Region Stockholm

12

Yttrande över betänkande Samspel för hälsa – finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80

HSN 2019-0313

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Rehabilitering-Habilitering-Hjälpmedel
Jesper Hagmyr

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-02-05

HSN 2019-0313

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över betänkande Samspel för hälsa – finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har inbjudit Region Stockholm att yttra sig över betänkandet Samspel för hälsa – finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Sammanfattning av betänkande Samspel för hälsa – finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80, bilaga 1

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till regionstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens yttrande över betänkande Samspel för hälsa – finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattning
Förslaget är att införa en ny lag om finansiell samordning genom stadsbidrag för att ge regionerna kontinuerliga incitament i arbetet med sjukskrivningsfrågor för en hållbar utveckling i positiv riktning för individ och samhälle. Den finansiella samordningen har minskad variation i

sjukfrånvaron som grundläggande målsättning. Bidragets storlek ska relateras till utbetald sjukpenning de första 89 dagarna i en sjukperiod. Region Stockholm är positiv till förslaget och håller i stora delar med utredningen i övrigt.

Region Stockholm menar att förslaget ger Hälso- och sjukvården förutsättningar att arbeta mer effektivt med sjukskrivningsprocessen, och därmed ger ökad kvalitet i hälso-och sjukvården. I relation till tidigare statliga överenskommelser, ger ett årligt och mindre detaljstyrt stadsbidrag en långsiktighet som kommer att förbättra möjligheten till varaktiga lösningar.

Om det önskade resultatet med statsbidraget ska kunna infrias krävs att övriga inblandade aktörer ställer realistiska krav på hälso- och sjukvården och att förändringar sker inom alla verksamheter som är involverade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att förbättra vårdgivarnas samarbete med handläggare på Försäkringskassan och patientens arbetsgivare kräver tillit och respekt för varandra samt förändring av arbetssätt hos alla parter.

Bakgrund
Sjukfrånvaron i Sverige har över en längre tid karaktäriserats av stor variation. Det är väsentligen stressrelaterad psykisk ohälsa och smärtdiagnoser som står för variationen. Sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag att göra bedömningar av funktionstillstånd och aktivitetsnivå, sätta in behandlande och rehabiliterande insatser samt skriva intyg är en komplex uppgift som kräver både kunskap, rutiner och tid. I tider av ökande efterfrågan på sjukskrivningar belastas sjukvården och primärvården tvingas göra svåra prioriteringar för att hantera sjukskrivningarna utan att andra patientgrupper får stå tillbaka. Felaktig sjukskrivning får stora konsekvenser för individen i form av utanförskap, försämrad ekonomi och paradoxalt sämre hälsa. Trots detta har området inte varit en självklarhet för vården. Det behövs kompetens, stöd från chefer, avtalsstyrning och ekonomiska incitament både för vårdgivare och regioner. Sedan 2006 har Region Stockholm varit ansluten till de statliga *Överenskommelserna om sjukskrivning och rehabilitering,* som huvudsakligen har finansierat Regionens arbete med dessa frågor. SKL och staten är nu överens om att årets överenskommelse blir den sista.

Överväganden
Region Stockholm bedömer att ett *årligt statsbidrag* skapar en stabilitet som ger möjlighet att bygga upp långsiktiga strukturer för kunskapsstöd,

etablering av stödfunktioner, styrning samt förankring av ämnet i utbildningar på olika nivåer.

Storleken på bidraget kommer beräknas utifrån utbetald sjukpenning *de första 89 dagarna,* vilket är den period som utredningen bedömer att sjukvården har störst möjlighet att påverka. Region Stockholm delar denna bedömning, men vill samtidigt påpeka att det finns en viss risk att längre sjukskrivningar får mindre fokus inom sjukvården. Det är dock Regionensansvar att säkerställa att så inte sker.

Statsbidraget ska beräknas i relation till fastställda referensfält som är specifika för varje region. Region Stockholm instämmer i att denna konstruktion uppfyller sitt syfte att minska variationen i sjuktalen, och inte riskerar att pressa ner sjuktalen till nivåer där människor inte får sina rättigheter enligt sjukförsäkringen. Vi ser en viss risk att om en region får oväntade svårigheter med kraftigt ökande sjukpenningtal och hamnar utanför referensfältet, uteblir bidraget måhända till de som behöver det mest. I viss mån mildras effekten av denna risk av att bidraget är indirekt konstruerat, och ger möjlighet till ekonomiskt tillskott men ingen risk att hamna i skuld till staten.

Den finansiella samordningen ska regleras i lag och förordning som ska träda i kraft den 1 januari 2020. Region Stockholm ställer sig bakom förslaget. En lag förstärker den långsiktighet, stabilitet och tyngd som området kräver.

Utredningen föreslår ett nationellt forum för kunskaps- och implementeringsstöd i frågor som relaterar till den finansiella samordningen. Region Stockholm instämmer i att området behöver nationellt samlad kunskap och organisation. Vi ställer oss däremot tveksamma till att skapa ett helt nytt forum. Vi föreslår att de forum som redan finns, till exempel nationellt försäkringsmedicinskt forum och Sveriges Kommuner och landstings (SKL) nya kunskapsorganisation med nationella programområden får uppdraget att hantera aktuella frågeställningar. Vi menar att det finns stora fördelar med att arbeta i redan etablerade system och inte skapa en parallell struktur. Vid behov av granskning används på liknande sätt befintliga myndigheter, det vill säga Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och Socialstyrelsen.

Region Stockholm vill poängtera att sjuktalets storlek och variation i Sverige påverkas av många faktorer i samhället, där sjukvården har ansvar för vissa delar. Redan idag finns stora förväntningar som hälso- och sjukvården har svårt att leva upp till. Det finns en risk att ytterligare fokus på insatser inom hälso- och sjukvården leder till än mer orealistiska förväntningar på sjukvården från beslutsfattare, handläggare inom Försäkringskassan och arbetsgivare. Vad övriga aktörer kan förvänta sig av

hälso- och sjukvården, dess uppdrag och ansvar behöver tydliggöras. Samtidigt krävs insatser hos övriga inblandade aktörer för att möta upp hälso- och sjukvårdens insatser.

Vi ställer oss sammantaget bakom det nya lagförslaget. Det ger Region Stockholm förutsättning att fortsätta öka kvaliteten i hälso- och sjukvården. Förslaget medför dessutom förbättringar jämfört med tidigare statliga överenskommelser.

Ekonomiska konsekvenser
Utredningen föreslår att bidraget ska ligga på den nivå som *Överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering* har uppgått till. Därmed bedöms Regionens arbete inom det försäkringsmedicinska området i vården kunna fortgå som tidigare och utvecklas utan negativa ekonomiska konsekvenser. Det bör ändå uppmärksammas att bidraget uteblir vid kraftigt ökat sjukpenningtal i regionen.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Sjukskrivning kan ha flera biverkningar för individen. En ökad tydlighet, professionalitet och konsekvens i de medicinska bedömningar som rör sjukskrivningar bedöms ge ökad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Sjuktalet skiljer sig kraftigt åt mellan olika kommuner i regionen. Kvinnor är sjukskrivna i betydligt större omfattning än män, och arbetslösa har också högre risk för sjukskrivning. Funktionshindrade påverkas också i stor utsträckning. Region Stockholm menar att arbetet för en kvalitetssäker sjukskrivningsprocess gagnar jämlikhet och jämställdhet.

Miljökonsekvenser
Lagförslaget bedöms få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Med lagförslaget förväntas administrationen minska jämfört med de statliga årliga överenskommelserna, vilka innehåller ett flertal villkor som regionerna ska redovisa.

Margareta Tufvesson
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen
Akten

Godkänd av Margareta Tufvesson, 2019-02-05

Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige väcker debatt och engagerar. Frågor om ökande psykisk ohälsa gränsar till frågor om hur vårt arbetsliv är beskaffat, om hur hälso- och sjukvården fungerar och om hur det står till med jämställdheten i vårt samhälle.

Utredningen tar avstamp i den variation som i mer än trettio år präglat svensk sjukfrånvaro. Den har lett till brist på förutsägbarhet och till påfrestning för hälso- och sjukvården och för sjukförsäkringens administration. Detta har skapat en grogrund för kortsiktiga insatser i syfte att hejda svängningar i sjukfrånvaron, snarare än förutsättningar för en långsiktig och bred kvalitetshöjande utveckling.

Utredningen tar också avstamp i uppfattningen att hälso- och sjukvården i samarbete med andra aktörer, i första hand arbetsgivare, kan höja kvaliteten i det försäkringsmedicinska arbetet och kan påverka sjukfrånvaro i positiv riktning.

Utredningens uppdrag handlar om att utforska former för finansiellt samspel mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården som stöder en sådan process. Finns det något effektivt sätt att ge landstingen kontinuerliga incitament för en hållbar utveckling i positiv riktning för individ och samhälle, och hur ser det i så fall ut?

Bakgrund

Sjukfrånvaron i Sverige

Sjukfrånvaron i Sverige, som i dag ligger nära en europeisk medelnivå, har över en längre tid karaktäriserats av stor variation. De senaste 15 åren har inte varit något undantag.

En bit in på 2000-talet inleddes en nedgång som höll i sig i mer än sju år. I slutet av 2010 vände sjukfrånvaron åter uppåt. Som vid tidigare uppgångar var psykisk ohälsa, framför allt stressrelaterad

sådan, och kvinnors sjukskrivningar väsentliga delar av utvecklingen. Primärvården belastades hårt av ökande sjukskrivningar.

Som ett sätt att hejda utvecklingen formulerade regeringen ett nationellt mål gällande det s.k. sjukpenningtalet och Försäkringskassan fick mer resurser för att i högre grad kunna göra arbetsförmågeprövning vid de tidsgränser som reglerna i socialförsäkringsbalken anger. Antalet avslag på ansökan om sjukpenning har stigit och ökningen av sjukfrånvaron har under de senaste åren planat ut. Fortfarande är dock inflödet in i sjukförsäkringen stort. Behovet av att hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer utvecklar kompetens och kapacitet för att i samverkan möta de utmaningar som ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro medför kommer att kvarstå under lång tid.

Samspel mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har inte något finansiellt ansvar för sjukförsäkringen. För att stimulera vårdens motivation på området har olika initiativ därför föreslagits och tagits.[1]

Dessa kan beskrivas som en kedja av ansatser där erfarenheter från en länk, åtminstone delvis, påverkat utformningen av påföljande länk. I bakgrundsbeskrivningen i betänkandet ingår *”Dagmarsatsningen”* (1991–1998), *”FINSAM-försöket”* (1993–1997), *”SOCSAM-försöket”* (1994–2002) samt de överenskommelser som staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har slutit inom ramen för den s.k. *sjukskrivningsmiljarden* för åren 2006–2018 (inklusive rehabiliteringsgarantin 2008–2015).

En sammanfattande reflektion kring satsningarna är att de påverkat berörda aktörers syn på relationen mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen, samt gett insikter om hur arbete inom ramen för den relationen kan bedrivas. Hälso- och sjukvårdens medvetenhet och professionalism på det försäkringsmedicinska området har gradvist stärkts.

[1] De olika ansatser som beskrivs här motsvarar inte i alla delar den definition av finansiell samordning som utredningen utgår ifrån men finns med för att utredningens överväganden ska kunna relateras till en så bred historisk bakgrund som möjligt.

Utmaningarna inför att skapa nästa länk i kedjan handlar bl.a. om att i högre utsträckning få in långsiktighet och bra planeringsförutsättningar för landstingen. En del av detta är att bygga på spelregler som dels tar bort behov av återrapportering och belastande administration, dels säkrar att stödet leder till ett engagemang för sjukskrivningsrelaterade frågor. Erfarenheterna talar för att detta bör ske utan utpekande av exakt hur landstingen ska utveckla arbetet.

Vägval

Utredningen utgår ifrån att den grundläggande rollfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inte kan eller bör ändras. Detta begränsar möjliga val. Som en konsekvens kommer utredningen till slutsatsen att en *indirekt* finansiell relation mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen bör ligga som grund. En direkt finansiell relation skulle medföra en oacceptabel finansiell risk för landstingen. I linje med detta görs vägvalet att den finansiella samordningen inte ska medföra något kostnadsansvar för landstingen.

Utredningens överväganden och förslag

- En ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring ska införas och utformas som ett *årligt statsbidrag* till landsting med syfte att stimulera landstingens arbete med frågor relaterade till sjukskrivning.
- Statsbidragets storlek ska relateras till nivån på utbetald sjukpenning för *de första 89 dagarna* i en sjukperiod. Det ger en tydlig koppling mellan statsbidraget och den sjukfrånvaro som hälso- och sjukvården har störst möjligheter att påverka.
- Statsbidraget ska beräknas i relation till fastställda *referensfält* som är specifika för varje landsting. Fälten motsvarar känd historisk utveckling under en tid då sjukförsäkringens regler legat relativt fast. Gränserna i ett landstings referensfält ska utgöras av en högsta och en lägsta beloppsnivå. Om statens utgift för sjuk-

penning för de sjukfall som omfattas av den finansiella samordningen motsvarar eller överskrider den högsta nivån får landstinget inget statsbidrag. Den lägsta beloppsnivån utgör en gräns för hur högt statsbidraget kan bli, även om statens utgift är lägre än den nivån.

- Den finansiella samordningen ska regleras i *lag* och *förordning* som ska träda i kraft den 1 januari 2020.
- Det bör etableras *ett nationellt forum* för kunskaps- och implementeringsstöd i frågor som relaterar till den finansiella samordningen.

Den finansiella samordningen syftar inte till att sänka sjukfrånvaro under vad som utifrån historiska data kan anses vara en stabilt hållbar nivå. Den finansiella samordningen har *minskad variation* i sjukfrånvaro som grundläggande målsättning.

Utmaningar och rekommendationer

Utredningen redovisar i kapitel 7 några utmaningar som kan förväntas påverka möjligheterna för att den finansiella samordningen ska nå framgång. I kapitlet ges exempel på vad hälso- och sjukvården, i samverkan med bl.a. Försäkringskassan och arbetsgivare, kan göra för att nå de resultat som finansiell samordning syftar till. I anslutning till detta lämnar utredningen några rekommendationer.

- En stor utmaning är den låsning kring läkarintygens innehåll som nu finns mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Låsningen leder till frustration och ineffektivitet samt riskerar att förstärka medikaliseringstendenser.

  Bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare att tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens är en del av problemets lösning. En genomgripande genomlysning av förutsättningar för ett nytt balanserat informationsansvar, eventuellt inom ramen för en statlig utredning, är en annan del. En tredje del är att kompetens och professionell autonomi hos handläggare vid Försäkringskassan utvecklas i riktning mot att fler välgrundade ställningstaganden ska kunna göras utifrån befintliga medicinska underlag.

- Strategier som involverar hjälpsökandes arbetsplats och tidiga insatser bör stärkas ytterligare i hälso- och sjukvården. Utredningens rekommendationer handlar bl.a. om att en inventering och värdering av erfarenheter av olika kontaktvägar mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare tas fram.
- Utredningen fäster uppmärksamhet på vikten av att primärvården får stöd för en utbyggnad av ett preventivt arbetssätt. De privata vårdgivarna måste ges förutsättningar att bidra till samordningen utifrån rättvisa spelregler och delat ansvar. Stabila samverkans- och samordningsformer som inbegriper hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivare behöver utvecklas.

Konsekvenser

Med utredningens förslag om finansiell samordning ökar statens utgifter för statsbidrag till landstingen om sjukfrånvaron sjunker. Kostnaden för sjukfrånvaron sjunker dock i betydligt större utsträckning. Den sammanlagda ekonomiska konsekvensen för staten blir minskade kostnader.

Landstingen föreslås initialt få statsbidrag i motsvarande storlek som ”miljardenöverenskommelserna” mellan staten och SKL omfattat. När samordningen implementerats förväntas statsbidragens storlek öka. Bidragen kommer att vara mer förutsägbara och möjliga att planera in i landstingens budgetar jämfört med vad som har gällt i och med tidigare överenskommelser. Samordningen medför inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

För hälso- och sjukvården förväntas en konsekvens bli att primärvården stärks. I jämförelse med tidigare stimulansbidrag via överenskommelser mellan staten och SKL kommer storleken på statsbidraget att vara känd i god tid före kommande budgetår. Förslaget innebär också mindre administrativ belastning i form av återrapportering etc.

För de hjälpsökande i hälso- och sjukvården som tydligast berörs, exempelvis individer med psykisk ohälsa, är ambitionen att de ska möta ökad kvalitet. En förbättrad initial bedömning är en viktig del. För andra patientkategorier förväntas inga direkta konsekvenser. En primärvård som effektivare handhar sjukskrivningsfrågor leder indirekt till en högre primärvårdskvalitet.

Två av tre sjukskrivna är kvinnor. Regeringen har som mål att skillnaden ska minska. Om vården i större utsträckning lyckas hjälpa människor att förebygga eller optimera sjukskrivning torde detta därmed vara ett steg mot ökad jämställdheten på hälsoområdet.

Utrikes födda som finns på arbetsmarknaden har högre sjukfrånvaro än inrikes födda. Eftersom förslagen till finansiell samordning förväntas leda till snabbare återgång i arbete så torde detta öka utrikes föddas förutsättningar till en bra integration i det svenska samhället.

En direkt konsekvens för Försäkringskassan är bl.a. att man kommer att åläggas ansvar för viss administration inom den finansiella samordningen. Resursåtgången bedöms inte överstiga den som gällt för administrationen av ”miljardenöverenskommelserna”.

För de flesta myndigheter, organisationer och företag förväntas inga betydande konsekvenser. Undantag är landstingen, som är direkt berörda av samordningen, samt SKL som i och med den nya finansiella samordningen kan komma att få en ny roll. Rollen som koordinerande part i tidigare överenskommelser försvinner och förutsättningar för en ny form av ansvar när det gäller kunskaps- och implementeringsstöd uppstår.

Införande och utvärdering

Utredningen kommer till slutsatsen att ett stegvist införande av den finansiella samordningen skulle vara behäftad med komplikationer. Förslaget är därför ett direkt fullskaligt nationellt införande och en konsekvens av det är att en före och efter-mätning utan kontrollgrupp är den form av utvärdering som föreslås.

Utredningen konstaterar att det finns betydande kvaliteter även i ett sådant utvärderingsupplägg. Bland annat tillåter det en lång utvärderingsperiod och därmed möjligheter att konstatera om samordningen uppnått eftersträvad stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen. En lång utvärderingstid möjliggör också att med kvalitet fånga och värdera den strukturella, kompetensmässiga och behandlingsstrategiska utveckling som samordningen är tänkt att bidra till.