

Kommittédirektiv



Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

Dir.
2017:44

Beslut vid regeringssammanträde den 27 april 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att lämna förslag till hur en sådan finansiell samordning skulle kunna utformas. Den finansiella samordningen bör kunna omfatta hela landet.

Utredaren ska utreda och lämna förslag på

- hur omfattande den finansiella samordningen bör vara,
- hur den finansiella samordningen bör regleras mellan sjukvårdshuvudmännen och staten,
- hur det ekonomiska resultatet bör beräknas och kostnadsansvaret regleras mellan sjukvårdshuvudmännen och staten,
- hur en rättslig reglering bör utformas.

Det är angeläget att företrädare för sjukvårdshuvudmännen och för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården ges goda möjligheter att lämna synpunkter och få information om utredarens arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2018.

Bakgrund

Den svenska sjukfrånvaron har varierat kraftigt över tid. Sedan 2010 har sjukfrånvaron ökat med närmare 80 procent. Det av riksdagen fastställda målet om en låg och stabil sjukfrånvaro är därmed inte uppfyllt.

För att bryta uppgången i sjukfrånvaron och utjämna skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män beslutade regeringen i september 2015 om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Insatser har vidtagits inom sju prioriterade områden för att öka hälsan i samhället, bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron.

I budgetpropositionen för 2017 (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10) konstaterar regeringen att ökningen av sjukfrånvaron har bromsats upp, men bedömer att åtgärdsprogrammet behöver utvecklas vidare för att nå en stabil och låg sjukfrånvaro. Regeringen anger att hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen kommer att vara ett prioriterat utvecklingsområde i det fortsatta arbetet med att nå en stabil och låg sjukfrånvaro. En av de aviserade insatserna är att regeringen anser att möjligheterna till finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården bör övervägas i syfte att ytterligare stärka sjukskrivningsprocessen och förbättra stödet till sjukskrivna.

Olika huvudmän för hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

Hälso- och sjukvården har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkarens medicinska bedömning är ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga och rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Hälso- och sjukvården är den aktör som tidigt får kännedom om patientens situation, ibland redan före det att en sjukskrivning blir aktuell. En tidig bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad och personcentrerad vård och behandling kan bidra till att förebygga sjukskrivning. I de fall det är nödvändigt med sjukskrivning är de medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för många gånger avgörande för att den sjukskrivne ska kunna återfå arbetsförmågan och återgå i arbete.

En försvårande omständighet för att uppnå en väl fungerande sjukskrivningsprocess är att hälso- och sjukvård respektive sjukförsäkring styrs av olika huvudmän. Ökade insatser från hälso- och sjukvården kan innebära ökade kostnader för sjukvårdshuvudmannen, samtidigt som det kan medföra min-

skad sjukfrånvaro och därmed minskade kostnader för sjukförsäkringen. Omvänt kan uteblivna insatser inom hälso- och sjukvården leda till ökade kostnader för sjukförsäkringen. Dessutom kan insatser som inte är anpassade efter patientens behov leda till ökad sjukfrånvaro och därmed ökade kostnader för sjukförsäkringen. En återkommande fråga sedan 1980-talet har därför varit hur huvudmannen för sjukförsäkringen (staten) kan stimulera huvudmannen för hälso- och sjukvården (landstingen) att vidta åtgärder som är rationella och nödvändiga ur ett sjukförsäkringsperspektiv.

Flera utredningar har tagit upp denna fråga och lämnat förslag på ekonomiska drivkrafter som syftar till att stimulera hälso- och sjukvården att ta ett större ansvar för sjukfrånvaron (t.ex. Integrering av sjukvård och sjukförsäkring, rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds Fi 1987:11 och Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5).

Försök med finansiell samordning

Under åren 1993–1997 prövades försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården (s.k. Finsam-försöket) i fem försöksområden. Finsam-försöket innebar att staten och de medverkande landstingen gavs ett gemensamt ansvar för kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning och en möjlighet att disponera sjukförsäkringsmedel till olika typer av åtgärder i syfte att minska sjukpenningkostnaderna. Försöksverksamheten reglerades genom lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

Verksamheten byggde på ett avtal mellan parterna: sjukvårdshuvudmannen och den dåvarande allmänna försäkringskassan. I avtalet kunde parterna komma överens om vilket inflytande var och en skulle ha över försöksverksamheten. Bland annat fastställdes vilket samrådsförfarande som skulle äga rum. En möjlighet var att parterna gemensamt fattade beslut om de satsningar som skulle finansieras med socialförsäkringsmedel. En annan möjlighet var att parterna kunde komma överens om

att sjukvårdshuvudmannen inom en gemensamt fastställd ram kunde besluta om konkreta satsningar.

Det ekonomiska resultatet beräknades som skillnaden mellan de faktiska kostnaderna för sjukförsäkringen jämfört med de kostnader som antogs skulle ha uppstått om försöket inte hade bedrivits. Om försöket gav ett överskott fördelades detta så att sjukvårdshuvudmannen och den allmänna försäkringskassan fick behålla sammanlagt hälften medan den andra hälften tillföll staten. Gav försöket ett underskott täcktes detta till lika delar av staten respektive sjukvårdshuvudmannen och den allmänna försäkringskassan. På så sätt fick sjukvårdshuvudmannen ett delansvar för kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringssättning. Den modell som användes för att beräkna det ekonomiska resultatet innebar att kostnadsutvecklingen i respektive försöksområde jämfördes med kostnadsutvecklingen i ett särskilt utvalt kontrollområde som inte bedrev Finsam.

Utvärderingen av Finsam-försöket visade att Finsam förbättrade samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Den ekonomiska resultatberäkningen innebar att politiker och tjänstemän i de båda verksamheterna tydligt fick se och ta hänsyn till sambandet mellan socialförsäkringsutgifterna och den verksamhet som bedrevs. De sjukförsäkringsmedel som kunde användas gjorde det möjligt att ge insatser som dels bidrog till att nå de övergripande målen med försöket, dels gjorde personalen delaktig i försöksverksamheten. Enligt utvärderingen resulterade Finsam i en ekonomisk besparing i sjukförsäkringen under perioden 1993 till 1995 i de fem försöksområdena. Det ekonomiska resultatet varierade dock mellan försöksområdena. Fyra områden uppvisade överskott medan det femte hade ett mindre underskott. Finsam bedömdes innebära positiva effekter för individer i yrkesverksam ålder, men inget tydde på att detta medförde minskad vårdtillgång för andra grupper (FINSAM – en slutrapport, Finansiell samordning 1997:1, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen).

Under 1990-talet och början av 2000-talet prövades även försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (s.k. Socsam-försöket) i åtta försöksområden. Socsam innebar att de medver-

kande parterna (den allmänna försäkringskassan, landsting och kommun) bildade en gemensam politisk ledning med ansvar för verksamheter och kostnader inom socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet var att uppnå en effektivare resursanvändning genom att skapa formella förutsättningar för huvudmännen att prioritera samordnade insatser över sektorsgränserna. Försöksverksamheten reglerades genom lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utvärderingen av Socsam-försöket visade att de medverkande parternas gemensamma ansvar var en drivkraft för att prioritera samordnade insatser. Detta gav struktur och kontinuitet för de särskilda aktiviteter som bedrevs inom ramen för Socsam. Försöket utgjorde dessutom ett stöd för berörda personalgrupper. Enligt utvärderingen var det tveksamt om Socsam minskade de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Det förklarades av att de satsningar som gjordes endast berörde ett fåtal individer och att eventuella positiva ekonomiska effekter inte fick genomslag på de sammantagna kostnaderna (SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning En slutrapport, Finansiell samordning 2001:1, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen).

Finansiell samordning genom samordningsförbund

Sedan den 1 januari 2004 ges möjlighet att bedriva finansiell samordning genom samordningsförbund i syfte att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd så att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Denna form av finansiell samordning har utformats utifrån erfarenheterna från Socsam-försöket. Verksamheten regleras i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Finansiell samordning genom samordningsförbund är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Av resurserna till samordningsförbunden ska Försäkringskassan bidra med

statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med varsin fjärdedel. För 2017 uppgår de statliga medlen till 339 miljoner kronor. Vid utgången av 2016 fanns det 82 samordningsförbund som omfattar 247 av Sveriges 290 kommuner.

Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

Dessa överenskommelser bedöms ha bidragit till att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt (Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, 2013). Ledningsnivåerna inom hälso- och sjukvården bedöms i större utsträckning se sjukskrivning som en del av vård och behandling och följer även upp arbetet.

I december 2016 slöts en ny överenskommelse för åren 2017–2018 (En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018, dnr S2016/07764/SF). Denna överenskommelse omfattar närmare 2,9 miljarder kronor 2017–2018. Överenskommelsen innebär stimulansmedel för kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan och samarbete med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen består av ett antal villkor som landstingen ska uppfylla för att

medlen ska betalas ut. Medlen betalas ut efter det att respektive landsting genomfört insatser enligt överenskommelsen.

Behovet av en utredning

De åtgärder som har vidtagits inom ramen för överenskommelserna mellan staten och SKL har bidragit till att sjukskrivningsfrågan är mer närvarande inom hälso- och sjukvården. Det har inneburit en effektivare sjukskrivningsprocess. Samtidigt kan det konstateras att sjukskrivningsfrågan inte har blivit en integrerad del i landstingens verksamhet genom dessa överenskommelser. Överenskommelserna ger stimulansmedel för en begränsad tid och det finns risk för att sjukskrivningsfrågan inte får samma prioritet inom landstingen om överenskommelserna upphör. Riksrevisionen menar att ovisshet med avseende på hur länge ett bidrag kommer att fortsätta att lämnas försvårar landstingens planering (Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården, RiR 2016:29). Det finns därför anledning att överväga andra åtgärder än riktade bidrag genom överenskommelser i syfte att i ökad utsträckning samordna sjukskrivningsfrågan med hälso- och sjukvårdens övriga strukturer.

I dag ges möjlighet till finansiell samordning genom samordningsförbund i syfte att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd så att de uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Förutom Försäkringskassan och landstingen deltar Arbetsförmedlingen och kommuner som parter i samordningsförbunden. Någon form av finansiell samordning även mellan enbart sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården kan minska samhällets totala kostnader för sjukskrivning och sjukfrånvaro, bidra till ett effektivare utnyttjande av de ekonomiska resurserna i samhället och därigenom frigöra resurser som bl.a. kan ge ökad hälsa och bättre vård för patienterna. Sveriges läkarförbund och Landstinget i Kalmar län har hemställt om att regeringen ska utreda och pröva förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och sjukvården med innebörden att överföra hela eller

delar av kostnadsansvaret för sjukförsäkringen till landstingen (dnr S2016/04528/SF).

Det finns därför skäl att överväga hur en finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården skulle kunna utformas i syfte att ytterligare stärka sjukskrivningsprocessen, förbättra stödet till de sjukskrivna och därigenom uppnå samhällsekonomiska vinster som gagnar såväl individen, staten som sjukvårdshuvudmännen.

Utgångspunkter

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov.

Insatser för de sjukskrivna, dvs. patienter i yrkesverksam ålder med sjukfrånvaro, får inte göras på bekostnad av andra patienter med större vårdbehov. En central utgångspunkt för en finansiell samordning är att de grundläggande principerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården upprätthålls:

- människovärdesprincipen: vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen oberoende av personliga egenskaper eller funktioner i samhället,
- behovs- och solidaritetsprincipen: den som har störst behov av vård ska ges företräde i vården samt
- kostnadseffektivitetsprincipen: hälso- och sjukvård ska bedrivas kostnadseffektivt, men kostnadsöverbägen i det enskilda fallet är underordnade de två förstnämnda principerna.

Uppdraget

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården.

Utredaren ska lämna förslag på hur finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården bör utformas för att bidra till effektiva insatser för individer och minskade kostnader för sjukvårdshuvudmännen och sjukförsäkringen. Förslagen bör vara utformade så att den finansiella samordningen ska kunna omfatta hela landet. I uppdraget ingår att utreda och lämna förslag på

- hur omfattande den finansiella samordningen bör vara med avseende bl.a. på vilka resurser som ska samordnas,
- hur den finansiella samordningen bör regleras mellan sjukvårdshuvudmännen och staten,
- hur det ekonomiska resultatet bör beräknas och kostnadsansvaret regleras mellan sjukvårdshuvudmännen och staten,
- hur en rättslig reglering bör utformas.

Förslagen ska vara utformade så att det möjliggör en utvärdering av den finansiella samordningens effekter.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska beakta bestämmelserna i kommittéförordningen (1998:1474). Utredarens förslag ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och särskilt motiverade om de inte bedöms främja jämställdhet. Förslagets administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, landsting eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas.

Utredaren ska bedöma förslagets inverkan på den kommunala självstyrelsen. Om utredarens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen, ska utredaren särskilt redovisa dessa konsekvenser och göra en proportionalitetsbedömning. Om det finns olika möjligheter att nå samma mål, bör utredaren välja den reglering som har minst påverkan på den kommunala självbestämmanderätten.

Samråd och redovisning av uppdraget

Det är angeläget att företrädare för sjukvårdshuvudmännen och för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården ges goda möjligheter att lämna synpunkter och få information om utredarens arbete. Utredaren ska vidare samråda med Socialstyrelsen och andra myndigheter, professionens organisationer, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra organisationer och forskare som utredaren bedömer relevanta i sammanhanget.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2018.

(Socialdepartementet)