 85 prosent av markedet.*

#### Ortopediske hjelpemidler

*Det er bevilget 475 millioner kroner til ortopediske hjelpemidler m.v. i 2001.*

*Regnskapsutviklingen for de siste årene viser at utgiftene øker, fra 1999 til 2000 11,3 prosent.*

*Produksjonsdata viser at det over flere år produseres flere enheter av ortopediske hjelpemidler. Hvorvidt dette skyldes flere brukere eller om hjelpemidlene byttes raskere ut, har vi ikke grunnlag for å si noe om*

*Vi vet av erfaring at det de siste årene har kommet til såkalte høyteknologiske produkter på markedet. Disse er svært dyre, og vil gi folketrygden økte utgifter*

### **9.2 UTVIKLINGSTREKK**

#### **9.2.1 Utgiftene til tekniske hjelpemidler flater ut i 2001**

I 2001 ser det ut til at vi får en utflating av den generelle utgiftsveksten. Utgiftsutviklingen varierer sterkt avhengig av type hjelpemidler.

I årene 1996 til 1999 var det en klar økning i både i totalverdien av hjelpemiddelsentralenes utlån og i verdi pr betjent bruker.

I 2000 har totalverdien av utlån økte svakt, mens verdien på utlån pr betjent bruker er uforandret.

Så langt i 2001 ligger det an til at utlånsverdien pr. betjent bruker reduseres i forhold til foregående år.

### **9.2.2 Relativt stabil utvikling i antall brukere av tekniske hjelpemidler**

De siste 5 årene har det vært en økning av antall betjente brukere. Veksten avtok imidlertid noe i 1999 og 2000. Størst vekst hadde aldersgruppene 10-19 år og 50-59 år.

Antall kvinnelige brukere har i perioden økt med 18,2 prosent. For mannlige brukere er tilsvarende økning 33,2 prosent.

Antall nye brukere viste en svak nedgang i både 1999 og 2000, etter å ha hatt en svak økning fra 1996 til 1998.

## **9.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

### **9.3.1 Prosjekt "Mer effektiv hjelpemiddelforvaltning"**

I 1998 startet trygdeetaten prøveprosjekt ved hjelpemiddelsentralene i fire fylker der alle tjenestekjøp knyttet til reparasjon, vedlikehold og frakt av tekniske hjelpemidler ble finansiert over sentralenes driftsbudsjett i stedet for over stønadsbudsjettet.

I 2001 ble prosjektet utvidet med ni fylker. Fra og med 2002 vil alle fylker delta.

Målet er bedre styring av tjenestekjøp og mer kostnadseffektive valg. Forutsetningene var at tilbudet til bruker ikke skulle bli redusert og at krav til service, gjenbruk og leveringstid skulle tilfredsstilles.

Det totale tjenestekjøpet over stønadsbudsjett og driftsbudsjett i de ni første månedene i 2000 og 2001, viser at fylkene som deltar i prosjektet har en svak nedgang i utgifter pr bruker mens fylkene som ikke deltar hadde en økning på seks prosent.

Kassasjonsprosenten ligger i snitt langt lavere for prosjektfylkene enn for andre fylker.

Når det gjelder gjenbruksgrad, reparasjonshastighet og leveringstid for nye hjelpemidler er det liten eller ingen forskjell mellom gruppene, det er derimot betydelig variasjon mellom fylkene i begge grupper.



## 10 LEGEMIDLER

### 10.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Til tross for en rekke kostnadsbegrensende tiltak og fortsatt nedgang i prisene på legemidler på blå resept, øker stadig utgiftene. Målt i nominelle kroner har folketrygdens utgifter økt med 49 % de siste 5 årene.*

*Utgiftsøkningen har flere årsaker. I 2001 skyldtes den i første rekke at omsetningsvolumet økte. Forbruksvridning, dvs at nye og dyrere legemidler erstatter gamle og rimeligere stod for en mindre del av utgiftsøkningen.*

*En rekke tiltak er satt inn for å begrense utgiftene til legemidler på blå resept. De viktigste i 2001 var redusert apotekavanse og ny praksis for fastsettelse av apotekavanse. Ikke alle har hatt forventet effekt. Referanseprissystemet ble av den grunn besluttet opphevet fra 1.januar. Samtidig ble apotekavansen satt ned. Det er ikke mulig å si hvilken effekt hver enkelt av disse tiltakene har hatt.*

*I perioden juni – august fikk 143 legemidler ny maksimalpris. Tiltaket var anslått å gi en innsparing på 60 millioner kroner. Våre beregninger viser at innsparingen for 2001 vil ligge på rundt 31 millioner kroner.*

### 10.2 UTVIKLINGSTREKK

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept øker stadig. Vi har derfor hatt en rekke kostnadsbegrensende tiltak de siste årene. Tiltakene har hovedsakelig regulert 2 faktorer:

- Prisen på legemidler
- Fordeling av utgiftene mellom pasient og folketrygden

Tiltakene har kun i begrenset grad vært rettet mot volumveksten eller endringer i produksammensetningen.

Presset for å få nye legemidler inn på blå resept er stort, og de siste årene er en rekke nye, kostbare legemidler tatt opp på blå resept.

Fra 2000-2001 er det legemidler i kategoriene alvorlige psykiske lidelser, benskjørhet og ”annet” som øker mest i prosent. Målt i kroner er det legemidler i kategoriene hjerte- og karsykdommer, alvorlige psykiske lidelser og ”annet” som står for den største økningen i utgifter.

### 10.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK

Apotekavansen ble satt ned fra 1. januar. Samtidig ble referanseprissystemet opphevet. Tiltakene var beregnet å ha like stor effekt, men i motsatt retning (henholdsvis +20 og -20 millioner kroner). Evalueringen er foretatt ved å se på prisutviklingen i tiden før og etter gjennomføringen av tiltakene. I motsetning til hva som var forventet, viste prisindeksen en oppgang i januar 2001. Økningen er liten, sannsynligvis ikke signifikant og kan derfor skyldes tilfeldig variasjon eller faktorer vi ikke kjenner. Siden de to tiltakene ble gjennomført samtidig er det ikke mulig å si hvilken effekt hver enkelt av dem har hatt.

Praksisen med fastsettelse av maksimalpris på legemidler er videreført. På de 143 legemidlene som fikk maksimalpris hadde man regnet med en innsparing på 60 millioner kroner. Fastsettelse av maksimalpriser gjenspeiler seg, som forventet, i prisindeksen vi har laget. For

legemidlene som fikk maksimalpris, sank prisindeksen med 4 prosentpoeng i perioden mai til juli. Ved hjelp av prisindeksen og omsetningstallene har vi funnet at innsparingen for 2001 vil ligge på ca 31 millioner kroner, 29 millioner kroner lavere enn anslått.

## **10.4 TEMADEL**

### **10.4.1 Fjerning av egenandel på blå resept for alders- og uførepensjonister**

Det er en overrepresentasjon av mennesker med stort medisinsbehov og begrensede økonomiske ressurser i denne gruppen. Mange av disse menneskene vil også ha andre utgifter (til for eksempel sykefrakt, legebekker og prøver) som gjør at de når frikorttaket. Når egenandelen på legemidler for hele pensjonistgruppen fjernes, vil det kunne føre til:

1. Mange av dem som har store utgifter vil fortsatt jobbe seg opp til frikorttaket. Det vil dog ta lengre tid før man når taket om egenandelen på legemidler fjernes.
2. Grupper som berøres av samme type problematikk som alders- og uførepensjonister vil kunne oppfatte tiltaket som favorisering av den nevnte gruppen.
3. De som vil nyte best av tiltaket, er alders- og uførepensjonister som har utgifter forbundet med stort sett kun legemidler, og som i dag ikke når opp i frikorttaket i løpet av et kalenderår. For en antatt stor gruppe med relativt lave utgifter i forbindelse med sykdom vil en relativt liten utgift bli borte.

## **11 FØDSELSPENGER**

### **11.1 DE VIKTIGSTE FUNN**

*Kvinner som mottar fødselspenger var eldre i 2000 enn i 1998, og de fikk oftere utbetalt mer i fødselspenger. At kvinner som føder oftere er yrkesaktive og berettiget til fødselspenger har ført til en nedgang i antall foreldre med engangsstønad.*

*Fedrenes uttak av fødselspermisjon har vist en markant økning fra 2000 til 2001. Det gjelder både antall fedre som mottar fødselspenger og den andel av fedrene som tar ut mer enn fire uker. Økningen har sammenheng med endring i fedrenes rettigheter fra 1.7.2000.*

*Antall kvinner som hadde mottatt svangerskapspenger innen utgangen av september økte med 76 pst. fra 2000 til 2001, noe som har sammenheng med økt informasjon om ordningen.*

### **11.2 UTVIKLINGSTREKK**

#### **11.2.1 Fødselspenger**

##### ***11.2.1.1 Antall foreldre med fødselspenger øker til tross for færre barn under ett år***

I perioden januar til september 2001 fikk 96 636 foreldre utbetalt fødselspenger for minst en dag, 68 530 mødre og 28 106 fedre. Mødrene fikk i 2000 utbetalt fødselspenger for fem ganger så mange dager som fedrene. Fra 2000 til 2001 har det vært en økning i fedrenes bruk av fødselspenger. Det antas å ha sammenheng med at fedre fra 1.7.2000 fikk selvstendig opptjeningsrett til fødsels- og adopsjonspenger.

Antall personer med fødselspenger har økt de senere år, både i antall og pr. barn under ett år i befolkningen. I hele 2001 var det hver måned i gjennomsnitt 36 690 kvinner og 4 400 menn som mottok fødselspenger. Antall foreldre med fødselspenger i prosent av antall barn under

ett år i befolkningen steg fra 67,5 i 1999 til 70,6 i 2001. Økning skyldes både at flere kvinner er berettiget til fødselspenger og at flere fedre tar ut fødselspermisjon<sup>29</sup>).

At flere fedre tar ut fødselspermisjon har ført til at gjennomsnittlig beløp pr forelder har økt fra 2000 til 2001, mer enn det som kan forklares ved generell lønnsvekst. Endret alderssammensetning for kvinner med fødselspenger kan også hatt betydning. Kvinner som mottok fødselspenger i minst en dag i løpet av året var eldre i 2000 enn i 1998, og fikk oftere utbetalt mer i fødselspenger.

#### **11.2.1.2 Utgifter til fødselspenger har økt mer enn lønnsveksten**

En økning i antall personer med fødselspenger og i det beløp som i gjennomsnitt utbetales pr. foreldre har ført til høyere utbetaling. Utgifter til fødselspenger økte med 5,9 pst. fra 1999 til 2000. For årets tre første kvartal var økningen 6,1 pst. fra 2000 til 2001.

#### **11.2.2 Engangsstønad**

Engangsstønaden gir foreldre et minstebeløp på kr. 32 138 i forbindelse med fødsel eller adopsjon. Engangsstønad utbetales ved en av fire fødsler. En jevn nedgang i antall personer med engangsbeløp skyldes at flere kvinner er yrkesaktive og berettiget til fødselspenger.

#### **11.2.3 Svangerskapspenger**

Svangerskapspenger gis til kvinner som etter bestemmelser i lov eller forskrift blir pålagt å slutte i arbeidet fordi hun er gravid, når det ikke er mulig å omplassere henne til annet høvelig arbeid. Antall kvinner som hadde mottatt svangerskapspenger pr. september var 76 pst. høyere i 2001 enn i 2000. Økningen har sammenheng med at Trygdeetaten den siste tiden har lagt vekt på å informere om ordningen.

### **11.3 EVALUERING AV MÅL OG TILTAK**

Fødselspenger og adopsjonspenger skal sikre inntekt for foreldre i forbindelse med fødsel og adopsjon. Endring i reglene for fedres rettigheter er et virkemiddel som bidrar til større likestilling mellom kvinner og menn.

#### **11.3.1 Flere fedre benytter seg av økte rettigheter til fødselspenger**

Fra 1.7.2000 ble det innført selvstendig opptjeningsrett for fedre til fødsels- og adopsjonspenger. Dette betinger at mor etter fødselen går ut i arbeid eller utdanning, eller på grunn av sykdom er helt avhengig av hjelp til å ta seg av barnet, eller er innlagt i helseinstitusjon. Samtidig ble avtjening av verneplikt likestilt med arbeid i forbindelse med opptjening av rett til fødsels- og adopsjonspenger. Disse endringene er hovedårsaken til at menns uttak av fødselspenger har økt.

Antall menn som fikk utbetalt fødselspenger for minst en dag i årets tre første kvartal var 4,1 pst. høyere i 2001 enn i 2000, for kvinnene var det en nedgang på 0,8 pst.<sup>30</sup>) Fedre hadde i gjennomsnitt 25 dager med fødselspenger i 2001, to dager mer enn i 2000. Menn som tok ut fødselspenger i første halvår tok oftere ut flere dager i 2001 enn i 2000.

---

<sup>29</sup> Når flere fedre tar fedrekvoten tar de ut dager som er forbeholdt far. Det gir en økning i foreldrenes samlede tid i fødselspermisjon, og en økning i det antall foreldre som til enhver tid mottar fødselspenger.

<sup>30</sup> Gjennomsnittlig antall barn under ett år i befolkningen gikk ned med 2,9 pst. i samme periode

## 12 KONTANTSTØTTE

### 12.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Bruken av kontantstøtte har vært stabil de siste årene. Dette er synlig i statistikken over utgiftene til kontantstøtte, antall kontantstøttebarn og antall kontantstøttemottakere. I oktober 2001 omfattet kontantstøtteordningen 85 990 barn, 77.0 prosent av alle ettåringer og 66.7 prosent av alle toåringer.*

*Når det gjelder antall barn med kontantstøtte har det fra juli 1999 til september 2001 vært en svak reduksjon. I 2000 var det flere som mottok kontantstøtte med redusert sats enn i 1999. For 2001 har andelen med redusert sats ligget på samme nivå som for 2000.*

*Ut fra kontantstøttestatistikken kan man si noe om ett- og toåringers bruk av barnehage. Statistikken viser et økende antall ettåringer i barnehage fra 1999 til 2001, med heltids og deltids plass. Toåringenes bruk av hel- og deltidsplasser viser en reduksjon i antall fra 1999 til 2000 og en sterk økning fra 2000 til 2001. Ser man på den prosentvise fordelingen av barn i kontantstøttealder som er i barnehage, har det vært en jevn økning i begge aldersgruppene, toåringene med den sterkeste økingen.*

### 12.2 UTVIKLINGSTREKK

#### 12.2.1 Regnskapsutvikling, stabilitet i utgifter

Utgiftene til kontantstøtte avhenger av antall barn det utbetales kontantstøtte for og andelen barn med hel og redusert utbetaling av kontantstøtte. Veksten i utgiftene de første ni månedene i år 2001 sett i forhold til året før var på -0.2 prosent. Dette viser til en stabilitet i bruken av kontantstøtte de to siste årene.

#### 12.2.2 Stabilitet i antall mottakere av kontantstøtte

Når det gjelder antall støttmottakere har det i 2001 vært en svak reduksjon i forhold til året før. Utbetaling i prosent av full støtte for samme periode viser en svak økning fra 2000 til 2001. Fordeling av menn og kvinner blant kontantstøttmottakere har også holdt seg stabil, med 3.5% mannlige mottakere i september 2001.

#### 12.2.3 Stabilitet i antall barn det utbetales kontantstøtte for

Antall barn det utbetales kontantstøtte for har holdt seg stabil i 2000 og 2001, hvis man sammenligner kvartal for kvartal. For tredje kvartal 2001 ble det utbetalt kontantstøtte til 90 573 barn. Når det gjelder andelen ettåringer i befolkningen som det utbetales kontantstøtte for, har denne blitt svakt redusert fra 1999 og frem til 2001 når man sammenligner kvartal for kvartal. Per 30. september 2001 ble det utbetalt kontantstøtte til 76.7 prosent av alle ettåringene. For toåringene ser man også en svak reduksjon fra 2000 til 2001, der det ble utbetalt kontantstøtte til 66.0 prosent av alle toåringene per 30. september 2001.

Andelen barn med kontantstøtte som det utbetales full kontantstøtte for har også vært relativt stabil siden 2000. Per 30. september 2001 fikk 88.7 prosent av alle ettåringer det utbetales kontantstøtte for full kontantstøtte. Tilsvarende tall for toåringene er 74.7 prosent.

Siden 1999 har antall kontantstøttebarn vært lavest i september for så å øke frem til neste års hovedopptak. Fra august til september har det alle årene siden kontantstøtten ble innført vært

en sterk nedgang i antall barn med kontantstøtte og en sterkt økning i antall barn med redusert støtte. Reduksjonen i barn med kontantstøtte fra august til september har en sammenheng med at barnehageplassene blir fordelt om høsten. Når antall barn i barnehage øker etter hovedopptaket vil antall barn det ikke kan utbetales full kontantstøtte for også øke. Fra august til september 2001 ble andelen ettåringer med kontantstøtte redusert med 9.1 prosentpoeng, andelen toåringer for samme periode ble redusert med 9.0 prosentpoeng.

Barn som får barnehageplass i august tar oftere opp deltidsplass enn de barn som tildeles barnehageplass i løpet av året. Dette er en av grunnene til at antall barn som har kontantstøtte med redusert sats har vært høyest i september. For september 2001 hadde 11.3 prosent av alle ettåringer med kontantstøtte redusert utbetaling, tilsvarende for toåringene var 25.3 prosent.

#### **12.2.4 Geografiske forskjeller**

Ser man på bruken av kontantstøtten på fylkesnivå er det store forskjeller. Oslo, Finnmark og Akershus er de fylker hvor kontantstøtten i minst grad blir benyttet, med henholdsvis 52.0, 55.3 og 62.0 prosent av alle barn i kontantstøttealder. De fylker med høyest andel barn med kontantstøtte er Oppland, Vest-Agder og Aust-Agder med henholdsvis 84.9, 84.4 og 83.0 prosent. Her der det 32.9 prosentpoengs forskjell mellom fylket med høyest og lavest andel barn med kontantstøtte av det totale antall barn i kontantstøttealder.

På landsbasis har det fra september 1999 til september 2001 vært en reduksjon i andelen barn med kontantstøtte på 1.9 prosentpoeng. På fylkesnivå er denne reduksjonen variabel, med 5.7, 4.4 og 3.8 prosentpoengs reduksjon i henholdsvis Akershus, Hedmark og Vestfold. De resterende fylker viser mindre forskjeller enn dette. Kun ett fylke har en betydelig økning i andelen barn med kontantstøtte fra september 1999 til september 2001. Dette er Finnmark med 2 prosentpoengs økning.

Ser man på hvordan barn i kontantstøttealder fordeler seg mellom full, redusert og ingen utbetaling av kontantstøtte er det også her fylkesmessige forskjeller. Spesielt interessant er forskjellene i bruken av redusert kontantstøtte. Per september 2001 hadde Oslo den laveste andelen barn med redusert kontantstøtte på 3.4 prosent. Sogn og Fjordane hadde den høyeste andelen barn med redusert kontantstøtte på 24.8 prosent.

Oversikten over andelen barn med redusert utbetaling av kontantstøtte viser samtidig at Oslo er fylket med lavest andel barn i kontantstøttealder med deltidsplass i barnehage, der Sogn og Fjordane har den høyeste andelen.

Det siste året har andelen menn det utbetales kontantstøtte til ligget forholdsvis stabilt på 3.6%. For september 2001 er andelen menn høyest i Oslo (8.1%), og lavest i Nord-Trøndelag (2.5%).

### **12.3 TEMADEL**

#### **12.3.1 Kontantstøtte og barnehagebruk – økning i barnehagebruken**

De vilkår som må oppfylles for å få kontantstøtte er slik formulert at kontantstøttestatistikken kan benyttes til å trekke slutninger om antall barn i barnehage med statlig tilskudd<sup>31</sup>. Barn

---

<sup>31</sup> Barn i kontantstøttealder kan være i omsorgsordninger som er godt organiserte og ligner en barnehage. Så lenge disse barnehagene ikke er godkjente av stat og kommune så blir de ikke definerte som barnehager. Barn som er under en slik omsorgsordning vil falle inn under kontantstøttelovgivningen. Hvor mange barn dette

med full kontantstøtte skal ikke kunne gå i barnehage med statlig tilskudd. Når kontantstøtte utbetales med redusert sats er støtten redusert etter antall timer barnet er i slik barnehage. Barn i aldersgruppen som det ikke mottas kontantstøtte for vil i de aller fleste tilfeller være i barnehage på heltid, det vil si oppholdstid i barnehage på mer enn 32 timer. I aldersgruppen 13 - 36 måneder er antall barn i barnehage på heltid tilnærmet<sup>32</sup> lik antall barn det ikke utbetales kontantstøtte for, og antall barn i barnehage på deltid er tilnærmet lik det antall som mottar redusert støtte.

Det har vært en oppgang i bruk av barnehage for begge alderskategorier når man ser på bruken av barnehage generelt og bruken av kun heltids barnehageplass. Den kategorien som har økt mest er toåringer i barnehage generelt, der økningen fra 1999 til 2001 var på 3.3 prosentpoeng. For den tilsvarende gruppen ettåringer var økningen på 1.4 prosentpoeng. Når det gjelder barn i fulltids barnehage så var økningen også her størst for toåringene, med en økning fra 1999 til 2001 på 2.7 prosentpoeng. Ettåringene i denne kategorien hadde 1.4 prosentpoengs økning samme periode. Beregnet bruk av barnehage viser også til dels store geografiske variasjoner (se ovenfor).

### **12.3.2 Barnehagedekning og barnehagepriser - påvirkning på kontantstøtten?**

Vi har valgt å fremheve og utelukkende se på to forhold som kan forstås å påvirke foreldrenes valg mellom barnehage med statlig tilskudd og kontantstøtteutbetaling – barnehagedekning og barnehagepriser.

Vi har spesielt sett på tendensene i seks fylker som har pekt seg ut når det gjelder dekningsgrad og barnehagepriser. Ut fra disse tendensene kan det tyde på at dekningsgraden er viktigst for foreldrenes valg mellom kontantstøtte og barnehage. Barnehageprisen blir her et forsterkende element i valg av omsorgsordning. Noen fylker bryter imidlertid med denne tendensen. Sogn- og Fjordane har en høy dekningsgrad samtidig som mange av barna i fylket får utbetalt kontantstøtte. Ser man nærmere på tallene for fylket blir dette forståelig, da Sogn- og Fjordane er et av de fylkene med flest tilgjengelige deltids plasser i barnehage for barn i kontantstøttealder, med 24.8 prosent i september 2001.

En sammenheng mellom barnehagedekningen og bruk av kontantstøtte kan bety at få barnehageplasser begrenser foreldrenes mulighet til fritt å velge omsorgsform. Foreldrenes valg av omsorgsform er imidlertid også påvirket av andre forhold i tillegg til barnehagedekning og barnehagepriser. Kvinners yrkesdeltagelse har også en sterk betydning for om barnehage er et relevant alternativ eller ikke.

---

dreier seg om har vi ikke en oversikt over. Når vi snakker om barnehager i dette dokumentet viser vi kun til de barnehagene som er offentlig godkjente.

<sup>32</sup> Tilnærmet fordi foreldre som er hjemme med sine barn kan la være å ta ut kontantstøtte

## 13 AVTALEFESTET PENSJON (AFP)

### 13.1 DE VIKTIGSTE FUNN

*Ved utgangen av september var det 32 852 personer som mottok avtalefestet pensjon (AFP). Det er en økning på 4 prosent siden årsskiftet, og 3,2 prosent i forhold til samme tidspunkt i fjor. Det var en kraftig økning i nye pensjonister de sju første månedene i 2000. Dette skyldtes hovedsakelig regelendringen som trådte i kraft 1.8.2000. Etter dette tidspunktet har tilgangen ikke vært lavere siden 1997. Dette skyldes at en del av de som tok ut AFP-pensjon i 2000 pensjonerte seg litt tidligere enn de ellers ville ha gjort for å få nyte godene av det gamle regelverket, andre har muligens utsatt pensjoneringstidspunktet nå når ordningen ikke er så gunstig lenger.*

*Det er for tidlig å si sikkert om hva slags påvirkning regelendringen per august 2000 har hatt på pensjoneringsmønsteret.*

### 13.2 UTVIKLINGSTREKK

Fra 1. august 2000 ble AFP-ordningen endret. Det ble innført nye regler for kombinasjon av pensjon og arbeidsinntekt basert på et såkalt pro rata-prinsipp. Pensjonen beregnes prosentvis i forhold til tidligere inntekt og ikke som tidligere at ved arbeidsinntekt utover grunnbeløpet går til fradrag med 50 prosent av det overskytende beløp. I månedene før regelendringen så vi en sterk økning i tilgangen, de første 7 månedene av 2000 var tilgangen på 9 261 personer mot 6 208 personer i samme periode i 1999 og 4 661 personer i 2001. Med andre ord har tilgangen vært lav siden siste regelendring.

Fortsatt kombinerer en av fem AFP-pensjonister pensjon og arbeid, men i perioden august 2000 til september 2001 har nye personer i ordningen i gjennomsnitt hatt en høyere pensjonsgrad enn pensjonistene som gikk av før den nye ordningen trådte i kraft. Dette henger nok sammen med at de fleste som allerede hadde tatt beslutningen om å gå av med AFP, sørget for å gjøre dette før ordningen ble endret, spesielt hvis disse potensielle AFP-pensjonistene ønsket å kombinere arbeid og pensjon. Dette understrekes av tilgangen første ni måneder av 2001 - 69,1 prosent av disse var 62 år på pensjoneringstidspunktet, det vil si de fleste av disse hadde ikke mulighet til å ta ut AFP før regelendringen trådte i kraft.

Per 30.09.2001 var bestanden på 32 852 AFP-pensjonister. Dette er en økning på 4 prosent siden utgangen av 2000. I samme periode i 2000 var økningen på 23,9 prosent. Bestanden per 30.09.2000 var på 31 759 pensjonister.

Per 30.09.2001 var 17 364 pensjonister eller 52,9 prosent av AFP-pensjonistene tilknyttet offentlig sektor. Forholdet mellom antall private vs. offentlige pensjonister har holdt seg stabilt de siste årene. Ser man på kjønnsfordelingen totalt har det kun vært en marginal økning av kvinneandelen. 42,8 prosent av pensjonistene var kvinner per 30.09.2001. På samme tidspunkt var andelen kvinner om lag 70 prosent i offentlig sektor, mens den var på om lag 40 prosent i privat sektor.

Gjennomsnittlig pensjonsgraden var på 91,3 prosent i september 2001, i offentlig sektor lå den på 87,5 prosent og i privat sektor på 95,6 prosent.

Om lag 60% av arbeidstakerne har anledning til å ta ut AFP-pensjon.

Forventet pensjoneringsalder i 2000 er beregnet til å være 59,6 år medregnet AFP-ordningen, dette er 0,6 år høyere enn i 1999. Beregnet uten AFP-ordningen er forventet pensjoneringsalder 60,7 år i 2000, mot 59,9 år i 1999.

Det antas for øvrig at maksimalt 20 prosent av AFP-pensjonistene ville vært uførepensjonister hvis AFP-ordningen ikke hadde eksistert.



Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1997 - 2001

Utgifter under programområde 29. Sosiale formål		I 1000 (nominelle kroner)				
Kap.	Betegnelse	1997	1998	1999	2000	2001
	2650 Sykepenger	14 787 894	16 600 385	18 794 921	21 774 507	23 696 948
	<b>Sum 29.50 Stønad under sykdom</b>	<b>14 787 894</b>	<b>16 600 385</b>	<b>18 794 921</b>	<b>21 774 507</b>	<b>23 696 948</b>
	2660 Uførhet	25 182 753	28 124 761	30 636 445	33 142 062	35 430 833
	2662 Yrkesskade	93 587	87 799	82 809	82 244	78 604
	2663 Rehabilitering m.v.	5 231 618	6 077 968	6 910 952	7 737 106	8 650 302
	<b>Sum 29.60 Uførhet og rehabilitering</b>	<b>30 507 958</b>	<b>34 290 528</b>	<b>37 630 206</b>	<b>40 961 412</b>	<b>44 159 739</b>
	2670 Alderdom	53 333 189	58 530 048	62 307 491	65 347 397	68 697 951
	<b>Sum 29.70 Alderdom</b>	<b>53 333 189</b>	<b>58 530 048</b>	<b>62 307 491</b>	<b>65 347 397</b>	<b>68 697 951</b>
	2680 Enker og enkemenn	1 818 046	1 887 619	2 160 100	2 177 928	2 216 214
	2681 Etterlatte familiepleiere <sup>1)</sup>	24 508	25 483			
	2682 Barnepensjonister <sup>1)</sup>	220 293	236 543			
	2683 Enslig mor eller far	3 117 993	3 703 355	5 107 526	5 198 943	4 525 309
	2685 Forskuttering av underholdsbidrag <sup>2)</sup>	1 446 806	1 481 664			
	2686 Gravferdshjelp	198 008	217 998	223 582	230 727	233 113
	<b>Sum 29.80 Forsørgertap</b>	<b>6 825 654</b>	<b>7 552 662</b>	<b>7 491 208</b>	<b>7 607 598</b>	<b>6 974 636</b>
	2691 Diverse overføringer	36 823	39 903	40 061	18 496	117
	<b>Sum 29.90 Diverse utgifter</b>	<b>36 823</b>	<b>39 903</b>	<b>40 061</b>	<b>18 496</b>	<b>117</b>
	<b>Sum programområde 29</b>	<b>105 491 518</b>	<b>117 013 526</b>	<b>126 263 887</b>	<b>135 709 410</b>	<b>143 529 391</b>

<sup>1)</sup> Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2680

<sup>2)</sup> Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2683

**Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1997 - 2001**

Utgifter under programområde 29. Sosiale formål		I 1000 kroner (faste 2001-kroner)				
Kap.	Betegnelse	1997	1998	1999	2000	2001
	2650 Sykepenger	16 430 993	18 043 897	19 973 349	22 424 827	23 696 948
	<b>Sum 29.50 Stønad under sykdom</b>	<b>16 430 993</b>	<b>18 043 897</b>	<b>19 973 349</b>	<b>22 424 827</b>	<b>23 696 948</b>
	2660 Uførhet	27 980 837	30 570 392	32 557 327	34 131 887	35 430 833
	2662 Yrkeskade	103 986	95 434	88 001	84 700	78 604
	2663 Rehabilitering	5 812 909	6 606 487	7 344 264	7 968 183	8 650 302
	<b>Sum 29.60 Uførhet og rehabilitering</b>	<b>33 897 731</b>	<b>38 100 587</b>	<b>40 902 398</b>	<b>42 184 770</b>	<b>44 159 739</b>
	2670 Alderdom	59 259 099	63 619 617	66 214 124	67 299 070	68 697 951
	<b>Sum 29.70 Alderdom</b>	<b>59 259 099</b>	<b>63 619 617</b>	<b>62 307 491</b>	<b>67 299 070</b>	<b>68 697 951</b>
	2680 Enker og enkemenn	2 020 051	2 051 760	2 295 537	2 242 974	2 216 214
	2681 Etterlatte familiepleiere <sup>1)</sup>	27 231	27 699			
	2682 Barnepensjonister <sup>1)</sup>	244 770	257 112			
	2683 Enslig mor eller far	3 464 437	4 025 386	5 427 764	5 354 215	4 525 309
	2685 Forskuttering av underholdsbidrag <sup>2)</sup>	1 607 562	1 610 504			
	2686 Gravferdshjelp	220 009	236 954	237 600	237 618	233 113
	<b>Sum 29.80 Forsørgertap</b>	<b>7 584 060</b>	<b>8 391 847</b>	<b>7 960 901</b>	<b>7 834 807</b>	<b>6 974 636</b>
	2691 Diverse overføringer	40 914	43 373	42 573	19 048	117
	<b>Sum 29.90 Diverse utgifter</b>	<b>40 914</b>	<b>43 373</b>	<b>40 061</b>	<b>19 048</b>	<b>117</b>
	<b>Sum programområde 29</b>	<b>117 212 798</b>	<b>128 199 320</b>	<b>126 263 887</b>	<b>139 762 523</b>	<b>143 529 391</b>

<sup>1)</sup> Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2680

<sup>2)</sup> Kapitlet er fra 1.1.99 opphørt. Posten er overført til kapittel 2683

**Tabell 1.1 Folketrygdens utgifter 1997 - 2001**

Utgifter under programområde 30. Helsevern		I 1000 kroner (nominelle kroner)				
Kap.	Betegnelse	1997	1998	1999	2000	2001
	2711 Div. tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.	2 048 651	2 208 427	2 239 972	2 453 349	2 656 616
	<b>Sum 30.10 Helse- og sosialtj. i fylkeskommr</b>	<b>2 048 651</b>	<b>2 208 427</b>	<b>2 239 972</b>	<b>2 453 349</b>	<b>2 656 616</b>
	2750 Legehjelp	1 547 796	1 668 595	1 754 862	1 932 915	2 123 117
	2751 Medisiner m.v.	5 678 102	6 386 214	6 333 874	6 972 735	7 568 336
	2752 Refusjon av egenbetaling	568 181	753 261	1 253 214	1 490 411	1 735 074
	2755 Helsetjeneste i kommunene	2 399 288	2 466 730	2 590 910	2 858 229	3 327 929
	<b>Sum 30.50 Legehjelp, medisiner m.v.</b>	<b>10 193 367</b>	<b>11 274 800</b>	<b>11 932 860</b>	<b>13 254 290</b>	<b>14 754 456</b>
	2790 Andre helsetiltak	280 110	311 919	331 054	386 768	538 633
	<b>Sum 30.90 Andre helsetiltak</b>	<b>280 110</b>	<b>311 919</b>	<b>331 054</b>	<b>386 768</b>	<b>538 633</b>
	<b>Sum programområde 30</b>	<b>12 522 128</b>	<b>13 795 146</b>	<b>14 503 886</b>	<b>16 094 407</b>	<b>17 949 705</b>
Utgifter under programområdet 30. Helsevern		I 1000 kroner (faste 2001-kroner)				
	2711 Div. tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.	2 276 279	2 400 464	2 380 417	2 526 621	2 656 616
	<b>Sum 30.10 Helse- og sosialtj. i fylkeskommr</b>	<b>2 276 279</b>	<b>2 400 464</b>	<b>2 380 417</b>	<b>2 526 621</b>	<b>2 656 616</b>
	2750 Legehjelp	1 719 773	1 813 690	1 864 891	1 990 644	2 123 117
	2751 Medisiner m.v.	6 309 002	6 941 537	6 731 003	7 180 984	7 568 336
	2752 Refusjon av egenbetaling	631 312	818 762	1 331 790	1 534 924	1 735 074
	2755 Helsetjeneste i kommunene	2 665 876	2 681 228	2 753 358	2 943 593	3 327 929
	<b>Sum 30.50 Legehjelp, medisiner m.v.</b>	<b>11 325 963</b>	<b>12 255 217</b>	<b>12 681 041</b>	<b>13 650 144</b>	<b>14 754 456</b>
	2790 Andre helsetiltak	311 233	339 042	351 811	398 319	538 633
	<b>Sum 30.90 Andre helsetiltak</b>	<b>311 233</b>	<b>339 042</b>	<b>351 811</b>	<b>398 319</b>	<b>538 633</b>
	<b>Sum programområde 30</b>	<b>13 913 476</b>	<b>14 994 724</b>	<b>15 413 269</b>	<b>16 575 084</b>	<b>17 949 705</b>

**Tabell 1.1 Folketrygdens inntekter og utgifter 1997 - 2001**

<b>Inntekter og utgifter under andre programområder</b>					
	<b>I 1000 kroner (nominelle kroner)</b>				
	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
5701 Diverse inntekter	2 187 829	2 421 657	2 680 746	3 035 261	3 189 402
660 Krigspenjon	1 029 527	1 006 917	997 647	1 025 363	1 000 577
666 Avtalefestet penjon	232 954	303 760	384 384	438 541	516 124
730 Fylkeskomm. helse- og sosialtjeneste	2 715 185	3 247 347	3 135 333	2 966 286	36 398 404
<b>Inntekter og utgifter under andre programområder</b>					
	<b>I 1000 kroner (faste 2001-kroner)</b>				
	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
5701 Diverse inntekter	2 430 921	2 690 730	2 913 854	3 225 570	3 189 402
660 Krigspenjon	1 143 919	1 118 797	1 084 399	1 089 652	1 000 577
666 Avtalefestet penjon	258 838	337 511	417 809	466 037	516 124
730 Fylkeskomm. helse- og sosialtjeneste	3 016 872	3 608 163	3 407 971	3 152 270	36 398 404

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

Type stønad	31.12.1997	31.12.1998	31.12.1999	31.12.2000	31.12.2001
<b>Pensjon/overgangsstønad</b>					
Alderspensjonister	628 247	630 526	631 220	628 890	626 578
Uførepensjonister	246 541	258 103	269 840	279 573	285 364
Gjenlevende ektefeller	29 956	29 288	28 034	27 087	26 511
Tidligere familiepleiere	324	329	296	267	253
Barnpensjonister	13 600	13 594	13 777	14 074	14 316
Ugifte forsørgere	28 921	29 272	27 671	27 403	17 638
Skilte og separerte forsørgere	16 065	15 391	13 657	12 979	8 445
Rehabiliteringspenger under medisinsk behandling og i ventetid <sup>1)</sup>	24 532	27 769	30 265	34 961	41 486
Attføringspenger <sup>1) 2)</sup>	29 436	29 304	31 971	35 434	37 983
<b>I alt</b>	<b>1 017 622</b>	<b>1 033 576</b>	<b>1 046 731</b>	<b>1 060 668</b>	<b>1 058 574</b>
<b>Annen stønad:</b>					
	<b>31.12.1997</b>	<b>31.12.1998</b>	<b>31-12-1999</b>	<b>31-12-2000</b>	<b>31-12-2001</b>
Grunnstønader i alt	140 302	129 988	130 087	131 231	132 161
Hjelpestønader i alt	89 793	89 191	89 096	89 538	89 794
Stønad til barnetilsyn ikke kombinert med pensjon/overgangsstønad:					
Gjenlevende ektefeller	267	169	73	75	57
Ugifte forsørgere	6 550	5 629	5 235	5 619	10 928
Skilte og separerte forsørgere	8 400	6 952	6 011	6 291	8 627

<sup>1)</sup> Tall for 2001 er pr. 30.11.2001

<sup>2)</sup> Tall for 1999-2001 er basert på Aetats tall