



Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013.

Innehåll

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013.....	1
1. INLEDNING OCH MÅL MED ÖVERENSKOMMELSEN	1
2. BAKGRUND.....	1
3. REHABILITERINGSGARANTIN FÖR 2013	2
3.1 Grundläggande utgångspunkter	2
3.2 Ersättning och redovisningskrav	3
3.3 Utbildningskrav	4
3.4 Internetbaserad behandling	5
3.5 Forskning, implementering, utvärdering och utredning	5
4. UTVECKLING OCH FRAMTID.....	5
5. KOSTNADERNA.....	6
6. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	6

1. Inledning och mål med överenskommelsen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genom denna överenskommelse enats om en rehabiliteringsgaranti för 2013.

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. För att uppnå målet bör insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin sättas in med god selektering så att rätt patient får rätt insats i rätt tid.

2. Bakgrund

Sjukfrånvaron har sedan 2002, när den låg på en historiskt hög nivå, minskat kraftigt. Det kvarstår dock stora skillnader mellan män och kvinnor. Andelen som sjukskrivs med anledning av lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och diffus smärta uppgår idag till drygt 60 procent av både långa och korta sjukfall.

Sedan 2009 har Regeringen genom överenskommelser med SKL utvecklat rehabiliteringsgarantin. Huvudsyftet med rehabiliteringsgaranti är att de diagnosgrupper som står för en merpart av både korta och långa sjukskrivningar ska

erbjudas utökad möjlighet till medicinsk rehabilitering för att förhindra sjukfrånvaro eller underlätta återgång i arbete.

De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär, samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa omfattas av rehabiliteringsgarantin. De medicinska behandlingsmetoder som ingår ska ha vetenskapligt stöd för att behandlingen leder till att arbetsförmågan kan återfås. Rehabiliteringsgarantin ersätter landstingen för vissa behandlings- och rehabiliteringsinsatser för en avgränsad målgrupp. Hälso- och sjukvården har dock även ansvar för insatser som inte ryms inom ramen för garantin för denna målgrupp. Det är också viktigt att arbetet inom rehabiliteringsgarantin inte medför att andra typer av för patienten angelägna insatser som ingår i hälso- och sjukvårdens normala uppdrag uteblir. För att säkerställa att rätt kvinnor och män erbjuds behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska en utredning genomföras. Utifrån denna utredning fattas beslut om och i så fall vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser som ska genomföras.

3. Rehabiliteringsgarantin för 2013

3.1 Grundläggande utgångspunkter

Följande grundläggande utgångspunkter gäller:

1. Kvinnor och män i åldern 16–67 år med icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke, lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattas.
2. Med medicinsk rehabilitering avses evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär och som har evidens för att arbetsförmågan kan återfås. Insatserna tillhandahålls på individnivå.
3. De insatser som berättigar till ersättning skall vara definierade i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att arbetsförmågan kan återfås, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta samt det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
4. En detaljerad beskrivning av bedömningar, kompetens, vårdnivåer och andra förutsättningar som ska vara uppfyllda för att landstingen ska tillhandahålla multimodal rehabilitering (MMR), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Interpersonell psykoterapi (IPT) framgår av bilagan.

Landstingen ska säkerställa en hög kvalitet och tillgänglighet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna. Om landstinget inte kan erbjuda vård enligt vårdgarantin (patienten ska få vård senast inom 90 dagar från att beslut är fattat) erbjuds vård hos annan vårdgivare i exempelvis annat landsting. Behandlingen respektive

rehabiliteringen kan genomföras antingen i landstingens regi eller av privata leverantörer i enlighet med Lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Detta gäller både MMR1 och MMR2 och är särskilt angeläget när det gäller multimodal rehabilitering på en mer avancerad nivå, d.v.s. MMR2 (se bilaga).

För patienter som är sjukskrivna och vården bedömer att det är värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering ska vården kontakta Försäkringskassan. För detta krävs ett samtycke från patienten. Försäkringskassan ska inom ramen för sitt samordningsansvar, ta kontakt med arbetsgivaren och andra berörda parter, initiera kompletterande insatser till vårdens medicinska behandling respektive rehabilitering.

Företagshälsovården bör ges möjlighet att remittera patienter som ryms inom ramen för rehabiliteringsgarantin till patientens hemlandsting. Landstingen och företagshälsovården bör komma överens om hur detta samarbete ska ske i praktiken.

3.2 Ersättning och redovisningskrav

Regeringen kommer, med förbehåll om riksdagens godkännande, att avsätta 1 miljard kronor för rehabiliteringsgarantin för 2013. Av dessa medel får 12 miljoner kronor avsättas för utveckling av internetbaserad behandling (se avsnitt 3.4 nedan) och 40 miljoner kronor för forskning och utvärdering (se avsnitt 3.5 nedan) samt 948 miljoner kronor till landstingens behandlingar.

Landstingen får ersättning per patient som avslutar behandlings- eller rehabiliteringsinsatser inom ramen för ovan angivna utgångspunkter. Ersättningen per patient och genomförd behandling uppgår till följande belopp:

- **25 000 kr** för multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR1) vid långvarig diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- **45 000 kr** för multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR2) vid långvarig diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- **12 000 kr** för kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi vid lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Därutöver får landstingen ett påslag som uppgår till 1 000 kr per behandlad patient. Dessa extra medel som landstingen erhåller ska användas för att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad bidrar till återgång i arbete. Påslaget bör användas för att höja kompetensen av utförare av KBT behandling från grundläggande kompetens (steg1) till leg psykoterapeuter (steg 2). Påslaget ger också möjlighet att utveckla

tillgången på rehabiliteringsinsatser i form av internetstödd KBT. Redovisning av vilka insatser landstingen har satsat på sänds till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 januari 2014.

Landstingen redovisar underlag om antalet genomförda behandlingar könsuppdelat till Försäkringskassan fyra gånger per år enligt instruktion och blanketter från Försäkringskassan. Försäkringskassan granskar underlagen, fattar beslut och utbetalar ersättningen till det konto landstinget har uppgivit. Redovisningen ska inkomma till Försäkringskassan och utbetalning ske enligt följande:

Kvartal 1: redovisning senast den 30 april och ersättning utbetalas senast den 31 maj,

Kvartal 2: redovisning senast den 30 augusti och ersättning utbetalas senast den 30 september,

Kvartal 3: redovisning senast den 31 oktober betalar senast den 29 november,

Kvartal 4: redovisning senast den 31 mars och ersättning utbetalas senast den 29 april.

Av redovisningen ska framgå vilka insatser som genomförts, inom vilken tid och vem som genomfört dessa. Maximal ersättning per landsting motsvarar länets befolkningsandel av den totala befolkningen den 1 november 2012 i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin vilket, med avdrag för forskningsmedlen och annat utvecklingsarbete, uppgår till 948 miljoner kronor för 2013. Den kvartalsvisa utbetalningen upphör när landstinget nått sin nivå för maximal ersättning.

Medel som ej förbrukats vid årets slut p.g.a. att det finns landsting som genomfört färre behandlingar än den ekonomiska ramen för rehabiliteringsgarantin medger, ska fördelas till de landsting som genomfört fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Ersättning kommer att betalas ut i proportion till respektive landstings andel av det som produceras utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsandel.

3.3 Utbildningskrav

Medel avsätts för att ge landstingen möjlighet att höja kompetensen från grundläggande (steg1) till legitimerad psykoterapeut (steg2). Det ska på några års sikt leda till att behandlare inom ramen för rehabiliteringsgarantin som genomför KBT behandlingar är legitimerade psykoterapeuter eller legitimerade psykologer. För att göra det möjligt behöver kompletterande insatser genomföras för att öka antalet utbildningsplatser och tillgången på handledare i Sverige. Sådana insatser bör påbörjas redan under 2013.

3.4 Internetbaserad behandling

Målsättningen är att öka invånarnas tillgång till kvalitetssäkrad internetbaserad stöd och behandling och möjliggöra internetbaserad KBT-behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin under 2014. Därmed avsätts medel för att utarbeta en teknisk lösning som landsting och landstingsfinansierad verksamhet ska kunna använda. Under 2013 slutförs kravarbete på den tekniska lösningen, genomförs utveckling av en plattform för internetbehandling, utarbetas en förvaltningsorganisation, utarbetas process och innehåll för internetbaserad KBT behandling samt genomförs ett förberedande arbete med berörda landsting. En rapport som beskriver vad som har genomförts och vad som behöver genomföras ytterligare ska redovisas till Socialdepartementet senast den 31 augusti 2013. Inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska 12 miljoner kronor utbetalas till Sveriges Kommuner och Landsting senast den 20 januari 2013 för att stödja en teknisk lösning, en förvaltningsorganisation och förberedelsearbete i berörda landsting. En slutrapport inklusive en ekonomisk redovisning ska överlämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 28 februari 2014, eventuella återstående medel återbetalas samma datum till Försäkringskassan.

3.5 Forskning, implementering, utvärdering och utredning

Av de avsatta medlen för rehabiliteringsgarantin får sammanlagt högst 40 miljoner kronor användas för forsknings- och utvecklingsinsatser samt utvärdering. Av dessa medel uppgår ersättningen till redan godkända forskningsprojekt inom ramen för REHSAM¹ till högst 25 miljoner kronor under 2013. Därutöver får högst 5 miljoner kronor användas för kunskapspridning och implementering av dessa forskningsinsatser. Vidare avsätts högst 10 miljoner kronor för nya forskningsprojekt inom andra forskningsdiscipliner. Det kan t.ex. handla återgång i arbete men även utvärdering av den organisatoriska och administrativa utformningen av rehabiliteringsgarantin.

4. Utveckling och framtid

Det är viktigt att det finns gott vetenskapligt stöd för att de behandlingsmetoder som inkluderas i rehabiliteringsgarantin har bra effekt vid behandling av lindriga och medelsvåra psykiatriska diagnoser. En mindre utredning har genomförts under kort tid hösten 2012 för att se över möjligheten att psykodynamisk behandling ska ingå i rehabiliteringsgarantin. Utredningen behöver fördjupas och förankras bredare inför ett ställningstagande.

Ett arbete genomförs under 2013 för att bygga en infrastruktur för internetbaserad behandling. Infrastrukturen ska göra det möjligt att från och med 2014 inom rehabiliteringsgarantin ge ersättning för internetbaserad KBT-behandling.

¹ REHSAM är ett forskningsprogram inom rehabiliteringsgarantin för att hitta och utveckla rehabiliteringsmetoder för att förbättra arbetsförmågan och hjälpa människor tillbaka till arbete.

5. Kostnaderna

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, upptagna anslaget 1:7 Bidrag för sjukskrivningsprocessen, anslagsposten 1 Företagshälsovård och rehabiliteringsgarantin.

6. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och SKL:s styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande. Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2013.

Stockholm den 12 december 2012

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Anna Pettersson Westerberg

Håkan Sörman