

Samspel för hälsa

Finansiell samordning mellan
hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

*Betänkande av Utredningen om finansiell samordning
mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*

Stockholm 2018



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2018:80

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Omslagsbild: Zahra Medzeta

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24874-4

ISSN 0375-250X

Till chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 27 april 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. I uppdraget ingick att lämna förslag till hur sådan finansiell samordning skulle kunna utformas. Statsrådet Annika Strandhäll förordnade samma dag regionrådet Vivianne Macdisi till särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 22 augusti 2017 kanslirådet Klara Granat (Socialdepartementet), departementssekreteraren Leo Gumpert (Finansdepartementet), ämnesrådet Hans Hagelin (Socialdepartementet), departementssekreteraren Kristoffer Lundberg (Socialdepartementet), departementssekreteraren Lisa Ståhlberg (Finansdepartementet) och ämnesrådet Peter Wollberg (Socialdepartementet). Från och med den 31 januari 2018 entledigades Leo Gumpert och fr.o.m. den 1 februari 2018 förordnades departementssekreteraren Frida Nannesson (Finansdepartementet) som sakkunnig i utredningen. Hans Hagelin entledigades fr.o.m. den 6 juli 2018 och kanslirådet Joakim Beck-Friis (Socialdepartementet) förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 21 augusti 2018.

Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 1 juni 2017 verksamhetsområdeschefen Jan Larsson och kanslirådet Kristian Örnelius och fr.o.m. den 21 december 2017 utredningssekreteraren Susanna Pålsson Alstergren.

Utredningen, som har haft namnet Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, överlämnar härmed sitt betänkande *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring* (SOU 2018:80). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i november 2018

Vivianne Macdisi

/Jan Larsson
Susanna Pålsson Alstergren
Kristian Örneelius

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Författningsförslag.....	17
1.1 Förslag till lag om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor	17
1.2 Förslag till förordning om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor	21
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.....	26
2 Utredningens uppdrag och arbete	27
2.1 Uppdraget.....	27
2.2 Utredningens arbete	27
2.3 Betänkandets disposition.....	29
3 Sjukfrånvaron i Sverige under tjugo år – några trender och aktörer	31
3.1 Svensk sjukfrånvaro	32
3.1.1 Nu på europeisk nivå.....	32
3.1.2 Ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro.....	36
3.1.3 Utvecklingen efter december 2010.....	42
3.2 Sjukskrivningsprocessen.....	45

3.2.1	Hälso- och sjukvårdens samt Försäkringskassans uppdrag och ansvar i sjukskrivningsprocessen	46
3.2.2	Försäkringsmedicinskt arbete i hälso- och sjukvården.....	50
3.2.3	Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden.....	56
3.2.4	Samspelet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan	59
3.3	Sammanfattande kommentar	63
4	Samspel mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård	67
4.1	Vad är finansiell samordning?	68
4.2	Utvecklingen från mitten av 1980-talet	68
4.2.1	FINSAM-försöket 1993–1997	70
4.2.2	SOCSAM-försöket 1994–2002	72
4.2.3	Den s.k. sjukskrivningsmiljarden	74
4.2.4	Rehabiliteringsgarantin	79
4.3	Internationellt	81
4.4	Etiska aspekter	84
4.4.1	Vårdens värdegrund	84
4.4.2	Undanträngningseffekter	86
4.5	Sammanfattande kommentar	88
4.5.1	Begränsningar	89
4.5.2	Nästa steg	90
5	Vägval	95
5.1	Två grundläggande vägval	95
5.2	Grundläggande förutsättningar	97
5.3	Direkt eller indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader?	98
5.3.1	Direkt relation till sjukförsäkringskostnader	98

5.3.2	Indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader	103
5.4	Vissa utgångspunkter för en ny finansiell samordning.....	107
5.4.1	Omfattningen av den indirekta finansiella relationen	107
5.4.2	Vägval utifrån etiska aspekter	109
5.4.3	Utppekade insatser som en del av statens stimulans	110
5.5	Överenskommelse eller annan reglering?	112
5.6	Sammanfattande kommentar	114
6	Överväganden och förslag	117
6.1	Förslag om införande av ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.....	117
6.1.1	En ny finansiell samordning	118
6.1.2	Statsbidrag relaterat till statens utgift för sjukpenning.....	119
6.1.3	Några definitioner och avgränsningar	120
6.2	Statsbidrag kopplat till landstingsspecifika referensfält	122
6.2.1	Referensfält som ram.....	122
6.2.2	Specifika referensfält för varje landsting	124
6.3	Rätten till statsbidrag och statsbidragets storlek	125
6.3.1	Kopplingen mellan referensfält och statsbidrag	125
6.3.2	Referensfältets bredd för riket.....	129
6.3.3	Referensfält för enskilda landsting	133
6.3.4	Den finansiella samordningens omfattning och dess betydelse.....	139
6.4	Långsiktigt hållbara referensfält.....	142
6.4.1	Justering av de fastställda beloppsnivåerna som metod för långsiktighet	143
6.4.2	Justering utifrån befolkning och medelersättning	143

6.4.3	Justeringens effekt på det maximala statsbidragets storlek	145
6.5	Ändrade förhållanden.....	146
6.5.1	Fastställande av nya beloppsnivåer	146
6.5.2	En jämningsmöjlighet.....	148
6.6	Landstingens planerings- och budgetförutsättningar	150
6.6.1	Kort om landstingens planeringsförutsättningar	151
6.6.2	Goda planeringsförutsättningar för en effektiv användning av statsbidraget.....	152
6.6.3	Tydlig och återkommande information till landstingen.....	154
6.7	Handläggning och administration	155
6.7.1	Regeringen.....	156
6.7.2	Försäkringskassan	157
6.8	Överklagande	159
6.8.1	Bör det finnas en möjlighet att överklaga beslut?	159
6.8.2	Regelverk som kan påverka valmöjligheterna	160
6.8.3	Det bör inte finnas en möjlighet att överklaga....	162
6.9	Formen för den rättsliga regleringen.....	164
6.9.1	Reglering genom författning.....	165
6.9.2	Den finansiella samordningens karaktär.....	165
6.9.3	De två författningsformerna lag och förordning.....	167
6.9.4	Den föreslagna regleringen.....	168
6.10	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	173
6.10.1	Ikraftträdande.....	174
6.10.2	Särskilda förutsättningar för statsbidrag 2020	174
6.11	Ett nationellt forum som stöd för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.....	176
6.11.1	Behovet av kunskaps- och implementeringsstöd	176
6.11.2	Forumets uppdrag och sammansättning	177

6.11.3	Myndigheter och organisationer med verksamhet av relevans	178
7	En långsiktigt stabil utveckling – några utmaningar och rekommendationer.....	181
7.1	Sjukskrivningsprocessen.....	183
7.1.1	Försäkringsmedicinsk bedömning	184
7.1.2	Sjukintygen skapar låsningar.....	191
7.1.3	Helhetsgrepp	197
7.1.4	Reflektioner och rekommendationer	203
7.2	Att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro	206
7.2.1	Tidiga insatser.....	207
7.2.2	Arbetet och arbetsplatsen som en del av behandlingen	209
7.2.3	Prevention.....	211
7.2.4	Företagshälsovården.....	214
7.2.5	Reflektioner och rekommendationer	218
7.3	Hälso- och sjukvårdens struktur och uppdrag.....	218
7.3.1	Primärvården tar ett stort ansvar.....	220
7.3.2	Privata vårdgivare.....	223
7.3.3	Hela hälso- och sjukvården är berörd	224
7.3.4	Sjukskrivningar som blir långa.....	225
7.3.5	Samverkan med Försäkringskassan och andra aktörer	225
7.3.6	Reflektioner och rekommendationer	227
7.4	Sammanfattande kommentar	227
8	Konsekvenser av förslagen.....	231
8.1	Ekonomiska konsekvenser	231
8.1.1	Konsekvenser för statens budget	231
8.1.2	Ekonomiska konsekvenser för landstingen	235
8.1.3	Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället	237
8.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	238

8.3	Konsekvenser för vårdsökande och för patienter i vården	238
8.4	Konsekvenser för hälso- och sjukvården	239
8.4.1	Konsekvenser för privata vårdgivare.....	240
8.5	Konsekvenser för jämställdhet	241
8.6	Konsekvenser för integration	243
8.7	Konsekvenser för Försäkringskassan.....	244
8.8	Konsekvenser för andra myndigheter, organisationer och företag	245
8.9	Konsekvenser för miljön m.m.	246
8.10	Statsstödsregler.....	247
9	Författningskommentar	249
9.1	Förslaget till lag om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.....	249
9.2	Förslaget till förordning om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.....	258
9.3	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan	266
	Källor och litteratur	267
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:44.....	295
Bilaga 2	Effektutvärdering av finansiell samordning.....	305
Bilaga 3	Teknisk beskrivning av beräkningar kopplade till referensfält	329

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 problemlösning. 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.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården genom statsbidrag till landsting. Syftet med samordningen är att genom statliga medel stimulera landstingens arbete med frågor relaterade till sjukskrivning.

2 § Vad som anges i denna lag om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

3 § I denna lag används följande ord och uttryck med nedan angiven betydelse.

Ord eller uttryck

Betydelse

Bidragsår

Ett visst kalenderår som ett landsting kan ha eller har rätt till statsbidrag enligt 4 §.

Statens utgift för sjukpenning

Det belopp som staten har betalat ut för folkbokförda personer i ett landsting i form av sjukpenning enligt 27 och 28 kap. socialförsäkringsbalken för de första 89 dagarna i en

Resultatperiod	sådan sjukperiod som avses i 27 kap. 26 § samma balk, efter avdrag för belopp avseende sådan sjukpenning som har kommit in till staten. Om en sjukperiod i det enskilda fallet har börjat inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats, ska den senare sjukperioden anses vara en fortsättning på den tidigare sjukperioden. Den tolv månadersperiod för vilken statens utgift för sjukpenning ligger till grund för statsbidrag ett bidragsår.
Referensfält	Ett för ett landsting särskilt angivet intervall som avser statens utgift för sjukpenning på årsbasis. Gränserna för ett referensfält utgörs av en högsta och en lägsta beloppsnivå. Ytterligare bestämmelser om referensfält finns i 7–9 §§.

Förutsättning för statsbidrag

4 § Ett landsting har rätt till statsbidrag om statens utgift för sjukpenning under resultatperioden är lägre än den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för samma period.

Ett landsting har rätt till statsbidrag varje kalenderår för vilket förutsättningen enligt första stycket är uppfylld.

Statsbidragets storlek

5 § Om ett landsting har rätt till statsbidrag ett bidragsår, lämnas bidrag med ett belopp som motsvarar en särskilt angiven andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält

för resultatperioden och statens utgift för sjukpenning under samma period.

Om statens utgift för sjukpenning är lägre än den lägsta beloppsnivån i referensfältet lämnas inget ytterligare belopp.

6 § Statsbidrag som uppgår till ett belopp som är lägre än 100 000 kronor betalas inte ut.

Referensfält

7 § Den högsta och den lägsta beloppsnivån i ett landstings referensfält fastställs särskilt. Beloppsnivåerna ska anges i tusental kronor.

8 § De fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska inför en resultatperiod justeras utifrån förändringar i förhållande till de fastställda beloppsnivåerna när det gäller

1. antal folkbokförda personer 16–64 år i landstinget, och
2. statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning.

9 § De fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska fastställas på nytt för närmast följande resultatperiod vid väsentligt ändrade förhållanden som saknar samband med landstingets arbete med sjukskrivningsfrågor och som mer än tillfälligt påverkar de förutsättningar som har legat till grund för bestämmandet av beloppsnivåerna.

Om de väsentligt ändrade förhållandena även påverkar statens utgift för sjukpenning under den pågående resultatperioden, får den högsta och den lägsta beloppsnivån i landstingets referensfält för den perioden jämkas.

De ändrade beloppsnivåerna ska anges i tusental kronor.

Handläggning av statsbidraget

10 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer handlägger ärenden om statsbidrag enligt denna lag.

Ytterligare föreskrifter

11 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om

1. vilken tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod enligt 3 §,
2. beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod,
3. den andel som avses i 5 §,
4. de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält enligt 7 § och 9 § första stycket, och
5. beräkningen enligt 8 §.

Förbud att överklaga

12 § Beslut enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen får inte överklagas.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2020.
 2. Lagen tillämpas första gången i fråga om statsbidrag bidragsåret 2021. För det bidraget tillämpas de enligt 7 § fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält.
 3. År 2020 har samtliga landsting och kommuner enligt 2 § rätt till statsbidrag i det syfte som anges i 1 §. Statsbidrag lämnas det året med ett sammanlagt belopp om en miljard kronor. Fördelningen av beloppet på ett landsting eller en kommun baseras på landstingets eller kommunens andel av folkbokförda personer 16–64 år i landet per den 1 november 2019. Det belopp som räknas fram för ett landsting eller en kommun ska avrundas till närmaste hela krontal. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer handlägger ärenden om statsbidrag det angivna året. Beslut om bidrag får inte överklagas.

1.2 Förslag till förordning om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna förordning är meddelad med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen och innehåller kompletterande bestämmelser till lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.

2 § Vad som anges i denna förordning om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

3 § Ord och uttryck som används i denna förordning har samma betydelse som i lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.

Resultatperiod

4 § En resultatperiod utgörs av perioden den 1 april två år före bidragsåret till och med den 31 mars året före bidragsåret.

Beräkning av statens utgift för sjukpenning

5 § Statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod ska avrundas till närmaste tusental kronor.

Statsbidragets storlek

6 § Den andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för resultatperioden och statens utgift för sjukpenning under samma period som avses i 5 § första stycket lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor är 50 procent.

Referensfält

7 § Den högsta och den lägsta beloppsnivån som har fastställts för varje landstings referensfält anges i bilagan till denna förordning.

8 § Vid justering av de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält enligt 8 § lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor ska de fastställda beloppsnivåerna multipliceras med följande faktorer:

1. antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget per den 31 december tre år före bidragsåret dividerat med antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna, och

2. statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december tre år före bidragsåret dividerad med statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under den tidsperiod som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna.

De justerade beloppen ska avrundas till närmaste tusental kronor.

Handläggning av statsbidraget

9 § Försäkringskassan ska varje månad meddela ett landsting uppgifter om

1. statens utgift för sjukpenning under de närmast föregående tolv månaderna, och

2. det belopp som statsbidraget skulle uppgå till vid slutet av den pågående resultatperioden utifrån de för perioden gällande beloppsnivåerna i landstingets referensfält och en framskrivning av statens utgift för sjukpenning.

10 § Försäkringskassan ska bestämma de justerade beloppsnivåerna i ett landstings referensfält för en resultatperiod. Ett beslut om justerade beloppsnivåer ska meddelas senast den 1 mars två år före bidragsåret.

Försäkringskassan ska så snart som möjligt efter att beslut har meddelats underrätta landstinget om det fullständiga innehållet i

beslutet samt informera regeringen (Socialdepartementet) om de justerade beloppsnivåerna och publicera dessa på sin webbplats.

11 § Försäkringskassan ska bestämma om ett landsting har rätt till statsbidrag ett bidragsår och bidragets storlek. Ett beslut om rätt till statsbidrag och bidragets storlek ska meddelas senast den 30 april året före bidragsåret.

Försäkringskassan ska så snart som möjligt efter att beslut har meddelats underrätta landstinget om det fullständiga innehållet i beslutet och informera regeringen (Socialdepartementet) om det som har beslutats.

12 § Försäkringskassan ska betala ut statsbidrag till ett landsting som har rätt till bidrag ett bidragsår, med den begränsning som anges i 6 § lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Statsbidrag ska betalas ut senast den 5 januari bidragsåret.

Bemyndigande

13 § Försäkringskassan får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av bestämmelserna i lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och denna förordning.

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2020.
 2. Förordningen tillämpas första gången i fråga om statsbidrag bidragsåret 2021.

*Bilaga***De fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält**

Den högsta och den lägsta beloppsnivån som har fastställts för varje landstings referensfält är följande.

Landsting	Högsta nivå, tkr	Lägsta nivå, tkr
Gotlands kommun		
Landstinget i Blekinge län		
Landstinget i Dalarnas län		
Landstinget i Gävleborgs län		
Landstinget i Hallands län		
Landstinget i Jämtlands län		
Landstinget i Jönköpings län		
Landstinget i Kalmar län		
Landstinget i Kronobergs län		
Landstinget i Norrbottens län		
Landstinget i Skåne län		
Landstinget i Stockholms län		
Landstinget i Södermanlands län		
Landstinget i Uppsala län		
Landstinget i Värmlands län		
Landstinget i Västerbottens län		
Landstinget i Västernorrlands län		
Landstinget i Västmanlands län		
Landstinget i Västra Götalands län		
Landstinget i Örebro län		
Landstinget i Östergötlands län		

Beloppsnivåerna är fastställda utifrån antal folkbokförda personer 16–64 år i varje landsting per den 31 december 2018 och statens utgift för sjukpenning per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december 2018.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs att 3 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

Försäkringskassan ansvarar för att informera landsting, fatta beslut och betala ut medel enligt lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.

Försäkringskassan ansvarar också för *uppföljning, beslut* om och *utbetalning av* medel enligt överenskommelser tecknade mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting avseende bidrag för arbete med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård samt medel för medicinsk rehabiliteringsgaranti.

Försäkringskassan ansvarar också för *att följa upp, besluta* om och *betala ut* medel enligt överenskommelser tecknade mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting avseende bidrag för arbete med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård samt medel för medicinsk rehabiliteringsgaranti.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2020.

¹ Senaste lydelse 2016:11.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

Utredningen har haft i uppdrag att se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården och lämna förslag till hur en sådan samordning skulle kunna utformas. I detta har ingått att lämna förslag på omfattning av samordningen, reglering mellan sjukvårdshuvudmännen och staten, hur ett ekonomiskt resultat bör beräknas och kostnadsansvar regleras samt hur en rättslig reglering bör utformas. Några utgångspunkter har varit att den finansiella samordningen ska kunna omfatta hela landet och att förslagets utformning ska möjliggöra en utvärdering av samordningens effekter. Regeringen har särskilt betonat vikten av att företrädare för sjukvårdshuvudmännen och de som arbetar inom hälso- och sjukvården ges goda möjligheter att lämna synpunkter och få information om utredarens arbete.

Den fullständiga uppdragsbeskrivningen finns i regeringens direktiv till utredningen (dir. 2017:44), se bilaga 1.

2.2 Utredningens arbete

Utredningen påbörjade sitt arbete sommaren 2017. Arbetet kan sägas ha bedrivits på tre samtidiga sätt.

Utredningen ägnade en stor del av hösten och vintern 2017 åt att besöka olika landsting för att inhämta information och synpunkter från representanter för primärvård och annan hälso- och sjukvård, landstingsledningar samt forskarsamhället. På listan över orter som besökts finns Malmö, Lund, Linköping, Kalmar, Bålsta, Skarpnäck, Uppsala, Tyresö, Torshälla, Tidaholm och Härnösand.

Parallellt med dessa besök har utredningen haft möten med de sakkunniga som regeringen förordnat till utredningen samt med en referensgrupp bestående av representanter för Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Landstinget Kalmar, Region Uppsala (t.o.m. våren 2018), Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund och Västerbottens läns landsting. Utredningen har haft sju sammanträden med sakkunnigruppen och fem möten med referensgruppen.

Utredningen har också träffat representanter för arbetsmarknadens parter och representanter för patient- och brukarorganisationer. Den 15 januari 2018 anordnade utredningen ett möte med särskilt utvalda experter på psykisk ohälsa i ett primärvårdsperspektiv.

Samtidigt med möten, studiebesök och inhämtande av synpunkter har utredningen med stöd i adekvat forskning och via analyser av närliggande erfarenheter arbetat fram ett format för en finansiell samordning som presenterats och reviderats allteftersom det växt fram.

Utredningen har haft särskilt stöd av tjänstemän med speciell kompetens vid Försäkringskassan i fråga om vissa data och vissa beräkningar samt stöd från särskild kompetens vid nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet och vid Karolinska Institutet i samband med framtagande av den bilaga som handlar om utvärdering av betänkandets förslag (bilaga 2).

Utredningen uppfattade mycket tidigt att förväntningarna på utredningen och dess resultat såg mycket olika ut bland olika intressenter. Vissa hade den bestämda uppfattningen att finansiell samordning borde gå mycket långt och till och med helt förändra innehåll och ansvarsbild i aktörernas grundläggande roller. Andra hade ett helt motsatt perspektiv och snarare ifrågasatte utredningens uppdrag som sådant, bl.a. utifrån argument om att hälso- och sjukvård har svårt att påverka sjukfrånvaro.

I syfte att möta båda infallsvinklarna har utredningen, utöver att ta fram förslag till en modell för finansiell samordning, lagt ned ett arbete på att i betänkandet ge exempel på teman och komponenter inom ramen för hälso- och sjukvårdens potentiella aktionsradie som borde kunna utvecklas. Utredningen lämnar i vissa av dessa delar även rekommendationer. Utredningen vill med detta tydliggöra att finansiell samordning i den form som föreslås kan vara en del i mer långtgående förändringar. Utredningen vill samtidigt markera ställningstagandet

att vården verkligen kan göra skillnad när det gäller att bidra till en stabil och hållbar sjukförsäkring.

2.3 Betänkandets disposition

Betänkandet innehåller nio kapitel. I kapitel 1 redovisas utredningens författningsförslag. I kapitel 2 (detta kapitel) redogörs för utredningens uppdrag och arbete. I kapitel 3 sammanfattas kortfattat, och delvis problematiserande, den bakgrund gällande kunskap om sjukfrånvaro mot vilken utredningens förslag kan förstås. Därefter beskrivs och diskuteras i kapitel 4 olika initiativ till samspel mellan sjukförsäkringen samt huvudmännen för hälso- och sjukvården som under de senaste tre decennierna har föreslagits och tagits, bl.a. för att öka hälso- och sjukvårdens motivation att arbeta på ett sätt som främjar en hållbar sjukförsäkring. I kapitlet görs vidare några internationella iakttagelser. I kapitel 5 resonerar utredningen kring olika teoretiskt tänkbara vägar, och kombinationer av vägar, som kan finnas vid framtagandet av en ny modell för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Resonemangen utmynnar i vissa grundläggande bedömningar när det gäller hur en sådan samordning kan och bör utformas. Kapitel 6 innehåller utredningens överväganden och förslag i sak. Kapitlet innehåller vidare förslag angående när och på vilket sätt de föreslagna författningarna och författningsändringarna ska träda i kraft. I kapitel 7 adresserar utredningen det sammanhang i vilket den finansiella samordningen kan komma att verka. Ambitionen med kapitlet är att ge exempel på vad som kan utvecklas i hälso- och sjukvårdens arbete med de utmaningar det handlar om. Syftet med kapitlet är också att ge några rekommendationer som utredningen funnit angelägna att diskuteras vidare – inte minst för att öka möjligheterna för finansiell samordning att nå den potential den har. En konsekvensbeskrivning av utredningens förslag presenteras i kapitel 8 och betänkandet avslutas med författningskommentarer i kapitel 9. Till betänkandet fogas tre bilagor. Bilaga 1 innehåller utredningens direktiv. I bilaga 2 beskrivs utredningens analys och slutsatser gällande förutsättningar för den finansiella samordningens införande och för utvärdering av samordningen. Bilaga 3 är en teknisk beskrivning av hur den finansiella samordningens referensfält ska fastställas och justeras.

3 Sjukfrånvaron i Sverige under tjugo år – några trender och aktörer

Mycket har sagts och skrivits om sjukfrånvaro i Sverige. Ämnet har vänts och vridits på i utredningar, forskningsrapporter och oräkneliga nyhets- och debattartiklar. Den som läser några slumpmässigt valda dagstidningar under några slumpmässigt valda veckor kommer sannolikt inte att kunna undgå nyheter om psykisk ohälsa, sjukdom på grund av stress i arbetslivet, eller variationer i sjukskrivningstal i riket.

Att uttömmande redogöra för de analyser som gjorts, eller de olika infallsvinklar som finns, är i det här sammanhanget vare sig görligt eller meningsfullt. Som en bakgrund till den här utredningen och dess ambitioner är det dock angeläget att uppmärksamma några drag i utvecklingen av svensk sjukfrånvaro under de senaste 20 åren tillsammans med några förklaringsfaktorer kopplade bl.a. till sjukförsäkringens regler och administration. I detta bakgrundskapitel uppmärksammar utredningen särskilt samspelet mellan sjukförsäkringens regelverk, hälso- och sjukvårdens förutsättningar och engagemang, samt Försäkringskassans roll i utvecklingen.

Kapitlet är avsett att sammanfattande spegla, och i någon mån problematisera, den kunskap som finns. Syftet är att klargöra de utgångspunkter som, tillsammans med det som anges i kapitel 4, ligger till grund för de konkreta bedömningar och förslag som presenteras i kapitel 5 och 6 samt de mer framåtsyftande idéer och rekommendationer som uttrycks i kapitel 7.

3.1 Svensk sjukfrånvaro

3.1.1 Nu på europeisk nivå

Sjukfrånvaron för anställda i Sverige har under flera decennier – tills för ett tiotal år sedan – varit hög jämfört med sjukfrånvaron för anställda i andra länder i Europa. År 2007 var den exempelvis 36 procent högre än genomsnittet av åtta europeiska jämförelseländer.¹ I den rapport som här refereras förklaras detta bl.a. av en betydligt högre andel kvinnor och en högre andel äldre arbetstagare i den svenska arbetskraften jämfört med övriga Europa.

Under senare år har dock den svenska sjukfrånvaron, trots att den stigit sedan 2010, legat mer i linje med nivån på sjukfrånvaron i Europa.² År 2016 var sjukfrånvaron i Sverige endast knappt en procent högre än genomsnittet för jämförelseländerna.³ Att skillnaden inte är större hänger samman med att sjukfrånvaron i flera av de övriga länderna – framför allt i Norge, Tyskland och Storbritannien – också har stigit. Precis som i Sverige, är det i första hand bland anställda kvinnor som sjukfrånvaron ökar. En genomgående trend är också att olika former av psykisk ohälsa står för en stor del av ökningarna i sjukfrånvaro.

Kraftig variation

Nivån på sjukskrivningar i Sverige har varierat kraftigt över tid. Med undantag för Norge och Nederländerna, avviker den svenska sjukfrånvaron från de flesta andra europeiska länder genom att uppvisa branta och utdragna svängningar mellan perioder av högre och lägre sjukfrånvaro (se figur 3.1). Utöver det otillfredsställande i att fenomenet är svårt att förstå och att förklara, har variationen betydande negativa konsekvenser för samhället och för de system som hanterar sjukförsäkringen. Variationen leder bl.a. till att kostnadsutvecklingen är svårförutsägbar och att berörda administrativa system utsätts för påfrestande svängningar i belastning. Båda dessa faktorer riskerar att inverka negativt på kvaliteten för medborgarna

¹ Försäkringskassan (2009b).

² Försäkringskassan (2016e).

³ Försäkringskassan (2017c).

och kvalitetsutvecklingen i berörda organisationer. Potentiella satsningar i välfärdssystemet, finjusteringar av sjukskrivningsprocessen, eller kvalitetshöjande utveckling av rehabiliteringsmetoder blir på grund av detta svårare att genomföra. Variationerna kan dessutom skapa en allmän osäkerhet kring hur hållbart och förutsägbart systemet är. I slutändan drabbar sjukfrånvarons variation både samhälle och individ negativt.

Försäkringskassan konstaterar i en analys att sjukfrånvarons variation inte har någon entydig koppling till folkhälsan.⁴ Myndigheten noterar visserligen en viss samvariation mellan bl.a. självrapporterade sömnbesvär och sjukfrånvaro under 2000-talet, men anger i den sammanvägda analysen att folkhälsan generellt över tid utvecklats stabilt och i positiv riktning. I stället pekar Försäkringskassan i studien på ett komplext mönster av både samverkande och motverkande faktorer som bedöms ha haft olika stor relativ inverkan under olika perioder. Några av de faktorer som är särskilt betydelsefulla är förändringar i regelverket,⁵ aktörernas tillämpning av försäkringen samt, fast något mer marginellt, beteende- och attitydförändringar hos befolkningen. Reglerna för, och användandet av, sjukersättning (tidigare förtidspension) intar en tydlig särställning.

Flera studier uttalar att utvecklingen inom sjukförsäkringen är resultat av ett komplext samspel mellan olika faktorer och olika aktörer. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) beskriver detta som "en kedja följdverkningar", där en förändring i vad rapportförfattaren kallar "primär efterfrågan" fortplantas och förstärks. ISF gör bedömningen att en viss instabilitet därför bör förväntas och att det kommer att finnas behov av kontinuerliga finjusteringar av bl.a. regeltillämpning.⁶

⁴ Försäkringskassan (2014a).

⁵ Försäkringskassan framhåller förändrade regler gällande sjukersättning (se Försäkringskassan [2014a]). Andra exempel är reglering av sjuklöneperiod, karensdagar och ersättningsnivåer (se t.ex. Svenskt Näringsliv [2012]).

⁶ Se t.ex. ISF (2015a).

Inflödet – stort och delvis oförklarat

Den kunskap som finns beskriver relativt väl hur den sjukfrånvaro som flödar in i sjukförsäkringen får olika konsekvenser som sammantaget leder till och bygger upp ett alltmer svårhanterligt ”lager” av fler och fler långa sjukskrivningar.⁷ Det är detta som kommer till uttryck i form av toppar i kurvorna över sjukfrånvaro över tid.

I studier förklaras också relativt väl hur förändrade regler och regeltillämpning kan förstärka en pågående trend.⁸

Fortfarande är kunskapen om inflödet i sjukförsäkringen begränsad. Hur ser den hälsorelaterade grunden i befolkningen ut? Hur ser de mekanismer ut som spelar in i och påverkar i vilken utsträckning detta manifesteras i sjukfrånvaro? I vilken omfattning, och på vilket sätt, kan hälso- och sjukvården lyckas hjälpa och stödja de människor som behöver hjälp och stöd utan att de blir kvar i sjukförsäkringen?

En betydande andel av dem som besöker hälso- och sjukvården blir inte sjukskrivna.⁹ Exakt hur stor andelen är vore värdefullt att få en valid bild av. Det vore även värdefullt med ökade kunskaper om i vilken utsträckning vårdens insatser (i samverkan med andra aktörer), bidrar till att individer inte blir sjukskrivna. Detsamma gäller skillnader mellan individer som lämnar sjukförsäkringen inom en begränsad tid och de som blir kvar som långa fall med sjukpenning.

Omfattningen av nedsättningen av arbetsförmåga är en given bestämningsfaktor. Individens motivation och relation till det egna arbetet en annan. Varje individ och omständigheterna runt individen är unika, men den avgörande frågan ur den här utredningens perspektiv är om, och hur, hälso- och sjukvården kan göra skillnad oavsett den hjälpsökande individens situation. Även om det inte finns några enkla och entydiga svar på någon av frågorna, skulle redan antydningar kunna utgöra inspiration till hur hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer, framför allt arbetsgivare och Försäkringskassan, skulle kunna utvecklas för att bidra till en sjukskrivningsprocess med högre kvalitet.

⁷ Se t.ex. Försäkringskassan (2017j).

⁸ Ett tydligt sådant exempel är när antalet sjukskrivna under 2000-talets början kraftigt minskade genom att de i stället för att få sjukpenning fick sjuk- och aktivitetsersättning, tidigare förtidspension (se Försäkringskassan [2014a] och ISF [2015a]).

⁹ Antalet psykosociala besök (hos kurator, psykolog och psykoterapeut) uppgick exempelvis i Stockholm 2016 till nästan 300 000. Även om dessa inte representerar lika många patienter så är det uppenbart att de som får hjälp utan längre sjukskrivning är betydande.

Utvecklingen under 2000-talets första decennium

Sjukfrånvaron i Sverige nådde en toppnotering 2002. Sjukpenningtalet var då 18,6, vilket är mer än 80 procent högre än noteringen för 2017 (10,1). Antalet individer som hade sjukersättning (förtidspension) låg på cirka 500 000 mot nuvarande knappa 300 000. Antalet individer som 2003 nybeviljades sjukersättning var 63 000, att jämföra med dagens (2017) siffra på mindre än 5 700.

Perioden som följde innehöll en rad förändringar och faktorer som tillsammans bidrog till att sjukskrivningarna i Sverige kraftigt minskade fram till december 2010. En viktig faktor i sammanhanget var att ett stort antal människor under några år efter 2002 beviljades sjukersättning och på så sätt försvann från statistiken för sjukpenning.¹⁰ Till utvecklingen bidrog även nya lagregler, nya metoder för stöd i sjukskrivningsprocessen, samt statligt stöd till landstingen för att bygga och utveckla kompetens på området.¹¹ Den s.k. rehabiliteringskedjans nya regler som infördes 2008 innebar bl.a. att individers arbetsförmåga prövades och bedömdes på ett nytt sätt.¹² Därutöver infördes en tidsgräns för hur långa sjukskrivningar kunde vara. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd innebar ett stöd för enhetligare och bättre motiverade sjukskrivningar.¹³

I december 2010 började sjukskrivningarna åter öka. En av flera orsaker till att vändningen kom just då var att de nya reglerna gällande sjukersättning, som infördes 2008, först då nådde full kraft. De nya reglerna innebar att det blev svårare att få sjukersättning, vilket har medfört att fler individer blir kvar i sjukskrivning. Enligt Försäkringskassans analys förklarar de nya reglerna cirka hälften av ökningen av sjukpenningtalet.¹⁴ En annan drivande faktor var enligt myndigheten det ökande inflödet av nya sjukskrivningar, varav många med stressrelaterade diagnoser som sjukskrivningsorsak.¹⁵ En betydande del av inflödet var s.k. återvändare, dvs. sjukskrivna som nått den bortre tidsgräns som då fanns för hur långa sjukskrivningar

¹⁰ Försäkringskassan (2014a).

¹¹ Se t.ex. Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting (2011).

¹² De gällande bestämmelserna om rehabiliteringskedjan finns i 27 kap. 46–55 b §§ socialförsäkringsbalken.

¹³ Försäkringskassan (2009a) och (2010a).

¹⁴ Försäkringskassan (2014g).

¹⁵ Försäkringskassan (2017e).

tilläts bli och som efter en relativt kort tid utanför sjukförsäkringen återvänt in i den.¹⁶

3.1.2 Ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro

Olika former av psykisk ohälsa är i dag den största orsaken till pågående sjukskrivningar både bland kvinnor och män. Trenden är densamma internationellt. Världshälsoorganisationen konstaterar att psykiska hälsoproblem är bland de främsta orsakerna till sjukdom, funktionsnedsättning och arbetsoförmåga i världen.¹⁷

Av pågående sjukfall i Sverige står psykisk ohälsa för cirka 46 procent. Närmare tre av tio nya sjukfall har psykiatrisk diagnos och nästan hälften av dem i form av stressrelaterade tillstånd. Ökningen i dessa diagnoser mellan 2010 och 2015 var 119 procent.¹⁸

Det finns många teorier om orsakerna bakom psykisk problematik i det moderna samhället.¹⁹ Det finns också en rad helt olika men parallella diskussioner som exempelvis kan handla om huruvida det vi uppfattar som en ökning i själva verket delvis är ett uttryck för att det är mer accepterat att uppleva och uttrycka sig om psykiska problem, eller om hur mycket av det psykiska måendet som bottnar i ett orealistiskt lyckoideal konstant exponerat via sociala media.²⁰ Uppenbart är att psykisk ohälsa inte är något som bara drabbar vuxenvärlden utan växer påtagligt som ohälsoproblem även bland unga människor.²¹

Begreppet ”ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro” används genomgående i betänkandet. Utredningen utgår från att variationen i sjukfrånvaro är, och har varit, ett av de mer uttalade problemen vad gäller sjukfrånvarons utveckling. Begreppet är avsett att fokusera på de delar av ohälsa som varierar mer än andra, bl.a. psykisk ohälsa och

¹⁶ Försäkringskassan analyserade 2014 data gällande 2013 och konstaterade bl.a. att av de 37 543 individer som nådde maxgränsen 2011 hade 52 procent återvänt i sjukförsäkringen (se Försäkringskassan [2014f]).

¹⁷ World Health Organization (2008).

¹⁸ Försäkringskassan (2016e).

¹⁹ Se exempelvis Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte (2016), Folkhälsomyndigheten (2018) och Åsberg, M. m.fl. (2010).

²⁰ Se t.ex. Twenge, J. (2017).

²¹ Socialstyrelsen konstaterar i en rapport från 2017 att det bland unga kvinnor är hela 15 procent som utifrån myndighetens register har någon form av psykisk ohälsa. De diagnoser som bidrar till ökningen är främst depressioner och olika ångestsyndrom. (Socialstyrelsen [2017c]). Se även Folkhälsomyndigheten (2018).

smärtproblematik, utan att behöva upprepa detta och utan att exkludera andra kombinationer av diagnoser och symptom som också förekommer.

Koppling till arbetet?

Eftersom en stor del av den sjukskrivningsdrivande psykiska ohälsan är stressrelaterad så kan ett rimligt antagande vara att den delvis kan vara kopplad till arbete. Ett sådant antagande förstärks av att sjukfrånvaro är oproportionerligt fördelad mellan olika sektorer av arbetsmarknaden. Anställda i s.k. kontaktyrken (skola, vård och omsorg) står för en stor andel av sjukfrånvaron och en stor andel av ökningen av sjukfrånvaron under senare år.²² Kommuner och landsting står tillsammans med stora privata välfärdsföretag särskilt ut i statistiken. Det finns stöd för att det inte i första hand handlar om offentlig eller privat driftsform, utan snarare om faktorer relaterade till arbete i välfärdssektorn som sådan. En intressant iakttagelse – som även gäller på andra delar av arbetsmarknaden – är att stora organisationer/arbetsgivare kan kopplas till en större risk för sjukfrånvaro än små.²³

Eftersom det är i den här delen av arbetsmarknaden som framför allt kvinnor arbetar uppstår en svårbesvarad fråga om hur stor del av sjukfrånvaron som beror på negativa faktorer i arbetsmiljön och hur stor del som beror på arbetskraftens sammansättning i dessa sektorer.²⁴

Kön och sjukfrånvaro

Två av tre sjukskrivna är kvinnor (se figur 3.1). Bland sjukskrivna med psykisk ohälsa är kvinnor överrepresenterade i ännu högre grad. När sjukfrånvaron stiger så stiger den kraftigare för kvinnor än för män och när sjukfrånvaron sjunker så sjunker den mer för kvinnor än för män.

Kvinnor uttrycker i högre grad än män att man upplever sin hälsa som dålig. När det gäller besvär av ängslan, oro eller ångest är skillnaderna mellan könen ännu mer påtaglig.²⁵

²² Försäkringskassan (2015c).

²³ Försäkringskassan (2018a) och Försäkringskassan (2018b).

²⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2017c).

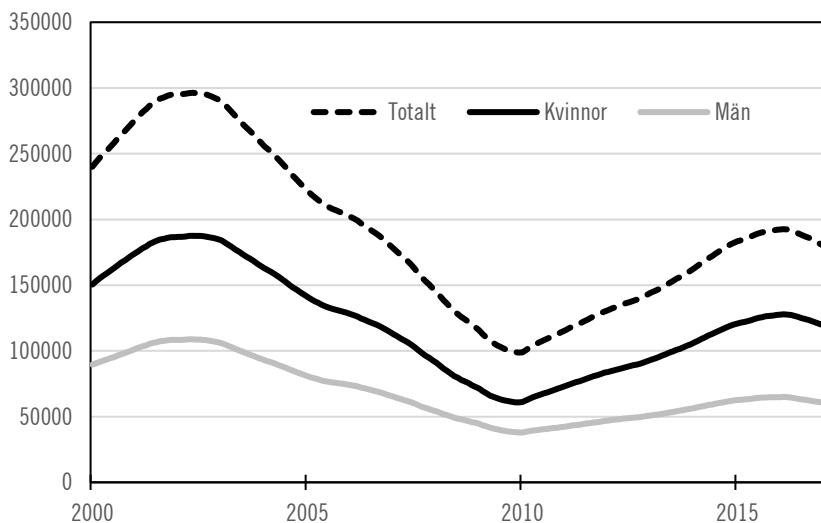
²⁵ Statistiska centralbyrån (2018c).

Det har framförts olika förklaringar till orsakerna bakom skillnader i ohälsa och sjukfrånvaro mellan könen. Vanliga förklaringsmönster utgår bl.a. från den könsuppdelade arbetsmarknaden och från ojämlikhet vad gäller ansvar för hemarbete och familj. Teorierna går bl.a. ut på att det är skillnader mellan män och kvinnor i relation till arbete, fritid, barn, obetalt hemarbete, relationer och förväntningar som avtecknar sig i statistiken.²⁶

Oavsett hur orsakssambanden ser ut så kan det konstateras att skillnader i sjukfrånvaro indikerar ojämlikhet vad gäller hälsa. Förhållandet har väckt frågor om det även kan finnas ojämlikhet vad gäller det sätt som hälso- och sjukvården möter kvinnor och män och vilka konsekvenser som detta i sådant fall får.²⁷ En liknande fråga handlar om ifall sådana tendenser kan finnas i Försäkringskassans hantering.²⁸ Det finns en uttalad politisk ambition om att skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro ska minska.²⁹

Figur 3.1 Antalet pågående sjukfall, 2000–2017

Sjuk- och rehabiliteringspenning, glidande 12-månadersmedelvärden



Källa: Försäkringskassan.

²⁶ Se Försäkringskassan (2015c).

²⁷ Se ISF (2016d). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har bl.a. publicerat en handbok i syfte att motverka sådana eventuella tendenser (se SKL [2010]).

²⁸ ISF (2013b).

²⁹ Se regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.

Minskande andelar med smärtproblematik

Utöver psykisk ohälsa är också olika former av smärtproblematik och sjukdomar i rörelseapparaten tydligt kopplade till historiska variationer i sjukfrånvaro. Diagnoskategorin minskar dock i relativ betydelse över tid. Första kvartalet 2009 stod besvär i muskler och leder för 25 procent av de pågående sjukfallen och psykiatriska diagnoser för 29 procent. Första kvartalet 2017 var fördelningen 18 procent för besvär i muskler och leder och 45 procent för psykiatriska diagnoser. Det har tidigare visats finnas en betydande samsjuklighet där individer samtidigt lider av både somatiska och psykiska besvär³⁰ och det kan inte uteslutas att en viss del av förändringen i relativ storlek för de två diagnoskategorierna är ett resultat av en glidning gällande vilken huvuddiagnos läkare angett på sjukintyget.³¹

Troligtvis står glidningar av diagnos bara för en mindre del av den förskjutning som har skett. Det finns dock skäl att anta att utmaningar i samband med hjälp och stöd till vårdsökande med psykisk ohälsa delvis uppvisar likheter med utmaningar i samband med vårdsökande med besvär i rörelseapparaten. I båda fallen tycks det finnas ett behov av utveckling av speciellt anpassade metoder och förhållningssätt.³² Inte minst gäller det val av för vilken hjälpsökande som olika insatser kan förväntas ha bäst effekt.³³

Till detta kan läggas att det inte är ovanligt att individer samtidigt har flera diagnoser, att båda kategorierna är symtomdiagnoser med en ofta diffus symtombild, samt att riskfaktorer för lång sjukskrivning är delvis samma i de båda diagnoskategorierna.³⁴ Aspekter som handlar om förhållanden i individers arbeten, och andra väsentliga delar av livet, torde oavsett diagnos kunna antas ha betydelse för val av vårdstrategi (se exempelvis avsnitt 7.3).

Stabilitet i de flesta diagnoser

Drygt hälften av alla påbörjade sjukfall avser diagnoser inom psykisk ohälsa samt smärtproblematik och sjukdomar i rörelseapparaten. De båda diagnosgrupperna går åt helt olika håll; nya sjukfall i psykisk

³⁰ Socialstyrelsen (2017a).

³¹ Se exempelvis Riksrevisionen (2018b).

³² I flera landsting, bl.a. i Kalmar län, satsas det på s.k. basteam i primärvården.

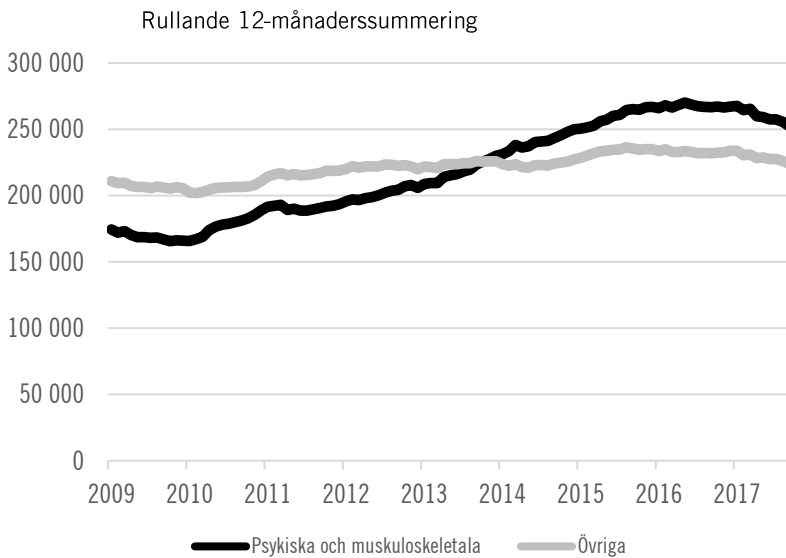
³³ Post Sennehed, C. (2016) och Stockholms läns landsting (2017b).

³⁴ Linton, S. J. och Halldén, K. (1998) samt Kendall, N. A. S. m.fl. (1997).

ohälsa ökar kraftigt medan de nya sjukfallen för besvär i rörelseorganen minskar.

I den andra hälften av de startade sjukfallen, som rymmer alla andra typer av diagnoser, är variationen över tid betydligt mindre än i den förstnämnda delen. Av figur 3.2 framgår att antalet startade sjukfall för diagnoser som inte är psykisk ohälsa eller ohälsa i rörelseapparaten har ökat relativt lite mellan 2009 och 2017. Om kurvan justerades för befolkningstillväxten under perioden skulle den ökningen minska ytterligare.

Figur 3.2 Antal startade fall uppdelat på diagnos



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

All sjukfrånvaro ökar alltså inte kraftigt och all sjukfrånvaro varierar inte heller kraftigt. Detta kan vara angeläget att uppmärksamma.³⁵ Det antyder att det trots allt redan finns en betydande grad av stabilitet. Utvecklingen är inte i alla delar helt oförutsägbart. Förhållandet ger en tydlig fingervisning om var utmaningarna finns när det gäller att förstärka stabiliteten i sjukfrånvaron. Utredningen återkommer till detta tema i framför allt kapitel 7.

³⁵ Utredningen tar fasta på detta bl.a. i den bredare diskussion som görs i kapitel 7 kring frågor om differentiering, bl.a. i samband med informationskrav i läkarintyg.

Arbetslösa och utrikes födda

Sjukfrånvaron ser inte likadan ut i alla delar av befolkningen. Två kategorier som i dag, och förmodligen även framöver, har speciella förutsättningar är den del av befolkningen som saknar arbete och vissa av de människor som har immigrerat till Sverige.

Andelen av de sjukskrivna som saknar arbete ligger systematiskt på nivåer som är högre än motsvarande andel av befolkningen som helhet. De arbetslösa stod i december 2016 för 15 procent av pågående sjukfall. Detta kan jämföras med andelen arbetslösa i befolkningen som 2016 uppgick till cirka sju procent. De arbetslösa uppvisar större andel långa sjukskrivningar, och psykisk ohälsa är vanligare som sjukskrivningsorsak bland arbetslösa, än bland sjukskrivna med arbete.

Det är svårt att veta i vilken utsträckning psykisk ohälsa och sjukskrivning är orsakade av arbetslöshet, eller i vilken utsträckning arbetslösheten är en konsekvens av ohälsa. Båda fenomenen kan förmodas förekomma.

Ur utredningens perspektiv har detta vissa implikationer. För den här gruppen finns det exempelvis ingen faktisk arbetsplats att rehabilitera tillbaka till och därför ingen arbetsgivare som en läkare eller rehabkoordinator kan tala med. I överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden sägs att rehabkoordinatorer ska kontakta Arbetsförmedlingen om arbetsgivare saknas. Det kan säkert ha ett stort värde för många arbetslösa sjukskrivna, men torde generellt inte erbjuda samma möjligheter som en existerande arbetsplats kan göra.³⁶

En annan särskild grupp är utrikes födda. Försäkringskassan konstaterar i en studie av migration och sjukskrivning att människor födda i ett annat land än Sverige generellt har lägre sjukfrånvaro än människor födda i Sverige.³⁷ Detta beror på att utrikes födda i stor utsträckning ännu inte lyckats kvalificera sig för rätt till ersättning.³⁸ Jämförs däremot utrikes födda som har en reell möjlighet att få sjukpenning med motsvarande kategori inrikes födda så är sjukfrånvaron högre för de utrikes födda. Försäkringskassan anger i sin

³⁶ Staten, genom Socialdepartementet, och SKL (2016).

³⁷ Försäkringskassan (2017d).

³⁸ Ett krav för att kunna uppbära sjukpenning är att ha kvalificerat sig genom att ha sjukpenninggrundande inkomst.

analys att detta delvis, men inte helt, kan förklaras med att utrikes födda är överrepresenterade i yrken med hög sjukfrånvaro (service-, omsorgs- och försäljningsyrken). Utrikes födda upplever i betydligt större omfattning än anställda födda i Sverige psykiskt obehag inför jobbet.³⁹

3.1.3 Utvecklingen efter december 2010

Sjukfrånvaron sjönk under sju år fram till december 2010 då den åter började stiga. Mellan 2010 och 2016 nästan fördubblades antalet utbetalda sjukpenningdagar.⁴⁰ En bidragande faktor var de nya striktare reglerna för sjukersättning som började verka fullt ut 2010 och som Försäkringskassan beräknar utgör cirka hälften av uppgången.

Under 2016 började sjukfrånvaron plana ut. Sjukpenningtalet⁴¹ låg i mars 2016 på 10,6, i mars 2017 på 10,8, och i mars 2018 på 9,9. Det finns därmed en antydning till vad som kan vara en trend mot ökad stabilitet och kanske en fortsatt minskning av sjukfrånvaron.

En rad faktorer och händelser som kan antas ha bidragit till ökningen och andra som kan antas ha bidragit till att dämpa takten kan nämnas.⁴²

Parlamentariska socialförsäkringsutredningen uttryckte i sitt slutbetänkande 2015 ett behov av att definiera vilken nivå av sjukfrånvaro som är långsiktigt hållbar.⁴³ Senare samma år presenterade regeringen ett mål om ett sjukpenningtal på 9,0 år 2020 och ett riktmärke om att genomsnittligt antal nybeviljade sjukersättningar inte bör överstiga 18 000 per år under perioden 2016–2020.⁴⁴ Målet presenterades som ett inslag i ett brett åtgärdsprogram med syfte att vända utvecklingen. Sjukpenningtalet hade då stadigt stigit under sex år och utvecklingen gav skäl att befara en ny sjukfrånvaropuckel var under uppsegling.

En konsekvens av det vetenskapliga och politiska intresse som under en rad år ägnats sjukfrånvaro är att det råder konsensus om att

³⁹ 31 procent att jämföra med 20 procent enligt Sveriges Företagshälsor (2017).

⁴⁰ Antalet bruttodagar (dvs. när även sjukskrivning under del av en dag räknas som en dag) ökade under den här perioden från 37 miljoner till 71 miljoner.

⁴¹ Sjukpenningtalet är antalet utbetalda nettodagar fördelat över befolkningen i arbetsför ålder.

⁴² En svårbedömd faktor är den förändring i socialförsäkringsbalken som gjordes 2016 och som innebar att den borte tidsgränsen togs bort.

⁴³ Se SOU 2015:21. Utredningen angav ett förslag om att sjukpenningtalet inte bör överstiga 2013 års nivå (s. 511).

⁴⁴ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015).

det är ett komplext fenomen. Både att förstå och att åtgärda. Detta kommer till uttryck i regeringens åtgärdsprogram, som innehåller en rad olika teman. Strategier för insatser på arbetsmiljöområdet, stärkta förutsättningar för Försäkringskassan att hantera sitt uppdrag, samt strategier för ökad uppföljning inom hälso- och sjukvården av om insatser leder till återgång i arbete är några exempel.

Kursändringar i Försäkringskassans arbete

Försäkringskassan har under den senaste tioårsperioden delvis bytt förhållningssätt i arbetet med sjukförsäkringen.⁴⁵ Först genom en förflyttning för ökat förtroende och en ny serviceattityd gentemot myndighetens ”kunder”, sedan med en förflyttning mot att hantera sjukförsäkringen med högre grad av försäkringsmässighet.

Förändringar i myndighetens fokus kan bl.a. avläsas i grad av prövning av arbetsförmåga vid regelstyrda tidsgränser och i nivåer på avslag och indrag.⁴⁶ Den förstnämnda kursändringen kan antas ha bidragit till sjukfrånvarons ökning, den senare till att utvecklingen dämpats och stabiliserats. Avslagen på initial ansökan om sjukpenning har blivit vanligare. De bedömningar som ska göras vid rehabiliteringskedjans tidsgränser görs i större omfattning på utsatt tid och andelen av dessa bedömningar där sjukfallet avslutas har ökat. Sjukskrivningstiderna för dem som är sjukskrivna mindre än ett år har börjat sjunka.⁴⁷

En del i den senaste omorienteringen är att Försäkringskassans arbetssätt inom ramen för myndighetens samordningsuppdrag förändrats.⁴⁸ Myndigheten har satsat mer resurser på bedömningar gällande rätt till sjukpenning och mindre på exempelvis avstämningssmöten med arbetsgivare och hälso- och sjukvården. Detta uppfattas av hälso- och sjukvården som problematiskt (se avsnitt 3.2.3).

⁴⁵ Se exempelvis ISF (2016c) och (2018b).

⁴⁶ Försäkringskassan (2017f).

⁴⁷ Försäkringskassan har uppgett att myndigheten sedan 2015 arbetat med att stärka handläggningen av sjukskrivningar (se Försäkringskassan [2017f]).

⁴⁸ Försäkringskassan (2016g).

Fortsatta processer för kvalitet

Parallellt med utvecklingen av sjukfrånvaron och med Försäkringskassans förändrade fokus har olika processer med syfte att höja kvaliteten i sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården initierats och utvecklats.

Landstingen har under mer än en tioårsperiod engagerat sig i ett omfattande arbete för att utveckla kompetens och struktur på det försäkringsmedicinska området. En stor del av det arbetet har bedrivits inom ramen för överenskommelser mellan regeringen och SKL, där landstingen har fått stimulansbidrag för att stärka vårdens arbete i sjukskrivningsprocessen.⁴⁹

Utvecklingen omfattar en rad olika satsningar av både generell och specifik karaktär. Det har bl.a. handlat om att introducera och utveckla nya behandlingsmetoder, om att arbeta med kvalitet i läkarintyg, om satsningar på teamarbete och att använda nya personalgrupper, om satsningar på ny teknik för informationshantering, om ökad kompetens i försäkringsmedicin, om insatser för att utveckla och använda fördjupade försäkringsmedicinska utredningar och om utvecklande av nya instrument som stöd vid bedömningar. Ett av de senaste initiativen är den satsning på rehabkoordinatorer som gjorts i ett flertal landsting och som har rapporterats ha haft god effekt.⁵⁰

Listan kan göras mycket lång. En sammanfattande analys som utredningen gör är att landstingen gradvis gått från att etablera ett grundläggande synsätt om frågans betydelse och grundläggande kompetens på området, till att efter hand mer och mer fokusera på speciella aspekter där det uppfattats att det finns kunskapsluckor eller brister, som t.ex. när det gäller jämställdhetsaspekter i sjukskrivningsprocessen eller det stora behovet av ökad samverkan med arbetsgivare.

Fortfarande finns dock stora utmaningar för att minska variationen i sjukfrånvaro. De riktigt långvariga sjukskrivningarna och det stora inflödet av nya sjukfall är två delar i detta.

Parlamentariska socialförsäkringsutredningen tog upp detta i sitt betänkande och efterlyste ”betydande resursförstärkningar” för att landstingens arbete med sjukskrivning ska stärkas. Utredningen

⁴⁹ Se staten, genom Socialdepartementet, och Landstingsförbundet (2006) samt staten, genom Socialdepartementet, och SKL (2008), (2009), (2011), (2012), (2013) och (2016).

⁵⁰ Stockholms läns landsting (2017b).

ansåg bl.a. att ”återgång i arbete” måste bli ett mått på hälso- och sjukvårdens resultat.

Utredningen uttryckte också att ett krav på samverkan, med i första hand individens arbetsgivare, borde införas i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).⁵¹ Det förslaget har regeringen inte gått vidare med.

3.2 Sjukskrivningsprocessen

Variation i sjukfrånvaro förefaller ha olika grundorsaker och kunskapen på området är begränsad. Att sjukförsäkringens regler och tillämpning har inverkan på i vilken utsträckning ohälsa leder till sjukfrånvaro synes klarlagt. Arbetsgivares avgörande betydelse för att förebygga och bidra till en hållbar återgång i arbete efter en sjukskrivning tycks likaså ha vetenskapligt stöd.⁵²

Den kedja av aktörer och händelser som leder fram till att någon blir sjukskriven och att sjukskrivningen sedan avslutas brukar betecknas som sjukskrivningsprocessen. Bland aktörerna i sjukskrivningsprocessen finns bl.a. den försäkrade själv, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt den försäkrades arbetsgivare. I vissa fall finns Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, företagshälsovården och andra aktörer med kopplingar till ohälsa eller rehabilitering med i bilden.

Aktörernas rollfördelning, och vilka konkreta moment som ingår i sjukskrivningsprocessen, är inte givna, utan är föremål för diskussion och utveckling.

Ett förhållande som ofta diskuteras är vilket formellt och finansiellt ansvar som ska vila på arbetsgivare. Ett annat exempel på en fråga som har diskuterats är om alla läkare, eller bara vissa, ska ha rätt att utfärda sjukintyg.⁵³

Överväganden som handlar om vad som är praktiskt möjligt kan ofta vara avgörande. I nämnda exempel skulle troligtvis speciellt utvalda läkare hantera sjukskrivningsfrågor med hög kvalitet, men det är lätt att föreställa sig den organisatoriska utmaningen i att förmå undvika den ”flaskhalsproblematik” som skulle kunna uppstå när

⁵¹ SOU 2015:21, s. 68.

⁵² Forte (2016).

⁵³ Se exempelvis Hägglund, P. och Johansson, P. (2016).

mer än en miljon korta och oproblematisksa sjukskrivningar årligen ska hanteras.⁵⁴

Kvalitetsambitioner får i många sammanhang stå tillbaka för sådant som är relaterat till resurser och praktiska förutsättningar. Så även när det gäller Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning. Det inbegriper aspekter som under andra grundförutsättningar skulle kunna ha sett annorlunda ut.

Utredningen vill betona att utredningens utgångspunkt är att hög kvalitet i sjukskrivningsprocessen är något som förutsätter flera aktörers engagemang på flera samtidiga sätt. Det är förenklat uttryckt sällan frågan om ”antingen eller”, utan ofta om ”både och”. Utredningen står med detta för synsättet att kvalitetshöjningar i en del av processen bidrar till bättre förutsättningar för kvalitetshöjningar i andra delar av den.

3.2.1 Hälso- och sjukvårdens samt Försäkringskassans uppdrag och ansvar i sjukskrivningsprocessen

I det föregående avsnittet räknas en lång rad aktörer som ingår i sjukskrivningsprocessen upp. Utredningens fokus är hälso- och sjukvården och dess relation till sjukförsäkringen och till de aktörer som finns i sjukskrivningsprocessen. Med ett annat perspektiv, om utredningen exempelvis hade varit inriktad på arbetsgivarnas roll i processen, skulle andra frågor tagit större plats.

I den aktuella kontexten är det två aktörer i sjukskrivningsprocessen som tilldrar sig ett särskilt intresse: hälso- och sjukvården samt Försäkringskassan. De två aktörerna har i grunden olika uppdrag, ansvar och organisation.

Två samhällsuppdrag

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika samhällsuppdrag.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att tillhandahålla god vård på lika villkor till hela befolkningen och med god hälsa som övergripande

⁵⁴ I kapitel 7 framförs tankar på att effektivisera med stöd av team. Detta är väsentligt annorlunda än tanken på att bara vissa läkare får sjukskriva eftersom en stor andel sjukskrivningar i grunden är triviala.

mål. I detta ingår att förebygga ohälsa. Vården ska bl.a. bygga på respekt för patientens integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Grundläggande principer är bl.a. alla människors lika värde och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.⁵⁵

Försäkringskassans samhällsuppdrag är att administrera stora delar av socialförsäkringen. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Detta bl.a. genom att se till att rutiner är kostnadseffektiva och enkla att följa för enskilda och företag samt genom att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och motverka bidragsbrott.⁵⁶

De båda samhällsaktörerna bedriver var för sig omfattande verksamheter som bara delvis är kopplade till varandra och till sjukförsäkringen.

Under 2016 gjordes närmare 69 miljoner besök i de 21 landsting eller regioner⁵⁷ där hälso- och sjukvård finansieras och bedrivs. Hälso- och sjukvården har närmare 200 000 anställda och nettokostnaden uppgick 2016 till drygt 250 miljarder kronor.⁵⁸ Primärvården, som är av särskilt intresse i den här utredningen, står för cirka 17 procent av detta. Primärvård bedrivs vid 1 144 vårdcentraler runt om i landet, varav 486 i privat regi.⁵⁹

Försäkringskassan administrerar närmare 50 olika förmånsslag inom socialförsäkringen och utbetalningarna omfattade 2016 mer än 227 miljarder kronor. Myndigheten är med sina omkring 13 400 anställda en av Sveriges största statliga myndigheter. Ungefär 3 000 av de anställda arbetar med sjukförsäkringen vid fem verksamhetsområden: väst, syd, nord, mitt och Stockholm, vilket innebär en indelning där grupper av landsting tillhör Försäkringskassans regioner. Under 2016 betalades 33,7 miljarder kronor ut i sjukpenning till 625 000 individer.

⁵⁵ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

⁵⁶ Se 1 och 2 §§ förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

⁵⁷ Inklusivt Gotland

⁵⁸ SKL (2018d).

⁵⁹ SOU 2016:2.

Olika men sammanlänkade roller

Utöver olika samhällsuppdrag har hälso- och sjukvården och Försäkringskassan också olika ansvar i sjukskrivningsprocessen. Detta samtidigt som de båda systemen är sammanlänkande i den vardag som de verkar i.

Vårdens uppgift relaterad till sjukskrivningsfrågor är i första hand att bedöma och behandla människors ohälsa. I vissa fall betyder det att i samverkan med andra bidra till att nedsatt arbetsförmåga återvinns.

Försäkringskassans uppgift i sjukskrivningsprocessen är bl.a. att ansvara för samordning av insatser som hälso- och sjukvården, arbetsgivare och andra aktörer kan behöva göra för att återgång i arbete ska vara möjligt.

Systemen är sammanlänkade också när det gäller hanteringen kring det ekonomiska stöd från sjukförsäkringen som den som är försäkrad kan få om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Hälso- och sjukvården utfärdar intyg om detta som Försäkringskassan har som underlag för att fatta beslut om individen har rätt till sjukpenning (eller någon annan förmån som kan vara aktuell).

I ett läkarintyg ska uppgifter om bl.a. diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och aktuella arbetsuppgifter i nuvarande arbete fyllas i. Ett intyg ska utifrån Socialstyrelsens föreskrifter som regel utfärdas efter en personlig undersökning och läkaren ska vara objektiv vid insamlingen av det material som ligger till grund för intyget. Intyget ska vara fullständigt och entydigt.⁶⁰

Vid den stora mängd tydliga och okomplicerade sjukfall som passerar igenom systemet är hälso- och sjukvårdens bedömning styrande för individens rätt till ersättning och ifrågasätts vanligtvis inte av Försäkringskassan.⁶¹

Den s.k. rehabiliteringskedjans regler innebär att Försäkringskassans bedömningsgrunder gradvis ändras. Fram till och med dag 90 ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till den enskildes vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt

⁶⁰ Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.

⁶¹ År 2012 fick 2,4 procent avslag på ansökan. Bland de beviljade följde Försäkringskassan läkarens bedömning i 98,4 procent av fallen (se ISF [2014c]).

erbjuder den enskilde. Efter att den enskilde har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska Försäkringskassan bedöma arbetsförmågan gentemot en arbetsgivares alla arbeten och Försäkringskassan har ansvar att utreda om en anpassning är möjlig. Efter 180 dagar ska individens arbetsförmåga bedömas gentemot varje normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den enskilde.⁶²

Det betyder att arbetsförmågebedömningar efter hand ändrar karaktär och gradvis flyttas utanför hälso- och sjukvårdens kompetensområde. Det är exempelvis Försäkringskassans uppgift att ta reda på och bedöma vad en arbetsgivare kan göra för anpassningar för att underlätta rehabilitering och/eller att bedöma om en person kan klara ett annat normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Dubbla funktioner

Både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kan beskrivas ha dubbla funktioner i sjukskrivningsprocessen.

Båda har å ena sidan uppdraget att på olika sätt bidra till hälsa och till arbetsförmåga; hälso- och sjukvården via sjukvårdsinsatser och Försäkringskassan via samordning av rehabilitering, samverkan med arbetsgivare etc. Båda aktörerna har å andra sidan också ansvar för att bidra till att individer som inte kan arbeta på grund av sjukdom får stöd från sjukförsäkringen på ett adekvat och rättssäkert sätt.

I de flesta fall hanteras båda aspekterna av de två aktörernas ansvar på ett sätt och med ett resultat som inte innebär något ifrågasättande av hur processen fungerar. Vården hjälper människor att bli friska och Försäkringskassan betalar ut sjukpenning under den tid som människor kan behöva avstå från att arbeta p.g.a. sjukdom. De intyg som vården utfärdar används som adekvata underlag i processen.

Risk för otydlighet

Dubbelheten i de båda aktörernas uppdrag kan leda till otydlighet kring ansvarsfördelningen. Att båda aktörerna har dubbla funktioner betyder inte att de har *samma* dubbla funktioner. Det finns

⁶² 27 kap. 46–49 §§ socialförsäkringsbalken.

exempelvis ingen motsvarighet inom hälso- och sjukvården till det samordningsansvar som Försäkringskassan har (se avsnitt 3.2.3).

Den situation som präglat utvecklingen de senaste 20 åren, och som beskrivits i detta bakgrundskapitel,⁶³ ger dock anledning till att väcka frågor om vilka utvecklingsmöjligheter som finns i det sätt som de två aktörerna hanterar sina respektive ansvarsområden. Det väcker också frågor om de båda systemens insatser samspelar optimalt med varandra.

I det följande beskrivs några delar av vårdens och Försäkringskassans dubbla roller och aktörernas relation till varandra. I kapitel 7 återkommer utredningen till temat med en sammanfattande analys och några rekommendationer.

3.2.2 Försäkringsmedicinskt arbete i hälso- och sjukvården

Det försäkringsmedicinska uppdraget i hälso- och sjukvården är både inriktat mot att utreda och behandla ohälsa och mot att ta ställning till frågor direkt kopplade till sjukförsäkringens regler (se avsnitt 7.1.1).⁶⁴

Bedömningar om patienters behov av sjukskrivning förekommer i alla delar av svensk hälso- och sjukvård. I enkätstudier anger mellan en tredjedel och hälften av de svarande läkarna inom ortopedi, onkologi, rehabilitering, företagshälsovård och på smärtmottagningar att de oftare än tio gånger i veckan möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.⁶⁵ Dessa andelar är större än för läkare vid vårdcentral där tolv procent anger samma svar. Bland samtliga läkare från alla specialiteter uppger fyra av fem att man har sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan.

Det är utifrån dessa resultat dock svårt att dra precisa slutsatser om hur volymer på sjukskrivningar fördelar sig över olika delar i hälso- och sjukvården. Antalet svarande läkare vid vårdcentral är i den refererade undersökningen till exempel fem gånger fler än de ortopeder som ingår i studien. Resultaten säger vidare inget om antalet unika bedömningar gällande sjukskrivning som görs: ett stort

⁶³ Bland annat en i grunden ansträngd hälso- och sjukvård, ett till stora delar nytt ohälsopanorama, ett konstant förändrat arbetsliv och en sjukfrånvaro som varierar på ett svår-förklarat sätt.

⁶⁴ Se exempelvis SKL (2018b) eller de vägledningar som Stockholms läns landsting nu arbetar fram (se Stockholms läns landsting [2018]).

⁶⁵ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

antal besök vid specialistkliniker är exempelvis återbesök. Framför allt går det inte att veta något om karaktären på de ärenden det handlar om. Den avgörande frågan här är i vilken utsträckning sjuk-skrivning hade kunnat påverkas av vårdens insatser.

Hälso- och sjukvårdens insatser mot ohälsa

Under 2000-talet har hälso- och sjukvården fått ett allt större fokus på psykisk ohälsa och smärtproblematik. Nya läkemedel och nya behandlingsmetoder har utvecklats. Det finns vetenskapligt stöd för att många människor fått minskade besvär och ökad livskvalitet som resultat av detta.⁶⁶

De nya metoderna har inte i samma utsträckning visats leda till minskad sjukfrånvaro och till ökad återgång i arbete efter sjuk-skrivning. Delvis kan detta vara en konsekvens av att återgång i arbete tidigare inte varit vanligt som utfallsmått i forskning om detta. Senare forskning pekar dessutom på ett antal faktorer som både förklarar utebliven framgång och som indikerar hur insatser skulle kunna bli effektivare ur ett arbetsförmågeperspektiv.

Initiativ som omfattar insatser på arbetsplatsen är exempelvis mer effektiva än insatser utan sådana komponenter. Utvecklade metoder för att med större precision välja ut de hjälpsökande individer som kan ha mest nytta av en viss insats är en annan faktor. En tredje faktor handlar om när i processen åtgärder sätts in.⁶⁷

Väntetidernas betydelse

En fråga av betydelse är i vilken utsträckning sjukskrivning är en konsekvens av väntetider i vården. I tidigare refererad studie från Karolinska Institutet uppgav cirka tio procent av läkarna (andelen var något högre bland läkare på vårdcentraler) att de sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per vecka på grund av väntetider till utredning eller behandling i vården.⁶⁸

⁶⁶ Se bl.a. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010).

⁶⁷ Avsnittet bygger på Ejeby, K. (2017), Forte (2016) och (2017), Riksrevisionen (2015), Hägglund, m.fl. (2015), Stockholms läns landsting (2017b), Holm, L. m.fl. (2010) och Post Sennehed, C. m.fl. (2016).

⁶⁸ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

Socialstyrelsen och Försäkringskassan tar upp frågan om väntetider i vården i sin analys av skillnader i sjukskrivningar mellan län och uppger att tre av fem landsting med sjukskrivningar längre än genomsnittet har en låg grad av måloppfyllelse för första besök inom specialistvård. Motsatt har landsting med hög grad av måloppfyllelse något kortare tider. Myndigheterna utesluter inte att köer kan ha en viss betydelse för skillnader i sjukskrivningsmönster.

Det är dock svårt att på en övergripande nivå beräkna eller värdera vad den samlade effektiviteten i sjukvården betyder för sjukfrånvarons omfattning och utveckling. Många patienter som står i kö för vård står utanför arbetsmarknaden, är inte sjukskrivna, eller är sjukskrivna för något annat än vad de står i kö för.⁶⁹ Åter andra återgår inte i arbete trots att de fått den vård eller det ingrepp de väntat på. Statskontoret har tidigare visat att andelen sjukskrivna på grund av väntetider för meniskoperation var 24 procent, för ryggoperation 48 procent och för axeloperation 28 procent. Antalet sjukdagar de representerade var dock lågt i förhållande till den totala volymen sjukdagar.⁷⁰

Väntetider till vård är uppenbart en viktig faktor vid värdering av generell vårdkvalitet. Att människor måste vänta på den vård som de behöver är en kvalitetsbrist⁷¹. Som faktor för att förstå och hantera den stora volymen sjukfrånvaro är dock sjukvårdsköer av begränsad betydelse.⁷²

Primärvården i fokus

En stor och ökande andel av alla sjukskrivningar sker i primärvården. I Försäkringskassans register kan utläsas att av antalet startade sjukfall utgör cirka 46 procent sjukfall startade vid vårdcentral. För sjukhuskliniker är andelen cirka 32 procent. För psykiatriska diagnoser är primärvårdens andel av de startade sjukfallen 68 procent. Antalet sådana sjukfall har mer än fördubblats i primärvården mellan

⁶⁹ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017).

⁷⁰ Statskontoret (2000a).

⁷¹ Se exempelvis Socialstyrelsen (2002).

⁷² Hansson, T. m.fl. (2003) och SOU 2002:5.

2011 och 2017. Ökningen av startade sjukfall för psykiatriska diagnoser vid sjukhusklinik uppgår under samma tidsperiod till endast knappt tio procent.⁷³

Av Försäkringskassans intygsregister framgår, trots att registret innehåller ett stort antal intyg där vårdgivare inte specificerats,⁷⁴ en om möjligt än mer talande bild. Under sju år, mellan 2009 och 2016, mer än fyrdubblades antalet intyg med psykiatrisk diagnos som sjukskrivningsorsak, från 105 000 intyg 2009 till 440 000 intyg 2016. Om stressrelaterad psykisk ohälsa bryts ut blir tendensen än mer tydlig.⁷⁵ Av 321 000 intyg 2016 är 23 000 utfärdade i specialistvård, 83 000 i den kategori där de okända vårdgivarna ingår och 215 000 i primärvård.

Om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring ska nå avsedd verkan är det viktigt med tydlighet om *var* ett utökat incitament och utvecklade metoder kan göra skillnad. Svensk primärvård är en nyckelfaktor för att få finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården att fungera som tänkt.

Primärvården står för cirka 17 procent av hälso- och sjukvårdens resurser.⁷⁶ Det är i ett internationellt perspektiv lågt och resurserna har, enligt en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), under senare tid minskat snarare än ökat.⁷⁷ I rapporten beskrivs en negativ spiral. En majoritet av tillfrågade landsting är beroende av hyrläkare. Försök att fasa ut dessa leder på kort sikt till ökad belastning och ytterligare rekryteringsproblem. Sveriges läkarförbund har tidigare visat ett klart samband mellan stabilitet vad gäller läkarbemannning och patienternas upplevelse av kvalitet i primärvården.⁷⁸

Regeringen har genom tillsättandet av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* inlett en reform som bl.a. syftar till

⁷³ Uppgifter från Försäkringskassans DOA-register. Vårdgivare kan inte utläsas för drygt 13 procent av sjukskrivningarna.

⁷⁴ Ärligen inregistreras ett stort antal sjukintyg (nästa 600 000 av totalt 2,1 miljoner) utan specifik information om utfärdande vårdgivare. En stor del av dessa antas härröra från primärvården, vilket innebär att beräknade andelar är underskattade.

⁷⁵ Intyg med diagnoskoder inom diagnoskapitel 43: *Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress*. Det kapitlet innehåller en rad skilda underdiagnoser.

⁷⁶ SOU 2016:2, s. 77.

⁷⁷ Vårdanalys (2017).

⁷⁸ Sveriges läkarförbund (2015).

att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.⁷⁹

En flaskhals är tillgången på specialister i allmänmedicin. Enligt Socialstyrelsens planeringsstöd fanns det 6 195 specialister i allmänmedicin verksamma inom sjukvården 2016. I stödet konstateras att läkarkåren växer men att allmänläkarnas andel av kåren minskar. Socialstyrelsens uppfattning är att strategin att rekrytera fler läkare till bristspecialiteterna (främst allmänmedicin och psykiatri) genom ökad läkarutbildning och migration av läkare från andra länder inte har löst problemet.⁸⁰

Svårigheter att bibehålla och rekrytera personal samt ett över tid ökat behov av inhyrd personal innebär utmaningar för primärvården. Detta väcker frågor gällande förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Det handlar bl.a. om hur en ansträngd personalsituation inverkar på villkoren för att kunna utveckla metoder för att effektivt och hållbart rehabilitera sjukskrivna människor tillbaka i arbete. Ett av flera svar måste handla om att fortsätta att utveckla lösningar som gör att andra personalkategorier än läkare kan ta ett större ansvar. Fortsatt utvecklade arbetssätt runt försäkringsmedicin med effektivitet i fokus är andra vägar. Till grund för detta måste finnas en fortsatt och accentuerad satsning på primärvården inom landstingen. Dessa teman diskuteras mer detaljerat i kapitel 7.

Hälso- och sjukvården och sjukintygen

Fokus för anställda i hälso- och sjukvården är i dag, liksom på Hippokrates tid, att bota, lindra och trösta. I och med att läkare utfärdar sjukintyg får de dessutom en viktig roll i sjukskrivningsprocessen.

I de allra flesta fall handlar intygen om sjukskrivningar som endast varar upp till 14 dagar, dvs. de avslutas inom den s.k. sjuklöneperioden. Dessa sjukskrivningar är många gånger fler än de sjukskrivningar som blir längre och som därmed utgör inflöde till den allmänna sjukförsäkringen (se avsnitt 7.1.3).

⁷⁹ Kommittédirektiv 2017:24, 2017:97 och 2018:90. Utredningen har lämnat två delbetänkanden: SOU 2017:53 och SOU 2018:39.

⁸⁰ Socialstyrelsen (2016a).

För sjukfall som varar högst 14 dagar är det arbetsgivaren som bedömer om läkarintyget styrker nedsättning av arbetsförmåga. För sjukfall som är längre är det Försäkringskassan som gör bedömningen. Försäkringskassan, som varje år hanterar mer än 500 000 sjukfall (och betydligt fler intyg), är beroende av att intygen innehåller adekvat information och är utfärdade med omdöme. Handläggare vid Försäkringskassan träffar normalt inte berörda individer och har inte medicinsk utbildning.

Samtidigt som läkares arbete med sjukskrivning ofta måste ske under tidspress, så anges i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd⁸¹ att sjukskrivning är en del av vård och behandling och ska utföras med samma noggrannhet och kompetens som annat som ingår i läkaryrket.

Att läkare kan uppfatta den uppgiften som svår och otacksam har tidigare visats.⁸² Genomgående beskrivs brist på tid, brist på organisatoriskt stöd och brist på nödvändig information i de enskilda fallen. Särskilt svårt uppges det vara att bedöma i vilken grad en funktionsnedsättning begränsar förmågan till arbete.⁸³ En annan iakttagelse är brist på kunskap gällande optimal sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad.⁸⁴ Kunskapsbristen har även gällt konsekvenser av att vara sjukskriven⁸⁵ och vilket värde arbete har som hälsofaktor.⁸⁶

En annan iakttagelse är att även i de fall den högsta landstingsledningen gett sjukskrivningsfrågan hög prioritet så har det funnits en vilshenhet i chefsleden om hur frågan ska få fäste i praktiken.⁸⁷ Trots att senare studier antyder att chefers kompetens att leda i sjukskrivningsfrågan ökat,⁸⁸ så tycks det fortfarande finnas en bit kvar att gå.

Det är kanske inte förvånande att sjukskrivningsmönster skiljer sig åt mellan landsting, mellan vårdenheter och mellan olika läkare

⁸¹ Tillgängligt via www.sos.se.

⁸² SOU 2010:107.

⁸³ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

⁸⁴ SOU 2010:107.

⁸⁵ Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003).

⁸⁶ Wadell, G. och Burton, K. (2006).

⁸⁷ Alexanderson, K. m.fl. (2007).

⁸⁸ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

bl.a. vad gäller längd på sjukskrivningar och användande av deltidssjukskrivning.⁸⁹ Särskilt markerat är detta i sjukskrivning vid lindrig depression och stressrelaterad psykisk ohälsa.⁹⁰

I en aktuell ESO-rapport uppmärksammas läkarnas svåra roll som garant för sjukskrivning av god kvalitet.⁹¹ Som ett viktigt skäl anges patientens informationsövertag. Patienten vet bl.a. alltid bättre än läkaren vilken belastning och vilka krav patientens arbete innebär.⁹²

Sveriges läkarförbund har publicerat en policy för läkares arbete med sjukskrivningsärenden som innehåller åtta punkter.⁹³ Policyn talar för att läkare fortsatt ska utfärda sjukintyg, men att detta ska ske med stöd av andra yrkeskategorier, bättre bemanning och bättre användande av modern teknik. Läkarförbundet efterlyser ett mer differentierat synsätt på sjukskrivningar och förespråkar bl.a. en enklare hantering för ärenden som faktiskt är enklare.⁹⁴ Förbundet anser att ansvaret för bedömning av arbetsförmåga vid längre sjukskrivningar borde bli föremål för en statlig utredning.⁹⁵

3.2.3 Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden

Handläggare vid Försäkringskassan har bl.a. till uppgift att utreda ansökningar om sjukpenning. Det innebär att utifrån den dokumentation som finns avgöra om arbetsförmågan hos den som ansöker om sjukpenning är nedsatt med minst en fjärdedel och att, om så är fallet, se till att ersättning betalas ut i tid.

Försäkringskassans handläggning innehåller flera administrativa moment, t.ex. kontroll av försäkringstillhörighet, beräkning av sjukpenninggrundande inkomst etc. Dessa försöker myndigheten att effektivisera och automatisera så långt det går. En ambition med detta är att söka frigöra resurser bl.a. till det som kan vara det verkligt

⁸⁹ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017).

⁹⁰ Försäkringskassan (2017g).

⁹¹ Hägglund, P. och Johansson, P. (2016).

⁹² Författarna föreslår bl.a. att Försäkringskassan ges i uppdrag att följa upp vårdgivares sjukskrivande. Vid upprepade anmärkningar och fusk ska vårdgivare kunna främtas rätten att utfärda sjukintyg. (Häggglund, P. och Johansson, P. [2016], s. 11.)

⁹³ Sveriges läkarförbund (2016a).

⁹⁴ Det framgår inte om tanken är att det formella ansvaret för dessa enklare sjukfall därmed också kan skjutas mot läkarkåren.

⁹⁵ Policyn innefattar även skrivningar om bl.a. arbetsgivares ansvar och om företagshälsovårdens roll.

svåra: att bedöma arbetsförmåga och besluta om rätt till ersättning för dem som ansöker om sjukpenning.

Den svårigheten ligger på flera plan. Det handlar bl.a. om den anspänning som kan ligga i att fatta beslut som kan förväntas leda till negativa reaktioner hos den som påverkas av beslutet. Bland handläggare i Västernorrland anger 37 procent av de tillfrågade att de anser att det är ”jobbigt” att avslå ansökan om sjukpenning.⁹⁶ Av den refererade rapporten framgår att det inte är ovanligt att handläggare under ett års tid inte avslår en enda ansökan. I rapporten talas t.o.m. om att det i vissa fall förekommer tendenser till att ”utreda sig fram till ett bifall”. En liknande bild av den svåra roll som det ofta innebär att befinna sig mitt i mötet mellan medborgare och staten visar ISF i en rapport om handläggningen vid Försäkringskassan.⁹⁷

Antalet avslag och indragningar av sjukpenning har ökat under senare år, men ligger generellt fortfarande på en låg nivå i relation till det totala antalet ärenden Försäkringskassan hanterar. Andelen avslag varierar men har ofta legat runt tre till fyra procent. År 2014 var nivån på indragen sjukpenning rekordlåg och uppgick då till 1,2 procent. År 2017 var andelen avslag 5,8 procent.⁹⁸ Den geografiska variation gällande avslag och indragningar som ISF konstaterat kan delvis förstås mot bakgrund av hur ovanligt det tidigare varit med avslag och indragning av sjukpenning i vissa delar av landet.⁹⁹

När en ansökan om sjukpenning avslås förefaller handläggarna vilja vara extra säkra på sin sak. Negativa beslut värderas ha hög kvalitet jämfört med vad som gäller för beslut med bifall till en ansökan. För ärenden som blivit sex månader långa har rättsliga granskningar som Försäkringskassan genomfört visat att granskare i efterhand skulle gjort en annan bedömning än vad handläggaren ursprungligen gjorde i 15–20 procent av de granskade ärendena.¹⁰⁰

Svårigheten handlar vidare om att veta när tillräcklig information finns och att, om så är fallet, göra en logisk analys och fatta väl-motiverade beslut. Svårast är kopplingen mellan sjukdomen/skadan och den aktivitetsförmåga som individen kan förväntas ha. Andelen avslag och indragningar är högst för sjukskrivna med sjukdomar i rörelseapparaten och det är också här ökningen mellan 2014 och

⁹⁶ Försäkringskassan (2017e).

⁹⁷ ISF (2017a).

⁹⁸ Försäkringskassan (2017f).

⁹⁹ ISF (2018b).

¹⁰⁰ Försäkringskassan (2014b).

2017 varit störst. En tolkning är att Försäkringskassans handläggare upplever sig med större säkerhet kunna avgöra arbetsförmåga för somatiska tillstånd än vad handläggarna upplever sig kunna göra för de försäkrade som anför psykiatrisk diagnos som grund för ansökan om sjukförsäkringsförmån.

Försäkringskassans samordningsansvar

I socialförsäkringsbalken anges att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att hans/hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.¹⁰¹ Försäkringskassan ska också, om individen medger det, samverka med dennes arbetsgivare, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheten och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.¹⁰²

Som berörts tidigare (se avsnitt 3.1.3) har Försäkringskassan under den tidsperiod som beskrivs i kapitlet flera gånger ändrat fokus och prioritering avseende arbetssätt och resursanvändning.¹⁰³ Sedan några år tillbaka har t.ex. resurser och engagemang i större utsträckning än tidigare satsats på att göra bedömningar av arbetsförmåga vid de tidsgränser som bestämmelserna om rehabiliteringskedjan anvisar.

I anslutning till detta har myndigheten förändrat arbetssätt vad gäller samordningsuppdraget. Försäkringskassan uttrycker i en promemoria från 2016 en inriktning mot att rätten till ersättning – dvs. frågor om arbetsförmågans nedsättning – ska utredas klart innan samordning av rehabilitering är aktuell.¹⁰⁴ Det torde i många fall betyda att detta sker senare än om den principen inte var lika uttalad. Den logik som ligger bakom principen tycks enkel att begripa.

Myndigheten har ett ansvar att använda resurserna optimalt. Det kan uppfattas som rimligt att försöka undvika att satsa samordningsresurser i sjukfall där sjukskrivning ändå inte är aktuell.

¹⁰¹ 30 kap. 9 § socialförsäkringsbalken.

¹⁰² I myndighetens regleringsbrev för 2018 betonas att myndigheten ska verka för att "berörda aktörer vidtar åtgärder så att kvinnor och män ges stöd och förutsättningar att försörja sig genom förvärvsarbete."

¹⁰³ ISF (2018c).

¹⁰⁴ Försäkringskassan (2016g).

Det mesta talar för att ett delvis nytt fokus lett till färre fysiska avstämnings- och avlämningsmöten vilket föranlett regeringen att i ett reviderat regleringsbrev¹⁰⁵ ange att Försäkringskassan ska redovisa hur myndigheten arbetat med att öka sådana möten i syfte att stärka stödet till individen.

Logiken i en sådan ambition förefaller också tydlig. Det ingår i Försäkringskassans uppdrag och mandat att se till att berörda aktörer gör det de ska. Nya insikter om betydelsen av tidiga insatser i kombination med ett tydligt engagemang från den hjälpsökandes arbetsplats, aktualiserar dock frågor om vem som ska göra vad och i vilket skede (se vidare diskussion i kapitel 7).

Det går inte att ha någon säker uppfattning om vad Försäkringskassans delvis förändrade inriktning på samordningsarbetet medfört exempelvis vad gäller sjukfrånvarons utveckling eller för arbetsgivares engagemang i processen. Den nya strategin, bl.a. med färre fysiska möten, har uppmärksammats i vården och har upprepade gånger meddelats utredningen vid besök ute i landstingen. Utredningen uppfattar det som att Försäkringskassans förändrade samordningsarbete begränsat förutsättningarna för en konstruktiv dialog och samverkan.

3.2.4 Samspelet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan

Att samspelet mellan de två system som hälso- och sjukvården och Försäkringskassan representerar inte alltid fungerar perfekt är kanske inte förvånande. Systemen representerar två helt olika uppdrag och kulturer och de anställda i båda systemen har krävande arbetsuppgifter som ofta måste utföras under tidspress och inte sällan med bristande stöd både kunskapsmässigt och ledningsmässigt.¹⁰⁶

Det finns cirka 3 000 medarbetare som arbetar med sjukpenning vid Försäkringskassan¹⁰⁷ och uppskattningsvis 25 000 sjukskrivande

¹⁰⁵ Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan (ändringsbeslut), regeringsbeslut 2018-04-27.

¹⁰⁶ Se bl.a. Alexanderson, K. m.fl. (2018).

¹⁰⁷ Uppgift från Försäkringskassan.

läkare¹⁰⁸. Till detta kommer flera andra yrkeskategorier i vården som på olika sätt bidrar till arbete relaterat till sjukskrivning.

Alla dessa människor kan inte antas ha identiska erfarenheter eller uppfattningar om hur sjukskrivningsprocessen fungerar. Att relationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården under en längre tid varit ansträngd kan dock med säkerhet slås fast.¹⁰⁹ Regeringen har mot denna bakgrund gett Försäkringskassan och hälso- och sjukvården i uppdrag att ”verka för att samarbetet och dialogen” mellan aktörerna förbättras.¹¹⁰

Den vanligaste kommunikationen mellan de två systemen är runt läkarintyg. Intygen har under lång tid och i olika sammanhang kritiserats för att inte innehålla de uppgifter som enligt Försäkringskassan krävs för bedömning av arbetsförmåga. En konsekvens av detta är att Försäkringskassan för en viss mängd intyg kräver komplettering av dem. Samtidigt ifrågasätter läkare relevans och meningsfullhet i detta.

Vid en granskning inom ramen för överenskommelserna om den s.k. sjukskrivningsmiljarden konstaterades att nio procent av de granskade intygen kompletterats, medan granskarna ansåg att det borde ha skett för 32 procent av intygen.¹¹¹

Försäkringskassans tydligare fokus på försäkringsmässigt korrekt hantering under senare år har ökat kraven på kompletteringar. I juni 2017 gav regeringen Försäkringskassan i uppdrag att utreda detta¹¹² och i svar till regeringen angav myndigheten att andelen kompletteringar 2017 var lika stor som 2011, men att det i absoluta termer handlar om många fler kompletteringar eftersom antalet läkarintyg under den perioden ökat med 57 procent.¹¹³ Kompletteringarna avser oftast uppgifter om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för personer med psykiatriska diagnoser.

¹⁰⁸ En uppskattning gjord utifrån Karolinska Institutets enkäter redovisade i Alexanderson, K. m.fl. (2018).

¹⁰⁹ Se bl.a. Alexanderson, K. m.fl. (2018).

¹¹⁰ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018).

¹¹¹ Försäkringskassan (2011).

¹¹² Uppdrag till Försäkringskassan att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning, regeringsbeslut 2017-06-22.

¹¹³ Försäkringskassan (2017b).

Riksrevisionen ger i en aktuell granskning av långtidssjukskrivna med psykiatrisk diagnos en delvis annan bild.¹¹⁴ Samtidigt som rapporten pekar på en kraftig ökning av andelen begärda kompletteringar för psykisk ohälsa under den studerade tio-årsperioden,¹¹⁵ så konstateras ”att det finns brister i uppfyllandet av Försäkringskassans utredningsskyldighet”.¹¹⁶

Redovisade resultat antyder frågans komplexitet. Båda parter kan beskrivas som trängda utifrån de förutsättningar som följer med att psykisk ohälsa ökat som orsak till sjukskrivning.

Läkarintygens innehåll

Ett av villkoren för att landstingen skulle få ersättning enligt överenskommelserna mellan staten och SKL avseende sjukskrivningsmiljarden har för flera av överenskommelserna handlat om den information som finns i läkarintygen.¹¹⁷

Försäkringskassans granskningsrapporter från 2011, 2012 och 2013, som bygger på cirka 10 000 granskade intyg för varje år, utgår från sju olika uppgifter¹¹⁸ som skulle finnas med för att ett intyg skulle bedömas vara godkänt.¹¹⁹ Andelen godkända intyg steg under de tre åren från 45 till 55 procent.

Samtidigt som den bedömda kvaliteten steg, så steg även sjukfrånvaron.

Liknande, något motsägelsefulla, iakttagelser har gjorts i olika studier. I en studie av hur förvaltningsdomstolar värderade sjukintyg visades ingen tydlig koppling mellan intygens kvalitet och det utslag domstolen kom fram till.¹²⁰ En studie från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering visade att sjukintyg

¹¹⁴ Riksrevisionen (2018b).

¹¹⁵ Från 15 procent 2007 till 40 procent 2017.

¹¹⁶ Riksrevisionens aktgranskning visar att Försäkringskassan agerar på omotiverad avsteg från rekommenderade sjukskrivningstider i Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i cirka var fjärde ärende.

¹¹⁷ I överenskommelsen som gällde för 2013 anges exempelvis att ersättning betalas ut i relation till förbättringar som uppnås i jämförelse med det resultat som uppnåddes året innan (se Försäkringskassan [2017b]).

¹¹⁸ Diagnoskod, status/funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, att det framgår vilka arbetsuppgifter arbetsförmågan bedömts i förhållande till, grad av nedsättning och tidsperiod, vad läkaren baserar sina uppgifter på samt motivering till överskriden tid avseende det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

¹¹⁹ Försäkringskassan (2011), (2012) och (2013).

¹²⁰ Mannelqvist, R. (2010).

med bedömd låg kvalitet ofta inte kompletterades och att intyg med bedömd god kvalitet kompletterades i flera fall.¹²¹

En reflektion kan vara att det på ett generellt plan kan vara svårt att veta vad som i praktiken är hög kvalitet i det enskilda intyget. Framför allt är det svårt att generalisera vilken betydelse viss information har i det enskilda fallet.

Uppgift om aktivitetsförmåga saknas

Det var framför allt två uppgifter som saknades i intygen i Försäkringskassan granskning inom sjukskrivningsmiljarden: angivande av hur sjukdomen/skadan begränsar patientens förmåga till aktivitet (saknades i 37 procent av intygen) samt motivering till varför läkaren gjort avsteg från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (saknades eller var bristfällig i 47 procent av intygen). I granskningen gjordes ingen analys av om det fanns några skillnader mellan olika diagnoser eller ärendetyper.

Hur en individs tillstånd påverkar förmågan till aktivitet och därmed till arbete är själva kärnan i den arbetsförmågebedömning som sjukintyget är en del av. Validiteten i granskningar av det slag det handlar om kan alltid problematiseras,¹²² men att dessa uppgifter saknas i mer än en tredjedel av de granskade intygen väcker frågor, inte minst utifrån att det stämmer relativt väl med vad sjukskrivande läkare själva anger som svårt.¹²³

Hur detta bör värderas beror rimligen på vilken typ av ärende det handlar om. För flera av intygen kanske det handlar om att läkarna uppfattat det enskilda fallet som trivialt ur ett arbetsförmågeperspektiv, t.ex. för en individ med en långdragen och svårbehandlad virusinfektion, typ influensa. I sådana fall borde det kanske väckas frågor om värdet och effektiviteten i att ställa samma krav på intyg som rör väldigt olika förutsättningar. För andra i granskningen underkända intyg kan de saknade uppgifterna däremot förväntas vara centrala, vilket väcker helt andra frågor.

¹²¹ Johansson, P. och Nilsson, M. (2008).

¹²² Det kan exempelvis diskuteras vilken detaljnivå en uppgift ska ligga på för att bedömas vara adekvat.

¹²³ I Karolinska Institutets senaste undersökning uppger 62 procent av de tillfrågade läkarna att det är mycket eller ganska svårt att bedöma hur aktuell funktionsnedsättning begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter (se Alexanderson, K. m.fl. [2018]).

En nyligen publicerad avhandling ger vetenskapligt stöd åt de erfarenheter och beskrivningar som utredningen mött i intervjuer och samtal med företrädare för primärvården.¹²⁴ Det finns en frustration över förutsättningar och arbetsförhållanden i primärvården. Det finns flera olika grunder till denna frustration, men i förgrunden för de professionellas beskrivningar av vardagen vid landets vårdcentraler kommer regelmässigt arbetet med sjukskrivningar och Försäkringskassans krav gällande sjukintygens innehåll. I Karolinska Institutets senaste studie anger 56 procent av de sjukskrivande läkarna att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mig"¹²⁵ samtidigt som Riksrevisionen i en nyligen publicerad rapport bl.a. pekar på de negativa konsekvenser som onyanserade krav på vad intygen ska innehålla har medfört.¹²⁶

Utredningen ser flera olika risker och potentiella negativa konsekvenser med nuvarande situation. Dessa, och några möjliga utvecklingsvägar, adresseras i kapitel 7.

3.3 Sammanfattande kommentar

Svensk sjukfrånvaro har under decennier karaktäriserats av en hög variation. Variationen är till stor del kopplad till psykisk ohälsa och smärtproblematik. En vanlig beteckning är "stressrelaterad psykisk ohälsa". Den ohälsan förefaller svårfångad både utifrån ett klassisk biomedicinskt eller ett klassiskt psykiatriskt perspektiv. Den utmanar både Försäkringskassan i sin ambition att sköta sjukförsäkringen utifrån existerande regler och hälso- och sjukvården i sin ambition att diagnostisera och behandla hjälpsökande.

Den i detta kapitel beskrivna tidsperioden karaktäriseras också av att kvinnor står för en stor del av sjukfrånvaron och att kvinnors sjukfrånvaro uppvisar kraftigare variationer än mäns. Utöver negativa konsekvenser bl.a. för möjligheterna till en långsiktig kvalitetsutveckling i berörda system, så är en instabil och hög sjukfrånvaro ett jämställdhetsproblem.

¹²⁴ Strazman, K. (2018).

¹²⁵ Se Alexanderson, K. m.fl. (2018).

¹²⁶ Försäkringskassan analyserar systematiskt alla intyg utifrån den s.k. DFA-kedjan. DFA står för orden diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Dessa ska vara beskrivna med angivande av objektiva undersökningsfynd. (Se Riksrevisionen [2018a].)

Sedan några år tillbaka förefaller en utplaning av sjukfrånvaron kunna skönjas. Ökningen av sjukfrånvaron som inleddes 2010 tycks ha stannat av och visar tecken på att minska. Ohälsotalet, som är ett mått som sammanfattar både nivå på sjukskrivning och nivå på sjukersättning (tidigare förtidspension), har sedan 2011 i princip legat still på en nivå under den som registrerades för 2000. Aktuella prognoser visar att ohälsotalet beräknas vara historiskt lågt de kommande åren. Båda dessa tendenser antyder möjligheten att det nu kan finnas gynnsamma förutsättningarna för engagemang orienterat mot stabilitet.

Under den första delen av 2000-talet började en ökande beredskap inom hälso- och sjukvården växa fram för att utveckla kunskap och metoder gällande försäkringsmedicin som kunskapsområde.¹²⁷ Nya former av stöd för arbetet tillsammans med en bred kompetensutveckling och ambitioner att hitta samsyn mellan olika berörda samhällsaktörer var några av de processer som sattes igång.

Understödda av statlig stimulans, t.ex. via sjukskrivningsmiljarden, och i många fall med koordination från SKL har den utvecklingen på olika sätt fortsatt. Utvecklandet av elektroniska läkarintyg, etablerandet av s.k. rehabkoordinatorer, utvecklandet av nya instrument för riskbedömningar (Stöd för rätt sjukskrivning, SRS)¹²⁸ och etablerandet av en nationell struktur för hållbar utveckling på det försäkringsmedicinska området är några exempel. Parallellt har medvetenheten om behovet av evidensbaserade behandlingsmetoder ökat. Ansträngningar är igång för att införa och utvärdera sådana.

Stora utmaningar kvarstår dock. Inflödet i sjukskrivning är fortsatt högt. Fortfarande finns det utvecklingsområden både vad gäller hälso- och sjukvårdens och övriga aktörers kapacitet och kompetens att hantera de utmaningar som ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro medför. Det finns fortsatt mycket som kan och bör göras innan landstingens förutsättningar att hantera sjukskrivningsfrågan fungerar optimalt.

Finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård har just syftet att ge sådant stöd och sådana incitament, särskilt

¹²⁷ Nätverket Försäkringsmedicinskt Forum, där alla stora aktörer i sammanhanget finns med, tog 2011 fram följande definition: "Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika sjukförsäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner".

¹²⁸ Projektgruppen för SRS (2016).

vad gäller primärvården. Visserligen berör frågor om kvalitet i sjuk-skrivningsprocessen de flesta delar av hälso- och sjukvården, men det är på vårdcentraler runt om i landet som den stora ökningen av sjukskrivningar sker och det är också där som en stor del av belastningen som sjukskrivningsrelaterad ohälsa utgör finns.

En betydande del av den belastningen är en konsekvens av en ansträngd relation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kring utfärdandet av sjukintyg. Primärvårdsläkares frustration över nuvarande situation talar starkt för att det är angeläget att leta nya vägar för att komma vidare i den frågan.

Erfarenheter talar för att utmaningar i anslutning till sjukfrånvaro inte kan mötas på ett enda sätt. För att lyckas med det krävs samtidiga ansträngningar från flera olika aktörer. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring bör ses som en av flera komponenter i ett större samhällsengagemang för att bättre hjälpa människor med den typ av ohälsa som ofta leder till lång sjukfrånvaro. En aktör som i utredningens alla samtal kommit upp är arbetsgivare och arbetsgivare roll. Utredningen vill betona att finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen inte ska uppfattas som ett negligerande av arbetsgivarnas betydelse. Finansiell samordning ska ses som en av flera vägar att stimulera till en effektivare dialog mellan vården och arbetsgivare.

Med stöd av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring bör ambitionen vara att styra i en riktning som bl.a. leder till att skapa tydligare fokus på primärvårdens förutsättningar, fortsatt kompetensutveckling bland vårdens professionella och fortsatt utveckling av metoder och organisation. En ökad koppling till arbetsplatsens och arbetsgivarnas stora ansvar och betydelse är avgörande för om nya arbetssätt ska ge framgång. Detsamma gäller en minskad friktion mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Utredningen återknyter till teman av det här slaget i kapitel 7.

4 Samspel mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.¹

Hälso- och sjukvården har inte något finansiellt ansvar för sjukförsäkringen, men spelar ändå en central roll för utveckling inom den. Detta både som en aktör som har kompetens att behandla och förebygga ohälsa och som en aktör som har till uppgift att lämna medicinska underlag till de bedömningar av arbetsförmåga som Försäkringskassan gör.²

Att hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen finansieras från olika källor har uppfattats kunnat medföra negativa konsekvenser. Landstingens motivation att satsa på åtgärder som minskar kostnaderna i sjukförsäkringen kan begränsas av de kostnader för landstingen detta kan innebära. Olika initiativ har under de senaste tre decennierna därför föreslagits och tagits för att öka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att arbeta på ett sätt som främjar en hållbar sjukförsäkring av hög kvalitet. De olika ansatserna redovisas och diskuteras i detta kapitel tillsammans med några internationella iakttagelser.

Avsikten med kapitlet är att kortfattat redogöra för de olika varianter av samspel mellan vården och sjukförsäkringen som förekommit, eller föreslagits, tillsammans med erfarenheter av dessa initiativ. Syftet är att klargöra utredningens utgångspunkter inför de konkreta vägval som presenteras i kapitel 5.

¹ 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

² Det kan påpekas att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i skrivelse till Socialdepartementet påpekar juridiska oklarheter avseende vårdens utfärdande av intyg (se SKL ([2018a])).

4.1 Vad är finansiell samordning?

Utredningens definition av begreppet ”finansiell samordning” utgår från att samordningen består i ett systematiskt och långsiktigt finansiellt samspel mellan kostnader för sjukförsäkringen och kostnader för landstingens sjukvårdsuppdrag. Det utesluter dock inte att ett sådant samspel kan utgöra en plattform eller ge goda förutsättningar för olika andra former av samverkan eller samarbete mellan berörda aktörer.³

Flera av de initiativ som redovisas i det här kapitlet kan inte sägas motsvara utredningens definition. Kapitlet tar trots det upp de olika former av finansiella relationer mellan staten och hälso- och sjukvården kopplat till sjukförsäkringen som utredningen kommit i kontakt med. Syftet är att kunna relatera utredningens resonemang till en så bred historisk bakgrund som möjligt. Resonemangen som redovisas i detta kapitel görs bl.a. mot bakgrund av de etiska överväganden som kan vara aktuella.

4.2 Utvecklingen från mitten av 1980-talet

Tankar om att det kan finnas vinster med att stärka relationen mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården är inte nya. I rapporten *Integrering av sjukvård och sjukförsäkring*⁴ argumenteras för behovet av att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser med sjukförsäkringen. Rapporten tar sin utgångspunkt i att vården kan göra insatser och satsningar som kan minska sjukfrånvaron, men att det finns en risk att vården avstår om det innebär ökade kostnader. En integrering av de två systemen skulle ha som mål att minimera den risken genom att vården kompenseras för sina merkostnader.

Ett steg i riktning mot att stimulera hälso- och sjukvården att mer fokusera på medicinsk rehabilitering var den s.k. Dagmarsatsningen med start 1991. Satsningen innebar stimulansmedel till kommuner och landsting för initiativ på rehabiliteringsområdet, ofta i projektform.⁵

³ Tidigare utredningar har ofta haft ett perspektiv där samordningen är tänkt att ske mellan myndigheter och över myndighetsgränser. Den här utredningens fokus ligger inte på myndigheter och/eller myndighetsgränser utan på samordning mellan två finansiella system.

⁴ Ds Fi 1987:11.

⁵ Exempelvis betalades 235 miljoner kronor ut 2001.

Stödet reglerades via riktade statsbidrag utifrån överenskommelse mellan staten och kommunerna/landstingen. En extra satsning på 400 miljoner kronor gjordes för att öka vårdens resurser för rehabilitering och behandling.⁶

Det uttalade motivet för satsningen var att uppnå ett sänkt ohälsotal. Under åren 1991 till och med 1998 utbetalades sammanlagt närmare 3,2 miljarder kronor.

Under perioden tilldelades landstinget i Stockholms län drygt en halv miljard kronor och 286 olika projekt påbörjades.

I en uppföljningsrapport delas dessa in i projekt rörande psykisk ohälsa (31 procent), projekt rörande rörelseorganens sjukdomar (17 procent), reducering av operationsköer (16 procent) och reducering av psykoterapiköer (12,5 procent). I rapporten konstateras bl.a. att primärvården fått en tydligare roll och att rehabiliteringsfrågor fått en plats på landstingens dagordning. Som negativt framhålls att beslut om anslag har fattats för ett år i taget vilket försvårat vårdens planering samt att en kärv arbetsmarknad har motverkat återgång i arbete.⁷

Dagmarmedlen kritiserades bl.a. för att kraven på uppföljning och utvärdering var för svaga och för att avrapportering av projekt som beviljats medel i stor utsträckning var bristfälligt utförda. En studie i Västmanland för perioden 1991–1995 visade att endast i strax över hälften av projekten hade någon form av resultat redovisats.⁸ Två tredjedelar av de fördelade medlen hade gått till projekt som inte varit utvärderingsbara. Socialstyrelsen genomförde 2002 en granskning av de särskilda Dagmarmedlen för 2001. Granskningen antydde brister i sjukvårdshuvudmännens hantering och redovisning av tilldelade medel.⁹ Vad gäller satsningar relaterade till sjukförsäkringen har Dagmaröverenskommelsernas betydelse, i det sammanhang som här redovisas, efterhand minskat och i princip helt försvunnit.

Sedan 2006 har satsningar inom den typ av områden som var aktuella för Dagmarmedlen i stället skett i de överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som startade 2006 och som gått under beteckningen ”sjukskrivningsmiljarden”.

⁶ Prop. 1990/1991:51.

⁷ Strandberg, U. m.fl. (1999).

⁸ Sörensen, S. m.fl. (1997).

⁹ Redaktionen (2002).

4.2.1 FINSAM-försöket 1993–1997

Mellan 1993 och 1997 genomfördes försök med finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården i fem försöksområden: Södermanlands län, Gotlands län/kommun, Malmöhus län, Västmanlands län, och Gävleborgs län.¹⁰

Försöket gick ut på att de medverkande landstingen fick ett i förväg avtalat ansvar för kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning och en möjlighet att använda sjukförsäkringsmedel till åtgärder i syfte att minska sjukpenningkostnaderna. Försöksverksamheten reglerades genom lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. I avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och den dåvarande allmänna försäkringskassan kunde parterna komma överens om vilket inflytande var och en skulle ha över försöksverksamheten och vilket samrådsförfarande som skulle äga rum. Parterna kunde antingen fatta gemensamma beslut eller ange en ram inom vilken sjukvårdshuvudmannen självständigt kunde bestämma om satsningar.

Kostnaderna för sjukförsäkringen i de olika försöksområdena jämfördes med de kostnader som antogs skulle ha blivit utan försöket, beräknat på kostnadsutvecklingen i utvalda kontrollområden. Om jämförelsen visade överskott fick sjukvårdshuvudmannen och den allmänna försäkringskassan behålla hälften och vid underskott täckte staten hälften av underskottet.

En utvärdering av försöket visade att det lett till en ekonomisk besparing i sjukförsäkringen under perioden 1993 till och med 1995 i de fem försöksområdena (fyra områden uppvisade överskott medan det femte hade ett mindre underskott). Försöket bedömdes ha haft positiva effekter för individer i yrkesverksam ålder, utan några uppenbara tecken på minskad vårdtillgång för andra grupper. Utvärderingen säger att försöket lett till ökad medvetenhet om socialförsäkringskostnader och deras samband med sjukvårdskostnader.

¹⁰ Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (1997).

Resultatet av FINSAM-försöket

FINSAM-försöket 1993–1997 gjordes av olika skäl inte permanent.¹¹ Dokument som speglar den politiska debatten visar att det fanns olika invändningar mot att göra samordningen permanent på nationell nivå. Det hävdades från regeringshåll bl.a. att kostnadseffektiviteten inte var säkerställd och att det inte gick säkert att veta om resultaten kunde generaliseras till hela landet. På ett mer ideologiskt plan uttrycktes farhågor för tillskapande av ”förbi-filer” och att det hela kunde leda till att samhället fick betala två gånger för samma tjänst. En annan mer ”teknisk” invändning handlade om svårigheter att utforma en hållbar jämförelsenorm för att rättvisande beräkna ekonomiskt resultat. Eftersom samordningen inte längre skulle vara ett försök utan rikstäckande kunde exempelvis inte kontrollområden användas på det sätt som hade gjorts i försöket.

Försöket kan dock sägas ha satt en del spår i det fortsatta engagemanget kring medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. I proposition 1996/97:63 *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.* betonas exempelvis det stora värdet av samverkan och samordning, och det slås fast att samordningsprojekt ska ha en gemensam ram för insatser och åtgärder.¹²

Från och med 1998 fick Försäkringskassan inom ramen för särskilda medel möjlighet att driva projekt i syfte att uppnå samverkansvinster. Detta utvecklades senare till att omfatta fem procent av sjukpenninganslaget som Riksförsäkringsverket fördelade på de olika allmänna försäkringskassorna.¹³

Det fortsatta engagemanget kring samordning ledde bl.a. till att Försäkringskassan 2008 fick särskilda medel för att tillsammans med landstingen genom finansiell samordning verka för bättre behandling och rehabilitering. Medlen – från början 100 miljoner kronor som sedan minskades till 30 miljoner kronor – har gått under beteckningen ”två-partsfinsam”.¹⁴ Viktiga målgrupper har varit bl.a. sjukskrivna med psykisk ohälsa eller smärtor i rörelseorganen.¹⁵

Medlen skulle användas på ett sätt som i stort går i linje med landstingens arbete med den s.k. sjukskrivningsmiljarden. I praktiken har

¹¹ Se exempelvis prop. 2002/03:132 och Riksdagens protokoll 1999/2000:108.

¹² Prop. 1996/97:63.

¹³ Ds 2003:2.

¹⁴ Försäkringskassan (2014h).

¹⁵ Regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan, regeringsbeslut 2008-11-27.

detta tagit sig många olika uttryck; från att betala bedömningar av neuropsykiatriska funktionshinder till att finansiera handläggare från Försäkringskassan som kontaktpersoner på vårdcentraler.

De samordningsmedel som Försäkringskassan administrerar har varit både sådana som rör ”två-partsfinsam”, dvs. för samordningsprojekt med hälso- och sjukvården, och sådana medel som rör den typ av samordning som kan omfatta flera olika berörda samhällsaktörer och som kanaliseras via samordningsförbund runt om i landet. Efter hand har omfattningen av medlen förflyttas så att den senare formen av samordning står för en tydligt ökande och ”två-partsfinsam” för en tydligt minskande omfattning.

4.2.2 SOCSAM-försöket 1994–2002

Under 1990-talet och början av 2000-talet genomfördes försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i åtta försöksområden.¹⁶ Försöket gick under beteckningen SOCSAM-försöket. Den teoretiska utgångspunkten för SOCSAM-försöket såg något annorlunda ut än den som gällde för FINSAM-försöket.¹⁷ Här handlade det i första hand inte om att skapa incitament för samarbete utan om att undanröja formella hinder för samordnade insatser över sektorsgränser.

Berörda parter (den allmänna försäkringskassan, landsting och kommun) bildade i de områden som ingick gemensamma politiska ledningar med ansvar för verksamheter och kostnader inom socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet var att skapa formella förutsättningar 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.

Primär målgrupp för SOCSAM-försöket var personer i yrkesverksam ålder som stod långt ifrån arbetsmarknaden och var i behov av samordnade insatser. Det har uppskattats att målgruppen uppgick till mellan två och fem procent av befolkningen.¹⁸

¹⁶ Stenungsund, Grästorp, Hisingen, Finspång, Gotland, Hylle, Laholm, och Haninge var med i försöket.

¹⁷ Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (2001).

¹⁸ En typisk ”SOCSAM-individ” har beskrivits som en 37-årig ensamstående kvinna utan hemmavarande barn som uppbar försörjningsstöd och som led av psykiska besvär.

De finansiella spelreglerna i SOCSAM-försöket beskrivs som mer långtgående än de som gällde i det tidigare FINSAM-försöket. Det fanns exempelvis en stor frihet att använda sjukpenningmedel för att finansiera olika aktiviteter. Parterna kunde också tillgodogöra sig och fördela uppkomna överskott.

Utvärderingen av försöket visade att de medverkande parternas gemensamma ansvar bidragit till struktur och kontinuitet för de aktiviteter som bedrevs och utgjorde ett stöd för berörda personalgrupper. Enligt utvärderingen var det dock tveksamt om SOCSAM-försöket minskade de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Det förklarades av att satsningarna endast berörde ett fåtal individer och att eventuella positiva ekonomiska effekter inte fick genomslag på de sammantagna kostnaderna.¹⁹

Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

Delvis som en följd av positiva erfarenheter av SOCSAM-försöket trädde den 1 januari 2004 lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft. Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och landsting/region att samverka finansiellt inom rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar aktörerna lokala samordningsförbund som själva bestämmer hur samarbetet ska utformas. Förbundens uppgift är att verka för att människor får stöd som ger dem möjlighet att försörja sig. Målgruppen är personer med kombinationer av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem som behöver stöd från olika samhällsinstanser.

I en rapport från Riksdagen anges att det totala antalet deltagare i insatser som finansieras av samordningsförbund ökat från 37 000 år 2011 till 63 000 år 2014.²⁰ Under 2014 deltog 39 000 personer i rehabiliterande insatser riktade till individer. Sådana insatser sker ofta i grupp och ofta i form av kombinationer av exempelvis arbets träning och stöd av coach. För cirka hälften av deltagarna pågick insatsen i upp till sex månader och för 27 procent i över tolv månader. I rapporten anges att andelen som efter insatsen inte har offentlig

¹⁹ Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (2001).

²⁰ Rapport från riksdagen 2014/15:RFR13.

försörjning ökade med mellan 12 och 14 procentenheter per år under den studerade perioden. En uppföljning som Försäkringskassan gjort gällande 2017 visar i stort samma bild.²¹

Försäkringskassan konstaterar i en utvärderingsrapport att det hittills till stor del saknas utvärderingar av samordningsförbundens verksamhet.²² I rapporten redovisas resultat gällande insatser riktade till unga med aktivitetsersättning och det anges att resultaten inte är entydiga, men att de ”tyder de på att de individer som deltagit i insatser finansierade av samordningsförbunden befinner sig närmare arbetsmarknaden” i något större utsträckning än de i referensgruppen.

Ett bekymmer ur ett utvärderingsperspektiv är att samtycke krävs för att kunna registrera personuppgifter och använda i det syftet. För cirka 44 procent av deltagarna finns registrerade personuppgifter. Värt att notera är att det i den refererade riksdagsrapporten lyfts fram att det på vissa håll varit svårt att få med primärvården i samverkan.

4.2.3 Den s.k. sjukskrivningsmiljarden

Ett initiativ för att stärka hälso- och sjukvården i att utveckla det sjukskrivningsrelaterade arbetet är de överenskommelser som staten och SKL har ingått sedan 2006.

En av startpunkterna till överenskommelserna kan spåras till en rapport från Karolinska Institutet, som bl.a. visade på brister i ledning och styrning av det sjukskrivningsrelaterade arbetet. Det konstaterades bl.a. att huvudmännen inte betonat det arbetet som en prioriterad uppgift.²³

Rapporten blev utgångspunkt för en skrivelse som SKL tillsammans med Sveriges läkarförbund, Socialstyrelsen och Försäkringskassan uppvaktade Socialdepartementet med. Skrivelsen innehöll förslag på åtgärder för att höja kvaliteten på sjukskrivningsarbetet och för att

²¹ I uppföljningen konstateras att av drygt 28 000 personer som deltagit i individriktade insatser hade cirka 15 000 registrerats med personnummer. För dem som avslutat sin insats under året ökade andelen som inte har offentlig försörjning med elva procentenheter, från tio till 21 procent.

²² Försäkringskassan (2016d). Den omständigheten att det saknas sådana utvärderingar beror till stor del på registreringsfrågan och på svårigheter att randomisera individer till olika form av insats. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har påbörjat en utvärdering vars resultat är okänt när detta skrivs.

²³ Alexanderson, K. m.fl. (2005).

minska sjukfrånvaron. I sammanhanget presenterades också ett förslag till modell gällande finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården från Sveriges läkarförbund.²⁴

Läkarförbundet avfärdade möjligheterna att helt slå ihop budgetarna för sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården med hänvisning till att orsakerna bakom sjukskrivningar ligger utanför vården. Det skulle, angavs det, krävas ett regelverk som möjliggör direkt inflytande för landstingen över arbetsgivare och andra aktörer för att det skulle kunna vara tänkbart att hälso- och sjukvården helt skulle kunna ta över ansvaret för sjukförsäkringsbudgeten. Förbundet ville i stället utforma en ”brygga” mellan systemen. Landstingen skulle få möjlighet att disponera sjukförsäkringsresurser i utbyte mot att sjukvården agerade på ett sätt som gynnar försäkringen. Förbundet ansåg att det fanns en potential i att begränsa användandet av sjukskrivning som ”felaktig behandlingsmetod”. Något som enligt förbundet dock krävde att läkare får relevant fortbildning och att läkare får mer tid för information till patienten och tid för kontakter med andra berörda aktörer som arbetsgivare eller Försäkringskassan. Läkarförbundet gjorde bedömningen att antalet sjukskrivna vid en given tidpunkt skulle vara minst tio procent lägre än i dag om primärvården varit tillräckligt utbyggd och sjukskrivningsarbete med hög kvalitet premierats.

Överenskommelserna mellan staten och SKL, som omväxlande kommit att kallas för sjukvårdsmiljarden alternativt sjukskrivningsmiljarden, syftar till att ge ekonomiska incitament för landstingen att ge sjukskrivningsfrågor större betydelse i den egna verksamheten.

Överenskommelsernas innehåll

Överenskommelserna har genom åren haft lite olika innehåll och fokus (se avsnitt 3.1.3) och har i de flesta fall bestått av en fast och en rörlig del.

Den rörliga delen har varit relaterad till hur mycket landstingen lyckats sänka, eller undvika att höja, antalet sjukskrivningar. Den fasta delen har omfattat ett antal insatsområden med villkor för vad landstingen ska göra och/eller uppnå för att få del av medlen.

²⁴ Sveriges läkarförbund (2003).

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) har i en rapport kartlagt vad landstingen satsat på under sjukskrivningsmiljardens första två år.²⁵ Handlingsplaner för sjukskrivningsarbetet, inrättande av team och koordinators samt kompetenshöjande insatser för landstingens personal är de vanligaste inslagen.

Kvaliteten i läkarintyg har för flera av de överenskommelser som slutits varit en del av villkoren för att landstingen skulle få ta del av stimulansmedlen. Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen granskat intygens kvalitet. Andelen godkända intyg steg under flera år och nådde som högst en bit över 50 procent (se avsnitt 3.2.4.). Hur den nivån ska värderas handlar till stor del om i vilken utsträckning som en större andel ”korrekta” intyg i praktiken skulle ha någon betydelse för sjukfrånvarons utveckling.²⁶

Av särskilt intresse för den här utredningen är en i stora delar ny utvecklingslinje som har betydande utrymme i den senaste överenskommelsen: utvecklandet av former för tidig kontakt med arbetsgivare. Det vanliga är att sådana kontakter hanterats av s.k. rehabkoordinators.²⁷ De utvärderingar som gjorts visar på positiva resultat.²⁸ Sjukfrånvaron har påverkats i avsedd riktning och både patienter och arbetsgivare rapporteras ha uppfattat funktionen positivt. SKL har hittills inte uppfattat något motstånd från patienter mot att ge samtycke till kontakter med arbetsgivare. Arbetsgivarna har enligt de erfarenheter SKL fångat ställt sig positiva till kontakter och avstämningar.

Att på detta sätt öppna både för att introducera och använda ny kompetens i vården och för att vården närmar sig arbetsgivare på nya sätt är viktiga steg i riktning mot de initiativ som den här utredningens förslag om finansiell samordning syftar till att stimulera och stärka.²⁹ Utvärderingsresultat från Stockholms läns landsting talar dock för att precisionen i användandet av koordinators kan utvecklas.³⁰ Detta diskuteras mer i detalj i kapitel 7.

²⁵ Sibbmark, K. och Chirico, G. (2008).

²⁶ Utredningen vill dock betona att frågan om kvalitet i anslutning till läkarintyg har fler och betydligt mer komplexa dimensioner än vilka informationsmoment som finns respektive inte finns med intygen. Utredningen diskuterar detta i kapitel 7.

²⁷ Se Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018) och Ds 2018:5.

²⁸ Västerbottens läns landsting (2013) och Stockholms läns landsting (2017b).

²⁹ Se t.ex. SKL (2016).

³⁰ Stockholms läns landsting (2017b).

Den senaste överenskommelsen, som slöts i december 2016 och som gäller t.o.m. 2018, omfattar 2,88 miljarder kronor. Överenskommelsen har bl.a. målet att slutföra insatser som tidigare initierats. Det gäller bl.a. kompetenssatsning i försäkringsmedicin, inrättande av en funktion för koordinering och utvecklingsarbete inom utökat elektroniskt informationsutbyte. Av de 2,88 miljarder kronorna är cirka 900 miljoner kronor per år avsatta för landstingens och de centrala myndigheternas arbete inom insatsområden, medan 500 miljoner kronor per år är avsatta för ersättning till landstingen för rehabiliteringsinsatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

”Sjukskrivningsmiljardens” rörliga del baserad på sjukfrånvaroutveckling

Mellan 2006 och 2015 innehöll de överenskommelser som tecknades en rörlig ersättningsdel som var kopplad till hur det relativa antalet sjukpenningdagar i landstinget förändrades i förhållande till övriga landsting; initialt i termer av relativ minskning av sjukfrånvaron, men efter 2010 i termer av strävan efter att ha en så låg relativ höjning som möjligt.

Målet med den rörliga delen var att ge landstingen incitament att aktivt och anpassat till de egna förutsättningarna arbeta med att påverka sjukfrånvaron. I beräkningar av statsbidrag togs hänsyn till om antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar ökat i landstinget. År 2015 omfattade den delen av bidraget som var kopplad till sjukfrånvaro 230 miljoner kronor.

Kopplingen till sjukfrånvarons utveckling har kritiserats på några punkter.³¹ En av dessa är att eftersom det enskilda landstinget jämförts med utvecklingen i riket gynnas landsting med ett sämre utgångsläge i förhållande till de landsting som tidigt jobbat mer aktivt och framgångsrikt med sjukfrånvaron. En annan punkt handlar om att konstruktionen kan uppfattas som ett enkelriktat fokus på förändringar (minskningar) när fokus i högre grad kanske borde riktas mot stabilitet.

³¹ Se bl.a. ISF (2011a).

Utöver dessa mer ”tekniska” invändningar har det uttryckts ett principiellt ifrågasättande som handlar om att hela tanken med att på det här viset försöka påverka sjukfrånvarons omfattning är fel för att hälso- och sjukvården i praktiken inte kan påverka sjukfrånvaro.³²

Detta är dock ett antagande som kan problematiseras. Att landstingen hittills inte lyckats att vända trender i sjukfrånvaron är tydligt. Att faktorer utanför hälso- och sjukvården, bl.a. i arbetslivet, på arbetsmarknaden, i människors privatliv samt i tillämpningen av sjukförsäkringen, påverkar sjukfrånvarons utveckling synes stå lika klart. Av detta kan dock inte slutsatsen dras att vården inte på något sätt skulle kunna utveckla sitt arbete så att det har en inverkan på sjukfrånvaro.

Vilken omfattning sjukvårdens påverkansmöjlighet har på sjukfrånvaro är svårt att veta. Mycket talar för att omfattningen skulle vara begränsad. Men även en begränsad inverkan kan ha avsevärd betydelse för stabiliteten i sjukfrånvaron och för den kvalitet som individer upplever i sjukskrivningsprocessen. Det finns exempelvis gott om vittnesmål om hur negativt individer upplever det att först sent i processen möta en ärlig kommunikation om den egna sjukskrivningen och om hur arbetsförmåga definieras och värderas.³³ Utredningen har i möten med vårdens professioner tagit del av den frustration som finns över en brist på kunskap om sjukförsäkringens innehåll och syfte som finns i samhället. Ansvar för att tidigare och tydligare informera enskilda vårdsökande om vad som gäller i olika situationer åvilar samtliga inblandade aktörer: inom vården, inom Försäkringskassan och hos anställdas arbetsgivare.

Avslutningsvis visar det intresse som berörda tjänstemän i landstingen förefaller ha visat frågan att det finns ett engagemang utöver det rent finansiella utbytet. Mycket talar för att det finns dels en slags benchmarking-komponent med i bilden, dels en stark vilja till utveckling och till att få ett erkännande för det arbete som utförs i landstingen.³⁴ Utfallet i de rörliga delarna av ”sjukskrivningsmiljarden” tycks delvis haft funktionen av värderande indikator på det landstingsspecifika engagemanget. Detta betyder att det är extra angeläget att sättet på vilket ett sådant utfall beräknas uppfattas som rimligt, rättvist och rättvisande.

³² Se exempelvis Hartman, L. m.fl. (2009) samt Hägglund, P. och Johansson, P. (2016).

³³ Se exempelvis Försäkringskassan (2017i).

³⁴ ISF (2011b).

Effekter av ”sjukskrivningsmiljarden” på sjukfrånvaro

Under de första fyra åren med överenskommelser om en sjukskrivningsmiljard gick sjukfrånvaron ned och under åren efter 2010 har den gått upp. De uppföljningar och utvärderingar som gjordes innan uppgången kom uttrycker att nedgången är svår att koppla till ”sjukskrivningsmiljarden”.³⁵ Dels hade sänkningen börjat innan den första överenskommelsen fanns på plats, dels – eftersom miljarden infördes samtidigt i alla landsting – fanns det inte något sätt att veta hur utvecklingen hade blivit utan satsningen. Inspektionen för socialförsäkringen har dock konstaterat att införandet av miljarden sammanföll med att landstingen närmade sig varandra vad gäller nivå på sjukfrånvaro. De största minskningarna skedde i landsting som initialt hade relativt hög sjukfrånvaro. Detta antyder dels att ”sjukskrivningsmiljarden” haft effekt, dels att det var enklare för vissa landsting att påverka utvecklingen än för andra.³⁶

IFAU har konstaterat samma sak. Institutet har studerat utvecklingen i länen över tid (2003–2008) och säger att det mest slående resultatet är att nivån på sjukfrånvaro i de olika landstingen efter 2006 skiljer sig mindre åt och tolkar det som att det skett en samordning mellan de olika landstingen vad gäller arbetssätt och metoder.³⁷

4.2.4 Rehabiliteringsgarantin

Ytterligare ett exempel på en ambition att med nationella initiativ påverka landstingens arbete ur ett sjukfrånvaroperspektiv är den s.k. rehabiliteringsgarantin som infördes 2008. Garantin, uttryckt i överenskommelser mellan regeringen och SKL, innebär att vårdsökande (i åldrar mellan 16 och 67 år) med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa, ska erbjudas kognitiv beteendeterapi (KBT) samt att patienter med långdragen smärta i rörelseorganen (under minst tre månader) ska erbjudas multimodal behandling (MMR), som är samordnad behandling i team med olika professioner.

³⁵ Hartman, L. m.fl. (2009) och ISF (2011a).

³⁶ ISF (2011b).

³⁷ Hartman, L. m.fl. (2009).

Socialstyrelsen gjorde 2010 en uppföljning av hur landstingen arbetade med garantin och konstaterade att den relativt snabbt lett till en omfattande verksamhet, men också att uppbyggnaden varierade mellan olika landsting.³⁸ Uppbyggnad av MMR i primärvård, uppbyggnad av bra rapportssystem och genomförande av godkännandeförfarande är några faktorer som varit hindrande för tempot i uppbyggnaden. Garantins ekonomiska incitament har tveklöst varit en viktig drivkraft för landstingen³⁹ även om det i det här fallet, liksom i samband med ”sjukskrivningsmiljarden”, rapporterats om kritik mot bristen på långsiktighet i incitamenten.

För 2014 avsattes 725 miljoner kronor till garantin. SKL har i en uppföljning rapporterat bl.a. att landstingen genomfört insatser motsvarande 137 procent av garantisumman (och alltså stått för 37 procent själva).⁴⁰ Detta vittnar både om följsamhet till garantins inriktning och om ett stort behov av att hitta vägar för att hantera dessa former av ohälsa.

MMR-behandlingarna ökade mellan 2009 och 2013, för att därefter ligga relativt oförändrade i antal sett till riksnivå. På landstingsnivå har 18 landsting minskat antalet MMR-behandlingar 2016 jämfört med året innan.

Antalet KBT-behandlingar och behandlingar med interpersonell psykoterapi (IPT) har på riksnivå ökat sedan starten av garantin fram till och med 2016. På landstingsnivå kan dock noteras att fem landsting 2016 levererat färre behandlingar än 2009. För 2016 rapporterade elva landsting färre levererade behandlingar jämfört med 2015.⁴¹

Effekter av rehabiliteringsgarantin

En utvärdering av garantins medicinska effekter i termer av bl.a. arbetsförmåga hos de behandlade visade att behandling med KBT minskade risken för sjukskrivning bland dem som inte var sjukskrivna när behandlingen sattes in.⁴² Forskarna konstaterade färre

³⁸ Socialstyrelsen (2010).

³⁹ Karolinska Institutet (2011).

⁴⁰ SKL (2015b).

⁴¹ Se SKL (2017b).

⁴² Hägglund, P. m.fl. (2015).

vårdbesök och lägre läkemedelskonsumtion för undersökningspopulationen upp till två år efter behandlingen. För redan sjukskrivna patienter kunde ingen effekt konstateras. Behandling med MMR ökade sjukskrivningstiden både för sjukskrivna och icke sjukskrivna. En hälsoekonomisk studie från region Skåne anger att KBT i förhållande till sedvanlig behandling är kostnadseffektiv, men att MMR inte är det.⁴³

Riksrevisionen har redovisat en rad brister vad gäller garantins utformning och genomförande ute i landstingen, som myndigheten anser kan förklara resultatet.⁴⁴ Myndigheten anger faktorer som ett för stort fokus på själva behandlingsmetoderna, avsaknad av en första kvalificerad bedömning, för långa väntetider till behandlingen, brister när det gäller systematiska uppföljningar och brister på fokus att aktivt främja arbetsåtergång. I rapporten konstateras att garantins konstruktion gjort det svårt för landstingen att använda medlen långsiktigt.

Som en följd av dessa resultat avslutades garantin som överenskommelse vid utgången av 2015. Kvar finns dock vissa stimulansmedel inom området smärta och psykisk ohälsa som ingår i nuvarande överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

4.3 Internationellt

Finansiering av sjukvård sker i många länder helt eller delvis via olika försäkringslösningar. I vissa fall finansieras även delar av det vi i Sverige menar med sjukförsäkring, dvs. ekonomisk kompensation för inkomstförlust för individer som på grund av sjukdom eller skada inte kan arbeta, via försäkringar. I ett internationellt perspektiv finns en variationsrik och svåröverskådlig provkarta av system med en rad olika kombinationer av aktörer och finansieringsmässiga lösningar.

De flesta länder i västvärlden – med undantag från USA – har generella regler som garanterar rätt till betald sjukfrånvaro, även om nivåer och detaljerade regler skiljer sig mycket. I en studie visar Heyman, J. m.fl. att arbetsgivaren i en majoritet av 22 studerade

⁴³ Jarl, J. m.fl. (2017).

⁴⁴ Riksrevisionen (2015).

länder betalar för en första kortare sjukperiod, medan längre frånvaro oftare täcks av nationella sjukförsäkringar, ibland i kombination med delfinansiering av arbetsgivare.⁴⁵ Av de 22 länderna är det bara i Irland och Frankrike som försäkringen står för båda typerna av frånvaro.

Frankrike är ett av de länder i Europa där finansiering av hälso- och sjukvård och sjukförsäkringsförmåner kommer från samma källa.⁴⁶ I det franska fallet handlar det om en obligatorisk nationell hälsoförsäkring som i många fall även kompletteras med en valfri del. Försäkringen som finansieras via skatter och arbetsgivaravgifter administreras via ett nätverk av regionala agenter. Andra liknande exempel är bl.a. Belgien och Tyskland.

I Tyskland finns Gesetzliche Krankenversicherung som administrerar sjukvård och sjukförsäkring via 118 lokala Krankenkassen (sjukkassor). De tyska sjukkassorna finansierar sjukvård, medicinsk rehabilitering och sjukpenning. Anställda får vid behov full lön från arbetsgivaren under sex veckor och, vid fortsatt sjukskrivning, sjukpenning i 78 veckor. Sjukkassornas dubbla roll möjliggör enligt uppgift en effektiv administration utan onödiga väntetider för vård.⁴⁷ Medlemskap i försäkringen är obligatorisk för de flesta tyskar och kostar knappt 15 procent av inkomsten varav cirka hälften betalas av individen och cirka hälften av arbetsgivare.

De skandinaviska länderna liknar varandra såtillvida att hälso- och sjukvården är en uttalad regional angelägenhet och bygger på ett skattebaserat system vid sidan om sjukförsäkringen. Finansieringen av försäkringen i Norge skiljer sig något från den i Sverige och Finland genom att folketrydgen (socialförsäkringen) är en viktig källa till finansiering av den norska primärvården.

Nederländerna står i det här sammanhanget ut. Arbetsgivare i Nederländerna står för kostnaderna i samband med sjukfrånvaro i upp till två år (och under vissa omständigheter längre). Det normala är att arbetsgivare försäkrar sig hos försäkringsgivare för de risker detta innebär. Sjukvård finansieras via obligatoriska privata försäkringar. Försäkringsgivarna förhandlar om, och köper på försäkrings-tagarnas vägnar upp, hälso- och sjukvård. Berörda försäkringsbolag

⁴⁵ Heyman J. m.fl. (2009).

⁴⁶ de Boer, W.E.L. m.fl. (2010).

⁴⁷ ISF (2011b).

har på så sätt intresse av att kvalitetssäkra den vård som försäkringstagarna får. Andra försäkringsbolag, hos vilka arbetsgivare har försäkrat sig för kostnader i samband med sjukfrånvaro, har ekonomiska incitament att försöka följa upp och påverka hur arbetsgivarna sköter sitt rehabiliteringsarbete. Rehabiliteringsinsatser relaterade till detta har litet eller inget med den ”vanliga” hälso- och sjukvården att göra.

I Nederländerna, liksom i bl.a. Belgien, Frankrike och Finland, är företagshälsovård (med i första hand ett förebyggande perspektiv) obligatorisk och betalas av arbetsgivare. Företagshälsovården i Finland har ett stort antal ansvars- och befogenhetsområden, bl.a. att ta emot sjukankmälan och utfärda sjukintyg. Tyskland, Norge och Sverige är exempel på länder där inte alla anställda har tillgång till företagshälsovård.

Det är utifrån tillgänglig information svårt att dra säkra slutsatser om i vilken utsträckning någon av de finansieringsformer som finns i de studerade länderna bidrar till någon mer omfattande samordning eller koordinering mellan de två typer av resursflöden som kostnader för sjukfrånvaro och kostnader för vårdinsatser utgör. Det är vidare svårt att ha någon uppfattning om hur medicinsk effektivitet och medicinska resultat påverkas av olika slags samspel *inom* de skilda vårdapparaterna.

Systemen är oftast uppbyggda med primärt syfte att effektivt finansiera sjukvård och de har oftast byggts upp innan den typ av ohälsa som är relaterad till variation i sjukfrånvaro nått den nivå den nu har. I ett perspektiv där det i första hand är psykisk ohälsa (som inte kräver psykiatrisk vård) som utgör den stora utmaningen, så är det oklart vad skillnader mellan systemen innebär i just det hänseendet. I de beskrivningar utredningen tagit del av framgår inte att själva försäkringsformen skulle ge ökade incitament för vården att iakttä restriktivitet med sjukskrivning eller leda till avsevärda synnergivinster i det avseendet.

Den nederländska modellen kan ses som ett undantag. Nederländerna låg i början av 2000-talet tillsammans med Sverige och Norge långt över andra europeiska länder i nivå på sjukfrånvaro. Detta ledde till flera olika förändringar under en rad av år fram till en bit in på 2000-talet. De som studerat processen förefaller ense om att det är svårt att särskilja effekterna av de olika åtgärder som vidtagits. Ett dominerande inslag i modellen är dock, som tidigare

angetts, det omfattande ansvar för rehabilitering som lagts på arbetsgivarna.⁴⁸ Fokus för det ansvaret ligger dock på att undvika att långa sjukskrivningar blir ännu längre och kanske framför allt på att undvika att de till slut övergår i pensioneringar av medicinska skäl. Det finns evidens för framgång med detta,⁴⁹ vilket också framhållits i samband med förslaget om att svenska arbetsgivare inom 30 dagar från en sjukskrivningsstart måste upprätta planer för rehabilitering för individer som förväntas vara sjukskrivna mer än 60 dagar.⁵⁰

4.4 Etiska aspekter

Ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsområdet innefattar ofta frågeställningar av etisk karaktär. Mycket ofta är de etiska dimensionerna relaterade till begränsade resurser och behov av att prioritera. Sådana aspekter är i högsta grad relevanta att belysa vid bedömning av tidigare initiativ rörande hälso- och sjukvårdens kapacitet att hantera ohälsa kopplad till sjukfrånvaro och inför en analys av hur framtida sådana initiativ kan och bör ta form. I det här fallet finns det dessutom några ytterligare dimensioner att beakta. Dessa handlar om de frågor som uppstår när lagstiftad rätt till förmåner inom sjukförsäkringen kopplas till hälso- och sjukvårdens arbete runt den ohälsa det handlar om.

4.4.1 Vårdens värdegrund

Prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som riksdagen har beslutat om.⁵¹ Värdegrunden innehåller tre principer.⁵² Människovärdesprincipen innebär att alla människor är lika mycket värda och har samma rätt till likvärdig vård oavsett ålder, kön, utbildning och social eller ekonomisk ställning. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har de största behoven och svåraste sjukdomarna ska få vård först. Vårdpersonalen ska särskilt

⁴⁸ Det kan påpekas att det finns arbetsrättsliga förhållanden som bör beaktas vid jämförelser med exempelvis det ansvar som svenska arbetsgivare har.

⁴⁹ Koning, P. och Lindeboom, M. (2015).

⁵⁰ Ds 2017:9. Kravet har införts genom lag som trädde i kraft den 1 juli 2018, se prop. 2017/18:1, utg.omr. 10, bet. 2017/18:SfU1, rskr. 2017/18:124.

⁵¹ Prop. 1996/97:60.

⁵² SOU 1995:5.

beakta de mest utsatta patienterna, till exempel de som inte kan tala för sig och som inte känner till sina rättigheter. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden för och effekten av behandlingen. Om till exempel två olika behandlingar ger samma effekt så bör den som kostar mindre väljas. Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna har av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum i Linköping operationaliserats i en modell som ska kunna användas i prioriteringsarbete.⁵³

I diskussioner av den typ som skulle kunna uppstå i anslutning till finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, skulle argumentet att det är etiskt fel att prioritera människor i arbetsför ålder framför människor som inte ingår i arbetskraften kunna vara aktuellt. Ett sådant argument utgår från att ökad motivation att begränsa sjukförsäkringskostnader riskerar att skapa en situation där människor i förvärvsarbetande åldrar får bättre eller snabbare vård än människor som inte ingår bland dem som kan bli aktuella för att ta del av förmåner inom sjukförsäkringen. En sådan situation skulle strida emot människovärdesprincipen.

Ett snarlikt, men delvis annorlunda argument, är att det är fel att prioritera den typ av *tillstånd* som människor i arbetsför ålder ofta har i relation till tillstånd som människor utanför arbetskraften, exempelvis äldre, ofta har. Ett sådant argument baseras i första hand på behovs- och solidaritetsprincipen.

I det här aktuella fallet, när frågor relaterade till sjukförsäkring på ett nytt sätt ska kopplas till de överväganden som görs inom vården, kan, utöver nämnda risker för undanträngningseffekter, även andra etiska utmaningar tänkas uppstå. En diskussion som skulle kunna uppstå är om inte sjukvården i en ny situation kan lockas att bli för *restriktiva* i användandet av sjukskrivning som en del av vård och behandling.

Alla farhågor av det här slaget måste noga beaktas och öppet diskuteras. Det är dock angeläget att det sker i ljuset av vad som är de reella förutsättningarna, både avseende hur de faktiska alternativen ser ut och avseende hur förändrad praxis kan förväntas påverka hela den situation som dikterar villkoren för prioriteringar.

⁵³ Broqvist, M. m.fl. (2011).

4.4.2 Undanträngningseffekter

Det finns begränsad vetenskaplig kunskap om i vilken utsträckning det förekommit undanträngningseffekter som resultat av satsningar som gjorts för att minska vårdköer eller som gjorts i fråga om insatser för ohälsa kopplat till ökande sjukfrånvaro. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att särskilt studera undanträngningseffekter av vårdgaranti och kömiljard. Myndigheten har i en rapport analyserat väntetider och prioriteringar bland patienter som opererats för grå starr (katarakt), återbesöksfrekvens för patienter med grön starr (glaukom) samt väntetider för kontrollbesök för patienter med diabetes.⁵⁴ Resultatet visade att i kataraktsjukvården har väntetiden minskat för alla grupper, dock mest för dem med lägre medicinsk prioritering. I de två senare grupperna, glaukom och diabetes, fann myndigheten inte några indikationer på undanträngningseffekter. Frågan berördes i en tidigare uppföljning från 2012 utan att några slutsatser kunde dras.⁵⁵ Socialstyrelsen uttryckte att individbaserade uppgifter om väntetider behövs för att kunna göra kvalificerade uppföljningar.

Utredningen har granskat ett antal utvärderingar och uppföljningar av rehabiliteringsgarantin, ”sjukskrivningsmiljarden”, och de olika tidigare försök som förekommit.⁵⁶ I ingen av dem konstateras några oönskade effekter av typen undanträngning. I undersökningen av det första FINSAM-försöket kommenteras frågan med att ”några negativa effekter för människor som inte tillhör yrkesverksamma åldrarna kan inte konstateras utifrån de undersökningar som gjorts”.⁵⁷ I utvärderingen av SOCSAM-försöket anges explicit att den undersökning som gjorts av eventuella undanträngningseffekter inte antyder att några sådana förekommit.⁵⁸

Inte någonstans i de olika överenskommelserna som staten och SKL ingått sedan 2006, och inte heller i SKL:s beskrivningar och kommentarer kring dem, adresseras frågor som kopplar till detta.

⁵⁴ Socialstyrelsen (2014).

⁵⁵ Socialstyrelsen (2012a). I rapporten ges den mycket vaga utsagan att: ”Resultaten var inte entydiga, men resultaten visade på fall där undanträngningseffekter på återbesök kan misstänkas.”

⁵⁶ Hartman, L. m.fl. (2009), Sibbmark, K. och Chirico, G. (2008), ISF (2011b), Hägglund, P. m.fl. (2015) och Socialstyrelsen (2010).

⁵⁷ Finsambereidningen i Sörmland (1997).

⁵⁸ Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (2001).

Detta skulle kunna tolkas som att de två parterna inte sett några uppenbara risker i den riktningen.

Olika tillstånd allvarlighet

Att det hittills inte konstaterats några undanträngningseffekter innebär inte säkert att de inte förekommit. Ett exempel på en del av hälso- och sjukvården där det mer uppenbart (men fortfarande i högsta grad teoretiskt) skulle kunna tänkas ske en slags oönskad "sortering" är i primärvården. Här utgör andelen hjälpsökande som ingår i arbetskraften en relativt synligt avgränsad kategori i relation till det som är primärvårdens största besökskategori: äldre människor med för gruppen karaktäristiska tillstånd och behov. I primärvården skulle det teoretiskt finnas risker för att människor i arbetskraften med psykisk ohälsa eller besvär i rörelseapparaten skulle erbjudas en "gräddfil" som skulle kunna gå emot människovärdesprincipen.

En väsentlig fråga i sammanhanget är dock hur olika tillstånd värderas, exempelvis psykisk ohälsa i relation till högt blodtryck.

Om man skulle applicera den tidigare nämnda prioriteringsmodellen på exempelvis psykisk ohälsa så framstår det klart hur svåra sådana värderingar i praktiken är. Den typ av psykisk ohälsa det handlar om är normalt inte livshotande, men kan utan adekvat stöd och hjälp leda till svårlösta situationer. Lidandet kan vara betydande och eftersom det handlar om relativt unga människor får ökad livskvalitet som följd av en framgångsrik insats ett högt "värde" eftersom det antal år som påverkas positivt är stort.⁵⁹

Socialstyrelsen konstaterar i sina nyligen publicerade riktlinjer för vård vid depression och ångest att de nya riktlinjerna innebär ökade kostnader, men att tidig upptäckt och effektiv behandling inom primärvården minskar behov av sluten vård och att sådana insatser i längden är mycket kostnadsbesparande, bl.a. eftersom de kan minska kostnader i form av sjukskrivningar.⁶⁰

Teoretiskt skulle man kunna tänka sig att vissa verksamheter inom t.ex. sjukhusvården skulle lockas att hantera individer i arbetskraften före andra, exempelvis i operationsköer. Mot sannolikheten

⁵⁹ Heinz, E. (2014).

⁶⁰ Socialstyrelsen (2017a).

för det talar dock det faktum att människovärdesprincipen är en fundamental dimension av vårdens förhållningssätt och praxis. Vidare skulle en strategi i riktning mot att prioritera vissa individer framför andra antagligen leda till en så begränsad skillnad i ett sjukpenningperspektiv att det inte är realistiskt att tro att det skulle kunna vara ett motiv för att frångå grundläggande vårdetik.

Rollproblematik i möte med vårdsökande

Det finns i den här utredningens perspektiv ett särskilt slags dilemma som inte enbart rör olika patientgrupper, eller olika tillstånd, förhållande till varandra. Det finns ett potentiellt dilemma med etiska beröringspunkter som handlar om att hälso- och sjukvården kan uppleva att man förväntas spela olika samtidiga roller inför en och samma patient. Rollen som individens behandlare kan upplevas vara svår att förena med rollen som en aktör i sjukskrivningsprocessen bl.a. med ansvar för att intyga att sjukdom och nedsatt aktivitetsförmåga föreligger.

Särskilt om man till detta fogar ett tidsperspektiv uppstår frågor om hur man på bästa sätt bör använda den begränsade tid som ett möte tillåts ta. Detta kan rymma en etisk komponent. Detsamma gäller frågor kring hur läkare ska förhålla sig till de risker för medikalisering som finns i många sjukskrivningssituationer. Utmaningar runt gränssnittet ”sjukdom – inte sjukdom” är en del av vårdens vardag.

Dessa dilemman existerar oavsett om samhället introducerar incitament att jobba med sjukskrivningsrelaterad problematik eller inte. Utredningens uppfattning är att om finansiell samordning kan bidra till att adressera och aktualisera den här sortens dilemman har det ett egenvärde. Frågeställningarna diskuteras vidare i kapitel 7.

4.5 Sammanfattande kommentar

Uppfattningen att det finns vinster med att skapa kopplingar mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården har uttryckts och provats på olika sätt och vid olika tillfällen under drygt en trettioårsperiod. I grunden ligger en förväntan om att incitament för hälso- och sjukvården att ytterligare stärka och utveckla det arbete som

skulle kunna bidra till att hålla sjukfrånvaron och sjukförsäkringskostnaderna nere, borde ha en positiv effekt både för vårdsökande och för sjukförsäkringen. I detta ligger också en tanke om att det är rimligt att vården kompenseras med medel ur sjukförsäkringen för nedlagd tid och för satsade resurser.

De olika initiativ som väckts eller tagits med detta syfte, och som finns medtagna i det här kapitlet, kopplar delvis i och bygger logiskt på varandra. Utvecklingen kan, förenklat, beskrivas i några delvis parallella utvecklingslinjer från mitten av 1980-talet fram till i dag.

En sådan linje handlar om en över tid alltmer accentuerad princip om behovet av kraftfulla incitament. En annan utvecklingslinje handlar om att gå ifrån satsningar på enskilda projekt till stimulans för att bygga generell struktur och kompetens inom områden relaterade till sjukfrånvaro. En tydlig tendens är också en utveckling bort från tankar om att det är god kvalitet i och tillgänglighet till hälso- och sjukvård i allmänhet som påverkar sjukfrånvaro. Tendensen går mot ett tydligare fokus på mer specifika områden som psykisk ohälsa, smärtproblematik och primärvård koppade till allt tydligare redovisningskrav.

4.5.1 Begränsningar

Både de olika vägar att skapa incitament för utveckling som provats och de som stannat på idéstadiet har begränsningar.

Grunden till detta är olika. När det gäller FINSAM-försöket på 1990-talet grundar sig begränsningen bl.a. i att det handlade om just ett försök med få deltagande försöksområden under relativt begränsad tid och med uttalat begränsad risk. Inom ramen för försöket fanns möjlighet att avsätta pengar till speciella "satsningar" med bäring på sjukskrivning. Utvärdering av försöket talar om svårigheter att skapa satsningar som passade in i försökets ramar och om att aversionen mot risk hade en påtagligt begränsande effekt.

När det gäller den s.k. sjukskrivningsmiljarden ligger begränsningen bl.a. i att den till stor del har handlat om strukturer och förutsättningar för högre kvalitet i arbetet med sjukskrivningsdrivande ohälsa. Bortsett från inslag relaterade till sjukfrånvarons utveckling i de tidiga överenskommelserna⁶¹ har de till stor del inte knutit några

⁶¹ Mellan 2006 och 2015.

finansiella konsekvenser till hälso- och sjukvårdens faktiska resultat vad avser förmåga att hjälpa människor att undvika sjukskrivning eller att hållbart och effektivt återgå i arbete efter nödvändig sjukskrivningstid.

En annan begränsning, som även gäller den s.k. rehabiliteringsgarantin, är att det i överenskommelser i detalj pekats ut vilka åtgärder och vilka moment som genererar resurstillskott. Utöver att detta innebär en risk att fokus hamnar på insatser som inte är effektiva, eller som bara är det i en viss kontext och för en viss patientgrupp, innebär det en uppenbar risk att mottagaren av stimulansen hamnar i en mer passiv mottagarroll som inte gynnar lokal anpassning eller lokal kreativitet. I en sammanfattning av resultaten av de insatser som skett på området konstaterar Socialstyrelsen och Försäkringskassan att de ”endast har lett till en begränsad integration av sjukskrivningsfrågan på olika nivåer i hälso- och sjukvården”.⁶² Som skäl anges att villkoren uppfattats som alltför detaljerade och snäva samt att konstruktionen med tidsbegränsade avtal innebär svårigheter vad gäller planering och förutsägbarhet. Det senare är en stor svårighet och begränsning som utredningen på olika sätt fått ta del av. Landstingen har ofta uppfattat det som svårt att på ett konstruktivt sätt använda resurserna.

4.5.2 Nästa steg

Det mesta talar för att det intresse som regering och landsting, under framför allt det senaste decenniet, ägnat frågor om sjukfrånvaro och den typ av ohälsa det handlar om verkligen gjort skillnad.⁶³ Resurser för psykosocialt stöd, förutsättningar för nya behandlingsformer (bl.a. KBT) och resurser direkt destinerade för en smidigare sjukskrivningsprocess (som rehabkoordinatorer) finns i dag vid avsevärt många fler vårdcentraler än tidigare.

Hälso- och sjukvården befinner sig i dag på en annan nivå avseende medvetenhet och kompetens på området än för trettio år sedan. Samtidigt förändras och utvecklas samhället, vilket påverkar den omgivning och de förutsättningar som vården verkar i. De

⁶² Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015).

⁶³ Det är i alla fall berörda aktörer överens om. I samtliga de överenskommelser som gjorts deklarerar båda parter att den finansiella stimulansen bidragit till ett arbete med högre kvalitet. SKL lämnar många exempel på detta i SKL (2018b).

utmaningar vården möter i dag ser annorlunda ut än tidigare. Varje framsteg är det som gör nästa steg både möjligt och nödvändigt.

De initiativ rörande finansiell samordning som hittills tagits har inte fullt ut nått fram till de politiska ambitioner som funnits. Sjukskrivningsfrågan är fortfarande inte en integrerad del av landstingens ledning och styrning.⁶⁴ Utvecklingen vad gäller diagnostik, behandling och förebyggande insatser öppnar för att ta flera steg i riktning mot en mer optimal sjukskrivningsprocess där hälso- och sjukvården är en viktig aktör.

Samhällsförutsättningarna förändras och vården rekryterar ständigt en stor mängd nya medarbetare som inte har den erfarenhet och den kompetens som äldre kollegor har. Behovet av fortsatta investeringar i framför allt primärvården är stort och kan förväntas fortsätta att vara det under en längre tid.

Ett tydligt sätt att styra landstingen mot ett större intresse och ansvar för sjukskrivningsprocessen vore att starkare koppla finansiella konsekvenser till sjukfrånvarons utveckling, vilket man försökte göra i de rörliga delarna av överenskommelserna om "sjukskrivningsmiljarden". FINSAM-försöket på 1990-talet visade att det genom en sådan koppling går att skapa ett intresse hos hälso- och sjukvården samt att det går att påverka sjukfrånvarons utveckling.

Vad gäller "sjukskrivningsmiljardens" rörliga del relaterad till sjukfrånvaroutveckling så har man på grund av att villkoren infördes samtidigt i hela landet inte vetenskapligt kunna belägga att incitamentet haft positiva effekter på sjukfrånvaron. På samma grund kan hävdas att det heller inte visats att det varit verkningslöst. Det faktum att incitamentet relaterades till hela sjukfrånvaron under en tidsperiod som präglades av stor "slagighet", t.ex. vad gäller Försäkringskassans arbete med att värdera arbetsförmåga, gör att mindre framsteg i det sjukskrivningsrelaterade arbetet kan bli svåra att upptäcka.

Synsättet att sjukfrånvaro inte kan påverkas av hälso- och sjukvården på grund av att den uppstår någon annanstans uppfattar utredningen som väl kategoriskt. Ohälsa uppstår vanligtvis någon annanstans än i hälso- och sjukvården och den motverkas heller inte uteslutande av hälso- och sjukvårdens insatser; hälsa återvinns regelmässigt i samspel mellan många olika faktorer i individers liv. Synsättet implicerar att vården skulle stå mer eller mindre handfallen

⁶⁴ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015).

inför situationen och att sjukvårdens roll, arbetssätt och metoder inte kan förändras till att bättre hjälpa de individer som besöker vården för ohälsa kopplad till växande sjukfrånvaro, exempelvis i form av stressrelaterade problem.

Att vårdens uppdrag och strukturer hittills inte i tillräcklig utsträckning utformats för att hantera den typen av ohälsa är enligt utredningens bedömning inte något som med självklarhet innebär att så inte kan ske.

Ur utredningens perspektiv handlar det inte om huruvida hälso- och sjukvården kan göra skillnad, utan om hur stor del av sjukfrånvaron som är påverkbar, på vilket sätt den är påverkbar samt hur en rimligt finansiell relation mellan landstingen och sjukfrånvarons förändring bör se ut. En utgångspunkt är att även begränsad påverkan på inflödet i sjukfrånvaro representerar ett stort värde både för individ och samhälle. Det kan bl.a. handla om att påverka antalet långa sjukfall i positiv riktning och att minimera tendenser till att medikalisera normala livssituationer eller livshändelser. Redovisade erfarenheter talar för att en hållbar finansiell samordning bör baseras på:

1. En betydande nivå av finansiell stimulans som fungerar stärkande vad gäller landstingens finansiella förutsättningar att arbeta långsiktigt och kreativt. Behovet av fortsatta investeringar i nya medarbetare och ny kompetens kommer att kvarstå under betydande tid framåt.
2. En komponent som fungerar motiverande vad gäller att göra det försäkringsmedicinska uppdraget till en etablerad aspekt av landstingens planeringsarbete.⁶⁵ Mycket talar för att sådana inslag också kan ha en viktig bekräftande funktion.
3. En tydlig och direkt koppling mellan resultat i arbetet med sjukfrånvaro och de finansiella konsekvenser samordningen omfattar. Detta bl.a. för att stimulera hälso- och sjukvården till att ta tag i

⁶⁵ Utredningen vill här betona att det inte handlar om att etablera en okritisk hållning. Frågor relaterade till sjukskrivning och sjukfrånvaro måste värderas i relation till andra viktiga frågor. Det viktiga är att de på ett tydligare sätt har en naturlig plats på agendan.

de svåraste aspekterna av arbete med ohälsa kopplad till sjukfrånvaro⁶⁶ och samtidigt undvika detaljstyrning och besvärliga planeringsförutsättningar i landstingen.

4. Bestämmande av landstingens individuella resultat utifrån det egna landstingets situation med stabilitet och långsiktighet som riktmärke. En ny form för finansiell samordning måste ta utgångspunkt i att inte på något sätt bidra till att de etiska principer som finns riskerar att försvagas. Det betyder bl.a. att tendenser till att sjukskrivningsrelaterat arbete ”tränger bort” vård och behandling för andra patientkategorier inte får förekomma.

Den begränsade internationella utblick som varit möjlig motsäger inte att det skulle kunna finnas goda förutsättningar att lyckas med finansiell samordning i en svensk kontext. Att sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården i Sverige nominellt har två olika finansieringskällor och därmed två ”huvudmän” framstår paradoxalt nog inte som en stor nackdel. Med en väl anpassad samordning finns möjligheter att bättre integrera sjukförsäkringens utmaningar i hälso- och sjukvården samtidigt som det finns förutsättningar att med bibehållen dualitet säkra att resurserna och försäkringsmedicinska frågor inte sugs upp och försvinner i hälso- och sjukvårdens vardagsverklighet.

Mycket talar för att samhällets chanser att nå långsiktig framgång i att möta ohälsa kopplad till ökande sjukfrånvaro ökar om det sker på flera olika och samtidiga sätt. Framgångar som kan nås via finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring konkurrerar inte med de framgångar som t.ex. arbetsgivares ökande engagemang i arbetslivsrelaterad rehabilitering kan nå. Tvärtom kan de samverka på ett sätt som ligger helt i linje med den kunskap som finns.

⁶⁶ I detta ingår engagemang för att undvika medikalisering av normala livsprocesser och de svåra och ansträngande dialoger och samtal det kan innefatta.

5 Vägval

Utredningens definition av finansiell samordning utgår från att samordningen består i ett systematiskt och långsiktigt finansiellt samspel mellan kostnader för sjukförsäkringen kopplat till kostnader för, och finansiering av, landstingens sjukvårdsuppdrag.

Att bestämma omfattningen av samspelet och att bestämma sättet på vilket kopplingen ska ske är kärnan i utredningens uppdrag. Ett grundantagande är att man för båda dessa faktorer teoretiskt kan komma fram till flera olika svar och kombinationer.

Viktigt är att framhålla att finansiellt samspel på det sätt som här avses även kan ge goda förutsättningar för andra typer av samverkan eller samarbete mellan berörda aktörer.

Utredningen gör i detta kapitel ett försök att reda ut, diskutera och värdera de olika vägar, och kombinationer av vägar, utredningen uppfattat kan finnas. Syftet med detta är att ge en heltäckande och logiskt sammanhållen bakgrund med förklaringar till de förslag som lämnas i kapitel 6.

De val utredningen gör i detta kapitel anges för tydlighetens skull i rutor – dessa ska inte förväxlas med de ”skarpa” förslagsrutor som återfinns i kapitel 6.

5.1 Två grundläggande vägval

En första fråga utredningen tar ställning till är om det vore önskvärt eller möjligt att ändra den grundläggande ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inom ramen för sjukförsäkringen. Om svaret vore ja, skulle det helt ändra förutsättningarna för hur en finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen skulle kunna se ut.

Ett annat principiellt vägval är om landstingens finansiella relation till sjukförsäkringen ska vara direkt eller indirekt.

Med direkt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader avses ett långt gående ansvar för kostnader med direkt konsekvens för landstingens kärneekonomi i form av potentiellt finansiellt över- eller underskott. Med kärneekonomi avses här den samlade finansieringsbasen för landstingens verksamhet, med det egna landstingets skatteintäkter som dominerande del.

Med indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnaderna baseras samordningen på någon form av finansiellt tillskott från staten. Bidragets storlek relateras till sjukfrånvaro, och eventuellt också andra prestationer i form av åtgärder och insatser. Landstingens kärneekonomier är inte direkt berörda och landstingen har heller inget formellt mandat vad gäller beslutsfattande eller administration av sjukförsäkringsförmåner.

För båda vägarna finns en rad vägval och avgöranden. Ett sådant vägval handlar om huruvida samordningen ska baseras på överenskommelser eller någon form av reglering som omfattar alla landsting, ett annat om det i samordningen kan ingå ett moment där landstingen kan bli betalningsskyldiga för ett visst utfall gällande sjukfrånvarokostnader. Detta skulle teoretiskt kunna vara möjligt som en del av överenskommelser mellan landstingen och staten.

Skillnaden mellan direkt och indirekt relation ligger i landstingsekonomins "närhet" till den finansiella samordningens spelregler och i statens roll i de lösningar som kan vara aktuella. Med någon form av direkt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader finns det en direkt koppling mellan de kostnaderna och landstingens budget och staten skulle därmed teoretiskt kunna spela en mindre dominerande roll i de berörda delarna. Med någon form av indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader går kopplingen tydligare *via* staten som finansär och *via* de spelregler för stimulans som är aktuella.

5.2 Grundläggande förutsättningar

Bedömning: Den grundläggande rollfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inom sjukförsäkringen bör bibehållas.

Tankar om hälso- och sjukvårdens relation till, och ansvar för, sjukförsäkringen tangerar och aktualiserar de grundläggande roller som Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har i sjukskrivningsprocessen.

I betänkandet har relationen mellan de två aktörerna i sjukskrivningsprocessen beskrivits och diskuterats (se avsnitt 3.2).

Det kan inte uteslutas att en del av det engagemang som utredningen stött på i arbetet delvis emanerar ur förhoppningar om att finansiell samordning i grunden kan förändra förutsättningarna för relationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. En sådan förhoppning skulle kunna bygga på föreställningar om att ett förslag till samordning även skulle kunna omfatta förändringar vad gäller beslutsprocesser och administrationen kring bedömning av rätt till sjukförmån och/eller utbetalning av sådan förmån.

Försäkringskassans administration av sjukförsäkringen kan beskrivas dels i termer av en mycket omfattande process för att hantera ansökningar om sjukpenning utifrån vad som kan betecknas som formella och tekniska produktionskrav (kontroll av att personer faktiskt tillhör försäkringen, beräkning av korrekta ersättningsnivåer, säkerställande att utbetalningar hamnar rätt etc.), dels i termer av krav på bedömningskompetens och rättssäkerhet.¹ I det första fallet handlar det om att effektivt hantera ett mycket stort antal ärenden som i många fall är direkt kopplade till människors försörjning. I det andra fallet handlar det om att utreda och värdera individers arbetsförmåga utifrån ett försäkringsperspektiv.

När det gäller det senare har Försäkringskassan, som ett exempel, byggt kompetens och resurser för att med kvalitet hantera rollen som part i de rättsprocesser som ibland följer på myndighetens beslut.

¹ När det gäller krav på bedömningskompetens och rättssäkerhet handlar det bl.a. om att Försäkringskassan byggt kompetens och resurser för att med kvalitet hantera rollen som part i de rättsprocesser som ibland följer på myndighetens beslut.

Utöver att de båda aspekterna var för sig rymmer en rad processer och strukturer, så är uppgiften att förena de två komponenterna en utmaning. Detta ansvar bör fortsatt vara nationellt samlat, och inte utlagt på 21 huvudmän, för att garantera rättssäkerhet.

Att utredningen ser det som otänkbart att en finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård skulle kunna utgå från något annat än rådande rollfördelning anger en väsentlig förutsättning för de vägval som finns. Det betyder bl.a. att landstingens finansiella ansvar inte kan sträckas för långt; landstingen kan inte förväntas ta ett långtgående ansvar för en process som en annan aktör har en avgörande och självständig inverkan på.

5.3 Direkt eller indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader?

Bedömning: Det är en *indirekt* finansiell relation som bör vara utgångspunkt för utformningen av en finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen.

En ny form av finansiell samordning bör *inte* omfatta något direkt kostnadsansvar för landstingen.

5.3.1 Direkt relation till sjukförsäkringskostnader

Sjukförsäkringskostnader skulle teoretiskt kunna ingå som en del av ett landstings budget som andra utgiftsposter. Landstingen skulle, årligen eller med annan periodicitet, av staten få tilldelat den summa som man bestämt att sjukförsäkringen, i den del det finansiella ansvaret gäller, ska få kosta.

Ett argument för en modell med den inriktningen är mycket tydliga incitament att arbeta hårt för att hantera frågor relaterade till sjukfrånvaro, åtminstone om det i villkoren ingår att landstinget ska stå för hela eller delar av ett överskridande av de bestämda kostnaderna. Utan en sådan komponent så försvinner en del av poängen med att gå i den här riktningen i förhållande till andra vägval.

Ordningen kring statsbidraget för läkemedelsförmåner uppvisar drag som gör att den kan sägas falla in under kategorin direkt finansiellt ansvar. Det kan därför tjäna som underlag för en värdering av den här inriktningen.

Ett exempel: läkemedelsförmånerna

Läkemedel finansieras på flera sätt.² Läkemedel som används i slutenvård upphandlas och finansieras av landstingen. För läkemedel som förskrivs i öppenvården och som ingår i läkemedelsförmånerna står staten för en majoritet av de kostnader som går utöver det patienterna betalar.

Efter flera år av ökande läkemedelskostnader överläts 1998 en del av kostnadsansvaret på landstingen. Detta via ett särskilt statsbidrag med villkor utformade i överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten. Tanken var att det riktade bidraget senare skulle uppgå i det generella statsbidrag som landstingen årligen får.

Det som var tänkt som en temporär lösning har kontinuerligt förlängts via återkommande överenskommelser. Efter vad som beskrivs som alltmer komplicerade överläggningar, med alltmer komplext innehåll, kommer parterna överens om vilka nivåer som ska gälla för den tid som överenskommelsen gäller. Landstingen blir direkt kostnadsansvariga för delar av kostnader som överskrider den överenskomna ramen samtidigt som de kan få del av den "vinst" som uppstår om kostnaderna understiger ramen.

Läkemedelsöverenskommelsen bygger på en vinst- och förlustdelningsmodell som ska tillämpas om de faktiska kostnaderna avviker med mer än tre procent från de överenskomna bidragsbeloppen. Om landstingens totala kostnader för läkemedelsförmånen överstiger det överenskomna beloppet med mer än tre procent förbinder sig staten att finansiera 50 procent. På motsvarande sätt ska en återbetalning ske till staten i de fall de faktiska kostnaderna skulle bli mer än tre procent lägre än överenskommet belopp.

Landstingens finansiella risk är alltså hundra procent av kostnader som är mellan noll och tre procent över överenskommet tak och för kostnader däröver är risken 50 procent av alla kostnader.

² SOU 2017:87.

26 miljarder kronor

Det totala bidraget i överenskommelsen för 2017 uppgår till knappt 26 miljarder kronor.³ Utbetalningen till landstingen sker per månad med en tolfedel av årets bidrag. Utbetalningarna sker med två månaders eftersläpning, dvs. beloppet för januari betalas ut i mars osv.

Statsbidraget för läkemedelsförmånerna fördelas sedan 2002 mellan landstingen enligt en särskild behovsmodell. Modellen baseras på förbrukningen av läkemedel i olika åldrar givet kön och den tar dessutom hänsyn till att behovet skiljer sig åt beroende på socio-ekonomiska förhållanden i befolkningen, som inkomst, boende, sysselsättning, etc.⁴ Ambitionen är att fördela statsbidraget till landstingen efter behov och inte efter förbrukning. Som en del i modellen ingår också att, genom en solidarisk finansiering mellan landstingen, ta hänsyn till en mycket ojämn fördelning av patienter med vissa sjukdomar som kräver kostsam läkemedelsbehandling.⁵

Systemet är nu föremål för en utredning och kan förväntas komma att förändras. Det senare hindrar inte att det system som varit kan användas som exempel för att analysera möjligheter gällande finansiella relationer mellan staten och landstingen i speciella frågor.

Relevans för utredningen om finansiell samordning mellan hälso-och sjukvård och sjukförsäkring

Vid en första anblick kan den ordning som gäller för den finansiella relationen mellan staten och landstingen avseende läkemedelsförmåner framstå ha bäring på utredningens uppdrag. Läkemedel är liksom sjukskrivning nyttigheter som i många fall är nödvändiga, men där felaktig förskrivning både kan vara medicinskt skadlig och

³ Merparten av bidraget betalas ut till landstingen, förutom drygt tio miljoner som betalas till SKL för ersättning till E-hälsomyndigheten för kostnader för drift och utveckling av system för sortiments- och leveransinformation för dosdispenserade läkemedel (SOL-tjänsterna).

⁴ Sammantaget rör det sig om 864 grupper/kombinationer per landsting. Gruppens andel av befolkningen mäts i respektive landsting som ett treårsgenomsnitt och multipliceras med den genomsnittliga läkemedelskonsumtionen för respektive grupp.

⁵ De tre sjukdomar som i dag omfattas av den solidariska finansieringen är Gauchers, Blödar-sjuka och HIV. För 2017 är det sex landsting som redovisar kostnader över genomsnittet och därmed kvalificerar sig för denna ersättning. Kostnaden uppgick 2017 till 1 675 miljoner kronor. Finansiering sker genom ett avdrag för samtliga landsting med 20 kronor per invånare.

kan medföra omotiverade samhällskostnader. Sjukpenningkostnaderna och kostnaderna för läkemedel ligger i samma härads⁶ och i båda fallen står i praktiken staten för kostnader som är relaterade till ageranden i hälso- och sjukvården.

Det finns dock betydande skillnader mellan läkemedel och sjukförsäkringsförmåner som har betydelse för hur man kan se på läkemedelsexemplet som förebild.

Hälso- och sjukvården har exempelvis full kompetens och fullt mandat att hantera och förskriva läkemedel, med eller utan förmån. Ur ett patientperspektiv är hälso- och sjukvården den självklara parten som förskriver och sköter all administration, inklusive finansiella rutiner, i samband med att patienten får sin medicin. Detta gäller i såväl sluten som öppen vård. Läkemedel är något som landstingen naturligt hanterar (oavsett de komplexa ekonomiska spelregler i form av upphandlingsförfaranden och annat som kan vara inblandade). Landstingen har ett formellt och reellt mandat som är i harmoni med det ansvar som överenskommelserna om läkemedelsförmånerna omfattar.

Hälso- och sjukvårdens relation till sjukförsäkringsförmåner är annorlunda. Det formella ansvaret för om någon ska beviljas exempelvis sjukpenning åvilar Försäkringskassan (även om Försäkringskassan i praktiken följer läkares rekommendation i mer än 90 procent av fallen)⁷ och den administration som leder fram till att individer får sin faktiska utbetalning sköts av Försäkringskassan.

Det innebär avgörande skillnader gentemot läkemedelsförmåner i fråga om vilka tekniska och/eller rättsliga lösningar som är möjliga.

Ett exempel som rör landstingens kostnadsansvar för läkemedelskostnader som överstiger det överenskomna beloppet kan illustrera detta. Det som i praktiken sker om det inte går som förväntat är att statens bidrag till ett landsting inte når upp till den kostnad landstinget faktiskt har. Det faktum att landstinget har betalat ut "för mycket" är i den kontexten inget vare sig tekniskt eller rättsligt bekymmer. Landstingen har fullt ansvar för läkemedelshanteringen och man har kommit överens om en nivå på ett bidrag. Den mellanskillnad som uppstår mellan vad landstinget får i bidrag⁸ och

⁶ Läkemedelsförmånerna omfattar cirka 26 miljarder kronor och kostnaderna för sjukpenning cirka 34 miljarder kronor.

⁷ Andelen varierar mellan cirka 93 och 97 procent (se Försäkringskassan [2017f]).

⁸ Inklusive den del av "förlusten" som staten är med och delar på.

de faktiska utgifterna behöver inte hanteras vidare mellan staten och landstingen.

I ett sjukförsäkringsperspektiv skulle det vara annorlunda. Med en modell för finansiell samordning motsvarande konstruktionen för läkemedelsförmånerna skulle ett landstings överskridande av ett bestämt kostnadstak utgöra ett helt annat problem. Pengarna skulle redan vara utbetalda av Försäkringskassan till sjukskrivna människor och landstinget skulle ha skaffat sig en ”skuld” till staten. Utredningen ser inga möjligheter att vinna stöd för en rättslig reglering avseende återbetalning av sådan skuld. Den möjlighet som då återstår är att återbetalningsansvaret skulle behöva formaliseras i överenskommelser samt att nödvändiga begränsningar avseende landstingens risktagning ytterligare minskar vinsterna med en sådan modell.

Erfarenheterna från överenskommelserna gällande läkemedelsförmånerna visar att den här typen av lösningar över tid riskerar att bli svåröverskådliga och komplicerade. Regeringen beslöt bl.a. därför i november 2016 att tillsätta en utredning som ska se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel.⁹

Argument emot en direkt finansiell relation

Argument emot en direkt finansiell relation är flera. Ett handlar om att den skulle kunna innebära en betydande finansiell risk för landstingen. En direkt finansiell relation till sjukförsäkringen reglerad i författning kan ses som att landstingen tilldelas ett helt nytt åtagande. Detta skulle i så fall innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Att försöka ta sig fram via det här spåret skulle förmodligen kräva att det skedde via överenskommelser mellan staten och varje enskilt landsting. Reglering via överenskommelser för flera negativa aspekter med sig. En är att landstingen har svårt att bygga planering och ekonomisk strategi på tidsbegränsade överenskommelser där villkoren över längre tid är oförutsägbara. Om avtal ska slutas med varje landsting så finns det dessutom en risk att alla inte vill vara med, vilket skulle skapa en svårhanterbar situation.

⁹ Se kommittédirektiv 2016:95.

Ytterligare ett argument emot en modell baserad på en direkt relation är att den skulle kunna uppfattas innebära incitament för landstingen att försöka ”pressa ned” sjukfrånvaron till omotiverat låga nivåer.

I avsnitt 4.4 avhandlas frågan om vårdens prioriteringsgrunder och eventuella risker med undanträngningseffekter. Utredningen konstaterar att man för tidigare redovisade initiativ inte kunnat konstatera tendenser i den riktningen. Med ett direkt finansiellt ansvar för landsting för sjukförsäkringskostnader skulle i värsta fall undanträngningseffekter kunna uppstå. Sannolikheten att vården kan lockas, eller tvingas, att glida i en oönskad riktning skulle öka. Även om detta förefaller osannolikt utgör det trots allt ett giltigt argument emot en direkt finansiell relation.

5.3.2 Indirekt finansiell relation till sjukförsäkringskostnader

Med indirekt finansiell relation till sjukförsäkringen avses här en modell baserad på stimulansmedel. Landstingens grundeekonomi blir i en sådan modell inte avhängig sjukfrånvarons utveckling. Omfattningen av de stimulansmedel ett visst landsting får är däremot kopplad till sjukfrånvarons nivå. Den finansiella relationen handlar om hur mycket *extra* pengar man kan få.

Att stimulansmedlen föreslås vara kopplade till sjukfrånvarons utveckling betyder dock inte att detta är det enda utfall som den finansiella samordningen förväntas bidra till. I exempelvis ett utvärderingsperspektiv kan andra typer av mått som relaterar till processer och strukturer vara aktuella. Se ett utvecklat resonemang kring detta i bilaga 2.

Kostnadsansvar för landstingen

Även med en i grunden indirekt finansiell relation mellan landstingen och utfall i sjukförsäkringen skulle moment som innebär att landstingen åläggs ett visst betalningsansvar kunna finnas med. Så var fallet i FINSAM-försöket på 1990-talet. Försöket baserades på en särskild lag och deltagande landsting deltog på frivillig basis.

Erfarenheter från bl.a. FINSAM-försöket talar för att risker att förlora pengar kan vara starkare incitament än möjligheter att vinna

pengar. Detta är ett argument för att moment som kan innebära att landstinget kan få betala för ett visst utfall skulle kunna finnas med i en finansiell samordning. Det skulle förmodligen medföra den mest kraftfulla nivå av incitament som går att få i ett sammanhang som detta.

Samtidigt skulle det skapa finansiella risker för landstingen. Ett betalningsansvar skulle sannolikt förutsätta att landstingen går frivilligt in i samordningen. Detta skulle i sin tur förmodligen förutsätta överenskommelser, vilket skulle föra med sig de nackdelar kring sådana som konstaterats tidigare i betänkandet.

Ett kostnadsansvar skulle medföra ett behov av riskreducering. I FINSAM-försöket begränsades hälso- och sjukvårdens risk genom att vinst eller förlust delades mellan staten, landstinget och den lokala försäkringskassan på ett sätt som gjorde att staten tog störst del och landstinget minst del av risken. Eftersom utredningen bedömer att ett kostnadsansvar skulle behöva begränsas genom någon form av riskminimering i kombination med att det måste utgå från överenskommelser blir slutsatsen att en ny form för finansiell samordning inte ska omfatta något direkt kostnadsansvar för landstingen. Det är en styrka att landstingens ekonomi inte riskerar att försvagas samt att riskerna för att något landsting ska lockas att ”trycka ned” sjukfrånvaron omotiverat mycket är små.

Tidigare erfarenheter av indirekt finansiell relation mellan landstingen och utfall i sjukförsäkringen

Överenskommelserna mellan staten och SKL gällande den s.k. sjuk-skrivningsmiljarden innehöll mellan 2006 och 2015 rörliga delar som motsvarar det som utredningen här betecknar som indirekt finansiell relation mellan landstingen och utfall i sjukförsäkringen. I överenskommelsen från 2006¹⁰ bestämdes den rörliga delen så att bidragets storlek var beroende av den procentuella nedgången i antalet sjukpenningdagar (netto) i de olika landstingen mellan 2005 och 2006. Bidraget beräknades utifrån två intervall: minskning med upp till fem procent samt minskning med mer än fem procent. Landstingens ”vinst” blev större i det högre intervallet. Mellan de angivna åren

¹⁰ Staten, genom Socialdepartementet, och Landstingsförbundet (2006).

minskade samtliga län antalet utbetalda sjukpenningdagar, i de flesta fall på nivån över fem procent.¹¹ År 2007 utbetalades 556 miljoner av de 750 miljoner kronor som ingick i överenskommelsen från 2006. För både 2008 och 2009 utbetalades den maximala summan.¹²

I överenskommelserna som gällde för 2010, 2011 och 2012 minskades den maximala rörliga sjukpenningsrelaterade ersättningsdelen till 495 miljoner kronor.¹³

I överenskommelsen som slöts för 2013¹⁴ hade den rörliga delen minskats till 230 miljoner kronor. I den överenskommelsen fördelades bidraget utifrån hur det relativa antalet sjukpenningdagar hade förändrats i förhållande till övriga landsting. Det innebär att man inte behövde sänka antalet utbetalda sjukpenningdagar för att få bidrag. Man kunde få bidrag även för ökning. Storleken på bidraget bestämdes i relation till utvecklingen i övriga landsting. I överenskommelsen för 2017 och 2018 finns inte någon rörlig del kopplad till sjukpenningutvecklingen med.¹⁵

Den sjukskrivningsrelaterade delen av sjukskrivningsmiljarden minskade och förändrade karaktär sedan sjukfrånvaron vände under 2011 och började öka. Det är inte klarlagt i vilken utsträckning de finansiella incitamenten bidrog till att antalet sjukskrivningar minskade. Det är också oklart i vilken utsträckning landstingens utveckling avseende arbete kopplat till sjukskrivning bidrog till att dämpa utvecklingen när antalet sjukskrivningar senare började stiga.

Det är fullt möjligt att de kraftfulla svängningarna och trenderna i båda riktningarna under den aktuella tioårsperioden har gjort det svårt för både medarbetare och ledningar i vården att uppfatta något tydligt resultat av de egna ansträngningarna. Det är inte svårt att förstå att en känsla av att vården står inför krafter den inte kan påverka kan infinna sig. Inte heller att de konsekvenser som ett förändrat arbetssätt vid Försäkringskassan (se bl.a. avsnitt 3.1.3) har visat sig kunna medföra kan förstärka en sådan bild.

¹¹ Antalet sjukpenningdagar minskade på nivån upp till fem procent i fyra län.

¹² Antalet sjukpenningdagar sjönk nämnda år med 8,9, 12,5 respektive 19,0 procent. För 2009 drogs fem miljoner kronor av för att finansiera vissa IT-lösningar.

¹³ Staten, genom Socialdepartementet, och SKL (2009) och (2011).

¹⁴ Staten, genom Socialdepartementet, och SKL (2012).

¹⁵ Staten, genom Socialdepartementet, och SKL (2016).

Lärdomar

Lärdomar inför en ny incitamentsmodell är bl.a. att den bör fokusera på sjukfrånvaro som vården kan antas ha möjligheter att påverka. Viktigt är också att resultat på ett rättvisande sätt kan avläsas. För att fungera måste modellen bygga på att landsting som redan ligger bra till inte "straffas" för det genom ett sämre utgångsläge, samtidigt som landsting som har haft en besvärlig situation på grund av arbetsmarknad, skattebas, åldersstruktur, geografiska avstånd eller annat ska ges förutsättningar att höja kvaliteten i det egna arbetet utifrån de förutsättningar som råder i det egna landstinget. Incitamenten måste utgå från det individuella landstingets förutsättningar och ansträngningar – inte utifrån andra landsting eller utvecklingen nationellt.

Erfarenheter talar dessutom för att stabilitet i sjukfrånvaron är en mer meningsfull målsättning än en allmän sänkning av den.

Själva poängen med att ha en sjukförsäkring är att det ska vara möjligt att vara sjukskriven. Ur ett rättssäkerhets- och ett välfärds-perspektiv är det befogat att ha en försiktig ambition. Det är dessutom inte klarlagt hur stor del av sjukfrånvaron som vården i samverkan med arbetsgivare och andra aktörer kan påverka. Utgångspunkten är att den volymen är begränsad, men även att begränsad inverkan kan ha avgörande betydelse. Ytterligare skäl för stabilitet i stället för sänkning som kriterium är att det med sänkning som enda mål finns en risk att snabbt nå "taket" för det som går att sänka och att det därefter inte finns någon fortsatt stimulans för fortsatta investeringar.

Ett sista konstaterande är att det är orealistiskt att förvänta sig något annat än en viss fortsatt variation i sjukfrånvaro. Ett över tid hållbart system bör byggas så att landstingen trots en viss fluktuation kan nå ställda förväntningar. Meningen är att landstingen utan avbrott ska kunna fortsätta att långsiktigt investera i försäkringsmedicinsk kapacitet. Med begreppet "investera" avses här, som tidigare angetts, olika typer av satsningar som kan vara större eller mindre. Att anställa nya medarbetare eller introducera nya arbetssätt kan var exempel på möjliga sådana investeringar.

5.4 Vissa utgångspunkter för en ny finansiell samordning

Bedömning: Den finansiella relationen bör avse sjukfrånvaro som hälso- och sjukvården bedöms ha störst möjlighet att påverka. Incitament bör baseras på en *direkt koppling* till utvecklingen av sådan sjukfrånvaro och utgå från det individuella landstingets förutsättningar.

En ny form av finansiell samordning bör *inte* innefatta utpekade insatser.

5.4.1 Omfattningen av den indirekta finansiella relationen

Omfattningen av den finansiella relationen, dvs. hur stor del av sjukfrånvaron som relationen ska omfatta, bör baseras på två överväganden. Det handlar dels om hur kraftfullt det ekonomiska incitamentet ska vara för det enskilda landstinget, dels om hur nära kopplad den finansiella relationen ska vara till hälso- och sjukvårdens faktiska arbete med ohälsa.

Omfattningen av den sjukfrånvaro till vilken landstingen ska ha någon form av finansiell relation skulle kunna bestämmas som en ”neutral” andel (1–100 procent) av sjukfrånvaron i sin helhet, eller med utgångspunkt i att den finansiella relationen kopplas till en viss del av sjukfrånvaron, t.ex. för sjukskrivningar upp till en viss tidslängd.

Nivån på sjukfrånvaron som landstingen får en finansiell relation till bör bestämmas utifrån vad hälso- och sjukvården förväntas kunna påverka. Den bör samtidigt vara balanserad, bl.a. utifrån ett riskperspektiv. Den finansiella relationen bör baseras på en *sammanvägd* bedömning av dessa båda grunder.

Det finns inget ”vetenskapligt” grundat svar på var en sådan nivå bör ligga.

Rehabiliteringskedjans tidsgränser

En möjlighet är att relatera nivån till rehabiliteringskedjans tidsgränser som går vid 90, 180 eller 365 dagars sjukskrivning.¹⁶ Samtliga gränser innebär en förändring i Försäkringskassans bedömning av rätt till sjukpenning.¹⁷ Fram till och med dag 90 ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till den enskildes vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den enskilde. Efter att den enskilde har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar bedöms arbetsförmågan gentemot alla arbeten som finns hos den aktuella arbetsgivaren och efter dag 180 gentemot ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den enskilde. Utredningen bedömer att sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar väl motsvarar de kriterier som tidigare diskuterats. Sjukfallskategorin (90 dagar) utgör runt en tredjedel av all sjukfrånvaro, en omfattning av sjukfrånvaron som kan bedömas vara rimlig för finansiell samordning.

Även om hälso- och sjukvården fortfarande kan ha en viktig roll som medicinskt rehabiliteringsansvarig aktör så glider i senare skeden av ett sjukfall ett större ansvar över på Försäkringskassan som samordnare och på arbetsgivarna som ansvariga för att åstadkomma nödvändiga anpassningar. Rehabiliteringskedjans gränser markerar en tidslinje där aktuella frågeställningar mer och mer antar en försäkringskaraktär.¹⁸

Det förekommer andra tidsgränser i sammanhanget. Det krav på att arbetsgivare inom 30 dagar ska upprätta en rehabiliteringsplan för sjukfall som beräknas överstiga 60 dagar, som infördes den 1 juli 2018, är ett exempel.

En kortare sjukfallsperiod än 90 dagar skulle alltså kunna övervägas. Ett betydande argument emot det är att sjukfall upp till exempelvis 60 dagar kan vara för korta för att hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer ska ha möjlighet att göra en positiv skillnad.

De första 14 dagarna i ett sjukfall – sjuklöneperioden – bör i teknisk mening av flera skäl inte ingå i en indirekt finansiell relation. Att försöka samordna arbetsgivares sjuklöneutbetalningar med

¹⁶ 27 kap. 46–49 §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁷ Det handlar bl.a. om att bedömningar av arbetsförmåga sker på nya grunder.

¹⁸ Se SOU 2009:89.

stimulansbidrag till hälso- och sjukvården för den här sjukskrivningskategorin skulle bl.a. erbjuda administrativa och tekniska svårigheter som överstiger eventuella vinster. De framgångar som hälso- och sjukvården kan uppnå med att hjälpa människor förebygga eller förkorta även sjukskrivningar upp till två veckor torde komma att avspeglas i sjukfrånvaron för sjukfall mellan 14 och 90 dagar, och på så sätt generera motsvarande del av ett stimulansbidrag.

Utredningen vill betona att den finansiella samordningens koppling till kortare sjukfall inte ska tolkas som ett negligierande av det faktum att längre sjukfall ofta är betungande för vården och för ansvariga läkare. Bedömningen att den indirekta finansiella relationen bör kopplas till sjukskrivningar som vården har störst möjligheter att påverka innebär inte någon värdering om att vårdens ansvar för hög kvalitet i insatser riktade till patienter som är långtids-sjukskrivna minskar. Vårdens behov av resurser och metodutveckling är på det här området fortsatt lika stort. Förhoppningen är att finansiell samordning kan bidra till att det blir något färre långa sjukfall och till effektivitetsvinster som kan komma även dessa patienter till del (se även avsnitt 7.3.4).

5.4.2 Vägval utifrån etiska aspekter

Det finns som tidigare angetts en rad etiska aspekter att beakta i sammanhanget (se bl.a. avsnitt 4.4). En är att incitament att begränsa kostnader för sjukfrånvaro skulle kunna tänkas leda till en restriktivitet som inte är förenlig med grundtankarna i sjukförsäkringen. Sådana överväganden och balansgångar är mest uppenbara när det gäller Försäkringskassans arbete, men kan teoretiskt även finnas inom hälso- och sjukvården. Utredningen har i sin analys av tidigare initiativ till samspel mellan vården och sjukförsäkringen inte kunnat upptäcka några tendenser i den riktningen. Den generella iakttagelsen är att sådana tendenser skulle vara främmande för vårdens professionella med uppgift att ge vård efter behov enligt gällande prioriteringsordning.

Utredningen anser dock att ett viktigt ställningstagande inför val av väg är att en ny form för finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring tydligt uttrycker att motivet inte är att pressa ned sjukfrånvaron till nivåer där det finns risker för att man

inte lever upp till grundtanken med sjukförsäkringen. Mer konkret betyder det att den modell som föreslås inte får innehålla finansiella incitament för en ensidig, eller oreflekterad, sänkning av sjukfrånvaro som riskerar att försvaga rättssäkerheten i försäkringen.

5.4.3 Utpekade insatser som en del av statens stimulans

Rehabiliteringsgarantin och delar av de olika överenskommelserna inom den s.k. sjukskrivningsmiljarden har handlat om att med statliga medel täcka kostnaderna för och/eller premiera utpekade insatser inom områden som är väsentliga för sjukfrånvarons utveckling.

Det är svårt att avgöra effekterna av detta, bl.a. vad gäller minskad sjukfrånvaro. Överenskommelserna inom "sjukskrivningsmiljarden" omfattar generellt inte krav på att insatserna ska utvärderas. Satsningarna har fått positiva omdömen. De har också fått viss kritik, bl.a. för att fokus på namngivna insatser lett till att frågan i sin helhet inte erövrat ett långsiktigt eget engagemang i landstingen. Tillsammans med brist på planeringsbarhet för landstingen tycks detta ha bidragit till att försäkringsmedicinska frågor inte blivit väletablerade i landstingens planeringsarbete.¹⁹

Det finns å andra sidan en hel del som talar för att den här typen av stimulans riktad mot att utveckla strukturer och kompetens samt att stimulera utveckling av metoder har haft, och har, ett betydande värde.²⁰ Det finns skäl att anta att det finns en kompetens, kunskapsbyggnad och medvetenhet kring de utmaningar som sjukskrivningsrelaterad ohälsa innebär, som inte funnits utan arbetet med överenskommelserna inom "sjukskrivningsmiljarden".

Att regeringen genom denna utredning har ambition att ta ytterligare ett steg i denna utveckling minskar inte värdet av de steg som tagits. Tvärtom kan utvecklingen tolkas som att det är i kraft av den utveckling som varit, och som är igång, som nästa steg har goda förutsättningar att ytterligare höja kvaliteten i den del av sjukvårdens verksamhet som avses.

På ett mer generellt plan är utredningens uppfattning att det i högsta grad är angeläget att utvecklingen baseras på en bred nationell dialog och på de vetenskapliga landvinningar som görs.

¹⁹ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015).

²⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2011a).

Prestationsbaserad ersättning

Prestationsbaserad ersättning var tidigare ett relativt vanligt inslag i statens styrning av hälso- och sjukvård.²¹ Det finns positiva aspekter med sådan styrning, men från olika håll pekas även på negativa aspekter.²² En negativ aspekt är att det finns en risk för kortsiktiga satsningar inom områden som behöver långsiktiga förutsättningar. Ytterligare negativa aspekter är att pengarna ofta betalas i efterhand så att de i egentlig mening inte kan investeras²³ i den verksamhet de ska bygga upp; att redovisnings- och utbetalningsprinciperna inte harmonierar med landstingens budget- och planeringsprocess, samt att ersättningen är förenad med återredovisningskrav som uppfattats som betungande.²⁴

Detta är något av ett dilemma. Grundläggande i en demokratisk rättsstat är att den som fattar beslut om allmänna medel har ett långtgående ansvar att redovisa att medlen gått till avsett ändamål. Förutsättningarna att utöva kontroll ökar om medlen utbetalas i efterskott i stället för i förskott. Den stora negativa konsekvensen med utbetalning i efterskott är att landstingen får pengarna för sent för att våga göra kraftfulla investeringar samtidigt som man inte undgår redovisningskrav.

En väg framåt är enligt utredningens bedömning att sträva mot att stimulansmedlen utbetalas i förväg, under villkor som inte förutsätter återrapporteringar och på ett sätt som tar hänsyn till landstingens planeringsförutsättningar. Mot bakgrund av detta gör utredningen bedömningen att utpekade insatser *inte* bör finnas med i en modell för finansiell samordning.

Förskott utan koppling till villkor

SKL uttrycker i en promemoria 2018-05-25 förslag till ställnings-tagande gällande det preliminära förslag till form för finansiell samordning som utredningen då hade presenterat.²⁵ SKL föreslår i

²¹ Se Vårdanalys (2013).

²² Se Riksrevisionen (2016a).

²³ Begreppet investera används här, som tidigare angetts, i sin bredaste mening – det kan t.ex. handla om att landstingen med stöd av de medel det handlar om vågar anställa ytterligare medarbetare med syfte att bidra till kvalitet och effektivitet i arbetet relaterat till sjukskrivning.

²⁴ Se Riksrevisionen (2014).

²⁵ SKL (2018e).

skrivelsen bl.a. att den finansiella samordningen till en del bör omfatta ett finansiellt tillskott till landstingen som utbetalas i förskott och som inte är kopplat till några som helst villkor. SKL:s argument för detta är ”att möjliggöra eventuella satsningar som kan utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet”.²⁶

Tankegången ligger nära att bidraget, i stället för att delas ut som ett riktat statsbidrag, skulle delas ut som ett tillskott till det generella statsbidrag som landstingen får. Utredningen gör bedömningen att ett tillskott till det generella statsbidraget utan kopplade villkor inte har förutsättningar att leda till avsedda förändringar.

Mycket talar för att behovet av fortsatt utveckling på området är stort. För att ekonomiska tillskott ska vara till verklig nytta måste de dock vara tidigt kända och finnas med i landstingens planerings- och budgetarbete. Detta är en av de viktigare grundbultar som utredningens vägval utgår från. En indirekt finansiell relation kopplad till sjukfrånvaron och ett ekonomiskt tillskott som förannonseras i sådan tid att det utan hinder kan finnas med i landstingens planering uppfyller väl landstingens behov av framförhållning för att kunna göra satsningar.

Att medel skulle utbetalas utan några villkor alls faller på flera väsentliga punkter. Förutom att det skulle vara ett sätt att använda skattemedel som inte är förenligt med grundläggande principer så missar man den samordning som ligger i att växla ut minskade kostnader för sjukförsäkring mot satsningar och investeringar för att stärka strukturer i hälso- och sjukvården. Den växlingen ger den finansiering som ett substantiellt tillskott förutsätter. Utredningens förslag om vad som kan ingå i sådana investeringar diskuteras längre fram i betänkandet (se kapitel 7).

5.5 Överenskommelse eller annan reglering?

Bedömning: En finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen bör *inte* regleras i överenskommelse.

²⁶ I det sammanhanget framför SKL förslag på inrättande av någon form av institutionell ordning på nationell nivå bestående av landstingen (genom SKL), Försäkringskassan och andra relevanta myndigheter, arbetsgivare och representanter för forskning. Det framgår inte av skrivelsen vilken formell status man anser att sammanslutningen eller dess förslag bör ha visavi den finansiella samordningen.

Det finns två grundläggande vägar att reglera finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen: via överenskommelser eller via någon form av författningsreglering. Båda alternativen har fördelar och nackdelar.

Tidsbegränsade överenskommelser har bl.a. fördelen att utgångspunkterna för samordningen, t.ex. vad gäller målnivåer, vid behov relativt enkelt kan justeras om parterna är överens. Att överenskommelser är tidsbegränsade kan ge samtliga parter en trygghet i att man efter avtalstiden kan inta en ny och annorlunda position.

Detta är också en avgörande nackdel. Det oförutsägbara i vad som följer efter överenskommelsen kan leda till att möjligheterna till långsiktigt engagemang försämras. Sådana konsekvenser har också kunnat observeras bl.a. i samband med "miljardenöverenskommelserna" och Riksrevisionen har utifrån det argumentet gett rekommendationer om att i mindre utsträckning använda styrformen. Företrädare för landsting och kommuner har också i olika sammanhang varit kritiska till riktade statsbidrag knutna till detaljerade överenskommelser.²⁷

Reglering genom föreskrifter har fördelar i att en sådan omfattar alla landsting och har beständighet. Den ena parten löper med den här typen av reglering inte risk att den andra parten ändrar spelreglerna utifrån vad som händer. Om exempelvis landstingen inom ramen för finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring skulle lyckas bra med att hjälpa människor att förebygga sjukskrivning eller att förkorta nödvändig sjukskrivningstid kan det med en reglering baserad på överenskommelser finnas en risk att landstingen vid kommande överenskommelser erbjuds "sämre" villkor och därför tappar incitamenten att jobba målmedvetet och långsiktigt.

En nackdel med reglering i författning är att de faktiska förutsättningarna för att lyckas nå uppställda mål kan ändras på ett sätt så att de reglerade villkoren framstår som orimliga eller i praktiken omöjliga att nå. Denna effekt kan mildras genom att det övervägs väl i vilken form de olika delarna av en finansiell samordning ska regleras; olika författningsformer erbjuder olika flexibilitet när det gäller förändringar av bestämmelserna (se mer i avsnitt 6.9.3). Vidare är det av vikt att man i regleringen anger att villkoren kan komma att

²⁷ Se Riksrevisionen (2014).

behöva ändras, i vilka situationer detta kan vara aktuellt, samt vem som ska värdera och genomföra sådana förändringar. Den komponent som garanterar att det finns möjlighet att korrigera villkor måste formuleras så att det inte motverkar långsiktighet och förutsägbarhet. Exempelvis får den omständigheten att landstingen lyckas bra med sitt arbete och når goda resultat inte vara skäl till korrigering, medan regleringar som kan förväntas ha betydelse för nivån på sjukfrånvaro måste vara skäl till korrigering.

5.6 Sammanfattande kommentar

I kapitlet redovisas utredningens överväganden avseende möjliga vägval. De utgår från ett första val mellan direkt och indirekt finansiell relation för hälso- och sjukvården till sjukförsäkringskostnader.

Utredningens bedömning är att landstingen *inte*, vare sig i juridisk eller administrativ bemärkelse, kan ta över någon del av Försäkringskassans roll som ansvarig för rättssäkerhet och administrativ kvalitet i sjukförsäkringshanteringen visavi medborgarna i riket.

Det innebär i sin tur att landstingen *inte* kan åläggas ett långt gående finansiellt ansvar för sjukförsäkringsutgifter. Med sådant ansvar avses här bl.a. att kostnader för sjukförsäkring direkt skulle kunna belasta landstingens kärneekonomi, dvs. den del av landstingens ekonomi som baseras på eget skatteuttag och generella statsbidrag.

Detta talar emot en form av samordning baserad på en direkt finansiell relation. Andra argument emot en direkt finansiell relation handlar om en sådan skulle innebära en för stor finansiell risk för landstingen och skulle behöva regleras via överenskommelser. Detta skulle riskera att minska den långsiktighet som eftersträvas.

Utredningens samlade bedömning är att landstingens finansiella relation till sjukfrånvaro inom ramen för finansiell samordning bör utgå från en *indirekt* finansiell relation, dvs. med statliga stimulansmedel som bas.

Mycket talar för att det i första hand är initialt i sjukfall som vården har störst möjligheter att påverka utfall avseende sjukfrånvaro. Antingen med förebyggande insatser innan sjukskrivning är aktuell eller innan en sjukskrivning gått in i en fas där insatser från sjukvårdens sida inte i nämnvärd utsträckning påverkar arbetsförmåga eller återgång i arbete.

Utredningens bedömning är att den indirekta finansiella relationen bör kopplas till sjukfrånvaro som är relativt kort, men tillräckligt lång för att vården tillsammans med andra aktörer ska hinna sätta in adekvata insatser. Relationen bör bygga på direkta incitament att motverka en ökning av sådan sjukfrånvaro.

Gjorda erfarenheter talar för att sådana incitament bör baseras på det individuella landstingets förutsättningar.

Finansiell samordning bör vidare ge landstingen ett påtagligt och direkt incitament för ett förstärkt engagemang i sjukfrånvarons utveckling, men inte några incitament för att försöka sänka sjukfrånvaron till en nivå där det finns risker för att man inte lever upp till grundtanken bakom sjukförsäkringen.

Ett ytterligare konstaterande är att en ny form för finansiell samordning bör ge landstingen långsiktiga och förutsägbara förutsättningar för kontinuerliga investeringar i utvecklad kompetens och struktur, trots en viss fortsatt och förväntad variation.

Om inflödet i sjukfrånvaron, i termer av kortare sjukfall, kan hållas runt de nivåer som gällt de senaste tio åren har hälso- och sjukvården gjort en viktig insats. Det skulle innebära att människor fått stöd att förebygga sjukskrivning, eller att effektivt och hållbart kunnat återgå i arbete efter en sjukskrivning. Det skulle också innebära att volymen sjukfall som i skede två riskerar att bli långa minskar. I vägval gällande modell för finansiell samordning är det utredningens uppfattning att man bör gå i riktning mot lösningar som premierar stabilitet och långsiktighet.

Utredningen gör bedömningen att det är hög tid att gå ifrån överenskommelser som grund för en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicinska utmaningar och sjukskrivningsrelaterade frågor. En mer stabil form av reglering är att föredra. En sådan skulle bl.a. tydligt klargöra statens förväntningar på hur hälso- och sjukvården kan bidra till en välfungerande sjukskrivningsprocess. Den skulle också anvisa en långsiktig hållning gentemot ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Den skulle vidare skapa förutsägbarhet och tydliggöra planeringsförutsättningar för landstingen.

6 Överväganden och förslag

6.1 Förslag om införande av en ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

Förslag: En ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring ska införas. Samordningen ska utformas som ett författningsreglerat årligt statsbidrag till landsting med syfte att stimulera landstingens arbete med frågor relaterade till sjukskrivning.

Samordningen ska gälla även i fråga om kommuner som inte ingår i ett landsting.

Statsbidraget till ett landsting ska relateras till det belopp som staten har betalat ut för folkbokförda personer i landstinget i form av sjukpenning enligt 27 och 28 kap. socialförsäkringsbalken för de första 89 dagarna i en sjukperiod, efter avdrag för belopp avseende sådan sjukpenning som har kommit in till staten (statens utgift för sjukpenning). Med sjukperiod ska avses sådan tid som anges i 27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken. Om en sjukperiod i det enskilda fallet har börjat inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats, ska den senare sjukperioden anses vara en fortsättning på den tidigare sjukperioden. Det är statens utgift för sjukpenning under en tolv månaders period (resultatperiod) som ska ligga till grund för statsbidrag ett visst år. Det utgiftsbelopp som räknas fram för en resultatperiod ska avrundas till närmaste tusental kronor.

6.1.1 En ny finansiell samordning

Sedan 2006 har staten bl.a. via överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stimulerat hälso- och sjukvården att utveckla arbetet relaterat till sjukskrivningar. Stimulansen, och landstingens engagemang, har inriktats på olika utvecklingsspår. Det har handlat om så skilda saker som lednings- och styrningsfrågor, kompetensutveckling i försäkringsmedicin och samverkan mellan berörda parter. Regeringen och SKL uttrycker i de senaste överenskommelserna som undertecknats att båda parter uppfattar att gjorda satsningar har lett till goda resultat och att vården via överenskommelserna har flyttat fram sina positioner i den del av arbetet som det handlar om. Samtidigt har, enligt regeringen, överenskommelserna inte nått hela vägen då sjukskrivningsfrågan inte blivit en integrerad del i landstingens verksamhet. En bidragande orsak till detta är att överenskommelserna mellan staten och SKL har varit ett- eller tvååriga. Detta har skapat en osäkerhet i det långsiktiga arbetet, då landstingen inte har kunnat förutse vilka villkor som kommer att gälla efter en överenskommelses slutdatum (se avsnitt 5.5).

Utredningen anser att det fortsatt finns behov av medel för investeringar i landstingen för att de ska kunna fortsätta utveckla verksamheten vad gäller arbetet med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro, samtidigt som det finns ett behov av ytterligare incitament för att frågor relaterade till sjukskrivning ska få en tydligare plats i landstingens planering.

Grunder för en ny finansiell samordning

Utredningen har i kapitel 5 redogjort för olika vägval som ligger till grund för hur en ny form för finansiell samordning med fördel kan konstrueras. Utifrån den analys utredningen gör, bör en ny form av finansiell samordning baseras på en *indirekt finansiell relation* till sjukfrånvaro som *inte är långtidssjukfrånvaro*. Vidare bör formen för samordningen ge incitament för *stabilitet* snarare än sänkning av sjukfrånvaro samt bör uteslutande baseras på det *individuella landstingets förutsättningar*. Ett ytterligare vägval som utredningen gjort är att en ny form för finansiell samordning bör ge landstingen långsiktiga och förutsägbara förutsättningar för *kontinuerliga investeringar* i utvecklad struktur och kompetens, trots en viss fortsatt och

förväntad variation i sjukfrånvaron. Finansiell samordning bör vidare ge landstingen ett påtagligt och direkt incitament för ett *förstärkt engagemang* i sjukfrånvarons utveckling, men *inte* några incitament för att försöka sänka sjukfrånvaron till en nivå där det finns risk för att man inte lever upp till grundtanken bakom sjukförsäkringen. En finansiell samordning med dessa grunder bör enligt utredningens bedömning införas.

Utredningen bedömer att ett författningsreglerat statsbidrag i den form som föreslås både ger landstingen drivkrafter till att fortsätta utveckla arbetet kring sjukskrivningsfrågor och långsiktigt stabila spelregler (se mer i avsnitt 6.9, se även avsnitt 5.5 och 5.6).

Kommuner som inte ingår i ett landsting har enligt 1 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samma ansvar för hälso- och sjukvård som landstingen har. De kommunerna bör ha samma möjligheter som landstingen när det gäller statsbidrag i det syfte som nu avses, varför samordningen bör gälla även dessa kommuner. För närvarande är det endast Gotlands kommun som inte ingår i ett landsting.

6.1.2 Statsbidrag relaterat till statens utgift för sjukpenning

Ovan har konstaterats, utifrån utredningens vägval, att en ny form av finansiell samordning bör baseras på en indirekt finansiell relation till sjukfrånvaro som inte är långtidsfrånvaro. Med en indirekt relation avses att samordningen baseras på stimulansmedel från staten till landstingen som kopplas till nivån på sjukfrånvaron (se avsnitt 5.3.2). Det finns flera olika mått på sjukfrånvaro, såsom antal pågående fall, sjukpenningtalet och utgift för sjukpenning. Utredningens bedömning är att det tydligaste och enklaste måttet i det här sammanhanget är att utgå från utgiften för sjukpenning. Utredningen föreslår utifrån det ovanstående att den finansiella samordningen ska utgöras av ett statsbidrag till landstingen som relateras till nivån på av staten utbetald sjukpenning för de första 89 dagarna i en sjukperiod.

Det finns i huvudsak två skäl till att begränsa antalet sjukpenning-dagar i en sjukperiod som statsbidraget ska relateras till. Det första är att det ska finnas en tydlig koppling mellan statsbidraget och den sjukfrånvaro som hälso- och sjukvården bedöms ha störst möjligheter att påverka. Det andra skälet är att nivån på den finansiella

relationen ska vara väl balanserad. I avsnitt 5.4.1 förs ett resonemang kring detta och utredningen gör bedömningen att en begränsning till sjukfall kortare än 90 dagar är lämplig. I samma avsnitt anges också skäl till varför sjuklöneperioden inte bör ingå i beräkningen av statsbidraget.

Utredningen föreslår att statsbidragets storlek ska vara omvänt relaterat till statens utgift för sjukpenning på så sätt att statsbidraget blir högre vid en låg nivå på statens utgift för sjukpenning jämfört med en hög nivå på statens utgift för sjukpenning. I avsnitt 6.2 och 6.3 preciseras närmare förutsättningarna för att få statsbidraget och hur storleken av statsbidraget ska beräknas.

Statsbidraget föreslås lämnas i kalenderårscykler. Det är i enlighet därmed, enligt utredningens bedömning, utgiften under en tolv-månadersperiod (resultatperiod) som ska ligga till grund för statsbidraget. Det ska emellertid inte krävas att den perioden motsvaras av ett kalenderår. Den närmare specifikationen av en resultatperiod bör ta hänsyn till exempelvis vad administrationen av statsbidraget och landstingens planeringsförutsättningar kräver. För att ett statsbidrag ska kunna beräknas utifrån faktiska utfall och inte baseras på prognoser bör en resultatperiod omfatta en tidsperiod som ligger före tidpunkten för beslut om statsbidrag (se vidare i avsnitt 6.6.2). Beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod ska grundas på senast tillgänglig statistik hos Försäkringskassan.

6.1.3 Några definitioner och avgränsningar

Statens utgift för sjukpenning

Den utgift för staten som ska utgöra grunden i den finansiella samordningen ska vara sådan som avser sjukpenning enligt 27 och 28 kap. socialförsäkringsbalken, vilket huvudsakligen är den ersättning som utges i sjukfall kortare än 90 dagar. Utgiften ska inte omfatta belopp som avser sådan statlig ålderspensionsavgift som enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift betalas på ersättning i form av sjukpenning. Från den av staten utbetalda sjukpenningen för de första 89 dagarna ska avräknas belopp som avser sådan sjukpenning som har kommit in till staten, t.ex. genom återbetalning från

en enskild. Det är således nettobeloppet som ska omfattas av samordningen.

Sjukperiod

Definitionen av en sjukperiod bör motsvara definitionen som gäller för sådan sjukpenning som ska omfattas av statens utgift enligt ovan och bör därmed omfatta sådan tid som anges i 27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken. Vidare anser utredningen att tidsperioden i återinsjuknandebestämmelsen i 27 kap. 32 § socialförsäkringsbalken bör vara styrande vid beräkning av en sjukperiods längd. Således föreslås att, om en sjukperiod i det enskilda fallet har börjat inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats, ska den senare sjukperioden anses vara en fortsättning på den tidigare sjukperioden. Detta innebär att sjukperioder beräknas på ett enhetligt sätt, oavsett om personen ifråga är anställd, egenföretagare eller arbetslös.

Statens utgift för sjukpenning och folkbokföring

Utredningen föreslår att statens utgift ska omfatta sjukpenning till personer som är folkbokförda i det aktuella landstinget. Det kan konstateras att de personer som ett landsting är skyldigt att erbjuda hälso- och sjukvård avgränsas på ett annat sätt och att de personer som har rätt till sjukpenning avgränsas på ytterligare ett annat sätt.¹ Utredningens förslag i denna del har sin grund i att statsbidraget ska beräknas för enskilda landsting och på ett tydligt sätt kunna kopplas till dem som uppbär sjukpenning inom ett visst landsting.

Den föreslagna innebörden av statens utgift för sjukpenning får till följd att det är var en person är folkbokförd när staten har betalat ut sjukpenning respektive har fått in ett belopp avseende sjukpenning som är avgörande för frågan till vilket landsting och till vilken resultatperiod beloppet ska hänföras. Vilken tid sjukpenningen ifråga avser är således inte av betydelse. Inte heller vilket landsting en person som återbetalar sjukpenning var folkbokförd i när sjukpenningen betalades ut är av betydelse. Den senare omstän-

¹ Se 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen respektive 23 kap. 4 § jämte 4 och 6 kap. socialförsäkringsbalken.

digheten kan få till följd att en återbetalning av sjukpenning registreras på ett annat landsting eller en annan resultatperiod än det landsting eller den period som utbetalningen registrerades på. Som andel av de totala utbetalningarna av sjukpenning är återbetalningar som avser personer som flyttat från ett landsting till ett annat mycket små och kommer i det här sammanhanget att ha försumbar påverkan på statsbidragets storlek för ett enskilt landsting.

Avrundning

Med beaktande av storleken på de belopp som statsbidraget ska omfatta anser utredningen att det är rimligt att utgiftsbeloppet för en resultatperiod avrundas så att det inte uttrycks i ental kronor eller ören. I och med att det görs en direkt koppling mellan statsbidraget och statens utgift för sjukpenning bör beloppen inte avrundas i alltför stora steg. Utredningen förslår att statens utgift för sjukpenning som räknas fram för en resultatperiod ska avrundas till närmaste tusental kronor.

6.2 Statsbidrag kopplat till landstingsspecifika referensfält

Förslag: Statsbidraget ska beräknas utifrån statens utgift för sjukpenning i relation till referensfält som är specifika för varje landsting. Ett referensfält ska utgöra ett för ett landsting särskilt angivet intervall som avser statens utgift för sjukpenning på årsbasis. Gränserna för ett referensfält ska utgöras av en högsta och en lägsta beloppsnivå.

Den högsta och den lägsta beloppsnivån i ett landstings referensfält ska anges i tusental kronor.

6.2.1 Referensfält som ram

Utredningen har i avsnitt 6.1 föreslagit att statsbidraget ska relateras till nivån på statens utgift för sjukpenning. Detta tillsammans med några av de vägval som har gjorts i kapitel 5 leder fram till frågan om

vilka ramarna bör vara för hur statsbidraget beräknas i den finansiella samordningen.

För det första så bedömer utredningen att en ny form av finansiell samordning inte bör omfatta något direkt kostnadsansvar för landstingen (se avsnitt 5.3.2). Det sätter en yttre ram för den finansiella samordningen som innebär att staten kan betala medel till landstingen, men inte tvärtom. Av det följer också att det lägsta möjliga beloppet som staten kan betala till landstingen är noll kronor. Då statsbidragets storlek är kopplat till nivån på statens utgift för sjukpenning, innebär det att statsbidraget vid en viss nivå på statens utgift för sjukpenning kommer att lämnas med ett minsta belopp. Denna nivå på statens utgift för sjukpenning kommer att utgöra en *övre gräns* för när den påverkar statsbidraget.

För det andra så är ett av utredningens ställningstagande om den nya formen av finansiell samordning att det *inte ska finnas incitament för en ensidig sänkning* av sjukfrånvaron (se avsnitt 5.4.2). Detta leder fram till att statsbidragets storlek inte ska öka om statens utgift för sjukpenning understiger en viss nivå. Det innebär att denna nivå motsvarar en *nedre gräns* för när statens utgift för sjukpenning påverkar statsbidraget.

Tillsammans skapar dessa gränser ett fält – som utredningen föreslår ges beteckningen *referensfält* – med en högsta och lägsta beloppsnivå för statens utgift för sjukpenning i relation till vilka statsbidraget ska beräknas.

Utredningen bedömer att referensfält som koncept har en rad positiva kvaliteter. De kan enkelt konstrueras så att det utifrån aktuell sjukfrånvaro tydligt kan avläsas hur stort statsbidrag som det individuella landstinget kan påräkna. De uttrycker tydligt ambitionen om stabilitet, samtidigt som de både konkret och symboliskt visar på att landstingen kan lyckas väl med sina ansträngningar trots en viss variation i sjukfrånvaro. Mycket viktigt är att fälten möjliggör en jämförelse med faktiska historiska data för varje landsting för att säkra att fälten är realistiska och därmed möjliga och rimliga att ha som utgångspunkt för incitament.

Statsbidraget kommer som tidigare beskrivits att vara utformat som ett årligt bidrag. För att kunna beräkna storleken på statsbidraget kommer referensfälten i den finansiella samordningen därför att avse statens utgift på årsbasis (se mer om resultatperiod i avsnitt 6.1.2 och 6.6.2).

Av samma skäl som ligger bakom utredningens förslag till avrundning i fråga om statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod (se avsnitt 6.1.3) bör de fastställda beloppsnivåerna anges i tusental kronor.

6.2.2 Specifika referensfält för varje landsting

Statsbidraget inom ramen för tidigare överenskommelser mellan staten och SKL innehöll en rörlig del där landstingen fick bidrag utifrån hur utvecklingen i sjukpenningdagar förändrades. Statsbidragets storlek för det enskilda landstinget var även relaterad till utvecklingen i övriga landsting.² Det innebär bl.a. att utgångsläget för ett enskilt landsting i förhållande till andra landsting påverkade storleken på statsbidraget oavsett vilka åtgärder landstinget vidtog. En sådan modell för ersättning kan minska drivkrafterna för ett landsting med ett ogynnsamt utgångsläge i förhållande till andra landsting. För att skapa en tydligare koppling mellan landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och det statsbidrag som det enskilda landstinget kan få, föreslår utredningen att referensfält ska fastställas *specifikt för varje landsting*. På så sätt kommer storleken på statsbidraget i ett enskilt landsting uteslutande att baseras på utvecklingen av sjukfrånvaron i det egna landstinget.

Förslaget att relatera statsbidraget till ett för varje landsting specifikt referensfält har flera implikationer för den finansiella samordningen. Den omständigheten att referensfälten ska ligga fast över tid bidrar till att spelreglerna är långsiktigt förutsägbara. Landstingen har då möjlighet att långsiktigt investera i sin verksamhet för att bidra till att utveckla arbetet relaterat till sjukskrivning. Är statens utgift för sjukpenning inom eller under referensfältet får landstingen statsbidrag år efter år utifrån nivån på sjukfrånvaron inom referensfältets gränser. Genom att referensfälten är specifika för varje landsting ges samtidigt tydliga drivkrafter för det enskilda landstinget att, utifrån egna förutsättningar, arbeta med insatser som kan förväntas påverka utfallet i den finansiella samordningen.

² Se avsnitt 4.2.3 och 5.3.2 för en närmare beskrivning och diskussion av den rörliga delen i tidigare överenskommelser mellan staten och SKL.

6.3 Rätten till statsbidrag och statsbidragets storlek

Förslag: Ett landsting ska ha rätt till statsbidrag om statens utgift för sjukpenning under resultatperioden är lägre än den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för samma period. Rätt till statsbidrag ska föreligga varje kalenderår för vilket denna förutsättning är uppfylld.

Om ett landsting har rätt till statsbidrag ett visst kalenderår, ska bidraget lämnas med ett belopp som motsvarar 50 procent av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för resultatperioden och statens utgift för sjukpenning under samma period. Om statens utgift är lägre än den lägsta beloppsnivån i referensfältet ska inget ytterligare belopp lämnas.

Den högsta och den lägsta beloppsnivån i ett landstings referensfält ska fastställas särskilt, utifrån antal folkbokförda personer 16–64 år i landstinget per den 31 december 2018 och statens utgift för sjukpenning för landstinget per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december 2018.

Det första året som statsbidrag lämnas utifrån den finansiella samordningen ska det högsta möjliga statsbidraget uppgå till två miljarder kronor sammanlagt för landstingen.

6.3.1 Kopplingen mellan referensfält och statsbidrag

Som beskrivs i avsnitt 6.1 och 6.2 föreslår utredningen att rätten till statsbidrag och statsbidragets storlek ska vara relaterade till statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod och ställas i relation till landstingsspecifika referensfält. Frågan är då *hur*, med vilken *metod* statsbidraget ska relatera till referensfältet, dvs. hur storleken på statsbidraget ska bestämmas såväl *inom* som *utanför* referensfältets gränser.

Bestämning av statsbidrag inom ett referensfält

Principiellt skulle det vara möjligt att ha ett enhetligt statsbidrag om statens utgift för sjukpenning ligger inom referensfältet. En uppenbar nackdel med det är att det i praktiken skulle innebära att det

endast är den övre gränsen i referensfältet som har en funktion och den är att bestämma om landstinget får statsbidrag eller inte. Den nedre gränsen blir irrelevant eftersom statsbidragets storlek är densamma oavsett hur sjukfrånvaron utvecklas under den övre gränsen.

Förutom den avsevärda tröskeleffekten som detta alternativ skulle innebära för landsting som ligger på eller nära gränsen för att statsbidrag över huvud taget ska lämnas, så skulle den enda drivkraften för landstingen vara att ligga under den övre gränsen.

Utredningen bedömer att en sådan utformning av den finansiella samordningen inte ger de drivkrafter som samordningen har som syfte att leda till och utesluter därför detta alternativ. Då återstår i huvudsak två olika alternativ till beräkning av statsbidraget inom referensfältet.

Det ena handlar om att storleken på statsbidraget är *direkt kopplad* till förändringar i statens utgift för sjukpenning inom referensfältets gränser. En minskning av statens utgift för sjukpenning ska då direkt leda till en ökning av statsbidraget. Den direkta relationen mellan en förändring av statens utgift för sjukpenning och nivån på statsbidraget behöver inte vara ett till ett utan kan bestämmas till vilken andel som helst. Nivån på andelen av förändringen i utgifter som ska påverka statsbidraget bör vara kopplad till hur stora drivkrafterna ska vara för landstingen.

Fördelen med detta alternativ är att varje förändring av statens utgift för sjukpenning inom referensfältet får en *direkt effekt* på statsbidragets storlek, vilket torde ge landstingen starka incitament att bedriva ett arbete som kan påverka utgifterna. Det här alternativet innebär också att inga tröskeleffekter uppstår.

Det andra alternativet, som bl.a. har föreslagits av SKL, är att dela in referensfältet i *olika intervall*. Exempelvis skulle med en sådan tanke referensfältet kunna delas in i fyra lika stora intervall som i definierade steg representerar olika stort statsbidrag kopplat till varje steg. Om statens utgift för sjukpenning ligger inom ett visst sådant steg eller intervall, inom referensfältet, utges statsbidrag med ett för det steget enhetligt belopp.

Det finns två starka argument emot en sådan lösning. Det ena är att det ytterligare komplicerar modellen och kan göra den både svårare att förklara och svårare att förstå. En annan nackdel är de tröskeleffekter som uppstår mellan respektive delfält. Om statens utgift för sjukpenning ligger nära en gräns i delfälten skulle det bli

stor skillnad i statsbidrag om man hamnar över eller under den gränsen. Landstingen skulle därmed enligt utredningens bedömning få svårare att förutse nivån på kommande statsbidrag.

I kombination med att utredningen föreslår att landstingen på månadsbasis ska få information om hur statens faktiska utgifter för sjukpenning ligger till i relation till referensfältet för en viss resultatperiod tillsammans med en indikation om vad detta betyder i form av nivå på kommande statsbidrag (se vidare i avsnitt 6.6.3), anser utredningen att det första av de två alternativen är att föredra. Det alternativet ger tydliga drivkrafter, är enklare att förstå och följa upp jämfört med det andra alternativet samt leder inte till några tröskel-effekter.

I utredningens föreslagna alternativ, med en direkt koppling mellan statens utgift för sjukpenning och statsbidragets storlek, behöver det bestämmas med vilken andel statsbidraget ska påverkas av nivån på statens utgift för sjukpenning inom referensfältet. En hög andel innebär att en förändring av statens utgift för sjukpenning kommer att ge stor effekt på statsbidragets storlek och vice versa.

Utredningen anser att en rimlig andel är 50 procent av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i referensfältet för en resultatperiod och statens utgift för sjukpenning under samma period. Det innebär att statsbidraget kommer att öka (minska) med 50 procent av en minskning (ökning) av statens utgift för sjukpenning inom referensfältet. Ett annat sätt att uttrycka det är att inom referensfältet delar staten och landstingen lika på en förändring av utgiften för sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar. Om utgiften för sjukpenning exempelvis sjunker med 500 miljoner kronor från ett år till ett annat *inom* referensfältet får landstingen ett ökat statsbidrag på 250 miljoner kronor och staten minskade sjukpenningutgifter på 250 miljoner kronor.

Bestämning av statsbidrag utanför ett referensfält

Utifrån en modell med en direkt koppling mellan statsbidragets storlek och nivån på statens utgift för sjukpenning och där landstingen inte ska ha något kostnadsansvar bedömer utredningen att statsbidraget vid den övre gränsen i referensfältet ska vara noll kronor.

Det innebär att om statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod motsvarar eller är högre än beloppet vid den övre gränsen i referensfältet ska det inte lämnas något statsbidrag. Detta innebär motsatsvis att statsbidrag ska lämnas om statens utgift för sjukpenning är lägre än den gränsen. Funktionen av den övre gränsen i referensfältet är att indirekt sätta en gräns för den högsta nivån på sjukfrånvaron som är förenlig med en långsiktigt stabil sjukfrånvaro. För att ytterligare betona vikten av stabilitet och förutsebarhet i konstruktionen föreslår utredningen att statsbidraget ska uttryckas som en rättighet, dvs. att landstingen ska ha rätt till statsbidrag under den angivna förutsättningen. Rätten till statsbidrag ska föreligga varje kalenderår för vilket förutsättningen är uppfylld.

Såsom beskrivs i avsnitt 6.2.1 ska det inte finnas drivkrafter för en ensidig sänkning av sjukfrånvaron. Det innebär att vid och under den nedre gränsen i referensfältet ges maximalt statsbidrag. Genom att den nedre gränsen i referensfältet begränsar statsbidraget till ett maxbelopp undviks att landstingen får drivkrafter att ”pressa” ned sjukfrånvaron hur långt som helst.

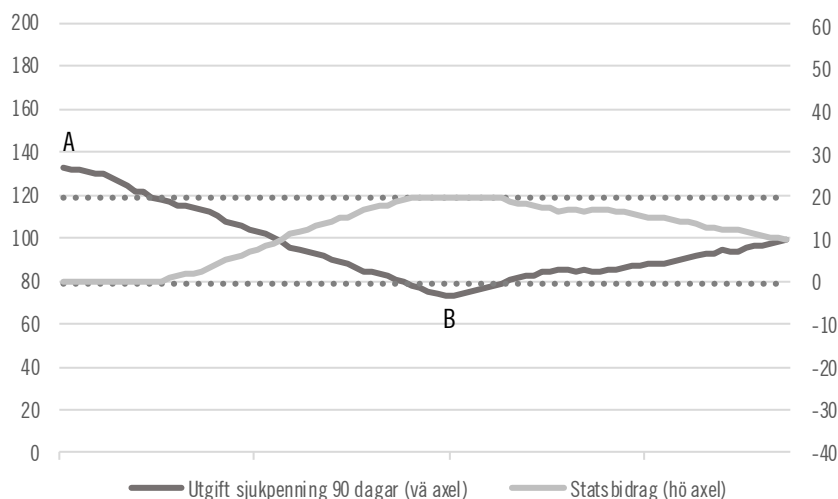
Statens utgift för sjukpenning som utgör grunden för beräkningarna ska, enligt vad som anges i avsnitt 6.1.2, omfatta en resultatperiod och ställas i relation till det referensfält som gäller för den perioden.

Figur 6.1 illustrerar hur statsbidraget förhåller sig till förändringar i statens utgift för sjukpenning samt funktionen av gränserna i referensfältet.³ De streckade linjerna visar den högsta respektive lägsta beloppsnivån i referensfältet. Den ljusa heldragna linjen visar statsbidragets storlek vid en viss nivå på statens utgift för sjukpenning.

³ Värdena på sjukpenningutgiften i figuren är inte baserade på en verklig utveckling utan är hypotetiska för att tydliggöra olika möjliga utfall för nivån på statsbidraget.

Figur 6.1 Statsbidragets storlek i förhållande till referensfältet

Miljoner kronor



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar

Den högra axeln visar storleken på statsbidraget. Statsbidraget är som högst när statens utgift för sjukpenning är på eller under den nedre gränsen av referensfältet (B). Omvänt är statsbidraget som lägst när statens utgift är på eller över den övre gränsen i referensfältet (A). Inom referensfältet påverkas statsbidragets storlek omvänt av nivån på statens utgift för sjukpenning, dvs. att statsbidraget ökar om utgifterna för sjukpenning sjunker och vice versa.

6.3.2 Referensfältets bredd för riket

Ett referensfälts bredd anger inom vilket spann statsbidragets storlek påverkas av nivån i statens utgift för sjukpenning. För att beräkna referensfältets bredd är det flera faktorer som måste vägas in och samtidigt relateras till varandra. Referensfältets bredd kan räknas fram utifrån statsbidragets totala storlek och den andel med vilken statsbidragets storlek ska påverkas av nivån på statens utgift för sjukpenning. Samtidigt sätter referensfältets bredd implicit gränserna för hur mycket sjukfrånvaron kan variera men ändå anses vara på en stabil nivå över tid. En utgångspunkt för utredningen är därför

att referensfältets bredd bör vara rimlig i förhållande till historisk variation. Utredningens beräkning av referensfältens bredd nedan görs med utgångspunkt i de av utredningen föreslagna förutsättningarna för finansiering och storlek på andelen. Därefter görs en avstämning av hur referensfältets bredd förhåller sig till den historiska variationen i statens utgift för sjukpenning. Om referensfältets bredd inte skulle vara rimlig i förhållande till den historiska utvecklingen skulle kalibreringar av statsbidragets storlek och/eller andelen behöva göras för att få en rimligt avvägd bredd på referensfältet.

Beräkningarna av referensfältets bredd, i det här avsnittet, utgår från värden på riksnivå. Detta för att verifiera att faktorerna som används vid beräkningen är hållbara för riket totalt sett. Dessa faktorer, dvs. statsbidragets totala storlek och andelen kommer sedan att användas för att beräkna referensfälten för de enskilda landstingen. I den finansiella samordningen behöver egentligen inte referensfältet för riket beräknas för att avgöra nivån på statsbidraget för de enskilda landstingen. Statsbidragets storlek totalt sett för riket kommer i stället att uppgå till summan av de enskilda landstingens statsbidrag. Konstruktionen är dock sådan att summan av landstingens statsbidrag kommer att stämma väl överens med det statsbidrag som skulle ha beräknats fram utifrån värdena för riket totalt sett.

Statsbidragets totala storlek

En utgångspunkt för den finansiella samordningen är att finansieringen initialt ska bestämmas utifrån de medel som tidigare ingått i överenskommelserna om den s.k. sjukskrivningsmiljarden.

Överenskommelserna mellan staten och SKL om sjukskrivningsmiljarden omfattade under åren 2006–2015 en miljard kronor. Överenskommelsen för 2017 och 2018 omfattar 1 444 miljoner kronor per år.⁴ I den överenskommelsen är ett av villkoren för utbetalning av statsbidraget att landstingen ska säkerställa att funktionen för koordinering (s.k. rehabiliteringskoordinatorer) finns i hela primärvården där sjukskrivning förekommer. Statsbidraget som utbetalas om detta villkor uppfylls år 2018 drygt 430 miljoner kronor. Koordineringsfunktionen föreslås bli permanent och obligatorisk

⁴ Sedan 2016 ingår även medel från den tidigare överenskommelsen om den s.k. rehabiliteringsgarantin. Därför omfattar den senaste överenskommelsen nästan 1,5 miljarder kronor per år i stället för som tidigare en miljard kronor per år.

för landstingen från och med den 2 januari 2019. De resterade villkoren i nuvarande överenskommelse omfattar cirka en miljard kronor, vilket alltså är det belopp som utredningen anser initialt ska betalas ut som statsbidrag i den finansiella samordningen.

Vid införandet av den nya finansiella samordningen kommer mittpunkten i referensfältet att utgå från den aktuella nivån på statens utgift för sjukpenning i landstingen med viss möjlig justering utifrån den historiska utvecklingen (se avsnitt 6.3.3). Mittpunkten kommer därmed motsvara den nivå på utgiften för sjukpenning där landstingen har haft möjlighet att utifrån överenskommelserna få statsbidrag motsvarande en miljard kronor. Mittpunkten kan även representera ett långsiktigt förväntat utfall givet förutsättningarna vid införandet av den finansiella samordningen. Utredningen föreslår därför att statsbidraget, vid införandet av finansiella samordningen, *i mitten* av referensfältet ska uppgå till en miljard kronor.

Eftersom referensfältet ska vara symmetriskt utifrån mittpunkten och det lägsta statsbidraget vid övre gränsen är noll kronor, innebär det att det maximala statsbidraget totalt för riket på och under den nedre gränsen kommer att uppgå till två miljarder kronor.⁵

Beräkning av referensfältets totala bredd

Utifrån förutsättningarna att det maximala statsbidraget ska uppgå till två miljarder kronor och att statsbidraget storlek påverkas till 50 procent av nivån på statens utgift för sjukpenning (se avsnitt 6.3.1) kan referensfältets totala bredd beräknas. Detta kan exempelvis göras genom att utgå från den övre gränsen i referensfältet där statsbidraget är noll kronor. Varje minskning av nivån på statens utgift för sjukpenning leder till en ökning av statsbidraget med 50 procent av minskningen. Det innebär att nivån på statens utgift för sjukpenning behöver vara fyra miljarder kronor lägre än nivån vid den övre gränsen för att statsbidraget ska uppgå till två miljarder kronor. Med andra ord innebär det att skillnaden mellan referensfältets övre och nedre gräns, dvs. referensfältets bredd, uppgår till fyra miljarder kronor totalt för riket.

⁵ Statsbidragets maxbelopp kommer enligt utredningens förslag att öka över tid. Detta beskrivs närmare i avsnitt 6.4.

Referensfältets bredd och historisk variation av sjukpenningen

Det är som tidigare påpekats viktigt att referensfältets bredd är rimligt i förhållande till tidigare variation i statens utgift för sjukpenning. En fråga som då uppkommer är vad som kan anses vara en lämplig tidsperiod att jämföra den ovan angivna bredden med. Över tid har det skett ett flertal förändringar i regelverket för sjukpenning som har haft effekt på statens utgift för sjukpenning. Valet av jämförelseperiod bör därför utgå från en period då regelverket för sjukpenningen har varit relativt konstant och liknande det regelverk som gäller i dag. Utredningen bedömer att en sådan period är från och med 2008 till och med 2017⁶. En fördel med att använda denna period är också att den innehåller två ”vändpunkter” med en lägsta nivå och en högsta nivå, vilket ger en bild av ytterligheterna i den variation som varit.

Samtidigt har det under den här perioden skett vissa regel­förändringar. Den huvudsakliga förändringen under perioden som påverkar utgiften för sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar är att den borte tidsgränsen för antal dagar som en person i normalfallet kan vara sjukskriven, som infördes den 1 juli 2008, avskaffades den 1 februari 2016.⁷ En effekt av den borte tidsgränsen var att många av dem som fr.o.m. 2010 lämnade sjukförsäkringen på grund av tidsgränsen därefter återvände till sjukförsäkringen som nya sjukfall. Det innebär att antalet sjukfall som är registrerade som kortare än 90 dagar är fler än vid ett regelverk utan en borte tidsgräns. För att anpassa den historiska utvecklingen så att den bättre speglar de förhållanden som gäller i dag har därför detta korrigerats genom att antalet så kallade ”återvändare” har tagits bort från tids­serien.

Beräkningen av statens utgift för sjukpenning görs genom att antalet nettodagar⁸ med sjukpenning multipliceras med medelersättningen. För att skapa en tidsserie över utgifterna för sjukpenning som är justerad till dagens ”utgiftsnivå” har antalet nettodagar med sjukpenning (rullande tolv månaderssummering) under

⁶ År 2017 är det senaste hela året som är möjligt att beräkna utan prognosinslag vid tidpunkten för när betänkandet ska lämnas.

⁷ Under perioden har även reglerna för sjukersättning förändrats, vilket medfört att fler personer uppbär sjukpenning. Utredningen bedömer dock att detta framför allt påverkar längre sjukfall och därför korrigeras inte beräkningen av referensfälten för detta.

⁸ Antalet dagar med utbetald sjukpenning där dagar med partiell ersättning omräknas till hela dagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en nettodag.

perioden 2008–2017 multiplicerats med medelersättningen för 2017 avseende sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar.

Beräkningen av statens utgift för sjukpenning för perioden visar att utgifterna var som lägst under 2010 då de uppgick till 7,9 miljarder kronor för att därefter öka till 11,9 miljarder kronor i början av 2017. Det innebär med andra ord att skillnaden mellan den högsta och den lägsta nivån på sjukpenning under perioden 2008–2017 är fyra miljarder kronor, vilket motsvarar den ovan angivna bredden på referensfältet.

Sammantaget innebär detta enligt utredningens bedömning att bredden på referensfältet utifrån de föreslagna nivåerna på statsbidragets maximala storlek och andelen blir rimlig i förhållande till den historiska variationen i statens utgift för sjukpenning.

6.3.3 Referensfält för enskilda landsting

Nivån på referensfältets mittpunkt

I avsnitt 6.3.2 föreslår utredningen att statsbidraget vid referensfältets mittpunkt, totalt sett för riket, ska uppgå till en miljard kronor. När referensfälten för landstingen beräknas ska det användas som utgångspunkt. För att kunna beräkna landstingens referensfält behöver först nivån på mittpunkten för statens utgift för sjukpenning beräknas för varje landsting.

Till att börja med kan det konstateras att nivån på sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika landsting. Utredningen anser att det är av stor vikt att dessa skillnader på ett rimligt sätt avspeglas i nivån på landstingens referensfält för att ge landstingen möjlighet att utifrån sina egna förutsättningar arbeta med sjukskrivningsfrågan.

Ett alternativ är att låta den aktuella nivån på statens utgift för sjukpenning avgöra nivån på mittpunkten i ett landstings referensfält. I detta alternativ antas då att den aktuella nivån på ett rimligt sätt speglar skillnaderna i sjukfrånvaro mellan landstingen. En uppenbar fördel med detta alternativ är att alla landsting, vid införandet av den finansiella samordningen, startar i mitten av sitt referensfält. Samtidigt skulle detta alternativ kunna innebära att en förändring i sjukfrånvaron som är av mer tillfällig karaktär får stor påverkan på nivån på referensfältet. I och med att referensfältet ska gälla långsiktigt bedömer utredningen det vara olämpligt att *enbart* nivån på

statens utgift för sjukpenning vid en viss enskild tidpunkt ska vara avgörande för ett enskilt landstings förutsättningar i den finansiella samordningen. Det skulle kunna ”gynna” landsting som haft en tillfällig ökning av sjukfrånvaron i förhållande till landsting som haft en stabil eller tillfällig minskning av sjukfrånvaron.

Ett annat alternativ är att beräkna landstingets mittvärde för referensfältet genom att ta ett genomsnitt av statens utgift för sjukpenning över en längre historisk tidsperiod. Grundtanken med detta alternativ är att de väsentliga delarna av de skillnader som påverkar sjukfrånvaro sammanfattas och kommer till uttryck i det historiska utfallet av sjukfrånvaro i de olika landstingen. Exempelvis skulle en sådan period kunna vara den som används i avsnitt 6.3.2 för att bedöma rimligheten i referensfältets bredd för riket, dvs. 2008–2017. Det finns i huvudsak två nackdelar med detta alternativ. Den första är att det under perioden som genomsnittet beräknas kan ha skett förändringar i förutsättningarna för sjukfrånvaron som inte avspeglas i den nuvarande nivån. Den andra är att om genomsnittet för perioden är väsentligt lägre än den nuvarande nivån för ett landsting kommer det landstinget, vid införandet av den finansiella samordningen, starta på en nivå som ger ett litet statsbidrag, vilket kan påverka möjligheterna att arbeta med sjukskrivningsfrågan.

Det finns alltså för- och nackdelar med båda alternativen. Utredningen anser att det bör finnas en balans mellan att mittvärdet ska spegla den aktuella nivån på statens utgift för sjukpenning och att referensfältet på ett rimligt sätt tar hänsyn till den historiska utvecklingen av sjukfrånvaron.

Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att beräkningen av mittvärdet i ett landstings referensfält ska göras med hänsyn tagen till båda de föreslagna alternativen. Detta ska göras genom att utgångspunkten för beräkningen ska vara nivån på statens utgift för sjukpenning för 2018 inom landstinget. Mittvärdet ska dock inte avvika med mer än +/- 10 procent av genomsnittet av statens utgift för sjukpenning inom landstinget under perioden 2008–2018⁹. (Se bilaga 3 för närmare beskrivning av beräkningen.)

⁹ Att tidsperioden stäcker sig till och med 2018, i stället för 2017 som vid bedömningen av rimligheten i referensfältets bredd, beror på att vid införandet av den finansiella samordningen kommer uppgifter till och med 2018 finnas tillgängliga.

Övre respektive nedre gränsen i landstingens referensfält

När mittpunkten för respektive landstings referensfält är beräknad är det möjligt att utifrån statsbidragets storlek för riket och andelen (50 procent) beräkna den övre och nedre gränsen i referensfälten. Utgångspunkten är att summan av statsbidraget vid mitten av referensfältet för alla landsting ska uppgå till en miljard kronor. Utredningen anser att statsbidraget för respektive landsting vid mitten av referensfältet bör fördelas utifrån den folkbokförda befolkningen i åldrarna 16–64 år.¹⁰ Det innebär att det maximala statsbidraget *per capita* blir lika stort i alla landsting, dvs. att en förändring av statens utgift för sjukpenning är lika mycket värd i alla landsting, vilket utredningen anser är ett rimligt sätt att fördela statsbidraget.

I och med att andelen är satt till 50 procent kan sedan den övre gränsen i referensfältet beräknas och kommer att vara den punkt där statsbidraget är lika med noll. Beloppsnivån för referensfältets övre gräns i ett enskilt landsting fås genom att summera referensfältets mittvärde med statsbidragets storlek vid mittpunkten av referensfältet multiplicerat med två. Den nedre gränsen i referensfältet beräknas på motsvarande sätt med den skillnaden att referensfältets mittvärde minskas med statsbidragets storlek vid mitten av referensfältet multiplicerat med två. Denna metod innebär att när referensfälten fastställs första gången kommer summan av gränserna för referensfältet i alla landsting att vara lika med referensfältet för riket som helhet.

Vid fastställande av landstingens referensfält ska så aktuella uppgifter som möjligt användas. Utredningen föreslår att den högsta och lägsta beloppsnivån i ett landstings referensfält ska fastställas utifrån antal folkbokförda personer i landstinget per den 31 december 2018 och statens utgift för sjukpenning för landstinget per dag med utbetald sjukpenning (medelersättningen) under perioden den 1 januari till och med den 31 december 2018. I bilaga 3 beskrivs mer detaljerat hur referensfälten tas fram för de enskilda landstingen. Där visas också hur de beräknade referensfälten förhåller sig

¹⁰ Detta är en vanlig personkategori inom ramen för Försäkringskassans statistik om sjukpenning och som fångar upp de individer som arbetet inom ramen för den finansiella samordningen huvudsakligen är avsett att påverka.

till den historiska utvecklingen av statens utgift för sjukpenning åren 2008–2018¹¹ för alla landsting.

En tänkbar alternativ metod för att fastställa referensfälten för landstingen skulle kunna vara att utgå från att de ska ha samma relativa bredd som statens referensfält. Det vill säga att man utgår från mittpunkten i referensfältet och att avståndet därifrån till gränserna i referensfältet procentuellt sett är lika stort för alla landsting. En nackdel med den metoden är att om två befolkningsmässigt lika stora landsting har olika nivå på statens utgift för sjukpenning vid mittpunkten, skulle det maximala statsbidragets storlek skilja sig åt mellan landstingen. Det landstinget som ligger på en hög nivå i utgångsläget skulle då ha ett högre möjligt maximalt statsbidrag jämfört med ett landsting med en lägre nivå på statens utgift för sjukpenning. Detta skulle med andra ord innebära att statsbidraget *per capita* inte skulle bli lika stort i alla landsting.

Som framgår ovan är det flera faktorer som enligt utredningens förslag ska ligga till grund för och påverka bestämmandet av de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält. Uppgifterna om antalet folkbokförda personer i ett landsting och om medelersättningen ska även utgöra basen för en årlig justering av de fastställda beloppsnivåerna (se avsnitt 6.4). I den föreslagna regleringen av den finansiella samordningen bör därför uttryckligen anges vilka tidpunkter dessa två faktorer har beräknats utifrån vid fastställandet av beloppsnivåerna.

I enlighet med utredningens förslag till avrundning av belopp som avser statens utgift för sjukpenning och justerade beloppsnivåer i referensfälten (se avsnitt 6.1.2 och 6.4.1) bör beloppsnivåerna som fastställs anges i tusentals kronor.

Beräkning av referensfält och storlek på statsbidrag för landsting – ett exempel

Nedan beskrivs ett exempel på hur referensfältet för ett landsting beräknas samt hur statsbidraget ska beräknas i förhållande till utfallet i statens utgift för sjukpenning.

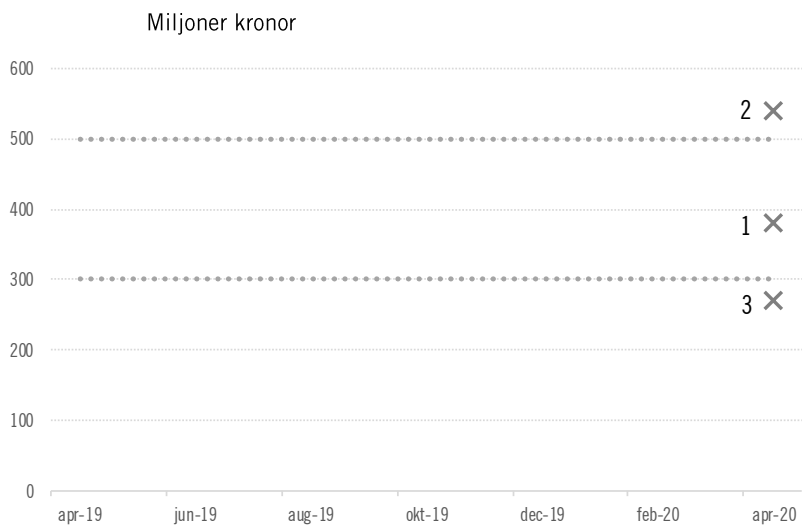
¹¹ Utfall finns till och med augusti 2018. Fram till och med december 2018 antas en oförändrad utveckling av statens utgift för sjukpenning.

För att kunna beräkna referensfältet behövs information om statens utgift för sjukpenning vid mittpunkten av referensfältet, andelen (50 procent) samt hur stort landstingets statsbidrag är vid mitten av referensfältet. När referensfältet ska fastställas ska statsbidraget vid mittpunkten i referensfältet beräknas utifrån landstingets andel av befolkningen 16–64 år. Denna andel ska sedan multipliceras med en miljard kronor, som är statsbidraget vid mittpunkten för riket totalt. Om vi antar att befolkningen i landstinget uppgår till fem procent av den totala befolkningen innebär det att landstingets statsbidrag är 50 miljoner kronor vid referensfältets mittpunkt.

För att beräkna gränserna för referensfältet behövs även information om statens utgift för sjukpenning när det gäller landstinget vid mitten av referensfältet. I detta exempel antar vi att den uppgår till 400 miljoner kronor.

Den övre gränsen i referensfältet kan sedan beräknas genom att summera statens utgift för sjukpenning vid mittpunkten och statsbidraget vid mittpunkten multiplicerat med två. Då blir referensfältets övre gräns 500 miljoner kronor ($400 \text{ miljoner} + [50 \text{ miljoner} \times 2]$). Den nedre gränsen i referensfältet beräknas på motsvarande sätt med den skillnaden att statens utgift för sjukpenning ska minskas med statsbidraget multiplicerat med två. Det innebär att referensfältets nedre gräns blir 300 miljoner kronor ($400 \text{ miljoner} - [50 \text{ miljoner} \times 2]$). Referensfältets övre och nedre gräns är de streckade linjerna i figur 6.2.

Figur 6.2 Referensfält och utfall för statens utgift sjukpenning i ett landsting



Källa: Egna beräkningar

I figuren visas även tre olika exempel på utfall av statens utgift för sjukpenning markerade med kryss numrerade 1–3. Varje kryss representerar summan av utbetald sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar under resultatperioden som sträcker sig från den 1 april år 1 till och med den 31 mars år 2 (se vidare i avsnitt 6.6.2 angående resultatperioden). År 1 motsvaras i figuren av 2019 och år 2 motsvaras av 2020.

Utfallet av statens utgift för sjukpenning ligger till grund för beräkningen av statsbidraget till landstinget. De olika exemplen på utfall visar hur statsbidraget beräknas såväl inom som utanför referensfältet.

Exempel 1 motsvarar ett utfall för statens utgift för sjukpenning på 380 miljoner kronor och ligger därmed inom referensfältet. Statsbidraget i det här fallet beräknas genom att minska referensfältets övre gräns med utfallet, dvs. 500 miljoner – 380 miljoner = 120 miljoner kronor. Detta belopp ska sedan multipliceras med andelen (50 procent). Statsbidraget vid det här utfallet blir då 60 miljoner kronor ($120 \text{ miljoner kronor} \times 0,5$).

Exempel 2 representerar ett utfall på 540 miljoner kronor vilket överstiger den övre gränsen i referensfältet som är 500 miljoner kronor. Det innebär att vid detta utfall har landstinget inte rätt till statsbidrag.

I exempel 3 uppgår statens utgift för sjukpenning till 270 miljoner kronor, vilket är lägre än den nedre gränsen i referensfältet som är 300 miljoner kronor. Som beskrivs i bl.a. avsnitt 6.3.1 ska statsbidraget inte öka ytterligare om statens utgift för sjukpenning är lägre än referensfältets nedre gräns utan då ska samma belopp utbetalas som om utgiften är lika med den nedre gränsen. Det innebär att beräkningen av statsbidraget vid det här utfallet ska beräknas genom att minska beloppsnivån vid den övre gränsen med beloppsnivån vid den nedregränsen (500 miljoner – 300 miljoner = 200 miljoner kronor). Statsbidraget räknas sedan fram genom att multiplicera detta belopp med andelen. Statsbidraget i detta fall blir då 100 miljoner kronor ($200 \text{ miljoner kronor} \times 0,5$), vilket också motsvarar det högsta möjliga statsbidrag som detta landsting kan få.

6.3.4 Den finansiella samordningens omfattning och dess betydelse

I kapitel 8 *Konsekvenser av förslagen* beskrivs hur den finansiella samordningen kan påverka ekonomin för landsting respektive staten. Det kan ändå vara på sin plats att här kortfattat resonera kring omfattningen av den finansiella samordningen.

Det finns inga studier som kan ge svar på vad som skulle kunna vara en optimal nivå för en finansiell samordning. När den finansiella omfattningen ska bestämmas så gäller det att hitta en avvägning mellan att skapa tydliga drivkrafter, samtidigt som de finansiella riskerna inte ska vara för stora vare sig för staten eller för landstingen. Utredningen anser, enligt det som anges nedan, att den föreslagna omfattningen av den finansiella samordningen är väl avvägd utifrån dessa kriterier.

Statsbidragets storlek i förhållande till statens utgifter

Utredningen föreslår att det sammanlagda statsbidraget som ska kunna lämnas till landstingen vid den finansiella samordningens införande ska vara maximalt två miljarder kronor. Det kan konstateras att ett belopp i den storleken utgör en begränsad andel av de totala sjukpenningutgifterna, närmare bestämt sex procent.¹² Maxbeloppet innebär också ett tak för statens utgift för den finansiella samordningen. För att det beloppet ska betalas ut behöver det föregås av en sänkning av statens utgift för sjukpenning, som inom samordningen omfattar sjukpenning för sjukperioder kortare än 90 dagar. Vid en bedömning av den finansiella samordningens effekt på statens totala utgifter för sjukpenning är det dock inte endast i förhållande till utgiften för sjukpenning för sjukperioder upp till 90 dagar som resultatet ska mätas. En sänkning av den korta sjukfrånvaron kan också förväntas få effekter på sjukfall längre än 90 dagar (se avsnitt 8.1.1 för en beräkning av denna effekt).

Det finns även andra mer indirekta statsfinansiella värden av att införa finansiell samordning. Som beskrivs ovan är ett skäl till att införa den finansiella samordningen att bidra till mer stabil utveckling av sjukfrånvaron. En stabilare utveckling av sjukfrånvaron skapar bättre förutsägbarhet för statens utgifter och också bättre förutsättningar för en långsiktig och väl avvägd politik på sjukförsäkringsområdet. Ur ett statligt budgetperspektiv är den föreslagna finansiella samordningen förknippad med mycket låg risk för oväntade negativa budgetutfall eftersom statsbidraget endast kan öka om sjukfrånvaron har minskat.

Statsbidragets storlek i förhållande till landstingens utgifter

I förhållande till landstingens totala kostnader på 324 miljarder kronor 2016 är två miljarder kronor en relativt liten summa. Merparten av landstingens utgifter har dock inte någon direkt koppling till arbetet med sjukskrivningar. Landstingens kostnader för primärvård för personer i åldrarna 16–64 år, som är den verksamhet som han-

¹² I förhållande till utgifterna för sjukpenning för fall kortare än 90 dagar, som är drygt elva miljarder, blir andelen 18 procent.

terar mycket av hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsarbete, uppskattas till sammanlagt drygt 25 miljarder kronor.¹³ Långt ifrån hela denna kostnad går till arbetet med sjukskrivningar och alla kostnader som är förknippade med sjukskrivningar för landstingen finns inte i primärvården, men perspektivet antyder ändå att det föreslagna statsbidraget inte är obetydligt i förhållande till landstingens kostnader för primärvård.

Statsbidragets betydelse för ett enskilt landsting

För landstingen innebär den finansiella samordningen ett tillskott för att fortsätta utveckla arbetet med frågor relaterade till sjukskrivning. För ett medelstort landsting för vilket statens utgift för sjukpenning ligger någonstans i mitten av referensfältet ger den finansiella samordningen ett tillskott på cirka 30 miljoner kronor. Det maximala statsbidraget för ett sådant landsting kan bli cirka 60 miljoner kronor.

Detta kan jämföras med det högsta belopp som ett medelstort landsting har haft möjlighet att få inom den senaste överenskommelsen mellan staten och SKL, förutsatt att villkoren uppfyllts. Det högsta möjliga belopp som landstingen totalt kunde få enligt överenskommelsen för 2017 var 1 220 miljoner kronor. Enligt uppgift från Försäkringskassan har i stort sett hela detta beloppet utbetalats till landstingen. Detta belopp bör dock minskas med möjlig utbetalning för villkoret kopplat till funktion för koordinering på 420 miljoner (se avsnitt 6.3.2). Vid en beräkning för ett motsvarande medelstort landsting enligt ovan skulle det innebära en maximal utbetalning om cirka 25 miljoner kronor enligt den nuvarande överenskommelsen.

Totalt sett är det belopp som landstingen kan få del av enligt den föreslagna formen för finansiell samordning, vid utbetalat maxbelopp, lite mer än dubbelt så stort som inom ramen för den senaste s.k. sjukskrivningsmiljarden.

¹³ SKL (2017a) samt egna beräkningar.

Den finansiella samordningens betydelse för individen

Utöver effekterna för staten och landstingen kan den finansiella samordningen väntas ge effekter för enskilda personer. Varje enskilt fall där sjukskrivningen kan optimeras eller helt undvikas ger ett mervärde för personen ifråga, dels genom bättre välbefinnande, dels genom att personens inkomster ökar om han eller hon kommer tillbaka till arbetslivet eller arbetar.

6.4 Långsiktigt hållbara referensfält

Förslag: De fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska justeras för varje resultatperiod. Justeringen ska göras utifrån förändringar i förhållande till de fastställda beloppsnivåerna när det gäller antal folkbokförda personer 16–64 år i landstinget och statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning.

Justeringen ska göras genom att de fastställda beloppsnivåerna multipliceras med två faktorer. Den första faktorn utgörs av antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget per den 31 december tre år före det år statsbidraget ska lämnas dividerat med antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna. Den andra faktorn utgörs av statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december tre år före det år statsbidraget ska lämnas dividerad med statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under den tidsperiod som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna.

De justerade beloppen ska avrundas till närmaste tusental kronor.

6.4.1 Justering av de fastställda beloppsnivåerna som metod för långsiktighet

I avsnitt 6.3 beskrivs hur beloppsnivåerna i varje landstings referensfält ska fastställas. Dessa fastställda beloppsnivåer utgör grunden för referensfälten.

För att skapa långsiktighet, ge goda planeringsförutsättningar för landstingen och bidra till en stabil utveckling av sjukfrånvaron bör referensfältens nivåer vara följsamma till befolkningsutvecklingen och till förändringar i inkomster. Inför varje ny resultatperiod kommer de årligen därför att behöva justeras för ändringarna i befolkningens mängd och medelersättning för dem som får sjukpenning. Utan en sådan justering skulle referensfälten implicit innebära ett succesivt ökande krav på sänkt sjukfrånvaro för att få samma belopp i statsbidrag som året före. På (väldigt) lång sikt skulle det då innebära att referensfälten blir verkningslösa då nivån på sjukfrånvaron skulle behöva vara mycket låg för att landstingen skulle kunna få statsbidrag över huvud taget. Det omvända gäller såklart om ett landsting har en minskning av befolkning och inkomster. Då skulle en oförändrad sjukfrånvaro generera ett större statsbidrag över tid, vilket inte är intentionen med förslaget.

6.4.2 Justering utifrån befolkning och medelersättning

Den årliga justeringen av den övre och nedre gränsen i landstingens referensfält ska göras utifrån förändringar avseende antalet folkbokförda invånare 16–64 år i respektive landsting och statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per nettodag¹⁴ med utbetald sjukpenning (medelersättning för sjukpenning) för sjukfall kortare än 90 dagar. Justeringen bör göras utifrån senast tillgängliga uppgifter och i förhållande till de senast fastställda beloppsnivåerna.

Justeringen ska ske genom att de fastställda beloppsnivåerna multipliceras med följande två faktorer:

1. Antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget per den 31 december tre år före det år statsbidraget ska lämnas delat med

¹⁴ Med nettodagar menas att dagar med partiell ersättning omräknas till hela dagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en nettodag.

antalet folkbokförda personer 16–64 år i landstinget som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna.

2. Statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december tre år före det år statsbidraget ska lämnas delat med statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under den tidsperiod som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna.

Uppgifterna om antal folkbokförda personer ska hämtas ur den officiella statistiken. Beräkningen av statens utgift för sjukpenning per dag med utbetald sjukpenning under den angivna perioden ska grundas på senast tillgänglig statistik hos Försäkringskassan.

Anledningen till att justeringen av befolkningen och medelersättningen ska ske på olika sätt, dvs. att befolkningsuppräknningen beräknas utifrån förändringen i respektive landsting medan medelersättningen beräknas för riket som helhet, är att det maximala statsbidraget *per capita* ska vara lika för alla landsting. Om även medelersättningen skulle beräknas för varje enskilt landsting skulle det, på grund av att landstingen är olika stora och har olika medelersättning, leda till att landstingen skulle få olika justering av det maximala statsbidraget i förhållande till befolkningsstorleken.

Detta innebär samtidigt att uppräknningen av medelersättningen i ett enskilt landsting inte exakt kommer att följa förändringen i medelersättning för det landstinget. Beräkningar som utredningen har gjort visar dock att skillnaden mellan förändringen av medelersättningen i riket och förändringen av medelersättningen i de enskilda landstingen är ytterst marginell, även på lång sikt.

I bilaga 3 finns en närmare beskrivning av beräkningen för att justera beloppsnivåerna i referensfälten. De justerade beloppen som räknas fram för en resultatperiod bör avrundas till närmaste tusental kronor (se avsnitt 6.2.1).

Det följer av innebörden av statens utgift för sjukpenning (se avsnitt 6.1.2) att den sammanlagda utgiften omfattar belopp avseende sjukpenning som staten har betalat ut respektive har fått under den angivna tidsperioden. Exempelvis vilken tid sjukpenningen ifråga avser är således inte av betydelse.

6.4.3 Justeringens effekt på det maximala statsbidragets storlek

Den första gången statsbidrag lämnas utifrån den föreslagna finansiella samordningen kommer det högsta möjliga bidraget till landstingen att vara två miljarder kronor. En följeffekt av att beloppsnivåerna i referensfälten justeras enligt den metod som utredningen har föreslagit är att även det maximala statsbidraget som ett landsting kan få kommer att justeras med förändringen i befolkningen och medelersättningen. Om exempelvis förändringen av medelersättningen och befolkningen innebär att referensfältets beloppsnivåer ökar, så kommer det även innebära att det maximala statsbidraget ökar nominellt över tid. Det innebär samtidigt att statsbidragets värde kan sägas vara konstant i förhållande till utvecklingen av befolkningen och medelersättningen. I kapitel 8 *Konsekvenser av förslagen* visas ett exempel på en beräkning över hur maxbeloppet kan öka över tid.

Ett möjligt alternativ till utredningens förslag till uppräknings skulle vara att räkna upp fälten utifrån en nominellt fast ram kopplad till statens budget på exempelvis två miljarder kronor, vilket skulle sätta ett nominellt tak för statens utgift kopplad till den finansiella samordningen. I det avseendet skulle det innebära en minskad risk för utfallet i statens budget. Samtidigt skulle det vid en ökning av befolkningen och medelersättningen både innebära en urholkning av värdet av den finansiella samordningen för landstingen och att referensfälten över tid blir relativt sett smalare i förhållande till inkomstnivån och utvecklingen av befolkningen. I ett motsatt förhållande, dvs. om produkten av befolkningen och medelersättningen minskar, skulle det innebära en ökning av värdet av samordningen samt relativt sett bredare referensfält. En möjlig lösning skulle vara att statsbidragets storlek löpande prövas politiskt. Detta skulle dock leda till en osäkerhet kring vilket belopp statsbidraget ska uppgå till från år till år. Det i sin tur skulle riskera att motverka en av grundtankarna med den finansiella samordningen, nämligen att skapa långsiktigt stabila förutsättningar för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan.

Utredningens bedömning är att den valda metoden med en automatisk följsamhet till förändringarna i befolkning och medelersättning är att föredra framför det ovan presenterade alternativet med en

nominellt fast ram kombinerat med löpande politisk prövning av statsbidragets storlek.

6.5 Ändrade förhållanden

Förslag: De fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska fastställas på nytt för närmast följande resultatperiod vid väsentligt ändrade förhållanden som saknar samband med landstingets arbete med sjukskrivningsfrågor och som mer än tillfälligt påverkar de förutsättningar som har legat till grund för bestämmandet av beloppsnivåerna.

Om de väsentligt ändrade förhållandena även påverkar statens utgift för sjukpenning under den pågående resultatperioden, ska det finnas en möjlighet att jämka den högsta och den lägsta beloppsnivån i landstingets referensfält för den perioden.

De ändrade beloppsnivåerna ska anges i tusental kronor.

6.5.1 Fastställande av nya beloppsnivåer

De högsta och lägsta beloppsnivåerna i landstingens referensfält ska fastställas vid införandet av den finansiella samordningen (se avsnitt 6.2 och 6.3). Därefter ska en årlig justering av referensfälten göras, såsom har beskrivits i avsnitt 6.4. Grunden för referensfältens nivå och anpassning till de olika landstingens förutsättningar är därmed tänkta att ligga fast över tid.

Det finns dock tillfällen när det kan vara motiverat att fastställa nya grundläggande gränser för ett eller flera landstings referensfält, dvs. den högsta och den lägsta beloppsnivån. För att stabiliteten i systemet inte ska gå förlorad bör en möjlighet att göra detta vara mycket begränsad. Utredningen föreslår att nya beloppsnivåer ska fastställas om förutsättningarna som har legat till grund för bestämmandet av de fastställda beloppsnivåerna har förändrats väsentligt. För att inte statsbidragets syfte ska försvagas, ska förändringarna sakna samband med landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.

Det är på förhand svårt att beskriva alla tänkbara situationer när det kan vara motiverat att fastställa nya beloppsnivåer. Detta får

bedömas från fall till fall. Utredningen vill emellertid med några exempel belysa händelser som kan vara aktuella.

Ett tydligt sådant exempel är om det görs regelförändringar som påverkar förutsättningarna för utbetald sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar. Om exempelvis den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen, med ett maximalt antal dagar som en person i normalfallet kan vara sjukskriven, skulle återinföras med samma regelverk som fanns tidigare måste nya beloppsnivåer i referensfälten övervägas. När den bortre tidsgränsen fanns var det många som återvände till sjukförsäkringen som nya fall. Om den bortre tidsgränsen återinfördes skulle det påverka statens utgifter för sjukpenningen. Ett annat exempel är om det görs förändringar i regleringen om sjuklöneperiodens längd. Eftersom utgifter under sjuklöneperioden inte omfattas av beräkningarna av statens utgifter som ligger till grund för referensfälten skulle en förändring av sjuklöneperiodens längd påverka förutsättningarna för beloppsnivåerna i de fälten. Det skulle också kunna handla om regelförändringar på andra områden än sådana som är kopplade till sjukförsäkringen. Förändringar i Sveriges indelning i kommuner och landsting är ett sådant möjligt exempel.

Det kan, åtminstone teoretiskt, även finnas andra händelser som påverkar förutsättningarna för sjukfrånvaron. Det skulle exempelvis kunna handla om att det sker drastiska förändringar i folkhälsan, exempelvis i samband med epidemier eller liknande.

Förhållandena kan vara sådana som påverkar ett, flera eller samtliga landsting.

I linje med den grundläggande tanken om stabilitet i den finansiella samordningen, ska de ändrade förhållandenas påverkan på beloppsnivåerna inte vara alltför liten i sin omfattning. Även detta ligger i ordet "väsentligt". Exakt vilken omfattning som kan anses vara tillräcklig får bedömas från fall till fall.

Eftersom det handlar om att fastställa nya grundförutsättningar för statsbidraget, ska effekten av förändringarna ha en mer än tillfällig effekt på statens utgift för sjukpenning. Effekten ska bedömas vara långvarig, för en vid tillfället förutsebar framtid. Det bör inte krävas att förändringarna har uppkommit under den pågående resultatperioden, utan att de är förändrade sedan det senaste fastställandet av beloppsnivåerna och att effekten för den kommande resultatperioden och framöver bedöms bli den som anges.

Det bör inom ramen för de restriktiva förutsättningar som anges lämnas relativt stor frihet för den beslutande instansen (se avsnitt 6.7) att avgöra när det är aktuellt att fastställa nya beloppsnivåer i ett landstings referensfält. Bedömningen ska göras per landsting, men nya beloppsnivåer ska fastställas för samtliga landsting som de väsentligt ändrade förhållandena påverkar på det sätt som avses.

För att landstingen ska ha information om de närmare förutsättningarna som gäller för statsbidrag ett visst kalenderår så snart som möjligt i förhållande till resultatperiodens början, anser utredningen att fastställande av nya beloppsnivåer inte ska kunna göras retroaktivt, utan för en kommande resultatperiod som lämpligen inte ligger alltför långt fram i tiden. Utredningens förslag innebär att beslut om fastställande av nya beloppsnivåer ska fattas under resultatperioden före den period som de nya fastställda beloppsnivåerna avser (se mer om effekten av detta i avsnitt 6.6.2).

Utredningen föreslår ingen regelbundenhet för översyn av referensfältens giltighet utan en bedömning bör göras när betydande förändringar i förutsättningarna för referensfältens fastställande inträffar eller observeras och påverkan på förutsättningarna bedöms vara mer än tillfälliga. Om sådana förändringar är aktuella ska det finnas en skyldighet att fastställa nya referensfält. I annat fall försvagas syftet med den finansiella samordningens uppbyggnad.

De nya beloppsnivåerna ska fastställas utifrån de nya förhållandena. Beroende på om de ändrade förhållandena ökar eller minskar statens utgift för sjukpenning, så kan förändringen innebära både högre och lägre beloppsnivåer. (En närmare beskrivning av hur nya beloppsnivåer ska fastställas finns i bilaga 3.) De nya beloppsnivåerna bör anges i tusental kronor (se avsnitt 6.2.1).

6.5.2 En jämningsmöjlighet

Utgångspunkten ska givetvis vara att förutsättningarna som gäller inför en resultatperiod också är de som rätten till statsbidrag och bidragets storlek i fråga om det kalenderår som resultatperioden avser kommer att bedömas utifrån. Med beaktande av att det är fråga om belopp som relaterar till reella utgifter kan det dock finnas situationer då det är rimligt att vissa förutsättningar för statsbidrag ska kunna ändras även för en pågående resultatperiod. Liksom när

det gäller fastställande av nya beloppsnivåer i ett landstings referensfält, bör möjligheten att göra sådana ändringar vara mycket begränsad.

Utredningen bedömer att de gällande beloppsnivåerna i ett landstings referensfält under en pågående resultatperiod bör kunna jämkas om det har inträffat sådana väsentligt ändrade förhållanden som innebär att de fastställda beloppsnivåerna i referensfältet ska fastställas på nytt för den kommande resultatperioden. Detta under förutsättning att förändringarna även påverkar statens utgift för sjukpenning under den pågående resultatperioden. Exempelvis en förändring i regleringen om sjuklöneperiodens längd ger effekt på statens utgifter för sjukpenning relativt direkt efter ikraftträdandet och skulle kunna påverka utgifterna redan under resultatperioden då förändringen träder i kraft.

Enligt utredningens bedömning bör en utgångspunkt och förutsättning för jämkning av de gällande beloppsnivåerna i ett landstings referensfält vara att de fastställda beloppsnivåerna i referensfältet fastställs på nytt för den kommande resultatperioden. Utredningen har övervägt en fristående möjlighet till jämkning, men anser att det utifrån syftet med den finansiella samordningen som en stabil modell skulle innebära en alltför omfattande möjlighet till kortsiktiga ändringar av förutsättningarna för statsbidrag.

Inom ramen för den restriktiva möjligheten till jämkning bör det lämnas relativt stor frihet för den beslutande instansen (se avsnitt 6.7) att avgöra när förhållandena är sådana att jämkning kan ske. Eftersom bedömningen i detta fall avser en tillfällig och tidsbegränsad påverkan på utgifterna, bör det även kunna lämnas till den beslutande instansen att avgöra om jämkning över huvud taget bör göras i en viss situation.

Om jämkning bedöms vara aktuell, ska den göras i fråga om de gällande beloppsnivåerna för samtliga landsting som de väsentligt ändrade förhållandena påverkar på det sätt som avses. Exakt hur och i vilken omfattning beloppsnivåerna för de berörda landstingen ska jämkas får avgöras i den enskilda situationen, men det bedöms rimligt att ändringen av nivåerna relaterar till i vilken omfattning statens utgift för sjukpenning för det enskilda landstinget har påverkats av förhållandena. Beroende på om de väsentligt ändrade förhållandena ökar eller minskar statens utgift för sjukpenning, så kan beloppsnivåerna i referensfältet jämkas såväl uppåt som nedåt.

De jämkade beloppsnivåerna ska anges i tusental kronor (se avsnitt 6.2.1 och 6.5.1. ovan).

Ett beslut om att jämka beloppsnivåerna i ett landstings referensfält bör fattas så snart det är möjligt att göra de bedömningar som krävs. Ju tidigare ett landsting får veta att förutsättningarna för statsbidrag ett visst kalenderår har ändrats, desto bättre. Utredningens förslag innebär att beslut om jämkning i vart fall måste fattas innan den pågående resultatperioden är slut. (Se mer om detta i avsnitt 6.6.2 och 6.7.1.)

6.6 Landstingens planerings- och budgetförutsättningar

Förslag: En resultatperiod ska utgöras av perioden den 1 april två år före det år som statsbidraget ska lämnas till och med den 31 mars året före det år som statsbidraget ska lämnas.

Justerings av beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska göras inför den resultatperiod för vilken de justerade nivåerna ska gälla. Beslut om de justerade beloppsnivåerna ska meddelas senast den 1 mars två år före det år som statsbidraget ska lämnas. Så snart som möjligt efter att beslut har meddelats ska landstinget underrättas om det fullständiga innehållet i beslutet.

Senast den 30 april året före det år som statsbidraget ska lämnas ska beslut meddelas om ett landstings rätt till statsbidrag och bidragets storlek. Så snart som möjligt efter att beslut har meddelats ska landstinget underrättas om det fullständiga innehållet i beslutet.

Ett landsting ska varje månad meddelas uppgifter om:

1. statens utgift för sjukpenning under de närmast föregående tolv månaderna, och
2. det belopp som statsbidraget skulle uppgå till vid slutet av den pågående resultatperioden utifrån de för perioden gällande beloppsnivåerna i landstingets referensfält och en framskrivning av statens utgift för sjukpenning.

6.6.1 Kort om landstingens planeringsförutsättningar

De olika landstingen har olika förutsättningar och rutiner för sitt budgetarbete. Enligt 11 kap. 10 § kommunallagen (2017:725) ska budgeten för nästkommande kalenderår fastställas av fullmäktige före november månads utgång året före det kalenderår som budgeten avser. I praktiken påbörjas budgetprocessen under våren året före det år som budgeten gäller. Samtidigt gör man en plan för de två åren som följer efter budgetåret. SKL anger förutsättningar för arbetet i ett skatteunderlagsprogram som utgör en riskprognos som de enskilda landstingen utifrån nycklar kan omvandla till de förutsättningar som gäller för det enskilda landstinget. Viktiga parametrar är befolkningsprognos, prisantaganden samt aktuella och framtida pensionskostnader. I dialog med verksamheterna finjusteras detaljerna i budgeten fram till dess den är klar.

Statsbidraget som utredningen förslår kan sägas vara i vart fall delvis riktat i så måtto att rätten till statsbidraget och bidragets storlek ska bestämmas utifrån nivån på statens utgift för sjukpenning, dvs. indirekt utifrån nivån på viss sjukfrånvaro. Även riktade statsbidrag hanteras olika, både mellan olika landsting och beroende på vad bidraget är inriktat på. Riktade statsbidrag uppfattas av många landsting som svåra att arbeta med.¹⁵ De kan bl.a. ha en annan planeringshorisont än vad exempelvis budgetprocessen har vilket kan innebära svårigheter exempelvis att tidsmässigt ”placera” vissa satsningar och insatser. Många landsting som befinner sig i ekonomiskt ansträngda lägen måste kontinuerligt prioritera i verksamheten och riskerar med den här typen av processer att förlora momentum. Det kan försvåra den övergripande styrningen och omfattande redovisningskrav kan uppfattas i alltför hög utsträckning minska det relativa värdet av tillskottet.

Det föreslagna statsbidraget ska lämnas till landsting utan direkta villkor och bidragets storlek är automatiskt kopplat till statens utgift för sjukpenning. Utifrån dessa förutsättningar anser utredningen att det inte är nödvändigt att belasta landstingen med ett krav på återrapportering till staten om hur de utgivna medlen använts. Utredningen förutsätter däremot att landstingen inom ramen för sina interna redovisningssystem redovisar och följer upp hur de tilldelade medlen i den finansiella samordningen används.

¹⁵ Se exempelvis Riksrevisionen (2016a).

6.6.2 Goda planeringsförutsättningar för en effektiv användning av statsbidraget

För att landstingen ska ges goda förutsättningar att använda de medel som statsbidraget ger och kunna planera sin verksamhet är det viktigt att landstingen inför sin budgetprocess får besked om huruvida de har rätt till statsbidrag ett visst kalenderår och, om så är fallet, beloppets storlek. Samtidigt ska detta vägas mot att beloppet som ska utbetalas till landstingen bör baseras på ett så aktuellt utfall som möjligt. Ju längre tid det är mellan att utfallet fastställs och utbetalning av statsbidraget sker, desto otydligare blir kopplingen mellan de båda.

Det skulle vara möjligt att helt undvika en sådan tidsskillnad genom att basera statsbidraget på en prognos över utfallet. Prognoser över sjukfrånvarons utveckling har historiskt sett varit osäkra och det skulle i sådant fall krävas någon form av korrigeringsfaktorer i beräkningen av statsbidraget för att justera för skillnader mellan tidigare prognos och det slutliga utfallet. Detta i sig skulle göra det svårare att förstå vad det utbetalda beloppet relaterar till, dvs. om det är baserat på en verklig förändring av utgifterna eller om det är en konsekvens av korrigeringar av tidigare prognoser och utfall. Utredningen anser att skälen till att ha en enklare metod för beräkning av statsbidraget (dvs. utan korrigeringsfaktorer) väger tyngre än skälen för att minska skillnaden i tid mellan tidpunkten för när statsbidrag fastställs och tidpunkten då utbetalning sker.

Utredningen föreslår utifrån det förda resonemanget att statsbidraget för ett utbetalningsår ska beräknas utifrån utbetald sjukpenning för de första 89 dagarna i en sjukperiod och gällande nivåer i referensfältet under en resultatperiod som omfattar tidsperioden den 1 april två år före det år som statsbidraget ska lämnas till och med den 31 mars året före samma år. (Se mer om resultatperiod i avsnitt 6.1.2.)

För att landstingen i förväg ska känna till förutsättningarna de har att förhålla sig till för att få statsbidrag ett visst kalenderår bör justeringen av beloppsnivåerna i respektive landstings referensfält för en resultatperiod göras innan resultatperioden börjar, dvs. ”inför” en sådan period. Utredningen föreslår att beslut om de justerade beloppsnivåerna ska ha meddelats senast den 1 mars två år före

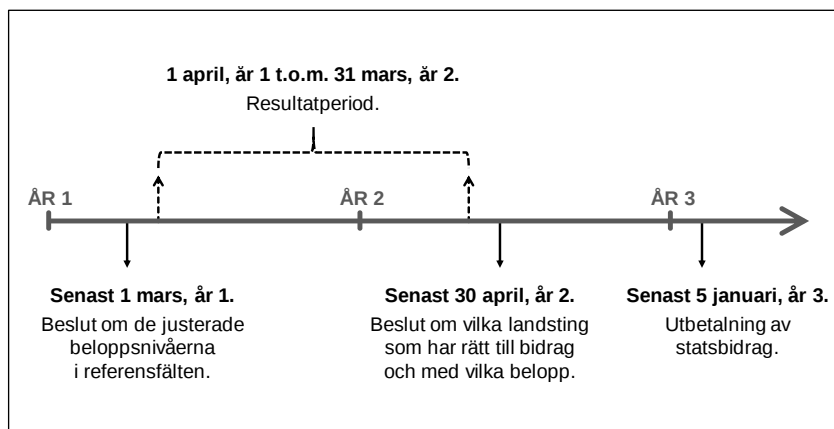
året då statsbidrag ska lämnas, dvs. en månad innan den aktuella resultatperioden börjar.

För att ge landstingen goda möjligheter att budgetera för statsbidraget bör de så tidigt som möjligt under budgetprocessen få besked om huruvida de har rätt till statsbidrag det år som budgeten avser och, i sådant fall, med vilket belopp. Utredningen bedömer att det bör vara tillräckligt att ett beslut om detta meddelas senast den 30 april året före det år som statsbidraget ska lämnas.

Det bör regleras särskilt att det berörda landstinget så snart som möjligt efter att beslut har meddelats om justerade beloppsnivåer respektive statsbidrag ska underrättas om det fullständiga innehållet i beslutet. Detta följer i och för sig redan av 33 § första stycket förvaltningslagen (2017:900) om underrättelse av beslut till part. Förvaltningslagens bestämmelse innehåller dock en möjlighet att avstå underrättelse. En sådan möjlighet bör inte finnas i fråga om de beslut som nu avses. Den av utredningen föreslagna regleringen ska tillämpas på samma sätt som förvaltningslagens bestämmelse i den motsvarande delen.

I figur 6.3 sammanfattas de ovan beskrivna tidpunkterna som berör landstingen i den finansiella samordningen.

Figur 6.3 Återkommande tidpunkter som berör landstingen i den finansiella samordningen, för statsbidrag år 3



En grundidé bakom utredningens förslag är att förutsättningarna för statsbidrag ett visst kalenderår ska vara klarlagda för landstingen innan resultatperioden inleds. Utredningens förslag om att det ska vara möjligt att fastställa nya beloppsnivåer i ett landstings referensfält för en kommande resultatperiod och att jämka beloppsnivåerna i ett landstings referensfält för en pågående resultatperiod innebär emellertid att landstingen kan komma att få besked om ändringar i dessa förutsättningar senare än så. När det gäller jämkningen, så kan de ändrade förutsättningarna i det extrema fallet komma till landstingens kännedom även efter att resultatperioden är avslutad. Utredningens förslag innebär endast att beslut om fastställande respektive jämkning måste *fattas* under en pågående resultatperiod (se avsnitt 6.5) I dessa fall anser utredningen emellertid att det är av mer vikt att den instans som ska besluta om fastställande respektive jämkning (se avsnitt 6.7) får så lång tid som möjligt på sig så att de bedömningar som behöver göras blir så aktuella som möjligt. Det handlar dessutom inte om någon större fördröjning av informationen till landstingen och torde inte innebära några större praktiska problem för landstingen. De kommer att få besked om nya fastställda beloppsnivåer och jämkade beloppsnivåer i god tid innan de medel som statsbidraget innebär ska budgeteras. Det statsbidrag som bestäms utifrån jämkade beloppsnivåer kommer att kunna beslutas enligt de tidsramar som utredningen föreslår för sådana beslut. Därutöver ska inte glömmas bort att fastställande av nya beloppsnivåer och jämkning av gällande beloppsnivåer ska göras i restriktiva undantagsfall.

6.6.3 Tydlig och återkommande information till landstingen

Införandet av en ny form för finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård har som syfte att bidra till långsiktig planering av resurser för det sjukskrivningsrelaterade arbetet både på landstingsnivå och på verksamhetsnivå. En avgörande komponent är att berörda system kontinuerligt får adekvat och tillförlitlig information om det faktiska utfallet i förhållande till det budgeterade/förväntade utfallet.

Det finns ett särskilt värde i att landstingen löpande får information kring hur de "ligger till" i den finansiella samordningen.

Förutom att det innebär en minskad risk för överraskande utfall, så kommer det också att leda till ökat fokus på sjukfrånvarons utveckling. Utredningen föreslår därför att varje landsting månadsvis ska meddelas uppgifter avseende det enskilda landstinget i fråga om dels utvecklingen av statens utgift för sjukpenning för sjukfall kortare än 90 dagar i en sjukperiod under de närmast föregående tolv månaderna, dels statsbidragets storlek vid slutet av den pågående resultatperioden utifrån en framskrivning av statens utgift för sjukpenning i förhållande till gällande referensfält.

En fråga som väckts är till vilken del av hälso- och sjukvården information kan och bör riktas. Man måste på olika nivåer inom landstingen kunna följa och reagera på resultat. Frågan blir inte mindre komplex av att hälso- och sjukvårdsverksamhet inte bara bedrivs av landstingen. Vårdvalssystemet innebär att alla utförare som lever upp till ställda krav har möjlighet att bedriva sjukvård i enlighet med upprättade avtal som omfattar ersättningsmodeller etc. En fungerande finansiell samordning mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård torde behöva medföra att alla vårdgivare delar det ansvar som vården ska ta. Exakt hur landstingen bygger sin interna informationsstruktur för att hantera detta ligger dock utanför utredningens uppdrag. Det väsentliga här är konstaterandet att landstingen ska förse med nödvändig information för att kunna följa och reagera på utvecklingen relaterat till den finansiella samordningen.

6.7 Handläggning och administration

Förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska handlägga ärenden om statsbidraget och även i övrigt ansvara för administrationen av detsamma.

Regeringen ska fastställa den högsta och den lägsta beloppsnivån i respektive landstings referensfält och ansvara för att beloppsnivåerna fastställs på nytt när förutsättningarna för det är uppfyllda. Regeringen ska också ansvara för jämkning av den högsta och den lägsta beloppsnivån i ett landstings referensfält för en resultatperiod.

Försäkringskassan ska bestämma de justerade beloppsnivåerna i ett landstings referensfält för en resultatperiod. Försäkringskassan ska vidare bestämma om ett landsting har rätt till statsbidrag ett visst kalenderår och bidragets storlek. Myndigheten ska så snart som möjligt efter att beslut i de angivna frågorna har meddelats underrätta landstinget om det fullständiga innehållet i beslutet och informera regeringen (Socialdepartementet) om det som har beslutats. Myndigheten ska därutöver publicera de justerade beloppsnivåerna på sin webbplats.

Försäkringskassan ska betala ut statsbidrag till ett landsting som har rätt till det ett visst kalenderår, om bidraget uppgår till ett belopp om minst 100 000 kronor. Statsbidrag ska betalas ut senast den 5 januari det angivna kalenderåret.

Försäkringskassan ska vidare lämna den månatliga informationen till landstingen om statens utgift för sjukpenning under de närmast föregående tolv månaderna och det belopp som statsbidraget skulle uppgå till vid slutet av den pågående resultatperioden utifrån de för perioden gällande beloppsnivåerna i landstingets referensfält och en framskrivning av statens utgift för sjukpenning.

I förordningen med instruktion för Försäkringskassan ska införas en bestämmelse som anger att myndigheten ansvarar för att informera landsting, fatta beslut och betala ut medel inom ramen för regleringen av den finansiella samordningen.

6.7.1 Regeringen

Vissa delar av den finansiella samordningens administration bör ligga på regeringens bord. Det som avses är sådana delar som rör grundläggande frågor i systemet för samordningen. Det handlar om att fastställa de högsta och lägsta beloppsnivåerna i landstingens referensfält och ansvara för att beloppsnivåerna fastställs på nytt när förutsättningarna för det är uppfyllda. Referensfälten och ramen för dessa utgör en av baserna för samordningen och förutsättningarna för statsbidrag. Fastställandet av beloppsnivåerna har en stark koppling till statens finanser och innefattar vissa bedömningar som inte bör göras av en myndighet. I och med referensfältens betydelse i

systemet bör de fastställda beloppsnivåerna anges i författning (i detta fall förordning, se mer i avsnitt 6.9.4).

Utredningen anser att regeringen också ska ansvara för jämkning av beloppsnivåerna i referensfälten, en uppgift som är direkt kopplad till det nyss nämnda ansvaret som regeringen föreslås ha. Möjligheten till jämkning ska vara mycket begränsad (se avsnitt 6.5.2), varför det handläggningsarbete som kan bli aktuellt för regeringen inte torde bli omfattande. Utredningen föreslår att det är Försäkringskassan som ska bestämma om rätt till statsbidrag och bidragets storlek (se avsnitt 6.7.2. nedan). Eftersom de jämkade beloppsnivåerna ska ligga till grund för beslut om statsbidrag är det centralt att regeringen så tidigt som möjligt informerar Försäkringskassan om jämkning ska göras och snarast efter det att jämningsbeslut har fattats meddelar myndigheten de nya förutsättningarna för statsbidrag.

Regeringen omfattas inte av förvaltningslagens bestämmelser, men följer vid sin handläggning av förvaltningsärenden i så stor utsträckning som möjligt de regler som gäller vid ärendehandläggningen hos de underlydande förvaltningsmyndigheterna, i tillämpliga delar.¹⁶

Övriga delar av handläggningen och annan administration av statsbidraget är av sådan karaktär att de bör hanteras på myndighetsnivå. Det är regeringen som har att bestämma vilken myndighet som ska ges detta ansvar.

6.7.2 Försäkringskassan

Beslut i frågor om statsbidraget

Försäkringskassan är den myndighet som både är förvaltningsansvarig och statistikansvarig för socialförsäkringen, dvs. bland annat sjukpenningen. Dessutom är myndigheten ansvarig för uppföljning, beslut om och utbetalning av medel till landstingen enligt överenskommelser tecknade mellan staten och SKL om en kvalitets-säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det innebär att det i myndigheten finns uppbyggda rutiner och tillgång till den information som behövs för att hantera det som ingår för att administrera och beräkna statsbidraget i den finansiella samordningen.

¹⁶ Se prop. 2016/17:180, s. 27.

Det bör därför enligt utredningens mening vara Försäkringskassan som i huvudsak är den handläggande och beslutsfattande myndigheten för statsbidraget. Myndigheten bör ansvara för att bestämma vilka landsting som har rätt till statsbidrag och med vilka belopp. Försäkringskassan bör även årligen bestämma de justerade beloppsnivåerna i landstingens referensfält för en resultatperiod. Till skillnad från vad som gäller för fastställandet av de högsta och lägsta beloppsnivåerna i referensfälten, är det vid justering av desamma fråga om mer mekaniska beräkningar utifrån förutsättningar som ska vara tydligt angivna i författning.

Försäkringskassan ska så snart som möjligt efter att beslut har meddelats om rätt till statsbidrag och bidragets storlek respektive justerade beloppsnivåer underrätta det berörda landstinget om det fullständiga innehållet i beslutet (se motiven till detta i avsnitt 6.6.2). Eftersom det som har beslutats är av betydelse för statens budget bör Försäkringskassan även vara skyldig att informera regeringen (Socialdepartementet) om det som bestämts avseende statsbidrag och justerade beloppsnivåer. Därutöver bör myndigheten publicera de justerade beloppsnivåerna på sin webbplats för att göra dem lättillgängliga för samtliga landsting och allmänheten.

De återkommande uppgifter som Försäkringskassan föreslås ha i förhållande till ett visst års statsbidrag illustreras i tidslinjen i avsnitt 6.6.2.

Andra administrativa uppgifter

Det bör vara Försäkringskassan som betalar ut de medel som ett landsting bedöms ha rätt till. Utbetalningen av statsbidrag bör göras så tidigt som möjligt det år som bidraget ska lämnas, vilket enligt utredningens bedömning bör vara senast den 5 januari det året. Utredningen anser att ett beslutat statsbidrag till ett landsting inte bör betalas ut om det understiger 100 000 kronor. Mot bakgrund av det arbete som bidraget syftar till att stimulera bedöms det inte rimligt att resurser hos framför allt landstingen ska läggas ned för att administrera ett lägre belopp än så.

Det bör vidare vara Försäkringskassan som ska lämna den månatliga informationen till landstingen om utvecklingen av utbetald

sjukpenning för de första 89 dagarna i en sjukperiod och om statsbidragets storlek vid slutet av en pågående resultatperiod utifrån en framskrivning av statens utgift för sjukpenning i förhållande till gällande referensfält (se avsnitt 6.6.3). Det är Försäkringskassan som har direkt tillgång till den information som avses.

En löpande kontakt mellan Försäkringskassan och landstingen torde skapa potential för ett närmare samarbete i strategiska frågor som rör sjukskrivningar. Det ger också möjligheter till en analys av vilka faktorer som har betydelse för utvecklingen av sjukfrånvaron och som landstingen enskilt eller i samarbete med Försäkringskassan kan påverka. Utredningen föreslår inte vilken kompletterande information som Försäkringskassan kan bistå landstingen med, utan detta bör utvecklas i en dialog mellan Försäkringskassan och landstingen.

Med anledning av Försäkringskassans nya ansvar inom ramen för den finansiella samordningen bör 3 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan ändras genom att en bestämmelse om ansvaret införs i paragrafen.

6.8 Överklagande

Förslag: Beslut inom ramen för regleringen av den finansiella samordningen genom statsbidrag ska inte få överklagas.

6.8.1 Bör det finnas en möjlighet att överklaga beslut?

Utredningens förslag innebär att Försäkringskassan ska fatta beslut i olika frågor angående statsbidraget: ett landstings rätt till statsbidrag, storleken på bidraget till landstinget och årliga justeringar av beloppsnivåerna i landstingets referensfält. Det handlar enligt utredningens bedömning om beslut som kan ha sådana effekter som innebär att de utifrån de grundläggande bestämmelserna i förvaltningslagen anses vara överklagbara.¹⁷ Även regeringen kan komma att fatta vissa förvaltningsbeslut, exempelvis om jämkning av beloppsnivåerna i ett gällande referensfält. Frågan uppkommer om det bör

¹⁷ Se 41 § förvaltningslagen och prop. 2016/17:180, s. 248 f.

vara möjligt att överklaga de olika beslut som fattas inom ramen för administrationen av statsbidraget.¹⁸

6.8.2 Regelverk som kan påverka valmöjligheterna

En första fråga som behöver besvaras är om det finns några föreskrifter som begränsar valmöjligheterna när det gäller det som nu behandlas. Det som kan aktualiseras är bestämmelser som berör frågan om rätt att få sin sak prövad och som finns i olika internationella åtaganden som Sverige har ingått. Utredningen har inte funnit några rent nationella föreskrifter, dvs. som inte har sin grund i internationella åtaganden, som kan anses innebära begränsningar när det gäller frågan om överklagade ska vara möjligt eller inte.

Enligt artikel 6.1 i den europeiska konventionen den 4 november 1950 om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) ska var och en vid prövningen av hans eller hennes civila rättigheter och skyldigheter vara berättigad till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol som har upprättats genom lag. Europakonventionen gäller som svensk lag och lag eller annan föreskrift får inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av konventionen.¹⁹

Personkretsen som omfattas av konventionens rättigheter i stort är enskilda personer, icke-statliga organisationer (som i detta sammanhang även omfattar föreningar och andra privaträttsliga juridiska personer) och grupper av enskilda personer.²⁰ Icke-statliga organisationer ställs i relation till statliga organisationer. De senare omfattar inte endast de centrala statsorganen utan även decentraliserade organ som utövar offentliga uppgifter ("exercise public functions"), oavsett vilken autonomi de har gentemot de centrala statsorganen.²¹

¹⁸ Förvaltningslagens bestämmelser är subsidiära till avvikande bestämmelser i annan lag eller förordning, se 4 § förvaltningslagen.

¹⁹ Se lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt 2 kap. 19 § regeringsformen.

²⁰ Se artikel 34 i Europakonventionen om vilka som har klagorätt till Europadomstolen vid enskilda klagomål och Danelius, H. (2015), s. 24. Frågan om vilka som har klagorätt vid enskilda klagomål torde gå hand i hand med frågan om vilka som kan ha rättigheter enligt konventionen.

²¹ Se European Court of Human Rights (2017), s. 9 f. För Sveriges del, se även Europadomstolens beslut den 7 juni 2001, *Danderyds kommun mot Sverige*, nr 52559/99.

Landsting och kommuner omfattas således inte av Europakonventionens rättigheter.

De direkta objekten för den föreslagna regleringen om finansiell samordning är landsting och kommuner som inte ingår i ett landsting. Några enskilda – fysiska eller juridiska – personer berörs inte direkt av regleringen. De kan eventuellt beröras indirekt genom att landstingens arbete som möjliggörs av det ekonomiska tillskott som det föreslagna statsbidraget innebär kan påverka enskildas situation. Enligt utredningens bedömning kan enskilda emellertid inte anses beröras av statsbidraget indirekt på ett sådant sätt att artikel 6.1 i Europakonventionen skulle bli aktuell: bidraget lämnas inte för någon utpekad åtgärd utan till landstinget i allmänhet och det är sedan upp till landstinget hur pengarna används.²²

En bestämmelse liknande den i artikel 6.1 i Europakonventionen finns i artikel 47.2 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, dock utan begränsningen till prövningar av civila rättigheter och skyldigheter. Stadgan är rättsligt bindande för medlemsstaterna och har företräde framför svensk nationell rätt.²³ Bestämmelserna i stadgan riktar sig emellertid till Europeiska unionens medlemsstater endast när dessa tillämpar unionsrätten,²⁴ vilket inte är fallet i den aktuella situationen. Därutöver ska rättigheterna i stadgan, i den mån de motsvarar sådana som garanteras av Europakonventionen, ha samma innebörd och räckvidd som i konventionen,²⁵ vilket enligt utredningens bedömning får tolkas som att landsting och kommuner inte heller omfattas av stadgans rättigheter.

Enligt artikel 11 i den europeiska konventionen den 4 november 1985 om kommunal självstyrelse ska kommunerna och landstingen ha rätt att anlita ett judiciellt förfarande för att säkerställa ett fritt utövande av sina befogenheter och respekt för de principer om kommunal självstyrelse som finns fastlagda i grundlagen eller den nationella lagstiftningen. Sverige ratificerade konventionen 1989.²⁶ Det

²² Det kan i detta sammanhang konstateras att om en domstol vid en enskilds överklagande av ett beslut enligt den föreslagna regleringen i det enskilda fallet skulle finna att den enskilde berörs på ett sådant sätt att exempelvis artikel 6.1 i Europakonventionen aktualiseras, så är det möjligt att pröva överklagandet även om det finns ett överklagandeförbud i den föreslagna lagen (se prop. 2016/17:180 s. 43 f.).

²³ Se artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen samt t.ex. Bergström, C. F. och Hettne, J. (2014), s. 116 f.

²⁴ Se artikel 51.1 i stadgan.

²⁵ Se artikel 52.3 i stadgan.

²⁶ Prop. 1988/89:119, bet. 1988/89:KU32 och rskr. 1988/89:251. Angående att även landsting omfattas av konventionens bestämmelser, se a. prop., s. 8.

innebär att Sverige har förbundit sig folkrättsligt att agera i enlighet med konventionens bestämmelser. Enligt utredningens bedömning innebär den finansiella samordningen, med den utformning som föreslås, inte några inskränkningar av den kommunala självstyrelsen (se även avsnitt 8.2) och kan inte anses inkräkta på det fria utövandet av landstingens befogenheter.

Utredningen gör bedömningen att beslut inom ramen för administrationen av det föreslagna statsbidraget inte måste omfattas av en möjlighet att överklaga. Det kan i detta sammanhang också konstateras att det finns en mängd statsbidragsregleringar som berör landsting och/eller kommuner och som innehåller överklagandeförbud.²⁷

6.8.3 Det bör inte finnas en möjlighet att överklaga

Bedömningen om huruvida det bör vara möjligt att överklaga beslut enligt regleringen om den finansiella samordningen som utredningen föreslår eller inte lämnas således till en avvägning av olika faktorer. Vid den avvägningen har utredningen beaktat följande.

Modellen för finansiell samordning som föreslås har formen av ett statsbidrag. Enligt vad utredningen erfarit innehåller de flesta nu gällande författningar om statsbidrag som kan ges till landsting och kommuner ett förbud att överklaga beslut.²⁸ Regleringar som innefattar en möjlighet att överklaga och som avser statsbidrag till landsting eller kommuner i deras roll som ett offentligt organ har varit svåra att finna. Även om traditionen förefaller vara att beslut i fråga om statsbidrag till landsting inte kan överklagas, anser utredningen att en bedömning kring frågan bör göras när det gäller det här aktuella statsbidraget. Det statsbidraget har i vissa delar en annan karaktär och regleringen har en annan utformning än vad som är fallet för andra statsbidrag. Bland annat har landstingen en rätt till det aktuella statsbidraget.²⁹

²⁷ Se t.ex. förordningen (2018:118) om statsbidrag till kommuner och landsting för att minska och motverka segregation (19 §), förordningen (2016:82) om statsbidrag till samverkansinsatser för unga som varken arbetar eller studerar (9 §) och förordningen (2014:1542) om statsbidrag till kommuner och landsting för att öka kunskapen om homosexuella, bisexuella och transpersoners situation (13 §).

²⁸ För exempel på författningar som innehåller överklagandeförbud, se föregående not.

²⁹ I och med att statsbidrag i huvudsak regleras enbart i förordning och det i allmänhet inte finns några tryckta motiv till förordningar är det också svårt att göra en djupare analys av anledningen till att den ena eller andra vägen har valts.

Det kan konstateras att det föreslagna statsbidraget innebär enbart en möjlighet för landsting att i deras egenskap av offentliga organ få ekonomiskt tillskott. Rätten till bidrag är inte villkorat av några direkta åligganden för landstingen. En av grundidéerna bakom den finansiella samordningen (som också kan utläsas av förutsättningen för rätt till statsbidrag och grunderna för bestämmandet av statsbidragets storlek) är visserligen att landstingen bör bedriva ett visst arbete för att det ekonomiska tillskottet ska bli så gynnsamt som möjligt. På vilket sätt arbetet ska utföras lämnas emellertid till landstingen att avgöra. Något krav på ansökan uppställs inte, utan statsbidrag lämnas per automatik varje år till de landsting som har rätt till det. Den föreslagna regleringen innefattar inte någon möjlighet för staten att återkräva ett lämnat statsbidrag.

Försäkringskassans handläggning när det gäller bestämmandet av vilka landsting som har rätt till bidrag ett visst år och storleken på bidraget till dessa landsting omfattar inte några särskilda bedömningar, utan innebär en mer teknisk beräkning baserad på relativt tydligt fastställda kriterier. Detsamma är fallet när det gäller myndighetens bestämmande av de årligen justerade beloppsnivåerna i landstingens referensfält, där förändringarna som ska beaktas grundar sig på faktiska faktorer som avser passerad tid. Besluten kan liknas med beslut av verkställighetskaraktär och en rättslig överprövning bedöms ha lite att tillföra. Vidare finns möjligheten (och i vissa fall skyldigheten) för Försäkringskassan att, exempelvis på begäran av berört landsting, rätta eller ändra ett meddelat beslut.³⁰ Därutöver ska Försäkringskassan regelbundet ge varje landsting sådan information som innebär att de hela tiden vet hur de ligger till i fråga om statsbidrag ett visst år. I och med detta ges landstingen stor möjlighet att innan beslut fattas meddela Försäkringskassan om de anser att uppgifterna som myndigheten har tagit fram inte är korrekta. Detta tillsammans med beslutens karaktär, innebär enligt utredningens mening att behovet av en domstolsprövning av de beslut som Försäkringskassan har att fatta bedöms som mycket litet.

Sådana beslut som kan komma att fattas av regeringen innefattar bedömningar kring frågor som inte torde lämpa sig för en rättslig överprövning.

Utredningens bedömning är att det inte bör finnas någon möjlighet att överklaga beslut som fattas inom ramen för den föreslagna

³⁰ Se 36–38 §§ förvaltningslagen.

regleringen om den finansiella samordningen. Den omständigheten att tillgången till statsbidraget har utformats som en rättighet bedöms inte medföra någon skillnad.

Frågan om en myndighet över huvud taget kan överklaga en annan myndighets beslut följer i huvudsak av rättspraxis.³¹ Oavsett hur sådan rättspraxis skulle kunna uttolkas i förhållande till sådana beslut som nu är i fråga, anser utredningen att det för tydlighetens skull bör finnas ett uttryckligt överklagandeförbud i statsbidragsregleringen. Som har beskrivits ovan, finns det också flera exempel på överklagandeförbud i regleringar om statsbidrag som riktar sig endast till landsting och kommuner. Det är enligt utredningens mening långsökt att tänka sig att ett beslut inom ramen för den reglering som föreslås skulle anses angå en enskild på ett sådant sätt att han eller hon skulle ha rätt att överklaga det enligt förvaltningslagen.³² Oaktat detta, så fyller ett uttryckligt överklagandeförbud även en funktion i ett sådant fall.

6.9 Formen för den rättsliga regleringen

Förslag: Regleringen av den finansiella samordningen i form av statsbidrag ska ha sin grund i lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska ha möjlighet att med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter i vissa frågor. I förordningsform ska regleras vilken tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod, beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod, vilken andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält och statens utgift för sjukpenning som ett bidragsbelopp ska motsvara samt de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält och beräkningen vid justering av dessa.

Försäkringskassan ska bemyndigas att meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av bestämmelserna i lagen och förordningen.

³¹ Se prop. 2016/17:180, s. 261 och där gjord hänvisning till SOU 2010:29 samt Persson, V. (2012), s. 95 f.

³² Se 42 § förvaltningslagen.

Bedömning: Det torde krävas beställningsbemyndigande till Försäkringskassan för att anslag i statens budget för kommande kalenderår ska bindas upp för de åtaganden som myndighetens beslut om statsbidrag innebär.

6.9.1 Reglering genom författning

Utredningen anser att den finansiella samordningen bör regleras genom författning (se avsnitt 6.1.1 samt även avsnitt 5.5 och 5.6). Det är enligt utredningens mening författning i form av framför allt lag eller förordning, men även till viss del myndighetsföreskrifter, som är aktuellt i detta sammanhang.

Det kan inledningsvis konstateras att utredningens förslag till samordning inte rör frågor som *kräver* reglering genom lag.³³ Det kan vidare konstateras att den omständigheten att det på ett visst område inte krävs reglering i form av lag *inte förhindrar* att föreskrifter meddelas på den nivån.³⁴ Utredningen kan således vid sin bedömning av vilken form den rättsliga regleringen av den finansiella samordningen bör ha utgå från även annat än hur normgivningsmakten är fördelad mellan riksdag och regering. Om det finns möjlighet att välja, får man från fall till fall ta ställning till på vilken nivå föreskrifterna ska finnas.³⁵ I den avvägningen finns ett flertal faktorer att beakta, t.ex. syftet med regleringen samt vilket detaljinhåll föreskrifterna ska ha och hur ofta de kan komma att behöva ändras.³⁶

6.9.2 Den finansiella samordningens karaktär

Den föreslagna finansiella samordningen har vissa egenskaper som är av betydelse när det gäller valet av regleringsform.

Av utredningens direktiv framgår att det övergripande syftet med samordningen är att den ska bidra till effektiva insatser för individer

³³ Se 8 kap. 2 § regeringsformen. Enbart den omständigheten att det uppställs villkor för att få ta del av statsbidrag innebär inte att det handlar om sådana åligganden eller befogenheter som innebär att lagformen måste iaktas (prop. 1973:90, s. 305).

³⁴ Se 8 kap. 8 § regeringsformen.

³⁵ Regeringskansliet (2014), s. 12.

³⁶ Se vidare i t.ex. Jermsten, H. (2015), Strömberg, H. (1999), s. 172 f. och Regeringskansliet (2014), s. 12.

och minskade kostnader för sjukvårdshuvudmännen och sjukförsäkringen.³⁷ Vidare anges i direktiven att tanken bakom en finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården är att en sådan 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.³⁸ Goda möjligheter för landstingen att planera för användningen av det föreslagna ekonomiska tillskottet från staten är enligt utredningens bedömning en förutsättning för att landstingen ska ha möjlighet att använda statens medel på ett så effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt. Ju bättre planeringsförutsättningarna är, desto större torde också sannolikheten vara för att samordningen kan få effekter i linje med vad som är dess övergripande syfte. Utredningen bedömer därför att det är centralt att förutsättningarna för samordningen är stabila och långsiktiga.³⁹

Det arbete i landstingen som det föreslagna ekonomiska tillskottet från staten är avsett att stimulera ska bl.a. hanteras och ledas av politiska organ och engagemanget inom dessa är centralt för att få det önskvärda genomslaget. Det finns ett allmänstatligt intresse av att det bedrivs ett aktivt arbete med de frågor som samordningen berör, bl.a. för att ett sådant arbete enligt utredningens bedömning bör ha en påverkan på arbetet kring frågor som berör befolkningens hälsa och på statens kostnader för sjukförsäkringen. Utredningen bedömer att det därför finns mycket att vinna på en politiskt väl förankrad finansiell samordning. Ett godkännande i riksdagen skulle innebära ett tydligt politiskt ställningstagande och stöd för samordningen och dess syfte.

I vissa delar innebär den föreslagna modellen att det behövs relativt detaljerade föreskrifter, som också kan komma att behöva ändras relativt snabbt och enkelt. En regleringsform som tillåter detta krävs därför. För tillämpningen av modellen kan det vara till

³⁷ Kommittédirektiv 2017:44, s. 9.

³⁸ Kommittédirektiv 2017:44, s. 7.

³⁹ Exempelvis har den ovisshet med avseende på hur länge ett statsbidrag kommer att fortsätta lämnas som har följt av de senaste årens överenskommelser på området försvårat landstingens planering (se Riksrevisionen [2016a], s. 24 f. och 31). Även den omständigheten att överenskommelserna har förhandlats fram förhållandevis sent på året och ofta börjat gälla på en gång har beskrivits som innebärande problem för huvudmännen när det gäller att införliva överenskommelsernas insatser i den ordinarie planeringsprocessen (se Statskontoret [2014], s. 28). Se mer om överenskommelserna i avsnitt 4.2.3.

fördel om det finns en mer utförlig beskrivning av regelverkets innehåll än vad bestämmelserna i sig kan innehålla.

6.9.3 De två författningsformerna lag och förordning

De två författningsformerna lag och förordning har olika karaktärsdrag. På en kortfattad och mycket övergripande nivå kan följande noteras.

Lag beslutas av riksdagen som är folkets främsta företrädare och det statsorgan som bäst avspeglar de inom befolkningen föreliggande opinionerna.⁴⁰ Ett beslut om lag kräver följaktligen enighet inom en stor grupp personer som kan ha olika politiska åsikter. Förordning beslutas av regeringen, som är en mer begränsad grupp både antalsmässigt och åsiktsmässigt.

Processen inför ett beslut om lag är relativt omfattande. En förordning föregås ofta av ett mer summarisk förfarande.⁴¹ De flesta lagar beslutas på grundval av en proposition från regeringen till riksdagen där regeringen bl.a. redovisar skälen till att lagen har föreslagits och kommenterar innehållet i lagen. I regel finns inte några förarbeten till förordningar och även om sådana finns, så är de inte lika lättillgängliga som förarbetena till en lag.⁴²

Lag föregås i större utsträckning än förordning av en offentlig debatt och innebär en mer omfattande växelverkan mellan medborgarna och deras valda ombud än förordning.⁴³

Processerna inför beslut om ändringar i lag eller förordning är desamma som processerna inför beslut om nya sådana författningar. Lag kan därför ses som en mer långsiktig och stabil form av reglering än förordning i så måtto att det krävs mer för att ändra eller upphäva en lag än en förordning. En förordning kan å andra sidan på vissa sätt ses som en mer flexibel form av reglering.

⁴⁰ Se prop. 1973:90, s. 205. Se även Jermsten, H. (2016).

⁴¹ Se Strömberg, H. (1999), s. 171 f.

⁴² Jermsten, H. (2016).

⁴³ Jermsten, H. (2016).

6.9.4 Den föreslagna regleringen

Reglering genom lag och förordning

Utredningen gör bedömningen att det, med beaktande av syftet bakom den finansiella samordningen och den typ av arbete som är avsett att utföras inom ramen för den, finns skäl för att fastställa samordningen och de grundläggande bestämmelserna för denna i lag. En grundläggande reglering i lag innebär bl.a. att den osäkerhet som många års tillfälliga överenskommelser på området har inneburit minimeras och att det säkerställs att statliga medel för ändamålet avsätts tills vidare utifrån en fastställd modell. Genom detta skapas förutsättningar för att medlen ska kunna användas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt av landstingen. En reglering genom enbart förordning bedöms inte erbjuda tillräcklig stabilitet och långsiktighet för att skapa de bästa förutsättningarna för att uppnå de avsedda syftena med samordningen. Därutöver innebär en riksdagsbehandling ett större politiskt genomslag för frågan, vilket får anses vara till fördel för att de olika landstingens politiska ledningar ska ta sig an sin del av arbetet inom samordningen. Det *kan* samtidigt innebära en större utmaning att få igenom ett förslag i riksdagen än i regeringen. Utredningen anser emellertid att fördelarna med lagformen i detta fall överväger de eventuella utmaningar som kan finnas.

Det bör finnas en särskild lag för ändamålet. Det bedöms inte vara aktuellt att använda det generella statsbidraget.⁴⁴ Det generella statsbidraget har andra bevekelsegrunder och baseras på andra beräkningsfaktorer än vad som är tanken med det nu aktuella statsbidraget, för att uppnå de effekter som den finansiella samordningen är avsedd att leda till (se mer i avsnitt 5.4.3).

Det som riksdagens beslut, dvs. lagen, bör omfatta, är enbart de grundläggande bestämmelserna som behövs för att säkerställa samordningen och dess fortlevnad. I övrigt bör ansvaret för regleringen ligga på regeringen och utformas som föreskrifter i förordning. Där bör bl.a. sådant som lämpar sig mindre väl för lagformen finnas. Det handlar exempelvis om mer detaljerade bestämmelser i fråga om modellens olika delar. I de detaljerna bör justeringar vara möjliga på ett sätt som gör att föreskrifter i lag inte är lämpliga. Riksdagens

⁴⁴ Dvs. enligt lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning.

involvering där bedöms över huvud taget inte nödvändig. Förordningen bör även innefatta de mer detaljerade bestämmelserna om handläggningen och administrationen av statsbidraget. Därutöver kan det finnas behov av att Försäkringskassan i egenskap av tillämpande myndighet har möjlighet att meddela vissa föreskrifter.

Den föreslagna finansiella samordningen har formen av ett statsbidrag. Det kan konstateras att det inte är vanligt förekommande att författningsregleringar av statsbidrag sker genom lag. Den vanliga formen för sådan reglering är förordning.

Förordningarna avser riktade statsbidrag, dvs. statsbidrag som generellt beskrivet lämnas för vissa specifika och utpekade typer av ändamål och verksamheter eller insatser och som grundas på ansökan. Det finns dock exempel på statsbidrag och stöd från staten till kommuner och landsting som regleras i lag, såsom det generella statsbidraget till kommuner och landsting som lämnas inom ramen för systemet för kommunalekonomisk utjämning.⁴⁵

Det generella statsbidraget är ett resurstillskott som, tillsammans med skattemedel och avgifter, används för att finansiera landstingens verksamheter. Landstingen själva beslutar om hur resurserna ska användas. Även tidigare och nu pågående finansiella samordningar som berör utredningens område har reglerats i lagform.⁴⁶ De nämnda lagreglerade systemen är inte fullt jämförbara med det system som utredningen förslår.⁴⁷ I vissa delar har dessutom de andra systemens utformning krävt föreskrifter i lag, vilket inte är fallet när det gäller den nu föreslagna finansiella samordningen.

Inte heller de former av statsbidrag som regleras genom enbart förordning är fullt jämförbara med utredningens förslag. Genom förslaget ska ett permanent system skapas för finansiell samordning mellan två offentliga aktörer i en för samhället grundläggande fråga, dvs. arbete relaterad till frågor kring sjukskrivning och sjukfrånvaro,

⁴⁵ Se lagen om kommunalekonomisk utjämning, kompletterad av föreskrifter i förordningen (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

⁴⁶ Det gäller t.ex. FINSAM-försöket, SOCSAM-försöket och den finansiella samordningen av rehabiliteringsinsatser. I samtliga dessa kombinerades respektive kombineras lag med bl.a. överenskommelse parterna emellan. (Se mer om dessa samordningar i kapitel 4.)

⁴⁷ Det generella statsbidraget har ett annat syfte och en annan grund än den som utredningen förslår, bl.a. utgår det från den s.k. finansieringsprincipen. De i föregående not angivna samordningarna innefattade/innefattar inte enbart rent finansiell samordning utan även en praktisk organisatorisk och delvis administrativ samordning som de samverkande parterna hade/har att etablera. I vissa fall innehöll/innehåller den organisatoriska delen även tillskapandet av nya organ för att bedriva samordningsverksamheten. Därutöver innefattade/innefattar den finansiella delen tillskjutande av medel från samtliga parter.

om än i formen av ett statsbidrag. Systemet innefattar en rätt för landstingen att få ekonomiskt tillskott från staten, utan krav på ansökan. Statsbidraget som utredningen föreslår kan sägas vara generellt i så måtto att det ska lämnas utan direkta villkor på viss aktivitet och att det inte pekas ut vad pengarna får användas till samt riktat i så måtto att rätten till statsbidraget och bidragets storlek ska bestämmas utifrån nivån på statens utgift för sjukpenning, dvs. indirekt utifrån nivån på viss sjukfrånvaro. Grunden för det föreslagna statsbidraget och systemets utformning skiljer sig följaktligen åt från både sådana statsbidrag och samordningar som i dag regleras i lag och sådana statsbidrag som i dag regleras i förordning. Utredningen bedömer därför att valet av regleringsform varken bör styras av eller torde ha någon påverkan på formen för reglering av dessa andra statsbidrag och samordningar.

Med den utformning som föreslås av modellen för finansiell samordning, dvs. som ett statsbidrag utan andra reglerade samarbetsformer, bedöms det över huvud taget inte relevant att kombinera en lag med avtal mellan berörda parter, såsom är och har varit fallet i fråga om andra initiativ till samordningar (se avsnitt 4.2).

Det närmare innehållet i författningarna

Utredningen föreslår således att den finansiella samordningen ska ha sin grund i lag med kompletterande föreskrifter i förordning och med vissa bestämmelser i myndighetsföreskrifter meddelade av Försäkringskassan.

När det gäller bl.a. innebörden av statens utgift för sjukpenning, förutsättningen för rätt till statsbidrag samt förutsättningarna för fastställande av nya beloppsnivåer i landstingens referensfält och för jämkning av gällande beloppsnivåer föreslås kompletta regleringar i lagen. Regeringen bör däremot ha möjlighet att med stöd av restkompetensen enligt 8 kap. 7 § regeringsformen⁴⁸ meddela ytterligare föreskrifter om vilken tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod, beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod, den andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält och statens utgift för sjukpenning som ett

⁴⁸ Regeringen får enligt 8 kap. 7 § första stycket 2 regeringsformen meddela föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen. Det är denna, direkt på regeringsformen grundade, normgivningskompetens som benämns regeringens restkompetens.

bidragsbelopp ska motsvara samt de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält och beräkningen vid justeringar av dessa. Detta bör anges i lagen.⁴⁹ Det handlar om frågor som kräver relativt detaljerade bestämmelser eller där justeringar bör vara möjliga på ett sätt som innebär att förordningsformen är att föredra. Därutöver kan regeringen enligt nyss nämna paragraf meddela föreskrifter om verkställighet av lagens bestämmelser. Det handlar då framför allt om bestämmelser om handläggningen av statsbidraget. Bestämmelser som avser den närmare beräkningen av statsbidrag och beräkningen vid justering av beloppsnivåerna i landstingens referensfält, såsom avrundning av belopp, skulle kunna anses avse frågor om verkställighet. Mot bakgrund av att utredningen föreslår bestämmelser om avrundning med relativt stora beloppssteg, kan dessa emellertid enligt utredningens mening anses avse sakinnehållet i regleringen. Utredningen har därför låtit dessa frågor omfattas av beskrivningen av vilka frågor som regeringen har möjlighet att föreskriva om med stöd av restkompetensen.

Enligt 8 kap. 11 § regeringsformen får regeringen bemyndiga bl.a. en myndighet under regeringen att meddela föreskrifter enligt 8 kap. 7 § regeringsformen. Även detta förhållande bör framgå av lagen.⁵⁰ Utredningen anser att den mer detaljerade regleringen av den finansiella samordningen genom statsbidrag till större delen ska bestämmas av regeringen. Däremot bör Försäkringskassan bemyndigas att meddela sådana ytterligare föreskrifter som kan behövas för verkställigheten av bestämmelserna i lagen och förordningen.

Beställningsbemyndigande

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska fatta beslut om rätt till statsbidrag och storleken på bidrag senast den 30 april året före det år som bidraget ska lämnas, dvs. betalas ut. I och med de besluten ska landstingen ha rätt till det statsbidrag som har beslutats. Statens budget för ett visst kalenderår (budgetåret), som bl.a. innefattar anvisningar om hur statens medel får användas det året, beslutas av riksdagen i normalfallet före budgetåret och då i slutet av det år som

⁴⁹ Se Regeringskansliet (2014), s. 10 och 20 f.

⁵⁰ Se Regeringskansliet (2014), s. 21.

föregår budgetåret.⁵¹ Utredningens förslag innebär således att beslutet om den budget vari medel för statsbidrag ett visst kalenderår ska anslås fattas efter det att beslut om statsbidraget har fattats.

Enligt 9 kap. 8 § andra stycket regeringsformen får regeringen inte utan att riksdagen har medgett det göra ekonomiska åtaganden för staten. Sådant medgivande kan lämnas på olika sätt. I 6 kap. 1 § budgetlagen (2011:203) finns bestämmelser om s.k. beställningsbemyndiganden. Enligt paragrafen får regeringen för det ändamål och intill det belopp som riksdagen beslutat för budgetåret bl.a. besluta om bidrag som medför utgifter under senare budgetår än det budgeten avser. Bestämmelsen begränsar i förlängningen även myndigheters möjligheter att göra ekonomiska åtaganden som binder upp framtida anslag i statens budget.⁵² Bestämmelser om beställningsbemyndiganden från regeringen till en myndighet, motsvarande bestämmelserna i budgetlagen, finns i 17 § anslagsförordningen (2011:223). För att en myndighet ska kunna binda upp framtida anslag i statens budget genom utfästelser behövs således ett bemyndigande för det.⁵³

Genom att lämna ett beställningsbemyndigande åtar sig riksdagen att anvisa medel för de betalningar som måste göras då ett åtagande ska infrias i framtiden.⁵⁴ Ett beställningsbemyndigande kan ses som ett löfte om att riksdagen kommer att anvisa nödvändiga anslagsmedel i framtiden.⁵⁵ Ekonomistyrningsverket anger i sin handledning om beställningsbemyndiganden följande i fråga om lagreglerade åtaganden. Normalt behövs inte något beställningsbemyndigande för att göra utbetalningar som är reglerade i lag eller som regeringen har beslutat via regleringsbrev eller särskilt regeringsbeslut, under förutsättning att det belopp som ska betalas ut och tidpunkten för utbetalning är reglerade. Riksdagen kan alltså ge ett bemyndigande att betala ut bidrag via lag. I de fall som lagbestämmelsen endast reglerar att bidrag kan betalas ut om vissa förutsättningar är uppfyllda, men att regeringen kan påverka omfattningen eller tidpunkten genom förordningar eller särskilda regeringsbeslut behövs dock normalt ett bemyndigande.⁵⁶

⁵¹ Se 9 kap. 1 och 3 §§ regeringsformen.

⁵² Ekonomistyrningsverket (2014), s. 10.

⁵³ Ekonomistyrningsverket (2014), s. 9.

⁵⁴ Se prop. 2010/11:40, s. 68.

⁵⁵ Ekonomistyrningsverket (2014), s. 9.

⁵⁶ Ekonomistyrningsverket (2014), s. 12.

Utredningen föreslår en reglering för den finansiella samordningen som bl.a. innebär att regeringen i förordning ska fastställa den närmare omfattningen av statsbidraget och även vilket datum bidrag ska betalas ut det år som statsbidraget ska lämnas. I och med detta gör utredningen bedömningen, utifrån vad som anges Ekonomistyrningsverkets handledning, att beställningsbemyndiganden torde behövas för att säkerställa att de beslut om statsbidrag som Försäkringskassan fattar inom ramen för den finansiella samordningen motsvaras av medel från staten.

6.10 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Den nya lagen och förordningen ska träda i kraft den 1 januari 2020. Lagen och förordningen ska tillämpas första gången i fråga om statsbidrag som ska lämnas 2021. För det bidraget ska de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält tillämpas.

År 2020 ska ett särskilt beräknat statsbidrag lämnas till landstingen, omfattande totalt en miljard kronor. Samtliga landsting och kommuner som inte ingår i ett landsting ska ha rätt till statsbidrag det året. Det totala beloppet ska fördelas på landstingen/kommunerna utifrån varje landstings/kommuns andel av folkbokförda personer i åldrarna 16–64 år i landet per den 1 november 2019. Det belopp som räknas fram för ett landsting/en kommun ska avrundas till närmaste hela krontal. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska handlägga ärenden om statsbidrag det aktuella året. Beslut om bidrag ska inte få överklagas. Statsbidraget som ska lämnas 2020 ska regleras genom en övergångsbestämmelse till den nya lagen.

Även ändringarna i förordningen med instruktion för Försäkringskassan ska träda i kraft den 1 januari 2020.

Bedömning: Regeringen bör bestämma att Försäkringskassan ska handlägga ärenden om statsbidrag som ska lämnas 2020.

6.10.1 Ikraftträdande

Utredningen utgår från att den nya formen av finansiell samordning ersätter tidigare överenskommelser mellan staten och SKL på det aktuella området. För att få en så kraftfull övergång till den nya formen av finansiell samordning som möjligt föreslår utredningen att den införs samtidigt för alla landsting.

Utredningen har övervägt flera olika alternativ till införande, däribland ett stegvist sådant. Ett skäl till att införa samordningen stegvis, dvs. vid olika tidpunkter för olika landsting, skulle vara att skapa vissa möjligheter att göra en effektutvärdering utifrån att det blir en tidsskillnad mellan olika landstings inträde i den finansiella samordningen. Utredningen har kommit till slutsatsen att en utvärdering baserad på ett stegvist införande, utöver den mycket besvärande komplexitet det skulle innebära, inte är att föredra utifrån eftersträvat effektmål. Dessa mål handlar om att hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsa kopplad till ökande sjukfrånvaro blir påtaglig och långsiktigt integrerad i landstingens verksamhet. Ett av flera uttryck för detta är stabilitet i sjukfrånvaron för sjukfall upp till 90 dagar. För att kunna avläsa om samordningen leder till långsiktig stabilitet krävs en längre utvärderingstid än vad som är rimlig med ett stegvist införande. Däremot är det mycket angeläget att det görs en noggrann utvärdering av den finansiella samordningen. Ytterligare skäl till utredningens ställningstagande finns uttryckta och utvecklade i bilaga 2.

Utredningen föreslår att de föreslagna författningarna om den nya formen av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring träder i kraft den 1 januari 2020. De föreslagna ändringarna i förordningen med instruktion för Försäkringskassan bör träda i kraft samma dag.

6.10.2 Särskilda förutsättningar för statsbidrag 2020

Under det första året efter ikraftträdandet, 2020, bör landstingen få statsbidrag enligt särskilda förutsättningar. Utredningen föreslår att samtliga landsting och kommuner som inte ingår i ett landsting ska ha rätt till statsbidrag det året. Det totala beloppet som lämnas i bidrag ska uppgå till en miljard kronor. Beloppet motsvarar till sin

storlek ungefär det belopp som omfattas av statens senaste överenskommelser om den s.k. sjukskrivningsmiljarden med SKL. Utredningen anser att fördelningen av beloppet på de olika landstingen/kommunerna lämpligen ska utgå från varje landstings/kommuns andel av folkbokförda personer i åldrarna 16–64 år i landet per den 1 november 2019.

Det finns flera anledningar till att utredningen bedömer att statsbidraget det första året bör lämnas och på de ovan angivna grunderna.

Utredningen förutsätter att tidigare överenskommelser om sjukskrivningsmiljarden upphör i samband med att den finansiella samordningen införs. Om inget statsbidrag skulle lämnas för det första året skulle det uppstå ett ”glapp” på ett år mellan att överenskommelserna upphört och att den finansiella samordningen införts. Det skulle kunna innebära att kontinuiteten i det pågående arbetet med sjukskrivningsfrågorna går förlorad.

Dessutom bygger incitamentsdelen i förslaget till finansiell samordning på historiskt utfall för en period som för statsbidrag 2020 i sin helhet ligger före tidpunkten för införandet (den 1 april 2018 till och med den 31 mars 2019). Utredningen gör bedömningen att det inte är rimligt att utge statsbidrag 2020 utifrån principerna i den nya samordningen eftersom landstingen inte har haft någon möjlighet att förhålla sig till det nya regelverket.

Genom att statsbidraget lämnas på det föreslagna sättet 2020 ges varje enskilt landsting möjligheten att under ett år börja anpassa sin verksamhet till den föreslagna finansiella samordningen och investera i åtgärder som de anser ha störst påverkan på arbetet relaterat till sjukskrivningsfrågor.

Förslaget är att de särskilda förutsättningarna för statsbidrag 2020 regleras genom en övergångsbestämmelse till den nya lagen. På grund av ikraftträdande- och övergångsbestämmelsernas uppbyggnad, föreslås statsbidraget som ska lämnas 2020 till fullo regleras i övergångsbestämmelsen (se författningskommentaren till ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen). Där bör således även föreskrivas nödvändiga bestämmelser om verkställigheten, vilket i detta fall omfattar avrundning av belopp, och handläggningen. När det gäller den senare frågan, bör regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ansvara även för handläggningen av ärendena om statsbidrag det aktuella året. Det torde vara lämpligt att

regeringen utpekar Försäkringskassan som ansvarig för handläggningen, exempelvis i ett regleringsbrev för myndigheten. Beslut om bidrag bör, i likhet med beslut enligt lagen i övrigt, inte få överklagas (se avsnitt 6.8).

Statsbidraget som ska lämnas 2021 och efterföljande år bör beräknas utifrån den föreslagna formen av finansiell samordning. Bestämmelserna om samordningen ska sålunda tillämpas första gången i fråga om statsbidrag som ska lämnas det angivna året. En effekt av detta är att resultatperioden för det året börjar redan före ikraftträdandet (den 1 april 2019). Det bedöms inte finnas några rättsliga hinder för det. För statsbidraget 2021 ska de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält användas.

Övergångsbestämmelser bedöms inte nödvändiga i fråga om ändringarna i förordningen med instruktion för Försäkringskassan.

6.11 Ett nationellt forum som stöd för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor

Bedömning: Det bör etableras ett nationellt forum för kunskaps- och implementeringsstöd i frågor som relaterar till den finansiella samordningen. I forumet bör representanter från berörda myndigheter och organisationer samt forskarsamhället ingå.

De närmare uppgifterna för och den närmare sammansättningen av forumet bör beslutas av regeringen efter att ha rådfrågat de möjliga deltagande parterna.

Regeringen (Socialdepartementet) bör hållas informerad om resultatet av arbetet inom forumet.

6.11.1 Behovet av kunskaps- och implementeringsstöd

Förslaget till finansiell samordning baseras på att landstingen får statsbidrag som kan användas för att stärka det försäkringsmedicinska arbetet. Statsbidraget är inte kopplat till några utpekade insatser. Tanken är att de olika landstingen har delvis olika förutsättningar och delvis olika utmaningar och att de satsningar man vill göra inte ska hindras av begränsande villkor och/eller administrativa krav.

Detta betyder inte att samlad kunskap och samlade erfarenheter saknar värde. Tvärtom är utredningens uppfattning att det är av avgörande vikt att den metodutveckling och de vetenskapliga framsteg som görs samlas upp och kommuniceras till landstingen, så att de kan anpassa de egna vägvalen till den för tillfället bästa kunskapen.

Den sortens kunskapsuppbyggnad och koordinering av införande av ny metodik har SKL med framgång ägnat sig åt under en längre tid. Det har tidigare i betänkandet (se bl.a. avsnitt 6.1.1) konstaterats att hälso- och sjukvården har gjort betydande framsteg inom det försäkringsmedicinska området och SKL har axlat ett drivande ansvar i detta.⁵⁷ Den nya formen för finansiell samordning accentuerar värdet av en sådan samlande kraft.

Utredningen anser att ett nationellt forum för kunskaps- och implementeringsstöd i förhållande till den finansiella samordningen bör skapas, som på mer formell basis kan bidra till att den finansiella samordningen når så goda resultat som möjligt.

6.11.2 Forumets uppdrag och sammansättning

Utredningens bedömning är att de behov som beskrivs ovan kan tillgodoses genom ett forum med: a) ett tydligt formulerat uppdrag och b) ett begränsat antal deltagande aktörer.

Vad avser forumets uppdrag bör det formuleras så att det adresserar den typ av frågeställningar som tas upp i kapitel 7. En uppgift bör vara att samla erfarenheter av olika utvecklingsinsatser. Vetenskaplig kunskap som nått en viss volym och en nivå av mognad som gör att den kan ligga till grund för praktisk användning kan vara ett annat område för forumet att engagera sig i. Forumet bör också bidra till att nya erfarenheter och kunskaper sprids och till att utveckling av nya arbetssätt uppmuntras och koordineras. Forumet bör inte ha något formellt mandat gällande den finansiella samordningen. Det gäller både dess grundkonstruktion och dess komponenter, i form av referensfält etc. Fokus ska vara på utveckling av metoder, arbetssätt och samverkansfrågor.

De närmare uppgifterna för det nationella forumet bör beslutas av regeringen efter att ha rådfrågat de möjliga deltagande parterna.

⁵⁷ Se exempelvis SKL (2018b).

Regeringen bör, lämpligen genom Socialdepartementet, hållas informerad om resultatet av arbetet inom forumet.

I forumet bör ingå representanter från myndigheter och organisationer samt forskarsamhället som har särskilda kunskaper inom de områden som ska ingå i forumets uppdrag. Antalet deltagande aktörer bör vara begränsat för att befrämja flexibilitet och exekutiv kvalitet. Det väsentliga är att medlemmarna i forumet tillsammans representerar en hög grad av nära kontakt med det större nätverk av kompetens som finns på området. Av integritetsskäl bör enligt utredningens mening aktörer som har till uppgift att kritiskt granska aktörer och processer på området inte ingå som medlemmar i forumet.

Även den närmare sammansättningen av den nya formen av nationell kraft för kunskapsbaserad utveckling på området bör beslutas av regeringen efter att ha rådfrågat berörda intressenter.

6.11.3 Myndigheter och organisationer med verksamhet av relevans

Nedan lämnas en kort beskrivning av vissa av de myndigheter och organisationer som på olika sätt arbetar med frågor som ligger nära dem som betänkandet behandlar, med reservation för att det är svårt att dra någon definitiv gräns för vilka instanser som bör ingå i en sådan beskrivning.⁵⁸ Två i sammanhanget helt centrala, och som utredningen ser det givna aktörer som bör ingå i forumet, är Försäkringskassan och SKL. De är redan väl beskriva i betänkandet. I övrigt kan nämnas:

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som 2003 publicerade en systematisk litteraturoversikt om sjukskrivningens orsaker, konsekvenser och praxis, och som sedan dess bl.a. publicerat en rad rapporter om arbetsmiljöns betydelse för olika tillstånd.⁵⁹

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd som är ett forskningsråd och en statlig myndighet som varje år förmedlar cirka 600 miljoner kronor till forskning på områden av relevans för den finansiella samordningen.

⁵⁸ Listan skulle kunna vara ännu längre. Bland annat aktörer som Arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänster har i högsta grad med försäkringsmedicinska frågor att göra, men har här inte tagits med.

⁵⁹ SBU (2003), (2015), (2016) och (2018).

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, Inspektionen för socialförsäkringen, Riksrevisionen och Statskontoret finns bland de aktörer som har till uppgift att granska berörda myndigheters arbete med att upprätthålla och utveckla en ändamålsenlig och effektiv sjukförsäkring.

Fackliga och professionella organisationer har ett intresse bl.a. för de egna medlemmarnas arbetsmiljö och deras risker för ohälsa.⁶⁰ Vårdens professionella organisationer, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, och *Svenska Läkaresällskapet* har av uppenbara skäl ett extra engagemang i ämnesområdet.

Enskilda landsting, speciellt stora sådana som landstingen i Stockholms län och Skåne län, bedriver utveckling på området. Exempelvis bedriver *Institutet för stressmedicin* praktiktäna forskning inom stressområdet i Västra Götalandsregionen.⁶¹

Inom ramen för landstings och regioners kunskapsstyrning har det beslutats om att inrätta ett särskilt programområde för *rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin*.

Landets universitet och högskolor ansvarar för försäkringsmedicin på grundutbildningar och andra utbildningar för professionella i vården. *Göteborgs universitet* har en professur i försäkringsmedicin och vid bl.a. *Linköpings universitet* och *Karolinska Institutet* bedrivs omfattande forskning på området.

Socialstyrelsens ansvar för försäkringsmedicin utgår från ett patient-säkerhetsperspektiv. Myndigheten förvaltar bl.a. försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum är en frivillig sammanlutning av centrala aktörer på området.⁶² Samtliga finns med bland de uppräknade i texten. Forumet saknar formellt mandat.

⁶⁰ Se exempelvis SACO (2017) och TCO (2018).

⁶¹ Björk, L. m.fl. (2018).

⁶² De aktörer som ingår i Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum är: Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKL, Sveriges läkarförbund, Karolinska Institutet, SBU och Svenska Läkaresällskapet.

7 En långsiktigt stabil utveckling – några utmaningar och rekommendationer

Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkring är inget självändamål. För att vara värt det måste samordningen leda till positiva förändringar. Ökad kvalitet i hälso- och sjukvården och en mer ändamålsenlig sjukförsäkring för individ och samhälle är mål som måste kunna nås.

Erfarenheter av tidigare initiativ för att stärka hälso- och sjukvårdens arbete inom det försäkringsmedicinska fältet (se bl.a. avsnitt 4.2.4) talar för att statlig stimulans inte bör baseras på utpekande av vad landstingen ska satsa på.¹ Utredningens ambition är att undvika detaljstyrning.

Samtidigt bedömer utredningen det som angeläget att ge några exempel på vad hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i samverkan med andra aktörer kan utveckla.

I detta kapitel redovisas därför några utvecklingslinjer som det finns stöd för kan bidra till att människor i ökad utsträckning kan förebygga sjukskrivning eller för att effektivt och hållbart återvända i arbete efter en sjukskrivning.

Kärnan i förslaget är att landstingen kan få statsbidrag utifrån hur hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer lyckas hantera sitt försäkringsmedicinska uppdrag. Nivån på den kvalitetsutveckling som är möjlig är i betydande utsträckning beroende av hur andra aktörer lever upp till de kvalitetskrav som bör kunna ställas. Utan ett rationellt samarbete mellan exempelvis hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kommer framsteg inom hälso- och sjukvården

¹ Se exempelvis Riksrevisionen (2015).

förmodligen inte att ge den positiva utväxling som annars hade varit möjlig.

Utmaningar och rekommendationer

Kapitlet inriktas på det sammanhang i vilket hälso- och sjukvården, i samverkan med andra aktörer, bedriver försäkringsmedicinskt arbete. Syftet är bl.a. att fördjupa och kommentera moment som utgör hinder för en mer ändamålsenlig sjukförsäkring. Detta bl.a. med ambitionen att öka den finansiella samordningens förutsättningar att göra positiv skillnad.

I kapitlet redovisas några rekommendationer som utredningen uppfattar som angelägna diskuteras vidare. Dessa är inte resultatet av en heltäckande inventering av samtliga faktorer som påverkar sjukförsäkringen. De är avsedda att läsas som iakttagelser som gjort sig särskilt bemärkta.

Syftet med kapitlet är bidra till en diskussion om hur man bäst kan driva de problemområden och de utvecklingslinjer som diskuteras vidare. En del av det samtalet bör handla om vem eller vilka som ska axla ansvaret.

Delar av en sådan dialog skulle med fördel kunna föras i det forum som utredningen bedömer bör etableras i anslutning till den finansiella samordningen (se avsnitt 6.11). Utgångspunkten är att det handlar om problemområden som för att nå en lösning kräver flera aktörers engagemang och ett perspektiv som inte begränsas av låsta positioner och tankemönster.

Kapitlets struktur – sjukskrivningsprocessen, behandlingsstrategier samt vårdens struktur och uppdrag

Hälso- och sjukvårdens engagemang gällande ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro är i praktiken många olika saker. Allt från satsningar på speciella psykosociala behandlingsinsatser till hur man organiserar AT- och ST-utbildningar kan ingå.² Det sätt på vilket

² Stockholms läns landsting har tagit fram vägledningar för utbildning riktad mot hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag som väl illustrerar vad som ingår (se Stockholms läns landsting [2018]).

vårdens chefer stöttar upp och skapar förutsättningar för läkare och andra personalgrupper att kunna arbeta med kvalitet i de moment som ingår är en dokumenterat viktig faktor.³

Det finns inget självklart eller vetenskapligt underbyggt sätt att kategorisera allt som kan ingå. Utredningen har valt att diskutera de utvecklingslinjer som gjort sig bemärkta under tre rubriker. Detta i ett försök att sära dimensioner som har olika karaktär trots att de är överlappande. Ambitionen är ökad tydlighet.

Under *sjukskrivningsprocessen* behandlas frågor som avser vårdens försäkringsmedicinska ansvar direkt relaterat till sjukförsäkringen och dess regler. Under *behandlingsstrategier* diskuteras mer tydligt medicinska dimensioner kopplade till vård och behandling. Rubriken *vårdens struktur och uppdrag* är tänkt att adressera teman som rör vårdens generella och strukturella utveckling med bäring på hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag.

7.1 Sjukskrivningsprocessen

Det som brukar betecknas som ”sjukskrivningsprocessen” omfattar som tidigare beskrivits (se avsnitt 3.2) en rad aktörer och aktiviteter. Fokus i betänkandet ligger på aktiviteter som är kopplade till sjukförsäkringen och dess regler. En av dessa aktiviteter är den bedömning av behov av sjukskrivning, och det ifyllande av ett eventuellt läkarintyg, som ett möte med en hjälpsökande kan resultera i.

Temat är omfattande och en seriös diskussion behöver beakta en rad detaljer och aspekter. Utredningen berör i de kommande avsnitten några centrala delar framför allt i relationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Avsnitt 7.1.1 t.o.m. 7.1.4 är tänkta att läsas som länkade delar i ett sammanhållet resonemang som mynnar ut i några sammanfattande reflektioner och rekommendationer.

³ Alexanderson, K. m.fl. (2007).

7.1.1 Försäkringsmedicinsk bedömning

Karolinska institutet (KI) har under en följd av år via enkätstudier undersökt läkares erfarenheter av sjukskrivningsarbete. Utvecklingen visar på vissa förbättringar, t.ex. vad gäller det stöd läkare får från sina chefer, men många utmaningar kvarstår.⁴

Exempelvis svarade drygt 40 procent av de sjukskrivande läkare som ingick i studien att de minst en gång i veckan upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska. Nästan hälften, 48 procent, ansåg att det är problematiskt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Närmare en femtedel, 19 procent, angav att de minst en gång i veckan möter patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada. Mer än en tiondel, 13 procent, uppgav att de minst en gång i månaden sjukskriver längre än nödvändigt för att de vill undvika konflikt med patienten.⁵

Tidsbrist

Ett faktum, som konstaterats i KI:s undersökningar och som framhållits i den här utredningens intervjuer, är att de patientsamtal som kan bli aktuella vid bedömningar gällande sjukskrivning tar tid och att den tiden inte finns. I KI:s studie uppgav exempelvis 27 procent av läkarna att de dagligen upplever tidsbrist avseende tid med patienten i sjukskrivningsärenden.⁶

Det framstår som uppenbart orealistiskt att under ett patientmöte som får ta 15 minuter hinna göra en bedömning med hög kvalitet, speciellt i komplicerade fall.

Tidsbristen beror bl.a. på att vissa patientmöten som handlar om psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik kan vara extra utmanande. I de kontakter utredningen haft med företrädare för primärvård och med experter på psykisk ohälsa är det några faktorer som genomgående tas upp.⁷

⁴ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

⁵ Hyrläkare/stafettläkare rapporterade sig ha sådana problem i avsevärt större utsträckning.

⁶ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

⁷ Utredningen har intervjuat/samtalat med 18 personer direkt verksamma i primärvården, de allra flesta som distriktsläkare. Personer i mer strategisk befattning och experter på psykisk ohälsa i ett primärvårdssammanhang ger en samstämmig bild.

En sådan är att hälso- och sjukvårdens professionella uppfattar att sjukskrivningsproblematik ibland är uttryck för samhällsproblem som man varken har ansvar för eller har kompetens att hantera. Detta kan bl.a. yttra sig i inställningen att sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp är svårt att applicera på tillstånd som är vanliga hos hjälpsökande. I de fall det handlar om normala reaktioner på vanliga tillstånd eller händelser i livet kan det ställa läkare och andra i hälso- och sjukvården i försäkringsmedicinskt svårbedömda situationer.

En närliggande uppfattning är att försäkringens grunder inte står klar för delar av befolkningen. Människors förväntningar på sjukförsäkringen motsvarar i dessa fall inte verkligheten. Det finns dessutom uppfattningar om att det moderna arbetslivet ställer krav som det för vissa människor kan vara svårt att leva upp till och att ambitioner om rehabilitering i dessa fall därför är mindre realistiska.

Ett närliggande tema handlar om den osäkerhet och det motstånd läkare kan känna inför att kommunicera bedömningar om att nedsatt arbetsförmåga inte kan konstateras, eller bedömningen att sjukskrivning inte skulle vara den hjälpsökande till gagn.

Initial bedömning

Initial bedömning av hjälpsökande, framför allt i primärvården, har betydelse för förutsättningarna att hjälpa människor. Bl.a. har Riksrevisionen pekat på att ett skäl till att rehabiliteringsgarantin inte nådde bättre resultat kan vara att många patienter inte hade bedömts av legitimerad psykolog eller psykoterapeut innan de gavs behandling inom garantin.⁸

Sådana initiala bedömningar bestämmer val av insats, men handlar också ofta om överväganden om huruvida sjukskrivning ska vara en del av hjälpen och, i sådant fall, hur länge.

⁸ Riksrevisionen (2015).

Psykiatriska diagnoser

Den stora utmaningen när det gäller sjukfrånvarons utveckling i dag är den kategori som brukar föras samman under beteckningen psykisk ohälsa.⁹

För sjukskrivna i psykiatriska diagnoser tar det ofta längre tid att komma tillbaka i arbete jämfört med sjukskrivna i andra diagnoser. Dessutom är det vanligare med återfall i sjukfrånvaro.

För den snabbast ökande formen av psykisk ohälsa, stressrelaterade tillstånd, är prognosen bättre än för övrig psykisk ohälsa. Sjukskrivna med stressrelaterade tillstånd kommer snabbare tillbaka i arbete och med mindre risk för återfall.¹⁰

Stressrelaterade tillstånd kan dock vara av många och skilda slag. Dessa olika tillstånd kräver olika typ av insats och socialstyrelsen rekommendationer om sjukskrivning är olika.¹¹

Det betyder att det sätt på vilket hälso- och sjukvården diagnostiserar, behandlar och sjukskriver patienter med psykisk ohälsa spelar roll för i vilken utsträckning individer får rätt hjälp och också för hur lång en sjukskrivning blir. Socialstyrelsen har tidigare pekat på behovet av att ta fram rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) redovisar i rapporten *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården* en litteraturgenomsikt av internationell forskning som talar för att införande av evidens går långsamt och att uppskattningsvis mellan 30 och 40 procent av patienterna inte får tillgång till behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap.¹²

Regionala variationer

Försäkringskassan har i analyser av skillnader i sjukskrivningsmönster kommit fram till att variationer mellan vårdenheter förklarar cirka 11 procent av variationen i sjukfallslängd inom de psykiatriska diagnoserna.¹³ För diagnoskategorin ”anpassningsstörningar och

⁹ Antalet startade sjukfall i psykiatriska diagnoser ökade mellan 2005 och 2017 från 82 000 till 161 000, en ökning med 96 procent.

¹⁰ Försäkringskassan (2016c).

¹¹ Socialstyrelsen (2018).

¹² Socialstyrelsen (2013) och SBU (2012).

¹³ Försäkringskassan (2017f).

reaktion på svår stress”, (F43)¹⁴, förklaras dubbelt så mycket, 22 procent, av variation mellan vårdenheter. Rapporten visar vidare att användandet av olika underdiagnoser inom diagnoskategorin förändras över tid och skiljer sig mellan län. Detta ses som bekymmersamt eftersom de olika tillstånden kräver anpassad behandling och har helt olika rekommendationer för sjukskrivning.¹⁵ Mycket talar för att Försäkringskassan bidragit till, och förstärkt, dessa tendenser (se avsnitt 3.2.3).

Ett faktum är att vård som av patienter uppfattats som god och som lett till självrapporterad bättre hälsa, inte alltid lett till minskad sjukfrånvaro eller återgång i arbete¹⁶. Utredningens perspektiv är att detta inte är något bra argument emot fortsatta ansträngningar att utveckla insatsernas kvalitet. Det är i stället argument för att utveckla precisionen i vem som får insatsen.¹⁷ Tillsammans med strategier som bl.a. inbegriper den hjälpsökandes arbetsplats och med ett bättre resursmässigt utrymme för hälso- och sjukvårdens att tillämpa en sund sjukskrivningspolicy, kan detta göra stor skillnad.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Försäkringsmedicinsk kompetens är ett svårdefinierat begrepp. Det innefattar minst två omfångsrika dimensioner: en kunskapsdel och en del som handlar om tillämpning av kunskapen.

Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum, som sedan 2000 är en informell sammanslutning för samverkan mellan de centrala aktörerna på sjukskrivningsområdet,¹⁸ antog 2017 en ny definition av försäkringsmedicin. Definitionen antyder ämnets komplexitet: ”Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk under-

¹⁴ Ett exempel på en ICD-kod som används vid sjukskrivning. Koderna finns i en förteckning som Socialstyrelsen förvaltar och som är en svensk version av Världshälsoorganisationens klassificering av sjukdomar och tillstånd. (Se Socialstyrelsen [2017 b].)

¹⁵ Under rubriken F43 ryms både svåra och mindre svåra tillstånd där både behandling och rekommendationer gällande sjukskrivning varierar. Rubriken rymmer exempelvis F43.0 Anpassningsstörningar, F43.2 Akut stressreaktion samt F43.8 Utmattningsyndrom. (Se Socialstyrelsen [2017b].)

¹⁶ Se Hägglund, P. m.fl. (2015) och Holm, L. m.fl. (2010).

¹⁷ Se Post Sennehed, C. m.fl. (2016) och Stockholms läns landsting (2017b).

¹⁸ I forumet ingår Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Karolinska Institutet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Svenska Läkaresällskapet.

sökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem”.¹⁹

Försäkringsmedicin omfattar både kunskapsmoment gällande sjukförsäkringen och dess regler samt hälso- och sjukvårdens roll och ansvar i relation till detta. I detta ingår moment som t.ex. riskfaktorer för lång sjukfrånvaro, arbete som en hälsofaktor, frågor om balans mellan belastning och vila i relation till optimalt tillfrisknande samt teman som patienters delaktighet och motivation i den egna vården. Försäkringsmedicin handlar inte primärt om att fylla i intyg, utan om att hjälpa människor utifrån insikter om att sjukskrivning inte alltid är det mest effektiva sättet.²⁰

Mycket talar för att den generella kunskapsnivån vad gäller försäkringsmedicin höjts påtagligt i vården under de senaste decennierna. Det är i fråga om förutsättningarna för tillämpning av kunskapen som den största utmaningen nu tycks finnas.

Tidsbrist, läkarbrist, och en belastande relation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är några faktorer och det är inte svårt att måla upp ett nedslående scenario.

Några positiva exempel

De utmaningar som finns kan göra att uppmuntrande exempel inom arbetet med försäkringsmedicin kommer i skymundan. På den positiva sidan finns dock flertalet exempel värda att uppmärksamma.

Ett sådant är att man inom ramen för ett nationellt engagemang kring kunskapsstyrning i vården inom olika nationella programområden, som exempelvis ”akut vård”, ”cancersjukdom” och ”psykisk hälsa”, också kommer att inrätta ett programområde för ”rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin”.²¹

¹⁹ skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringsmedicin.1031.html

²⁰ Se Socialstyrelsen (2012b).

²¹ Se Sveriges Kommuner och Landsting (2018c).

Ett annat exempel är de system för att följa och använda sjukskrivningsstatistik som gradvis byggs upp och succesivt börjar användas i olika landsting. Mer än hälften av landstingen sammanställer statistik som ett led i kvalitetsarbetet.²² I Kalmar län, har man exempelvis sedan år 2016 kvartalsvis sammanställt sjukskrivningsstatistik uppdelad för primärvård, psykiatri, samt övrig hälso- och sjukvård. I statistiken, som presenteras könsuppdelad, studeras antal sjukskrivna och diagnosfördelning över tid. För primärvården relateras antalet sjukskrivna inom olika diagnosgrupper till antal listade i arbetsför ålder på alla hälsovalsenheter²³ för den senast månaden.²⁴

Ett tredje exempel är de initiativ för att tydligare definiera och stärka den försäkringsmedicinska kompetensen via vägledningar med utvecklade utbildningsmål som Stockholms läns landsting nu arbetar med att ta fram och sprida. Vägledningar har tagits fram för läkares grundutbildning, AT- och ST-tjänstgöring, samt för rehabkoordinatorer och för annan sjukvårdspersonal.²⁵

I KI:s senaste rapport om läkares arbete med sjukskrivning finns dessutom några positiva iakttagelser. Exempelvis instämmer 87 procent av de läkare som svarat helt eller delvis i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i arbetet med sjukskrivning. Noteras kan också att något fler läkare 2017 jämfört med 2008 och 2012 upplever stort stöd från den närmaste ledningen.²⁶ Värdet av ett sådant stöd kan knappast överskattas om det finns en ambition att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning.

Utbildning i försäkringsmedicin

Kunskapsbehovet inom hälso- och sjukvården kan antas förändras över tid bl.a. eftersom vården rekryterar nya medarbetare samt att fler yrkesgrupper än läkare framöver kommer att ha sjukskrivningsrelaterade arbetsuppgifter. Mer evidensbaserad kunskap behövs i olika yrkeskategoriers grundutbildning, men också i fortbildningssammanhang. Universiteten bör i högre grad kunna engageras för att ta fram

²² Sveriges Kommuner och Landsting (2018b).

²³ Gäller både offentliga och privata. Rapporterna finns i landstingets server, åtkomliga för rehabkoordinatorer och chefer med behörighet

²⁴ Enligt information från Kalmar län.

²⁵ Utredningen har tagit del av de fem vägledningar som finns som arbetsmaterial.

²⁶ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

och erbjuda akademiskt förankrad försäkringsmedicinsk utbildning.²⁷ Väsentligt är att sådan utbildning också ges till andra yrkesgrupper än läkare. Magisterprogram, med lite olika profil beroende på grundutbildning, för exempelvis kuratorer och fysioterapeuter etc. kan vara ett inslag.

Vad som bedöms rymmas i en viss läroplan varierar ofta mellan företrädare för olika delar av ett utbildningsområde. Vad som får plats beror också på bl.a. hur utbildningen organiseras och vilka möjligheter att nå uppsatta mål som lämnas. Ett första steg är att sådana mål gällande försäkringsmedicin formuleras för läkarlinjen och andra relevanta utbildningar. Tidigare refererade vägledningar från Stockholms läns landsting omfattar sådana utbildningsmål.

Avgörande för om utbildningssatsningar ska få effekt är dock att det i hälso- och sjukvårdens vardag och i den kultur som utvecklas vid allt från enskilda vårdcentraler till den samlade hälso- och sjukvården i ett landsting finns ett starkt och uttalat stöd för att de professionella ges möjlighet att tillämpa de försäkringsmedicinska principer man tillägnat sig.

Tillämpning av sjukförsäkringens principer och regler

Befintlig kunskap talar för att kvaliteten i det direkta arbetet med sjukskrivningar kan stärkas. De förslag på vad vården kan göra handlar bl.a. om att allokera mer tid till mer tidskrävande bedömningar och samtal kring sjukskrivning, kontinuerlig utbildning i frågor relaterade till sjukskrivning, samt systematisk uppföljning av sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis. Mycket av detta är redan på gång, men kan spridas och utvecklas. Angeläget är också att Försäkringskassan svarar upp med motsvarande kvalitetsutveckling.

Ett förslag, som i vissa landsting har provats med framgång och som tar utgångspunkt i resultat redovisade i en nyligen publicerad avhandling,²⁸ är att inrätta speciella *team* för sjukskrivningar.²⁹ Man kan tänka sig olika varianter av detta, men det utredningen uppfattar som den bärande idén är möjligheten att kunna fördela sjukskrivningsärenden till speciellt utsedda läkare, inte att patienter ska träffa

²⁷ Bristen på vetenskaplig baserad kunskap har tidigare framhållits, se exempelvis Riksförsäkringsverket (2004) och SBU (2003).

²⁸ Strazman, K. (2018).

²⁹ Se Cederberg, J. (2018).

fler än en läkare vid ett besök. Sådana team, med speciellt intresserade och försäkringsmedicinskt kompetenta professionella, skulle kunna ha förutsättningar att med kvalitet göra och kommunicera bedömningar bl.a. av aktivitetsförmåga, eller att snabbt vägleda individer till rätt stödinsatser.

I det refererade exemplet förefaller sjukskrivningar med risk att bli långa varit i fokus, men konceptet skulle kunna utvecklas till att användas i fler sammanhang. Poängen är att sjukskrivningsrelaterade bedömningar och samtal i första hand fördelas till dem som bäst klarar av det. En sådan fördelning skulle kunna ske utifrån telefonkontakt med någon form av administrativ ”sluss” som redan i telefon klargör om sjukskrivning finns med som ett önskemål. Ambition måste hela tiden vara att kombinera ökad kvalitet med ökad effektivitet.

Med syfte att garantera att sjukskrivningsrelaterade besök inte går före andra (exempelvis äldres och barns läkarbesök) kan en ordning med utsedda team innebära att tillgången till den typen av besökstider nogt anpassas så det totala utrymmet fördelas på ett sätt som garanterar att rådande prioriteringsprinciper är fredade.

7.1.2 Sjukintygen skapar låsningar

Utmaningar i samband med sjukskrivningsarbete sammanstrålar i de problem runt sjukintygen som under senare år dominerar bilden av arbetet runt sjukskrivningar. I KI:s studier har andelen läkare som uppger att handläggare på Försäkringskassan ofta ifrågasätter läkarens bedömning på fem år, från 2012 till 2017, ökat från 27 till 40 procent. Andelen som uppger att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar har ökat från 37 till 56 procent.³⁰ Det finns med detta en risk att frågor runt sjukintygens innehåll tilldrar sig större uppmärksamhet än frågor kring det som kvalitet i arbetsförmågebedömning är avsedd att leda till.

Utredningen uppfattar att detta är ett bekymmersamt dilemma. De *låsningar* detta kan medföra kan försvåra en fortsatt positiv utveckling av vårdens arbete med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Förutsättningarna för att nå eftersträvat resultat med

³⁰ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

finansiell samordning skulle då minska. Utredningen anser att en fördjupad diskussion kring orsakerna till detta är på sin plats.

En sådan diskussion omfattar naturligt aspekter som handlar om både Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens kompetens och utvecklingsmöjligheter. Den bör enligt utredningens uppfattning även omfatta frågor som i grunden rör vilken information som är möjlig och adekvat att lämna i intyg för olika typer av sjukfall och i olika faser av dessa. Diskussionen bör även omfatta Försäkringskassans metoder för att värdera sådan information.

Försäkringskassans handläggare

Både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har dubbla roller i sjukskrivningsprocessen (se avsnitt 3.2.1). I den del av uppdraget som rör individers rätt till ersättning är sjukintyget en faktor. Intyget är i många sjukfall en tämligen okontroversiell detalj i den vardagliga försäkringsadministrationen.³¹ I andra fall kan det ha långtgående betydelse för individen och för sjukförsäkringen.

Sjukintygens betydelse i sjukskrivningsprocessen har en rad kopplingar. Dels till de förutsättningar som sjukförsäkringen som sådan definierar, dels till de försäkringsmedicinska bedömningar som görs i hälso- och sjukvården.

En tredje koppling som i mindre utsträckning diskuterats är den som handlar om vilken professionell kompetens som finns och som behövs på Försäkringskassan att ta emot och värdera den information som finns på intyg.

Tidigare i betänkandet (se avsnitt 3.2.3) diskuteras en del av de svårigheter som handläggare vid Försäkringskassan kan uppleva i relation till sjukförsäkringens regler och till de människor som ansöker om förmån inom sjukförsäkringen.³²

Kompetens och erfarenheter hos handläggarna som yrkeskategori har annars inte tilldragit sig stort vetenskapligt intresse. Den myndighet som i första hand granskat Försäkringskassan är Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).

³¹ Inspektionen för socialförsäkringen (2014c).

³² Försäkringskassan (2017d).

ISF har i en rad rapporter granskat bl.a. arbetssätt, styrning, produktivitet och effektivitet.³³ Fokus är i första hand på Försäkringskassan som myndighet, inte på medarbetares kunskaper och kompetens. Studier som handlar om enhetlighet i bedömningar kan sägas omfatta både myndigheten och handläggarna.³⁴

Då medarbetarna studerats som professionella individer har det handlat bl.a. om synen på försäkringen³⁵ eller hur handläggares attityder till sjukförsäkringens regler inverkar på de beslut som fattas.³⁶ Bemötande gentemot försäkrade är ett tema som förekommit.³⁷ En studie som kommer närmare handläggarnas individuella bedömningskompetens visar på att det förekommer brister i kvaliteten i förklaringar till fattade beslut.³⁸

ISF kopplar i en av sina senaste studier, som gäller förändringar efter 2016, ihop Försäkringskassans interna styrning med det genomslag som styrningen får i handläggningen av sjukpenning. ISF pekar i rapporten på en rad olika konsekvenser. Tillämpningen av lagen, handläggningsarbetets karaktär, samt handläggares tillgång till handledning och stöd är några aspekter som kommenteras.

Sammantaget har den förändrade styrningen enligt ISF lett till ett ökat fokus på läkarintyg.³⁹

På Försäkringskassan har man i myndighetens egna kvalitetsuppföljningar i första hand inriktat sig på bedömningar av det man betecknar som rättslig kvalitet. I syfte att bedöma sådan kvalitet utgår man ofta ifrån granskning av innehåll i akter. En central del i dessa är läkarintygen och läkarintygens innehåll. Granskningarna mynnar ofta ut i att myndighetens rättsavdelning konstaterar att rätten till förmån i otillräcklig utsträckning är utredd.⁴⁰

Ett överdrivet fokus på innehållet i läkarintyg leder till risker att i för liten utsträckning reflektera kring de professionella krav och utmaningar som handläggare vid Försäkringskassan har att hantera. De överväganden man har att göra inbegriper andra aspekter än rent kliniska och kvaliteten i dem kan förväntas utgå ifrån logisk analys

³³ Se t.ex. ISF (2015a), (2015b), (2015c), (2015d), (2017b), (2017c), (2017d) och (2017e).

³⁴ Se exempelvis ISF (2013b) och (2015c).

³⁵ ISF (2013c).

³⁶ ISF (2014b).

³⁷ ISF (2014d).

³⁸ ISF (2013a).

³⁹ ISF (2018c).

⁴⁰ Försäkringskassan (2014b), (2015e), (2015f) och (2016i).

och professionell autonomi.⁴¹ Fokus på läkarintyget kan göra att handläggarnas kompetens och kompetensutveckling inte tilldrar sig adekvat intresse.

En antydning om att det på Försäkringskassan i så fall finns ambitioner i riktning mot att ändra detta kan anas i skrivningar i myndighetens verksamhetsplan för 2018 om förbättringsbehov bl.a. avseende ”utredningsmetodik”, ”värdering av underlag” och ”motive-ringar till beslut”.⁴²

Det finns enligt utredningens bedömning fog för slutsatsen att Försäkringskassans handläggares professionella kompetens och kompetenskrav är ett för lite utforskat och för lite diskuterat tema. Det torde finnas anledning att i högre grad problematisera vilken slags utrednings- och bedömningskompetens som behövs i syfte att utveckla handläggarnas professionalitet vidare.⁴³

En sådan analys, som också borde kunna identifiera och formulera behov av kompetensutveckling, möjliga analytiska stödverktyg, samt former för ett tydligt och stabilt organisatoriskt stöd, är enligt utredningens bedömning, en väsentlig faktor i att hitta vägar ut ur den grundläggande låsning runt sjukintyg som beskrivits.

Sjukintygen och sjukförsäkringen

Diskussioner om läkarintyg och deras betydelse i sjukskrivningsprocessen är ingen ny företeelse.⁴⁴

Frågor relaterade till det som ibland betecknats som vårdens grindvaktsfunktion har funnits med i de olika skeden av administrationen av sjukskrivningar och sjukfrånvaro som med åren växt fram.⁴⁵ Utredningens analys av det dilemma som utredningen mött är att det omfattar både äldre och nyare komponenter.

Grundläggande är att Försäkringskassan är beroende av intyg från hälso- och sjukvården. Med rådande lagstiftning kan man inte utge förmån från sjukförsäkringen utan ett intyg som grund.

⁴¹ I Försäkringskassans riktlinjer för det försäkringsmedicinska arbetet talas bl.a. om ”förmåga att väga samman information” (se Försäkringskassan [2016a]).

⁴² Försäkringskassan (2018e).

⁴³ En ISF-rapport pekar direkt på brister härvidlag (se ISF [2013a]).

⁴⁴ Se Johansson, P. och Nilsson, M. (2008).

⁴⁵ Se t.ex. Engblom, M. m.fl. (2005), Söderberg, E. och Alexanderson, K. (2004) samt Englund, L. och Svärdsudd, K. (2000).

En andra grundläggande komponent är att intygsskrivning uppfattas som en administrativ belastning i hälso- och sjukvården. De flesta sjukskrivningar är i praktiken triviala i bemärkelsen att människor snabbt blir friska och snabbt återvänder i arbete. Kraven på vad intygen ska innehålla kan uppfattas som tidsödande byråkrati.

Ökande volymer av långa sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa och smärtproblematik, tillsammans med en politisk ambition om att sjukfrånvaron ska vara på en låg och stabil nivå, har resulterat i att Försäkringskassan ökat ansträngningarna på att säkerställa att försäkringsvillkoren är uppfyllda.⁴⁶ Något som i sin tur kan få till följd att man i vården kan uppfatta det som att man "tvingas" medikalisera oklara tillstånd.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i en studie granskat delar av det som kan betecknas som "medikalisering". Myndigheten konstaterar att händelser som skilsmässa eller anhörigs dödsfall inte uppvisar någon ökande överrisk för sjukskrivning under den studerade perioden. Resultatets betydelse är dock begränsade med tanke på att medikalisering av skäl som "vantrivsel på arbetet", "upplevd stress på arbetet", "upplevd orättvisa på arbetsplatsen" eller liknande kan antas vara både vanligare, och ur ett försäkringsperspektiv, mer problematiska.⁴⁷

Upplevt medikaliseringstvång

Medikalisering är ett begrepp som används i samband med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Begreppet står enligt Nationalencyklopedin för "förhållandet att ett problem som i grunden inte är av medicinsk karaktär diskuteras eller betecknas som en medicinsk företeelse".⁴⁸ Uttrycket, som myntades i början på 1970-talet som ett fenomen relaterat till läkarkårens makt både över vården och i samhället,⁴⁹ definieras alltmer som en process där sociala och psykosociala problem beskrivs med ett medicinskt språk och där medicinska interventioner används för att försöka lösa problemet.⁵⁰

⁴⁶ ISF (2018c).

⁴⁷ ISF (2018a).

⁴⁸ Se www.ne.se.

⁴⁹ Se exempelvis Illich, I. (1975).

⁵⁰ Arbetet med och diskussionerna kring *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) kan tjäna som en illustration. En stor kritik mot DSM är att den lett till inflation i nya diagnoser och till att vården förleds att överdiagnostisera olika symptom. (Se Nemeroff, C. B. m.fl. [2013].)

Medikaliseringstendenser i samband med sjukfrånvaro kan ha ytterligare dimensioner. Dessa kan vara kopplade till sjukförsäkringens regler, till att vården tilldelats ett ansvar för sådant som i grunden inte är medicinska frågor, samt kopplat till den hjälpsökande individen och dennes upplevelse av sitt tillstånd och sin situation.

En aspekt av det medikaliseringstvång som vissa företrädare för vården upplever är relaterat till de krav Försäkringskassan ställer på sjukintygens innehåll. Ett inslag i detta är ett fokus på den s.k. ”DFA-kedjan”. Begreppet är byggt av orden ”diagnos”, ”funktionsnedsättning” och ”aktivitetsbegränsning” och möjliggör en logisk analys av individers medicinska förutsättningar för arbete.⁵¹

Att den logik som begreppens kopplingar uttrycker på ett rimligt sätt korresponderar till grunderna i sjukförsäkringen⁵² har utredningen inte mött invändningar emot. Problemen uppstår bl.a. då vården möter hjälpsökande där man inte omedelbart kan ställa en diagnos eller där individers aktivitetsförmåga inte med precision kan bestämmas. Riksrevisionen konstaterar i en aktuell rapport att primärvårdsläkare har mycket svårt att lämna detaljerade beskrivningar bl.a. av funktionsnedsättningar.⁵³

Det val som kan uppstå mellan att mot bättre vetande forcera fram information av tveksam kvalitet och/eller att fylla i ett intyg man kan förutse inte kommer att accepteras av försäkringsgivaren, har negativa konsekvenser som berör så skilda teman som patientsäkerhet, primärvårdens arbetsmiljö och rättssäkerheten i systemet som helhet. En felaktig diagnos kan exempelvis leda till mindre effektiva insatser; otydliga krav på vårdens professionella kan leda till känslor av vanmakt; och stora skillnader i hantering av komplicerade bedömningssituationer kan som en konsekvens leda till att Försäkringskassan fattar beslut som innebär att alla inte behandlas lika.

En faktor som sällan uppmärksammas är rättsläget när det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att utfärda intyg och att bedöma arbetsförmåga. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i skrivelse till Socialdepartementet påtalat att detta inte har stöd i hälso- och

⁵¹ Se SOU 2009:89.

⁵² Och även grunderna för hur en rimlig och meningsfull analys av rätt till förmån bör ske.

⁵³ Riksrevisionen (2018a).

sjukvårdslagen (2017:30) och att arbetsuppgiften därför inte kan betraktas som hälso- och sjukvård.

Detta är ett exempel på olösta frågor som finns när det gäller intygen och deras funktion i vården som utredningen uppfattar det finns anledning att klargöra i en samlad genomlysning av fenomenet i sin helhet.

I det följande görs ytterligare problematisering och nedslag i vissa aspekter som utredningen uppfattar borde finnas med i en sådan genomlysning.

Vägar ut ur låsningen

Den grundläggande låsning som beskrivits har grunder som går utöver Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens kompetens och agerande. Den inbegriper rättsliga, praktiska och försäkringsmedicinska aspekter.

Att ett konstruktivt engagemang från de två parterna är en av de viktigaste grundförutsättningar för att komma vidare synes uppenbart. Det finns därför all anledning att understryka betydelsen av det uppdrag som regeringen i början av 2018 gav Socialstyrelsen och Försäkringskassan om att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen.⁵⁴

Utredningen vill dock betona att sättet man samarbetar på inte möter alla utmaningar rörande det man samarbetar om. Grundläggande frågor om sjukförsäkringens syfte och om vilka informationskrav och vilket informationsansvar som bör vara förknippade med detta kan, som utredningen ser det, inte undvikas om frågan ska få en mer genomgripande lösning.

7.1.3 Helhetsgrepp

En lösning när det gäller problemen runt sjukintygen är av avgörande vikt för om nya former av finansiell samordning ska kunna medföra den utveckling mot en långsiktigt stabil sjukfrånvaro som är utredningens mål.

⁵⁴ Se Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018).

Det finns mycket som talar för att det finns behov av ett helhetsgrepp som går utöver vad aktörerna själva kan åstadkomma. En sådan diskussion bör omfatta frågor om intygens roll och betydelse i ett vidare sjukförsäkringsperspektiv tillsammans med frågor om var gränsytan mellan de båda parternas ansvar går och hur den borde vara beskaffad för att bidra till större effektivitet och ändamålsenlighet. En målsättning bör vara att definiera gränsytan i termer av ett gemensamt ansvar. Detta på ett sätt som bidrar till högre effektivitet hos Försäkringskassan och i hälso- och sjukvården, och som minimerar otydlighet och som stärker kravet på båda parter att sköta sin del av ansvaret.

Utredningen gör bedömningen att det finns anledning att ytterligare fördjupa sig i några punkter med bäring på aktuella handlingsalternativ.

Försäkringskassans utredningsskyldighet

Det finns inga realistiska alternativ till att Försäkringskassan även fortsatt hanterar den tekniska och rättsliga administrationen av sjukförsäkringen.

En avgörande del av det ansvaret är myndighetens utredningsskyldighet. I 110 kap. 13 § första stycket socialförsäkringsbalken anges att ”den handläggande myndigheten ska se till att ärenden blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.”

I den nya förvaltningslagen (2017:900) inkluderas en bestämmelse om myndigheters principiella utredningsansvar.⁵⁵ I förarbetena till den lagen anges att man ifråga om utredningsskyldighet ”bör ställa minst samma krav på den myndighet som ursprungligen har hanterat ett ärende som de krav som gäller för domstolarna när de efter ett överklagande ska se till att ett ärende blir tillräckligt utrett” samtidigt som det sägs att ”kraven på omfattningen av myndighetens utredningsåtgärder” varierar med hänsyn till ärendets karaktär.⁵⁶ Den närmare innebörden i dessa meningar lämnar delvis öppet för tolkningar.

⁵⁵ 23 § första stycket.

⁵⁶ Prop. 2016/17:180, s. 148.

Frågan om hur utredningsskyldigheten ska uttolkas i olika typer av ärenden aktualiserades i samband med ett tidigare utvecklingsarbete vid Försäkringskassan som gick under beteckningen ”en enklare sjukskrivningsprocess”.

En enklare sjukskrivningsprocess

Under 2013 och 2014 införde Försäkringskassan ett nytt sätt att se på och hantera olika typer av sjukpenningärenden. Man delade in sjukfallen i tre kategorier som bestämde vilken nivå av resursinsats myndigheten ansåg det verkningsfullt att lägga ned.⁵⁷ Grundtanken var dels att kunna satsa myndighetens resurser där de gör mest nytta,⁵⁸ dels att höja servicenivån och stärka myndighetens förtroende visavi myndighetens ”kunder” och ”partners”.⁵⁹

Motsvarande ambitioner låg bakom försöken med s.k. förenklade sjukintyg som påbörjades 2015. De förenklade intygen, där läkaren inte behövde fylla i lika många uppgifter som i vanliga intyg, kunde användas vid ärenden med tydliga diagnoser och förväntad kortare sjukskrivningstid. Försöket mottogs positivt av företrädare för läkarprofessionen.⁶⁰

Försöket föll dock inte riktigt ut som Försäkringskassan hoppats. Myndigheten kunde konstatera att förenklade intyg använts för sjukfall där det uttalats att de inte skulle användas och vidare att ett stort antal fall i praktiken blev längre än tänkt, varför försöket avslutades.

ISF har granskat införandet av förenklade intyg och konstaterar bl.a. att det skedde för snabbt, utan tillräckliga åtgärder för att förhindra oönskade effekter, samt med oklara kriterier och bristfälligt utbildade läkare. Man talar om ”ett samverkande system av brister”. ISF anser inte att differentiering av läkarintyg som idé därmed är utesluten. Ett bättre förarbete och mer kraftfulla åtgärder mot negativa effekter är dock nödvändiga förutsättningar.⁶¹

⁵⁷ Man delade in ärendena i kategorierna K1, K2 och K3 – där kategorin K1 representerade sjukfall som är enkla och korta och där myndigheten inte behöver lägga ned resurser för att de sjukskrivna ska återgå i arbete. I enlighet med detta synsätt genomfördes en omfattande omorganisering av sjukpenninghanteringen.

⁵⁸ Se exempelvis Försäkringskassan (2016h).

⁵⁹ Se exempelvis ISF (2016b) och (2016c).

⁶⁰ Detta framgår bl.a. av reaktionerna efter det att försöket blåsts av (se Sveriges läkarförbund [2016b]).

⁶¹ ISF (2016b).

Försäkringskassans bedömningsutrymme

Utifrån en rättslig uppföljning av försöket med förenklade intyg ställer sig Försäkringskassan frågande till om det i praktiken går att definiera en kategori sjukförsäkringsärenden där information i läkarintygen kan tillåtas vara mer begränsad.⁶²

Myndigheten hänvisar till skrivningar i kammarrättsdomar⁶³ och uttalar bl.a. ”att det finns allvarliga kvalitetsbrister i ärenden där bedömningen görs utifrån förenklade läkarintyg” och att myndigheten ofta beviljar sjukpenning ”utan att det är styrkt att arbetsförmågan är nedsatt”.

De bestämmelser som Försäkringskassan har att följa är inte utformade så att det utifrån dem på ett direkt sätt går att bedöma vem som har rätt till en förmån eller inte. Regelverket måste tolkas utifrån den aktuella situationen. De frihetsgrader som ligger i detta benämns ibland för bedömningsutrymme.

Ändamålsenlighet i hantering av socialförsäkringsärenden har flera ömsesidigt relaterade dimensioner. En av dem handlar om hur mycket, och vilken typ av, information som är tillräcklig för att bedöma och fatta beslut i olika typer av ärenden. Dessa avgöranden måste, säger ISF, ske med balans.⁶⁴

Olika förhållningssätt gällande bedömningsutrymme leder till olika nivåer av utredningskrav och därmed till olika volymer av utredningsarbete. Det finns med detta en risk för irrationellt resursanvändande. Det finns också en risk att stereotypa kriterier uppstår och används som stöd i den osäkerhet och den tidspress som kan uppstå.⁶⁵

Informationsbehov initialt i sjukfall

Statistiska centralbyråns (SCB) kvartalsvisa statistik över sjukskrivningar under sjuklöneperioden visar att antalet sjukskrivningar som blir mellan en och fjorton dagar långa är många gånger fler än de

⁶² Försäkringskassan (2016f).

⁶³ Se Försäkringskassan (2016b).

⁶⁴ ISF efterlyser en medveten och transparent analys och uttalad hållning hos berörda myndigheter gällande vilket bedömningsutrymme som ska gälla och pekar på vikten av att undvika ytterligheter (se ISF [2016a]).

⁶⁵ Ett exempel från sjukskrivningsfrågan skulle kunna vara det tidigare i betänkandet beskrivna användandet av den s.k. DFA-kedjan som form för värdering av information i sjukintyg.

sjukskrivningar som går över den tiden och som återfinns i Försäkringskassan register.⁶⁶ Antalet sjukfall som varade mellan 8 och 14 dagar är enligt aktuella siffror cirka 850 000⁶⁷ medan antalet avslutade sjukfall i falllängder över 14 dagar var 540 000 för 2017.

En studie med ambitionen att koppla kortare sjukfall till de sjukfall som blir längre utgick från journaldata från region Skåne. Utifrån data, där korta sjukfall är påtagligt underrepresenterade, konstaterades att vissa diagnostyper som är vanliga bland de korta sjukskrivningarna (bl.a. infektionssjukdomar och andningsorganens sjukdomar) ofta, i mer än 50 procent av fallen, inte blev längre än högst två veckor.⁶⁸

Det finns alltså en kategori sjukskrivningar där behovet av dokumentation bör kunna betraktas som litet; både för att diagnoserna är okomplicerade (både medicinskt och funktionsmässigt) och för att sjukfallen de facto ofta blir korta. I linje med detta har Försäkringskassan i en av myndighetens rättsliga granskningar konstaterat att bedömningar vid dag ett i de studerade sjukfallen inte pekar på mer än någon procents tveksamma bedömningar.⁶⁹

Det går därmed inte att utan vidare avfärda uppfattningen att det finns ärenden som borde kunna hanteras med en mindre grad av kontroll, kvalitetssäkring eller överprövning.

Försäkringskassans rättsavdelning redovisar och kommenterar i samband med avslutandet av de ”enkla sjukintygen” en sammanställning ett antal kammarrättsdomar som argument emot en sådan tanke.⁷⁰ Dock finns bland dessa domar uttalanden som talar i en annan riktning. Kammarrätten hänvisar i ett par av de redovisade domarna till en proposition om ändringar i sjukförsäkringen med hänvisning till att läkarintyg vid kortare sjukfall inte kan anses kräva samma nivå på information som längre sjukfall.⁷¹ Kammarrätten säger bl.a. att det bör övervägas i vilken utsträckning läkaren ska ta ställning till frågan om arbetsförmåga i sjukfall som förväntas bli

⁶⁶ Statistiken är i princip heltäckande för offentliga arbetsgivare och stora företag. Mindre företag representeras med urval. (Se SCB [2018b].)

⁶⁷ Fr.o.m. andra kvartalet 2017 t.o.m. första kvartalet 2018.

⁶⁸ Hubertsson, J. m.fl. (2013).

⁶⁹ Bedömningen gäller Försäkringskassans handläggning, men säger ändå något om sjukintygets kvalitet i förhållande bedömda beslut.

⁷⁰ Försäkringskassan (2016f).

⁷¹ I domarna hänvisas till prop. 2002/03:89 s. 25 f. Av skrivningarna i domarna framgår att fem veckor anses vara ”kortare sjukfall”. I en annan av de redovisade domarna framgår att 60 dagar inte kan betraktas som ”ett kortare” sjukfall.

kortvariga. Om det finns utförliga uppgifter om behov av att avstå ifrån arbete skulle det kunna vara tillräckligt för att i dessa fall anse att arbetsförmågan är nedsatt.

Det finns i ovan refererad studie av korta sjukskrivningar ett undantag från det övriga mönstret. Det gäller sjukskrivningar för psykisk ohälsa som är vanliga bland de korta sjukskrivningarna, men där sjukfallen – till skillnad från övriga vanliga diagnoser – inte sällan blir längre än de två veckorna.⁷²

Det betyder att det finns en kategori initialt korta sjukskrivningar som efter den första sjukskrivningsperioden fortsätter och blir längre, samtidigt som korta sjukskrivningar i sig kan vara en riskfaktor⁷³ för senare långa sjukskrivningar.

Det finns alltså anledning att beakta ett riskperspektiv. Detta är en faktor att ta med i diskussioner om hur informationskrav i sjukintyg skulle kunna balanseras. Det väcker också frågor om hur vården kan utvecklas för att fånga och möta sådana signaler.

Policyrekommendationer baserade på internationella erfarenheter, som utförligt återges i Parlamentariska socialförsäkringsutredningens betänkande,⁷⁴ anger att anställda inom de första sex veckornas sjukfrånvaro behöver arbetsfokuserad hälso- och sjukvård kombinerad med ansvarsfullt ledarskap på arbetsplatsen. För fall som går över sex veckor är uppfattningen att det behövs en helt annan typ av stöd/hjälp/kontroll.

Utredningens bedömning är att det finns stöd för att ett nytt förhållningssätt initialt i sjukfall bör övervägas. Detta kan röra både försäkringsadministrativa och behandlingsrelaterade frågor. Det stöd som finns antyder att en gräns för ett sådant utvecklat arbetssätt torde kunna ligga i närheten av *sex veckors* sjukskrivning. Det skulle i så fall röra sig om i storleksordningen 170 000 av 540 000 sjukfall årligen (cirka 31 procent).⁷⁵

⁷² I den refererade studien redovisas att endast sju procent av sjukfallen inom psykisk ohälsa håller sig inom de 14 dagarna. En uppgift som givet datasetets begränsning kan antas vara för låg.

⁷³ Hultin, H. m.fl. (2012).

⁷⁴ SOU 2015:21.

⁷⁵ Uppgifterna gäller för 2016 och står för cirka 6 400 miljarder av totalt 34 800 miljarder kronor (cirka 18,4 procent).

7.1.4 Reflektioner och rekommendationer

Psykisk ohälsa är svårbedömd. Det finns bland samtliga inblandade aktörer, i hälso- och sjukvården såväl som hos Försäkringskassan, osäkerhet kring hur man bäst kan se på och hantera frågor som rör detta. Det är inte någon tillfällighet att de som är sjukskrivna med psykiatriska diagnoser i lägre utsträckning än de som är sjukskrivna för andra diagnoser får sin sjukskrivning indragen av Försäkringskassan.⁷⁶

Både vetenskapliga studier⁷⁷ och utredningens seminarium kring den här typen frågor antyder att det inom vården kan uppstå tendenser till undvikande av konflikter inför att göra och att kommunicera försäkringsmedicinskt motiverade ställningstaganden med hjälpsökande med psykisk ohälsa.⁷⁸ Mycket talar för att Försäkringskassan på motsvarande sätt försöker hålla svårigheterna borta från den egna organisationen genom att ställa krav på sjukintygen som hälso- och sjukvården har svårt att leva upp till.⁷⁹ Risken är att en negativ "Svarte Petter-situation" uppstår. Hälso- och sjukvårdens perspektiv och Försäkringskassans perspektiv kopplar i varandra och skapar destruktiva låsningar. Utmaningen är att i stället utveckla positiva kopplingar som stärker processen.

I kapitlet har framför allt två inslag i de försäkringsmedicinska utmaningar som både vården och Försäkringskassan står inför diskuterats.

Ett inslag handlar om förutsättningar för att tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens i hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan.

Försäkringsmedicinsk kompetens betyder inte samma sak i de båda systemen. Den likhet som finns ligger i att det ställs höga krav på medarbetarna både i hälso- och sjukvården och i Försäkringskassan. Det finns en likhet också i att medarbetarna i de båda systemen är ömsesidigt beroende av den kompetens som det andra systemet besitter. En central aspekt av de två systemens samarbete handlar om Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens informationsansvar och arbetssätt relaterade till läkarintyg. Det finns andra

⁷⁶ ISF (2018b).

⁷⁷ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

⁷⁸ Utöver den forskning som finns, så har temat kommit upp i de flesta av de samtal med representanter för primärvården som utredningen varit i kontakt med. Ett seminarium med experter inom området psykisk ohälsa i ett primärvårdssammanhang som utredningen arrangerade den 15 januari 2018 gav också uttryck för att fenomenet inte är ovanligt.

⁷⁹ Riksrevisionen (2018a).

inslag, men dessa två hänger intimt ihop och förefaller vara särskilt angelägna att hitta lösningar på.

Kompetens i hälso- och sjukvården och i Försäkringskassan

- Utredningen vill *fästa uppmärksamhet på* det fortsatt stora behovet av bättre förutsättningar att tillämpa kompetens både inom hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan vad gäller arbete med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro.

För *hälso- och sjukvårdens* del handlar detta i stor utsträckning om att skapa förutsättningar för vårdens medarbetare att tillämpa relevanta principer och regler med kvalitet.⁸⁰ Tid är en avgörande faktor och borde vara fokus för ambitioner gällande förändringar av organisation och arbetssätt.⁸¹ Detta har bäring på en lång rad av de utmaningar som ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro innebär. Inte minst är det en nyckelfaktor vad gäller att hitta en långsiktigt välfungerande väg ut ur det dilemma kring sjukintygens innehåll som betänkandet fördjupat sig i.

För *Försäkringskassans* del handlar det bl.a. om utvecklad kompetens och utvecklade metoder för att göra adekvata bedömningar utifrån befintliga underlag. En utgångspunkt bör vara att fler ställningstaganden med kvalitet ska vara möjliga utan att hälso- och sjukvården belastas med kompletteringskrav.

En specifik *rekommendation* är att utökade satsningar på kompetensutveckling inom försäkringsmedicin initieras inom hälso- och sjukvården. Dessa bör ske på olika sätt, men utredningen vill framför allt framhålla att de bör vara anpassade till övriga framtidsytande utvecklingslinjer. Det betyder bl.a. att satsningarna bör komma olika personalgrupper till del och att tillämpning i vardagen bör ske med uttalat stöd från chefer och med möjlighet till handledning.

Försäkringsmedicinsk kompetens omfattar en lång rad olika delar; från grundläggande kunskaper om sjukförsäkringen och dess administration till avancerade frågor om framväxt av, och förhållningssätt

⁸⁰ Det handlar om saker som tid, stöd från ledningen, handledning och återkoppling.

⁸¹ Andelen läkare som dagligen upplever tidsbrist i arbetet med sjukskrivning har ökat från 23 procent 2008 till 27 procent 2017 (se Alexanderson, K. m.fl. [2018]).

till, nya diagnoser och vad detta har för implikationer för vårdens innehåll.⁸²

Den kompetens som behöver utvecklas innefattar kollektiva komponenter såväl som individuellt präglade sådana. Till den första kategorin hör exempelvis enskilda vårdcentralers analys och värdering av egna sjukskrivningsmönster visavi andra vårdcentralers sjukskrivningsmönster och till den senare kategorin hör den individuella kompetensen i det direkta mötet med patienter kring sjukskrivning.

Av särskilt vikt är förmåga att kunna hantera den pedagogiskt utmanande situation som kan uppstå när individers önskan om sjukskrivning inte ligger i linje med läkarens bedömning. Ett genomgående tema bör vara fokus på individers förmågor och inte på nedsatta förmågor, samt insikter om att en integritetsfylld hållning från vårdens sida inte är detsamma som okänslighet och inte innebär att man backar från imperativet att alltid stå på patientens sida.

En stärkt kompetens på området kan också innebära satsningar på nya organisatoriska lösningar, som t.ex. särskilt utvalda läkare till vilka sjukskrivningsrelaterade bedömningar i första hand hänvisas. Ett annat sådant exempel är satsningar på olika analytiska verktyg som stöd för riskbedömningar etc.⁸³

Ett balanserat informationsansvar

- Utredningen vill *fästa uppmärksamhet på* det önskvärda i att en grundläggande genomlysning av förutsättningarna för förändrade informationsansvar i anslutning till sjukintyg initieras. En sådan genomlysning skulle kunna genomföras inom ramen för en statlig utredning. Den bör bl.a. omfatta informationskraven i intygen kopplade till det kvalitetsansvar som hälso- och sjukvården ska ha, men också omfatta Försäkringskassans roll och förmåga att tillgodogöra sig och värdera information. Frågor om grundläggande inslag i sjukförsäkringens utformning, bl.a. utifrån glidningar i relation till sjukdomsbegreppet, bör ingå i en sådan genomlysning.

⁸² Diskussionerna kring *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), kan tjäna som illustration. DSM innehåller diagnoser för psykiatriska tillstånd som ges ut av American Psychiatric Association (APA) och har stort inflytande på psykiatrin. En kritik mot DSM är att den lett till inflation i nya diagnoser och till att vården förleds att överdiagnostisera olika symptom. (Se Nemeroff, C. B. m.fl. [2013].)

⁸³ Se SKL (2017d).

En specifik *rekommendation* är att målbilden för en sådan genomlysning bör vara att utveckla former för ett balanserat informationsansvar med inriktningen att minimera hälso- och sjukvårdens administrativa belastning och samtidigt förtydliga vårdens ansvar att tillämpa ett försäkringsmedicinskt försvarbart arbetssätt.

Utvecklingspotentialen vad gäller att tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens inom hälso- och sjukvården är en sida av myntet. Den andra sidan handlar om Försäkringskassans ansvar att säkerställa att adekvat kompetens och adekvata arbetssätt finns för att på försäkringsmässigt rimliga grunder fatta rättssäkra beslut. Detta ställer krav på Försäkringskassans medarbetare och på internt organisatoriskt och metodmässigt stöd. För att samhället ska få rätt utväxling av ökade ansträngningar från hälso- och sjukvårdens sida anser utredningen att det är angeläget att dessa ansträngningar motsvaras av ett ökat ömsesidigt förtroende och en strävan om att minimera administrativa bördor där det är möjligt.

Diskussioner om ett sådant balanserat informationsansvar skulle kunna föras runt ambitioner om: administrativ avlastning med fokus på krav på innehåll i intyg vid korta och ”enkla” sjukfall; ett i vissa fall mindre kategoriskt analyssätt vid värdering av medicinsk information initialt i svårbedömda och svårdiagnostiserade fall; samt ett långtgående ansvar för hälso- och sjukvården att snabbt hänvisa hjälpsökande till rätt form av stöd och att snabbt kunna redovisa medicinskt välgrundade bedömningar med fokus på individers förmåga i stället för på individers oförmåga.

7.2 Att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro

Ohälsa förknippad med variation i sjukfrånvaro är inget fenomen som bara finns i Sverige. Trots att socialförsäkringssystemen ser annorlunda ut samt arbetsmarknader, sjukvårdssystem och användning av enskilda diagnoser kan skilja, så uppvisar de generella tendenserna i många länder likartade drag. De rekommendationer som anvisas följer också samma grundlinje.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) konstaterar exempelvis att psykisk ohälsa är ett stort och

växande problem bland organisationens alla medlemsländer.⁸⁴ I sin specialstudie av Sverige ger man sex råd, av vilka två direkt rör hälso- och sjukvården; dels att ge stöd tidigt, dels att utveckla vård som är orienterad mot arbete. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen kom utifrån den internationella litteratursammanställning man gjort fram till liknande slutsatser, som bl.a. handlar om tidig kontakt med arbetsgivare, gärna med stöd av koordinator.⁸⁵

7.2.1 Tidiga insatser

Rehabilitering är ett av de mer använda begreppen i samband med diskussioner om sjukfrånvaro. Samtidigt är det ett begrepp som i liten utsträckning preciseras. Utvärderingar av olika metoders effektivitet börjar alltmer komma, men är fortfarande få och sinsemellan för olika för att möjliggöra bra metastudier och kritiska diskussioner. Bland annat lider studierna ofta av att man inte använder arbetsåtergång (return-to-work, RTW) som ett utfallsmått.

Ett annat bekymmer är att många studier omfattar långa sjukfall. Ett problem är bl.a. att det kunnat konstateras att tiden i sjukfrånvaro i sig är en starkt determinerande negativ faktor för möjligheter till att nå avsedd effekt med rehabilitering.⁸⁶ Utredningens bedömning är att ett för litet intresse ägnats snabba och enkla insatsers effekter.⁸⁷ Ett kort telefonsamtal med den hjälpsökandes arbetsgivare för att reda ut oklarheter kring en anställds arbetssituation kan exempelvis inte värderas i samma kontext som omfattande och tidsödande rehabiliteringsutredningar. Sådana snabba insatser är ett exempel på arbetsuppgifter som med fördel skulle kunna utföras av rehab-koordinatorer.

Ett utvecklingsspår som delvis kan kopplas till ambitioner om tidiga insatser är *E-tjänsten Stöd och behandling* som kan användas bl.a. för behandling av ångest, depression, smärta, sömnproblem m.m. över nätet. På några år har utbudet av behandlingsprogram växt och allt fler landsting är igång med att tillhandahålla tjänsten.⁸⁸ Även om sådana ansatser enskilt bara i begränsad utsträckning bidrar till

⁸⁴ OECD (2013).

⁸⁵ SOU 2015:21.

⁸⁶ Se exempelvis Jensen, I. (2006).

⁸⁷ Parlamentariska socialförsäkringsutredningen anger olika internationella rekommendationer som ligger i linje med detta (se SOU 2015:21).

⁸⁸ SKL (2015c).

vårdutbudet, så är deras orientering mot effektivitet och lättillgänglighet principiellt värda att uppmärksamma.

Behandlingsstrategier för att lindra eller bota

Den typ av ohälsa som är förknippad med hög sjukfrånvaro har tidigare inte varit tydligt i fokus vid satsningar på hälso- och sjukvårdens struktur och på utvecklandet av medicinska metoder. Försäkringskassan har gjort beräkningar/uppskattningar som visar att tillstånd som står för en stor del av sjukfrånvarokostnaderna (som psykisk ohälsa eller smärttillstånd) inte står för alls lika stor del av sjukvårdskostnaderna. Det motsatta gäller för andra tillstånd.⁸⁹ Sådana jämförelser har betydande begränsningar men antyder ändå att det kan finnas frågeställningar om på vilka grunder olika satsningar i vården tidigare har gjorts som kan vara värda att uppmärksamma och diskutera.

En utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter i termer av bl.a. arbetsförmåga hos de behandlade visade att behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) minskade risken för sjukskrivning bland dem som inte var sjukskrivna när behandlingen sattes in.⁹⁰ Behandling med multimodal rehabilitering (MMR) ökade sjukskrivningstiden både för sjukskrivna och för icke sjukskrivna. Bland annat som en följd av dessa resultat avslutades garantin formellt inför förhandlingar 2016. Kvar finns dock vissa stimulansmedel inom området smärta och psykisk ohälsa. Det faktum att de som fick KBT, och som inte var sjukskrivna, visade positiva resultat har tolkningar som förefaller ha kommit lite i skymundan.⁹¹ För sjukskrivna med en anställning talar kunskapen på området för att resultatet för KBT-patienterna skulle ha blivit ett annat om kontakter med arbetsplatsen kopplats till insatsen.

⁸⁹ Ett liknande förhållande gäller för smärta i rörelseapparaten (se Försäkringskassan [2015d]).

⁹⁰ Hägglund, P. m.fl. (2015). Forskarna konstaterar färre vårdbesök och lägre läkemedelskonsumtion för undersökningspopulationen upp till två år efter behandlingen. För redan sjukskrivna patienter kunde ingen effekt konstateras.

⁹¹ Resultatet antyder dels att insatsen i de fallen kom tidigare i en ohälsoutveckling, dels att andra faktorer utöver insatsen i sig själv kan vara avgörande för att insatsen ska få det värde det kan ha.

7.2.2 Arbetet och arbetsplatsen som en del av behandlingen

Studier har visat att positiva resultat på hälsa ofta inte gett utslag i form av minskad sjukfrånvaro.⁹² Detta talar för att sjukfrånvaro innefattar verkningsfulla komponenter utöver de strikt medicinska. Individens arbetsmiljö och arbetsförhållande är exempel som ofta framhålls.⁹³ Man skulle kunna hävda att detta i första hand är arbetsgivares, fackliga företrädares, Försäkringskassans och individens ansvarsområde. Ett rimligt antagande är att det i praktiken ofta också förhåller sig så. Men i de fall den individuella situationen avviker från den vanliga situationen torde det ligga både i individens och samhällets intresse om vården kan bidra.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har sammanställt, analyserat och utvärderat resultat från forskningsprogrammet REHSAM⁹⁴ i en rapport som omfattar 21 slutrapporterade projekt.⁹⁵ Forte sammanfattar studien med att projekten som helhet ger begränsat stöd för vilka interventioner som bäst främjar arbetsförmåga. En slutsats är dock att projekt som innefattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva än projekt som inte gör det.⁹⁶

Det finns en del vetenskapligt stöd för att vården och arbetsgivare i dialog kan åstadkomma positiva resultat. En studie genomförd i primärvård i Skåne, Kronoberg och Blekinge visade exempelvis att tidig strukturerad vård tillsammans med arbetsplatsintervention ledde till signifikanta positiva resultat vad gäller arbetsförmåga och

⁹² Ett exempel är forskningsstudien Regassa som visar att internetbaserad KBT och fysisk träning har en positiv hälsoeffekt på patienter med mild till måttlig depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa, men där motsvarande effekt på graden av sjukskrivning inte kan visas (se Hallgren, M. m.fl. [2015]).

⁹³ Se Institute for Work & Health (2004), Petersson, E. och Hensing, G. (2009), MacEachen, E. m.fl. (2010) och Campolieti, M. m.fl. (2014). Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv, och välfärd (2016) räknar upp ett stort antal arbetsmiljöfaktorer som har betydelse, bl.a. "krav och kontroll", "stöd", "ansträngning och belöning" och "rättvis miljö".

⁹⁴ Programmet, som startade 2009 med finansiellt stöd av regeringen, hade som syfte att öka den evidensbaserade kunskapen kring vilka insatser som bäst bidrar till rehabilitering av personer med psykiska eller muskuloskeletala problem.

⁹⁵ De uppvisar fortfarande en del av de svagheter som forskning på området varit behäftat med vad gäller mått på resultat för arbetsförmåga.

⁹⁶ Arbetsgivarnas stora betydelse kommer också till uttryck i bl.a. nya bestämmelser gällande arbetsgivares ansvar att inom 30 dagar efter en påbörjad sjukskrivning (som kan förväntas bli minst 60 dagar lång) upprätta en plan för återgång i arbetet. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 juli 2018. (SFS 2017:1306, se Ds 2017:9, prop. 2017/18:1, utg.omr. 10, bet. 2017/18:SfU:1, rskr. 2017/18:124.)

sjukskrivning för patienter med nack- och/eller ryggsmärta.⁹⁷ Arbetsplatsinterventionen bestod av en dialog i tre steg mellan patient, hälso- och sjukvård och arbetsgivare.

Specialiserade funktioner

De utmaningar som ambitioner att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med psykisk ohälsa innebär, bl.a. genom en ny och tätare relation mellan hälso- och sjukvård och arbetsgivare, kan också tala för idéer i riktning mot utvecklandet av specialiserade funktioner i anslutning till det arbetet. I Riksrevisionens utvärdering av rehabiliteringsgarantin dras ett antal tänkvärda slutsatser i den riktningen.⁹⁸ Myndigheten pekar bl.a. på att det saknats fokus på arbetsåtergång och påtalar vikten av verksamhetsansvariga som prioriterar psykisk ohälsa i primärvården.

Det förslag till ny lag som föreslås träda i kraft i januari 2019 och som säger att landstingen ska åläggas att erbjuda koordineringsinsatser är ett exempel på en specialiserad funktion och ett ökat fokus på återgång i arbete.⁹⁹

Erfarenheterna utifrån satsningar på rehabkoordinatorer är positiva. I Stockholm har funktionen utvärderats via en kontrollerad randomiserad studie och rapporteras ha haft påvisbara positiva effekter.¹⁰⁰ I Jönköping har man arbetat med funktionen i betydligt mer än tio år. Man konstaterar att den ur ett patient- och läkarperspektiv fått gott betyg och att arbetet med koordinatörer mer och mer utvecklats till att handla om kontakter med arbetsgivare. Arbetsgivarna är enligt de källor utredningen kommit kontakt med generellt intresserade och positiva.

När hälso- och sjukvården åläggs ett obligatorium av det nämnda slaget är det rimligt att klargöra rågångar för vad som ingår i obligatoriet och vad som inte gör det. Det är dock inte liktydigt med någon önskan att hämma hälso- och sjukvårdens ambitioner att utveckla kvaliteter som går utöver, eller finns parallellt med, de krav som ställs i lag.

⁹⁷ Grahn, B. m.fl. (2016).

⁹⁸ Riksrevisionen (2015).

⁹⁹ Ds 2018:5. Det anges att ”koordinatörerna arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering.”

¹⁰⁰ Stockholms läns landsting (2017b).

Idéer i den här riktningen skulle t.ex. kunna handla om att vissa typer av ärenden styrs till vissa vårdcentraler eller till vissa läkare. Sådan specialisering skulle också kunna kopplas till särskilda former av utökat och specialiserat administrativt stöd.

7.2.3 Prevention

Många med insikter i, och nära erfarenheter av, engagemang i arbete med rehabilitering tillbaka till arbete efter sjukfrånvaro, förefaller överens om att förebyggande insatser är att föredra framför insatser som sker efter det att ett sjukfall är ett faktum.¹⁰¹ Vetenskapliga studier om detta saknas dock nästan helt och de studier som finns kan inte påvisa att satsningar lett till minskad sjukfrånvaro.¹⁰²

En nyckelfråga är vad man menar med prevention. En vanlig uppdelning är i primärprevention och sekundärprevention. Den förstnämnda handlar om att eliminera riskfaktorer, medan den senare är riktad mot att via tidig upptäckt minska negativa konsekvenser.

Det går att utgå från uppfattningen att psykisk ohälsa grundläggs i uppväxten och att insatser därför bör riktas mot skolan eller mot familjen för att få effekt. Ett sådant perspektiv, som uttalat hamnar i kategorin primärprevention, ligger bakom det utvecklingsarbete kring sociala utfallskontrakt som SKL satsar på inom ramen för projektet "Uppdrag psykisk hälsa".¹⁰³

Det går också att koppla sådan prevention direkt till organisationer eller arbetsplatser. Bekymret med detta är bl.a. att människors mående kan ha grunder som inte har med arbetet att göra, samtidigt som verkningsfulla organisatoriska förändringar kan vara av så grundläggande karaktär att de knappast skulle ges beteckningen "prevention". Om man t.ex. utvecklar organisatoriska förutsättningar för att få en effektivare verksamhet med bättre kvalitet i produktionen kategoriseras detta normalt inte som prevention. Detta trots att en av effekterna mycket väl kan vara av en sådan karaktär, i form av en bättre arbetsmiljö med mindre belastning på medarbetare. En typ av

¹⁰¹ Se exempelvis Nilsson, I. A. m.fl. (2014).

¹⁰² Bertilsson, M. m.fl. (2017).

¹⁰³ Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL (2017a) och (2017b).

åtgärd som ligger på gränsen är de försök med sex timmars schema-lagd och arbetsplatsförlagd arbetstid som provats bl.a. i social-tjänsten i Sundsvall.¹⁰⁴

Ett tredje alternativ är att reflektera kring prevention som något som kan ligga ”emellan” primär- och sekundärprevention. Detta skulle kunna innebära att insatser aktiveras direkt när individer (oavsett orsak) börjar visa tecken på eller signalerar att något inte är bra, men *innan* situationen utvecklas till sjukfrånvaro.¹⁰⁵ En sådan strategi utgår ifrån tanken att det är omöjligt både att radera ut allt som kan leda till psykisk ohälsa och att predicera vem som kommer att drabbas. Däremot kan det vara fullt möjligt att radiallyt påverka den individuella situationen när individen börjar uppleva tecken som går i en negativ riktning; förutsatt att preventiv kompetens och struktur finns på plats.

Försäkringsbolaget Skandia har utvecklat en strategi i enlighet med detta synsätt. Inom ramen för sjukförsäkringsverksamhet har företaget utvecklat ett arbetssätt som går under beteckningen ”hälso-kedjan” och som man uppger har mer än halverat nivån på sjuk-skrivningen vid de företag som får del av den tjänsten.¹⁰⁶ Effekten är så god att det är företagsekonomiskt försvarbart för Skandia att subventionera den för sina kunder.

En central komponent i det hela är vad man kallar en ”hälso-sluss” dit medarbetare vid anslutna företag kan ringa om man upplever sig börja må psykiskt dålig oavsett grundorsak. Vid kontakt med slussen kan man sedan få en tid inbokad hos en särskild vägledare. Skandia uppger att åtta av tio som tar kontakt med hälso-slussen inte är sjuk-skrivna.¹⁰⁷

Skandia-exemplet visar på arbetsplatsers potentiella värde som bas för prevention. Men arbetsplatser är olika. Beredskapen varierar och kan vara mycket begränsad. På fråga om hur stor andel av de anställda man som chef tror kommer att utveckla psykisk ohälsa

¹⁰⁴ Se Ekenberg, T. (2018).

¹⁰⁵ Ett av rehabiliteringsgarantins tillkortakommanden var att många fick vänta mycket länge på att få behandling (se Riksrevisionen [2015]).

¹⁰⁶ Sanandaji, N. (2017).

¹⁰⁷ Skandia tror att detta beror dels på att man satsat hårt på att utbilda personer vid företagets personalavdelningar, dels på att information spritt sig spontant medarbetare emellan – den individ som fått hjälp berättar om möjligheten för andra som på så sätt kan få upp ögonen för detta.

någon gång under sitt yrkesliv svarade mer än varannan av de tillfrågade cheferna i en undersökning att man tror att tio procent eller färre av de anställda kommer att göra det.¹⁰⁸ Drygt hälften, 56 procent, svarade ”ja” på påståendet att ”som personalansvarig chef har jag god kunskap om hur jag ska agera för att stödja anställda som får problem med sin psykiska hälsa”.¹⁰⁹

Alla som blir sjuka har dessutom inte någon arbetsgivare och omfattas därmed inte heller av någon arbetsgivarbetald försäkringslösning. Individer som upplever sig ha besvär av uttalat medicinsk karaktär kan därutöver också uppfatta det som mer naturligt att vända sig till hälso- och sjukvården än till arbetsgivaren. Prevention är en uppgift även för den ordinarie hälso- och sjukvården. Vårdgivare har andra förutsättningar än vad exempelvis ett företag som arbetar med sjukförsäkringar har, men principen om att försöka etablera attraktiva möjligheter för individer att ta en tidig kontakt för snabb hjälp borde kunna vara vägledande oavsett vilket system eller vilken aktör det handlar om.

Vem har ansvar för prevention?

Utredningen har kunnat konstatera att det lätt kan uppstå begreppsförvirring kring vad begreppen samordning och samverkan står för. Likaså förekommer sammanblandningar rörande vilka faktiska ansvar aktörerna har.

Teman som handlar om prevention och om involvering av arbetsplatser återkopplar till Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens dubbla roller (se avsnitt 3.2.1). Båda aktörerna har på olika sätt ansvar för att individer får hjälp och stöd på mest effektiva sätt.

Försäkringskassan har ett samordningsansvar och samverkar med de övriga aktörerna. Myndighetens samverkan sker bl.a. i syfte att få information till försäkringsprövningen och för att verka för att sjukskrivningar blir så ändamålsenliga som möjligt. Försäkringskassan har dock inga ”egna” rehabiliterande insatser att sätta in utan dessa finns hos andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Dessa har i sin tur

¹⁰⁸ Handisam och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (2012a) och (2012b).

¹⁰⁹ Andelen är högre för större företag och för företag som har anställda med psykisk ohälsa. Nästan hälften, 47 procent, av de svarande angav att det inte bedrivs ett förebyggande arbete på arbetsplatsen. Bara en fjärdedel, 25 procent, angav att förebyggande arbete bedrivs. 16 procent av de svarande angav att de upplever att det i mycket liten eller ganska liten utsträckning råder ett klimat som gör att man fritt kan säga vad man tycker på arbetsplatsen.

ett reglerat ansvar för att samverka med varandra i syfte att åstadkomma en effektiv rehabilitering. Utifrån en sådan logik aktualiseras Försäkringskassans samordningsansvar ofta först när övriga aktörernas samverkan brister

”Andra aktörer” betyder ofta ”aktuell arbetsgivare”. Försäkringskassan definierar att samordningsansvaret inträder efter det att rätt till sjukpenning klargjorts föreligga.¹¹⁰ Ansvaret innebär att Försäkringskassan ska utöva tillsyn över att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter. Utöver det som är tydliga krav finns det mer svårtolkade situationer. Det finns exempelvis enligt Försäkringskassan en svårhanterlig ärendekategori där arbetsgivare är passiva utifrån oklarheter kring de medicinska förutsättningarna i det enskilda fallet.¹¹¹

Frågan är om vården, exempelvis i sådana fall, via rehabkoordinator, och i samarbetet med företagshälsovården, skulle kunna ta ett utökat ansvar bl.a. genom stöd till arbetsgivare som gör att denne kan agera utan att blockeras av eventuella medicinska oklarheter. Med krav på att alltid involvera Försäkringskassan i såna kontakter finns en risk att processen blir onödigt långsam.

Den evidens som finns talar för värdet av att snabbt få med arbetsplatsen för att bryta situationer som kan leda till långvarig ohälsa. Att Försäkringskassan skulle ha kapacitet att finnas med så tidigt i sjukfall förefaller inte realistiskt. I de fall hälso- och sjukvården är den aktör som har bäst förutsättningar för ett snabbt agerande borde det innebära vinster både för individ och samhälle om så sker.

Avvägningar runt detta knyter an till utredningens reflektioner kring information i läkarintyg. Differentiering och balans framstår som nycklar. På samma sätt kan tydlig differentiering vara en väg ut ur oklarheter kring vem som ska arbeta med vad i preventions- och rehabiliteringssammanhang.

7.2.4 Företagshälsovården

Ordet ”företagshälsovård” har dykt upp vid i stort sett samtliga de samtal utredningen haft med berörda aktörer (professionella och experter), vid möten, i intervjuer, vid studiebesök etc. Det förefaller

¹¹⁰ Försäkringskassan (2016g).

¹¹¹ Enligt uppgift från initierade tjänstemän.

finnas en spridd uppfattning hos många att svensk företagshälsovård kan och borde spela en ny och annorlunda roll i sjukförsäkrings-sammanhang.¹¹² Utredningen gör därför bedömningen att det finns anledning att diskutera svensk företagshälsovård i det här sammanhanget.

Svensk företagshälsovård växte fram under efterkrigstidens blomstrande ekonomi, dominerad av tillverkningsindustri och med relationer på arbetsmarknaden präglade av centrala avtal.¹¹³ Mellan 1986 och 1992 utgick statsbidrag i form av schablonbidrag till företagshälsovård. I början av 1990-talet bröts den expansiva utvecklingen. Borttagna statsbidrag, ekonomisk kris och sloandet av centrala avtal på arbetsmarknaden bidrog till att många företagshälsovårdsföretag lades ned eller omstrukturerades. De enheter som blev kvar blev mer beroende av marknaden. Många arbetsgivare begränsade uppdraget till hälsokontroller och friskvårdsinsatser.

I slutet av 1980-talet hade 86 procent av alla anställda tillgång till företagshälsovård, i mitten på 90-talet 72 procent, och vid en mätning som SCB gjorde 2009 var andelen nere i 65 procent.

Enligt branchorganisationen Sveriges Företagshälsor finns cirka 230 företag som bedriver företagshälsovård med cirka 500 enheter.¹¹⁴ 30 procent av dessa är en integrerad del av det aktuella företags egen verksamhet. Antalet företag minskar på grund av omstruktureringar och uppköp. Sveriges Företagshälsor uppskattar att omkring 4 500 personer är anställda i branschen.¹¹⁵

Det är svårt att ge någon säker eller heltäckande bild av hur företagshälsovården används och fungerar i dag. Ett av skälen till det är att det är stor skillnad mellan bl.a. offentliga och privata arbetsgivare. LO, PTK och Svenskt Näringsliv ger i en rapport från 2017 en positivt präglad bild av svenska företags användning av företagshälsovård.¹¹⁶ Bland annat rapporteras från många företag att tjänster

¹¹² Exempelvis har Riksrevisionen som en av sina rekommendationer till regeringen i samband med utvärdering av rehabiliteringsgarantin en uppmaning om att företagshälsovårdens kompetens "bättre kan tas till vara" (se Riksrevisionen [2015]).

¹¹³ Se exempelvis SOU 2011:63.

¹¹⁴ Det exakta antalet företag beror på vilken definition som används. Sveriges Företagshälsor uppger att antalet företag som bedriver företagshälsovård enligt den definition organisationen tillämpar varierar över tid och uppgår i dagsläget till cirka 130.

¹¹⁵ De uppgifter som redovisas är, om inget annat anges, hämtade från SOU 2011:63.

¹¹⁶ LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017).

som ”stödsamtal och krishantering”, ”rehabiliteringsstöd och arbetsförmågebedömningar” eller ”sjuk- och friskänmälan med kontaktperson” är relativt vanliga.¹¹⁷ Mer än en tredjedel av de tillfrågade svarade att minskad sjukfrånvaro hos medarbetare var en effekt av användandet av företagshälsovård.¹¹⁸

Någon kartläggning av användandet av företagshälsovård inom kommunal eller landstingskommunal verksamhet har utredningen inte hittat. Företagshälsovård ska enligt uppgift finnas i samtliga landsting och kommuner, men enligt Sveriges Företagshälsor skiljer det sig åt mellan olika delar av landet exempelvis *när* i ett sjukfall som företagshälsovården kan kopplas in¹¹⁹ och det förefaller finnas ett missnöje med utbyggnaden generellt bland företrädare för arbetstagare.¹²⁰

De studier som finns sammanfaller, oavsett vilken sektor av arbetsmarknaden det handlar om, i att frågor kring upphandling av företagshälsovård är en nyckelfaktor.¹²¹ Det som förenar är vidare att man är ett expertstöd till uppdragsgivaren, att man inte bedriver traditionell sjukvård och att man inte har någon uttalad eller formell roll i ett sjukförsäkringssammanhang.¹²²

En formell roll i sjukskrivningsprocessen för företagshälsovården?

Företagshälsovårdens möjliga roll som funktion i ett sjukförsäkringssammanhang är svårbedömd. Mycket talar för att rollen som expertstöd kan komma att få en ny och ökande betydelse med viss bäring på sjukfrånvaro och därmed på förutsättningarna för framgång med finansiell samordning.¹²³ Att Företagshälsovården har, och ytterligare skulle kunna utveckla, en värdefull preventiv roll i linje

¹¹⁷ För de angivna tjänsterna är svarandelarna 74, 66 och 33 procent.

¹¹⁸ För skyddsombud/fackliga företrädare var andelen 35 procent och för chefer var andelen 39 procent.

¹¹⁹ Det har i studier antytts att begränsningar i användandet av företagshälsovård är kopplade till ekonomistyrning och decentraliserat budgetansvar. Även brister vad gäller förtroende för företagshälsovården hos offentliga arbetsgivare har antytts. (Se Schmidt, L. [2017].)

¹²⁰ Kåhlin, I. m.fl. (2018).

¹²¹ Se Unionen (2015).

¹²² Inte heller i arbetsmiljölagen (1977:1160) eller i Arbetsmiljöverkets föreskrifter omnämns eller adresseras företagshälsovården, annat än mycket marginellt.

¹²³ Ett exempel på när den expertrollen kan komma att användas på ett nytt sätt är i samband med den nyligen lagstadgade skyldigheten för arbetsgivare att upprätta rehabiliteringsplaner.

med de tankar som framförs i avsnitt 7.2.3 synes uppenbart. Frågan för utredningen handlar dock i första hand om huruvida företagshälsovården skulle kunna axla något nytt formellt ansvar i själva sjukskrivningsprocessen.

Utfallet av satsningar i relativ närtid talar emot detta.¹²⁴ Företagshälsovårdens organisatoriska heterogenitet i kombination med landstingens självstyrelse och arbetsgivarnas varierande önskemål och förutsättningar förefaller lämna begränsade möjligheter till långtgående ambitioner vad gäller en formell roll i sjukskrivningsprocessen.¹²⁵

Det som kan ligga närmast till hands att diskutera är att företagshälsovården skulle kunna finnas med som en komponent i en fortsatt utveckling av lösningar som rör kontaktytor mellan hälso- och sjukvård och arbetsgivare. En sådan diskussion kan komma att handla om vem eller vad som hälso- och sjukvården kan ta kontakt med, respektive bli kontaktat av, i sjukfall som rör människor med en anställning. Mycket talar för att kontakter mellan hälso- och sjukvården och hjälpsökandes arbetsplatser kommer att växa som en del av vårdens arbete. Både i form av att arbetsgivare söker kontakt exempelvis för stöd gällande upprättande av rehabiliteringsplaner eller liknande och i form av att hälso- och sjukvården kontaktar arbetsgivare för att engagera den aktuella arbetsplatsen i en process för att förebygga eller förkorta sjukskrivning.

Detta kan antas komma att öka behoven av enkla och bra kontaktvägar åt båda hållen. System för detta i form av bl.a. register med kontaktansvariga kan komma att upprättas. Arbetsgivaren har ansvaret att hantera frågor runt anställdas arbetsmiljö och deras sjukfrånvaro. Om arbetsgivaren väljer att nyttja företagshälsovården som sin representant kan det för den arbetsgivaren innebära att företagshälsovården tilldelas en sådan roll som kontaktansvarig för arbetsgivare i sjukskrivningsprocessen.

En rimlig hypotes är att vårdens rehabkoordinatorer kommer att tilldelas rollen som vårdens kontaktyta. Ett antagande är att olika lösningar kommer att tas fram för att effektivt kunna ta de kontakter

¹²⁴ I budgetpropositionen för 2008 angavs att anslaget för sjukpenning kunde användas för en satsning på företagshälsovården (se prop. 2007/08:1, utg.omr. 10.) Satsningen har inte gett önskat resultat och omnämns inte i senare budgetpropositioner.

¹²⁵ Ställningstagandet baseras på de förutsättningar och de villkor som nu råder. Utredningen vill betona att med andra förutsättningar och villkor skulle analysen mycket väl ha kunnat landa i en annan slutsats.

som blir aktuella. Utredningens uppfattning är att erfarenheter av sådana lösningar bör samlas och värderas. Detta skulle kunna vara en uppgift exempelvis för det forum för kunskaps- och implementeringsstöd som utredningen bedömer bör etableras inom ramen den finansiella samordningen (se nedan och avsnitt 6.11).

7.2.5 Reflektioner och rekommendationer

Psykisk ohälsa och smärtproblematik är en del av hälso- och sjukvårdens arbete med speciella förtecken. Särskilt utmärkande är vikten av tidig kontakt och vikten av att behandling sätts in i kombination med strategier som involverar andra aktörer vid sidan av hälso- och sjukvården. Involvering av arbetsgivare och olika former av preventivt orienterade lösningar är två komponenter som erfarenheter starkt talar för ska finnas med.¹²⁶

- Utredningen vill *fästa uppmärksamhet på* behovet av en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens arbetssätt för att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Utgångspunkt bör tas i angivna principer om tidigt kontakt och kombinerande strategier (t.ex. att insatser från vården kombineras med att involvera arbetsgivare via rehabkoordinator).

En specifik *rekommendation* är att en inventering och värdering görs av erfarenheter av, och förutsättningar för, olika system för kontakter mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. En möjlig väg kan vara att det forum för kunskaps- och implementeringsstöd som föreslås tar ansvar för att bygga kunskap kring hur en funktion för sådana kontaktvägar bäst bör organiseras.

7.3 Hälso- och sjukvårdens struktur och uppdrag

Ambitioner att bygga ut svensk öppenvård är förknippad med utmaningar.¹²⁷ Lika naivt som det vore att förminska dem, lika naivt vore det att blunda för de krav som sjukskrivningsrelaterad ohälsa

¹²⁶ Ett exempel på ett sådant tema är regeringens beslut att ge Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadssvanor (se Uppdrag till Socialstyrelsen om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadssvanor, regeringsbeslut 2018-03-21).

¹²⁷ Se SOU 2017:53 och SOU 2016:2.

fortsatt kommer att innebära. Mycket talar för att arbete kring sjukskrivning binder upp resurser som skulle kunna användas på annat sätt.

Att inte beakta detta när den nya öppna vården byggs skulle vara att missa ett bra tillfälle. Det finns stöd för att om rätt insatser sätts in tidigt kan detta bidra till att optimera sjukskrivningar. ”Rätt” kan betyda att direkt arbeta med symtom (via läkemedel, terapier eller rådgivning) i kombination med att involvera annan part (ofta arbetsgivare). ”Tidigt” kan betyda innan sjukskrivning är ett faktum.¹²⁸

Hälso- och sjukvården ska inte ta över Försäkringskassans samordningsansvar. Tvärtom talar mycket för att Försäkringskassan behöver utveckla och stärka myndighetens engagemang på det området. Viktigt i sammanhanget är, som en aktuell utredning påpekat, att det finns tydliga gränsdragningar och tydliga ansvarsområden mellan olika aktörer, bl.a. Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.¹²⁹ Det måste stå klart vem som förväntas göra vad.

Med en överdrivet kategorisk hållning finns det dock risk att missa bra möjligheter att effektivt hjälpa vissa hjälpsökande. Även om Försäkringskassan fick en kraftig resursförstärkning och även om myndighetens ambitionsnivå när det gäller samordningsansvaret ökade dramatiskt, skulle det finnas ett mycket stort antal situationer där det vore helt orealistiskt att förvänta att man skulle mäta med att agera.

En situationsbaserad och flexibel hållning i riktning mot att den som i praktiken har möjlighet att göra nytta tidigt i en situation som kräver en snabb, men kanske relativt enkel insats, bör enligt utredningens synsätt kunna vara förenlig med en i övrigt tydligare ansvarsfördelning i samordningsfrågor (se avsnitt 7.2.3). Argument till stöd för att hälso- och sjukvården i rimlig omfattning borde kunna bidra kan baseras på principer om vårdkvalitet och patientsäkerhet. Vid överväganden av det här slaget måste risker för att överlasta hälso- och sjukvården beaktas och frågor om resurser och organisation diskuteras.

¹²⁸ Se Hägglund, P. m.fl. (2015).

¹²⁹ Ds 2018:5.

7.3.1 Primärvården tar ett stort ansvar

En stor del av hantering av ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro sker i primärvården. En analys av förutsättningar att arbeta med den ohälsan skulle vara bristfällig om inte primärvårdens villkor diskuterades.

Primärvården är en mångsidig komponent i svensk sjukvård.¹³⁰ Utvärderingar av vårdvalsmodeller har visat sig svåra att göra eftersom primärvårdens utformning, tillsammans med geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar, ser så olika ut.¹³¹ Vårdvalsreformen bidrar till en redan splittrad bild. I Stockholms län har man på tio år gått från 100 vårdföretag 2007 till 600 vårdföretag 2016. Lika svårt som det är att förmedla en entydig bild av primärvårdens struktur, lika svårt är det att sammanhållet och entydigt redovisa belastning, diagnospanorama och insatser.¹³²

Nästan två tredjedelar av befolkningen besöker primärvården minst en gång under ett år. Störst vårdkonsumtion finns i gruppen mellan 75 och 84 år. En studie av diagnoser för alla besök i primärvården i Stockholm 2011 visade på en mycket komplex sammanställning av diagnoser. Övre luftvägsinfektioner, högt blodtryck, hosta, ryggont och halsont är de fem vanligaste av 30 listade.¹³³ Många är av naturliga skäl symtomdiagnoser som trötthet eller ospecificerad smärta. Förväntningarna på vad primärvården ska åstadkomma är stora och de vårdbehov den ska tillfredsställa mångskiftande. Krav på tillgänglighet är ett genomgående tema som innebär stora utmaningar.¹³⁴

Det är i primärvården som ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro hanteras. I Stockholms län fann man i en studie att 73 procent av de som under 2011–2015 vårdats för psykisk ohälsa helt

¹³⁰ Primärvård kan vara allt från husläkarmottagningar med några få distriktsläkare till mottagningar med över 30 läkare och ett stort antal kring- och specialresurser. De sociala, kulturella och hälsorelaterade förutsättningar som olika primärvårdsenheter finns i är minst lika varierande.

¹³¹ Stockholms läns landsting (2017c).

¹³² Detta beror på flera olika saker. Bland annat har många individer flera olika diagnoser, de registreras på lite olika sätt och för många insatser som sker registreras ingen diagnos alls (se Wändell, P. m.fl. [2013] och Stockholms läns landsting [2017a]).

¹³³ Wändell, P. m.fl. (2013).

¹³⁴ Vårdanalys (2017).

(47 procent) eller delvis (26 procent) hade sin vårdkontakt i primärvården.¹³⁵ Rapportförfattarna gör bedömningen att en fortsatt utbyggnad av evidensbaserad psykoterapeutisk behandling, i primärvården är nödvändig och konstaterar också att uppföljningen av vården fortfarande har brister och att det finns behov av uppföljningsindikatorer som bl.a. beskriver diagnossättning, indikation för behandling samt innehållet i psykosociala besök.¹³⁶

Belastning och personal

Belastning och personalsituation inom primärvården varierar mellan olika delar av landet och mellan olika delar av ett landsting eller en kommun. Gemensam nämnare är att anställda i primärvården beskriver en hög belastning och svårigheter att rekrytera och behålla anställda, framför allt läkare. I en aktuell analys konstateras att cirka hälften av alla vårdcentraler har vakanser. Antalet vakanser motsvarar ungefär en femtedel av den totala läkarbemanningen i primärvården.¹³⁷ Det finns stora skillnader mellan vårdcentraler i tätort och i glesbygd.

Ett problem är bristen på läkare som är specialister i allmänmedicin. Det finns outnyttjade resurser i form av allmänläkare verksam i andra specialiteter, utanför hälso- och sjukvården, eller i form av deltidssamarbetande läkare, men mycket talar för att det potentiella tillskottet inte skulle räcka till den kvalitetshöjning som behövs.¹³⁸

¹³⁵ Stockholms läns landsting (2017a). Vid stressrelaterade tillstånd som sömnstörning, anpassningsstörningar och utmattningssyndrom så står primärvården helt för vårdkontakterna för mellan runt 60 och 80 procent av de drabbade. Totalt 167 000 personer (7,3 procent av befolkningen i Stockholm) hämtade ut antidepressiva läkemedel under 2015 och antalet psykosociala besök (hos psykolog, kurator eller psykoterapeut) uppgick 2016 till 292 000.

¹³⁶ Med psykosociala besök avses besök hos psykolog, kurator eller psykoterapeut. Besöken registreras ofta utan diagnos- eller åtgärds kod.

¹³⁷ Vårdanalys (2018). I rapporten anges intervallet för vårdcentraler som har vakanser till mellan 46 och 54 procent.

¹³⁸ En tidigare beräkning angav att ungefär en tredjedel (cirka 2 500) av alla då utbildade specialister i allmänmedicin gjorde något annat än att arbeta inom specialiteten (se Socialstyrelsen [2016b]).

Erfarenheter från bl.a. Norge talar för att det inte skulle vara någon långsiktigt hållbar väg att frånga kravet på att distriktsläkare ska vara specialist i allmänmedicin.¹³⁹

I ett delbetänkande från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* uppskattas att det, bl.a. utifrån ett förslag om en fast läkarkontakt, i dagsläget saknas cirka 800 heltidsanställda allmänläkare.¹⁴⁰ Detta givet att en hel del av dagens hyrläkare kan rekryteras till att ta en fast tjänst. Fram till 2027 räknar den utredningen med ett behov på nettotillskott av ytterligare 600 heltidsanställda allmänläkare. En lösning som anvisas är att öka antalet specialiseringstjänster med 1 250 under perioden 2019–2022.

Sjukskrivning en del av belastningen i primärvården

Det finns en frustration över arbetsförhållanden i primärvården. Delvis är den kopplade till arbetet med sjukskrivning. En nyligen publicerad avhandling ger vetenskapligt stöd åt de erfarenheter utredningen mött¹⁴¹ i möten både med experter och företrädare för primärvården.¹⁴²

Belastningen som primärvården upplever med sjukskrivningsrelaterat arbete finns som tidigare beskrivits i olika dimensioner.¹⁴³ Ofta framhålls själva intygsskrivandet som en av de mest belastande komponenterna (inklusive dialog med och kompletteringskrav från Försäkringskassan).¹⁴⁴ Utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* angav i sitt slutbetänkande att "skriva intyg är troligen en av de mest omfattande administrativa uppgifterna för många läkare."¹⁴⁵

En del av belastningen ligger i ansträngande och tidskrävande möten. Besök förknippade med försäkringsmedicinska bedömningar och sjukskrivningsadministration uppskattas utgöra ungefär

¹³⁹ Bara cirka hälften av dem som arbetar som allmänläkare i Norge är specialister i allmänmedicin. Man går nu över till att alla ska vara specialister i allmänmedicin. Det norska "helsedirektoratet", med stöd av det norska läkarförbundet, vill höja kvaliteten.

¹⁴⁰ SOU 2018:39.

¹⁴¹ Utredningen har intervjuat/samtalat med 18 personer direkt verksamma i primärvården, de flesta som distriktsläkare. De personer i strategisk befattning i primärvården som utredningen träffat ger en samstämmig bild.

¹⁴² Strazman, K. (2018).

¹⁴³ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

¹⁴⁴ Det finns läkare i primärvården som hävdar att man använder en fjärdedel av sin arbetstid till att skriva intyg rörande arbetsförmåga (se Vårdanalys [2017]).

¹⁴⁵ SOU 2016:2.

en femtedel av läkarbesöken i Stockholm. De ökar både i antal och andel samtidigt som de är de mest krävande besöken.

En generellt belastad tidbokning och begränsad tid till förfogande för de bedömningar och den dialog med patienterna som kan vara aktuella tillsammans med Försäkringskassans krav på bedömningar och intyg, skapar tryck. Det trycket kan medföra en risk för att hälso- och sjukvården, mer eller mindre medvetet, bidrar till att normala livshändelser eller situationer medikaliseras. Det finns skäl att anta att Försäkringskassan via det arbetssätt man tillämpar i många fall förstärker sådana tendenser.¹⁴⁶

Ett adekvat svar på den här situationen kan inte vara att resignera inför en övermäktig utmaning. I betänkandet har en rad utvecklingslinjer möjliga att utveckla beskrivits. Den samlande tanken bakom är att kvalitets- och effektivitetsvinster i hälso- och sjukvården på olika sätt ”betalar sig” längre fram. Viktigast är att förutsättningarna för att komma ur den beskrivna låsningen kring läkarintyg i och med detta förbättras substantiellt. Men effekter kan förväntas komma på flera plan. Exempelvis kan bättre initial kvalitet förväntas leda till att fler få hjälp som leder till färre återbesök.

Det är svårt att hitta aktuella studier som försökt sig på att kvantifiera de effekter detta skulle kunna ge. I departementspromemorian *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*¹⁴⁷ citeras en studie från Socialstyrelsen om sjukskrivning och rehabilitering i primärvården. Socialstyrelsen fann att rehabiliteringspatienter under en femårsperiod i genomsnitt besökte vårdcentralen 19,7 gånger mot 4,4 för den genomsnittlige primärvårdspatienten. En av studiens slutsatser är att en tidig och väl genomförd utredning och rehabilitering har förutsättningar att leda till ett minskat behov av återbesök och en minskad belastning på hälso- och sjukvården.¹⁴⁸

7.3.2 Privata vårdgivare

Hälso- och sjukvård i privat regi är en viktig del av hälso- och sjukvården i Sverige. För vårdsektorn som helhet drivs cirka en femtedel av verksamheten av andra utförare än de ansvariga landstingen. Ande-

¹⁴⁶ Riksrevisionen (2018a).

¹⁴⁷ Ds 2003:2.

¹⁴⁸ Socialstyrelsen (1996).

len vårdcentraler som drivs i privat regi har ökat från drygt 25 procent 2007 till över 40 procent 2016. Skillnaden mellan olika regioner och landsting är stor vilket gör att frågor om de privata vårdgivarna i relation till finansiell samordning är särskilt angelägen i vissa delar av landet.

Utredningens utgångspunkt är att inte söka detaljreglera hur landstingen hanterar den finansiella stimulans som samordningen antas leda till. Det är det dock angeläget att poängtera vikten av att privata vårdgivare engageras i samordningen utifrån spelregler som gör dem fullt ut delaktiga. Det gäller både möjligheter att få del av de stimulansmedel på samma villkor som den landstingsdrivna vården, men också det ansvar för att höja kvaliteten i den egna verksamheten som är samordningens mål.

7.3.3 Hela hälso- och sjukvården är berörd

Utredningen har fokus på primärvården och det sjukskrivningsrelaterade arbetet som sker där. Men primärvården är ingen isolerad företeelse avskuren från resten av hälso- och sjukvården. Patienterna rör sig mellan vårdens olika delar. Det som sker i en ände av de olika trådarna påverkar förutsättningar i någon annan ände.

Sjukskrivningarna ökar mest i primärvården, men de ökar även i de flesta andra delar av hälso- och sjukvården.¹⁴⁹ Sjukskrivning som utmaning ökar generellt och att det samlade systemets behov av samordning, synkronisering och effektivisering är stort. Krav från Försäkringskassan på kompletteringar och läkares upplevelse av att bedömningar ifrågasätts ökar också i alla specialiteter. Även detta är mest uttalat för läkare i primärvård, men rapporteras också från läkare i så vitt skilda områden som neurologi och onkologi. Den samlade belastning detta kan antas medföra understryker behovet av att interna flöden och kedjor analyseras och värderas i syfte bl.a. att undvika effektivitets- och kvalitetsförluster.

¹⁴⁹ Av Karolinska Institutets senaste rapport (Alexanderson, K. m.fl. [2018]) om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning framgår att andelen läkare som svarat att man hanterar sjukskrivningsärenden sex gånger eller mer per vecka ökat från 33 till 45 procent i primärvård, från 53 till 58 procent inom psykiatri, från 71 till 74 procent i ortopedi och från 59 till 69 procent i rehabiliteringsmedicin.

7.3.4 Sjukskrivningar som blir långa

Fokus för den finansiella samordningen ligger på sjukfall upp till 90 dagar. Idén är bl.a. att ett bra initialt engagemang kan resultera i ett minskat antal långa sjukskrivningar.

Av 179 000 pågående sjukfall i december 2017 var närmare 70 000 (39 procent) längre än ett år. Cirka 43 000 av de pågående sjukfallen (24 procent) var längre än 730 dagar långa. Studier av rehabilitering handlar ofta om långa sjukfall. Resultaten kan inte betecknas som uppmuntrande. De talar för att de möjligheter hälso- och sjukvården kan erbjuda har begränsade förutsättningar att leda till återgång i arbete efter en längre tids sjukskrivning. Den form för finansiell samordning som föreslås har som ett mål att begränsa inflödet in i långa sjukskrivningar.

Hälso- och sjukvården har naturligtvis även för den här gruppen en viktig vårdande och stödjande funktion. Människor kan dessutom behöva hjälp med annat än det som de direkt är sjukskrivna för. Inte sällan är sjukdomsbilderna sammansatta och komplexa.

Dessa patienter kommer fortsatt att behöva hjälp och de kommer fortsatt att ingå i sjukvårdsuppdraget. Det är därför viktigt att framhålla det behov av resurser som vården har för att möta alla patienter. Att den finansiella samordningen fokuserar på sjukfall upp till 90 dagar får inte tolkas som att det endast är i det segmentet som resursbehovet är stort – gränsen handlar uteslutande om att ange var vårdens påverkan kan förväntas samspela konstruktivt med sjukförsäkringen.

7.3.5 Samverkan med Försäkringskassan och andra aktörer

Hälso- och sjukvårdens samarbete och samverkan med Försäkringskassan förtjänar att uppmärksammas. Dels för att relationen i dag har inslag som påverkar kvaliteten i sjukskrivningsprocessen negativt, men också för att det finns en positiv potential.

De positiva resultat som uppnåddes i FINSAM-försöket på 1990-talet uppnåddes av de två aktörerna tillsammans. Det förbättrade samarbetet framhålls som en av de mest påtagliga effekterna av försöket. I Södermanland angav exempelvis 98 procent av de tillfrågade att samarbetet förbättrats.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Finsamberedningen i Sörmland (1997).

Resurser användes bl.a. till att kunna ha handläggare från Försäkringskassan ute på vårdcentraler. Framväxt av team med speciell kompetens avseende ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro skulle exempelvis kunna hämta inspiration i dessa erfarenheter.

Vid de möten utredningen haft med primärvårdsföreträdare i olika landsting har samtalen ofta kommit att handla om samarbetet med Försäkringskassan på det lokala planet. I några fall utifrån att man saknar ett tidigare väl fungerande samarbete, med bl.a. relativt frekventa möten. I andra fall utifrån att man, trots en ny återhållsamhet från Försäkringskassan, lyckats upprätthålla ett fruktsamt samarbete.

Utredningens bedömning är att långsiktiga och stabila former för lokal samverkan i frågor rörande sjukskrivning och sjukfrånvaro borde vara ett prioriterat inslag i en stärkt lokal struktur för en bra sjukskrivningsprocess.

Att sådana etableras är inte något som hälso- och sjukvården ensidigt styr över. Hälso- och sjukvården kan dock bidra med initiativ och med engagemang. Ett möjligt nästa steg i framtida sådana samverkansformer är att få med arbetsgivare – inte minst de stora offentliga arbetsgivarna – och representanter för andra samhällssystem (som socialtjänst och skola etc.).

Ett exempel på sådan samverkan som utredningen kommit i kontakt med finns i Tidholm i Västra Götalandsregionen.¹⁵¹ Som en viktig del av kommunens satsning på att hjälpa människor, utan att sjukskrivning nödvändigtvis finns med i bilden, har man satsat resurser på former för tidig samverkan mellan hälso- och sjukvård, kommunen (både som kommunens största arbetsgivare och som samhällsaktör), Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

I en rapport om det projekt som bedrevs i kommunen mellan 2014 och 2016 framgår också att man bl.a. bedrivit ett målmedvetet utvecklingsarbete vid kommunens enda vårdcentral. Det har handlat om kompetensutveckling, organisationsutveckling och ett medvetet och uttalat ställningstagande för att det är bra om man kan hjälpa människor utan att sjukskrivning är nödvändig. Exemplet finns med i betänkandet som en illustration på det engagemang som finns lokalt och som det kan vara möjligt att hämta inspiration från.¹⁵²

¹⁵¹ Se Västra Götalandsregionen (2016).

¹⁵² Det faktum att Tidholm är en av mycket få kommuner som mellan 2010 och 2016 sänkte sitt sjukpenningtal gör inte exemplet mindre intressant.

7.3.6 Reflektioner och rekommendationer

Satsningar på öppenvård som en central del i byggandet av framtidens hälso- och sjukvård i Sverige ligger i linje med utredningens bedömning av hur vården bör utvecklas för att bättre svara upp mot de utmaningar som ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro innebär.

Sjukskrivning sker inte bara i primärvården och hur det samlade hälso- och sjukvårdssystemet i ett landsting agerar och kommunicerar spelar i slutändan roll för utfallet i form av volym på sjukfrånvaro. Brister i det försäkringsmedicinska agerandet i en del av hälso- och sjukvården får negativa konsekvenser för andra delar.

Det går dock inte att komma ifrån att primärvården har en nyckelroll. Det är i den delen av vårdapparaten som förändringar har störst förutsättningar att göra skillnad. Utredningen vill markera att ambitionen med det statsbidrag som kan förväntas utgå till landstingen är att det ska kunna användas till att strukturellt stärka primärvården. En tydlig orientering mot en mer förebyggande och samhällsnära roll är en särskilt önskvärd förflyttning. Etablerande av stabila samverkansformer torde vara ett angeläget inslag i detta

- Utredningen vill *fästa uppmärksamhet på* betydelsen av att primärvårdens utveckling i riktning mot ett förebyggande och samhällsnära arbetssätt får adekvat stöd. Det är angeläget att landstingen uppmärksammar primärvårdens nyckelroll och resursbehov. I detta måste det försäkringsmedicinska uppdraget synliggöras.¹⁵³

En specifik *rekommendation* är att långsiktiga och stabila samverkans- och samordningsformer etableras och vidmakthålls. Av stort värde är om dessa, utöver andra berörda samhällsorgan, även omfattar arbetsgivare.

7.4 Sammanfattande kommentar

Det tål att upprepas att sjukrivningsprocessen omfattar många aktörer varav arbetsgivare ofta är den viktigaste. Utredningens utgångspunkt är att en process med högre kvalitet förutsätter flera aktörers bidrag.

¹⁵³ SKL har pekat på att försäkringsmedicin ofta är integrerat i verksamheten, men på flera ställen fortfarande inte tillmätts adekvat betydelse (se SKL [2018b]).

Inte minst gäller det frågor kring läkarintyg som måste ta en ny och bättre riktning. Utredningen gör bedömningen att den ansträngda relation som finns mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kring innehåll i sjukintyg och behov av komplettering har flera grunder. En handlar om informationskrav i relation till sjukförsäkringen. En annan om de bedömningar och de insatser hälso- och sjukvården gör. En tredje faktor handlar om kompetens och professionell autonomi hos handläggare vid Försäkringskassan.

I kapitlet har utredningen sökt redogöra för några förutsättningar som gäller för hälso- och sjukvården i relation till sjukförsäkringen. Slutsatsen är att hälso- och sjukvården kan påverka sjukfrånvaron och att det finns mycket kvar att utveckla.

Utredningens uppfattning är att finansiell samordning i den form som här föreslås har goda förutsättningar att bidra till en långsiktigt positiv process. De extra resurser som landstingen förväntas få i form av statsbidrag inom ramen för samordningen är små i relation till de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvården, men är betydande i relation till de medel som normalt står till buds för utvecklingsinsatser inom exempelvis primärvården.

I takt med att vården etablerar arbetssätt som i högre grad hjälper människor att förebygga eller optimera sin sjukskrivning, bör detta bidra till en på sikt något mer balanserad belastning och en effektivare resursanvändning. Varje individ som inte hamnar i långvarig sjukskrivning är en vinst, i första hand för individen själv, men också för samhället i stort och för vården som organisation.

Den finansiella samordningens konstruktion ger även indirekta konsekvenser. Det råder ingen tvekan om att det finns en stor vilja inom hälso- och sjukvården att utvecklas i arbetet med att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Konstruktionen där den del av sjukfrånvaron som vården har störst möjligheter att påverka bestämmer statsbidragets storlek (utifrån det enskilda landstingets individuella förutsättningar) skapar bra möjligheter till jämförelser och konstruktiv reflektion. Det enskilda landstinget får bekräftelse på att arbetet ger resultat.

Den form av finansiell samordning som föreslås innebär att de tillskott som landstingen får kan disponeras fritt. Den föreslagna finansiella samordningen är därmed ett steg bort från detaljstyrning

i linje med det synsätt som Tillitsdelegationen presenterat i sitt slutbetänkande.¹⁵⁴

Antalet individer som uppbär sjukpenning ökade kraftigt mellan 2010 och 2017. Det finns med detta en risk att vissa iakttagelser förbises. En sådan är den samlade ohälsan (sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning sammanlagt) som nu ligger på historiskt låga nivåer. I december 2017 låg ohälsotalet på 26,2 dagar vilket är den hittills lägsta nivån den legat på.¹⁵⁵ När det gäller sjukpenning så ligger utvecklingskurvan för många diagnoser mer eller mindre still. Detta innebär att situationen är väl lämpad för att arbeta med långsiktiga kvalitetsförbättringar, betydligt mer lämpad än om det hade varit fråga om en situation som kräver dramatiska och snabba förändringar.

I utredningens direktiv anges att förslaget rörande finansiell samordning bör utformas för att "bidra till effektiva insatser för individer och minskade kostnader för sjukvårdshuvudmännen och sjukförsäkringen". Det utesluter inte att de minskade kostnaderna följer på etablerad stabilitet. Det finns mycket som talar för att långsiktiga vinster ligger i målmedveten och uthållig kvalitetsutveckling snarare än försök till snabba kostnadsminskningar.

¹⁵⁴ SOU 2018:47.

¹⁵⁵ Ohälsotalet var som allra högst 2003 med 43,2 ersatta dagar (se Försäkringskassan [2017f]).

8 Konsekvenser av förslagen

Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring kan förväntas ha både direkta och indirekta konsekvenser av betydelse för viktiga delar i välfärdssamhället. Frågor rörande hälsa, hälso- och sjukvård och sjukfrånvaro påverkar samhällsekonomi, jämställdhet och integration. Presenterade förslag bedöms också ha konsekvenser både för privata och offentliga vårdgivare, för arbetsgivare generellt och för Försäkringskassan.

8.1 Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna som presenteras i detta avsnitt berör statens budget och landstingens ekonomi. I den mån förslaget har påverkan på andra aktörers ekonomi, såsom exempelvis Försäkringskassan, beskrivs det under konsekvensavsnittet för respektive aktör.

8.1.1 Konsekvenser för statens budget

Under det första året med finansiell samordning, 2020, föreslås statsbidraget till landstingen uppgå till totalt en miljard kronor. Statsbidraget fördelas mellan de olika landstingen utifrån befolkningens mängden i åldrarna 16–64 år den 1 november 2019. Utredningens förslag är att detta ska finansieras genom de medel som hittills har budgeterats för överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en kvalitetssäker och effektiv sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Storleken på statsbidraget för finansiell samordning under de följande åren efter 2020 kommer att bero på hur kostnaderna för sjukpenning upp till 90 dagar utvecklas. Om statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting uppgår till det belopp som utgör

mittpunkten i referensfältet kommer statsbidraget att uppgå till totalt en miljard kronor.

Prognoser över sjukpenningens utveckling på några års sikt har visat sig svåra att göra och är osäkra.¹ Utredningen har ändå med hjälp av Försäkringskassans senaste prognoser över sjukfrånvarons utveckling (mätt som antalet nettodagar med sjukpenning) för åren 2018–2021 gjort beräkningar för statsbidragets storlek för åren 2021–2023. Försäkringskassans prognoser visar på en minskning av den totala sjukfrånvaron under perioden 2019–2021. I huvudsak förväntas dock den minskningen ske i sjukfall som är längre än 90 dagar. Utredningens beräkningar visar att med den prognosticerade nivån på den korta sjukfrånvaron så skulle utbetalningen av statsbidraget för 2021 bli 920 miljoner kronor för riket som helhet. För 2022 och 2023 bedömer utredningen att utgifterna för statsbidraget kommer att vara drygt en miljard kronor. I tabell 8.1 sammanfattas utredningens beräkningar för statens utgift för statsbidraget under åren 2020–2023.

Tabell 8.1 Statens utgift för den finansiella samordningen 2020–2023

Miljoner kronor				
	2020	2021	2022	2023
Statsbidrag	1 000	920	1 020	1 040

Källa: Egna beräkningar utifrån Försäkringskassans utgiftsprognoser för sjukpenning

Det är viktigt att poängtera att dessa beräkningar enbart bygger på Försäkringskassans prognoser och därmed inte beaktar effekterna på sjukfrånvaron som införandet av den finansiella samordningen förväntas få, dvs. att landstingens insatser bidrar till minskad sjukfrånvaro och lägre sjukpenningutgifter.

Om sjukpenningutgifterna blir lägre än den beräknade mittpunkten föreslår utredningen att statsbidraget till landstingen ökar och då finansieras av sänkta sjukpenningutgifter. Utredningen beräknar effekten på sjukpenningutgifterna enligt följande.

¹ Detta påpekar Försäkringskassan i sina utgiftsprognoser. Se exempelvis Försäkringskassan (2018d), tabell 1.1, s. 29.

Beräknad effekt för alla sjukfallslängder

Statens utgifter för statsbidraget till finansiell samordning ökar om sjukpenningutgifterna för sjukfall kortare än 90 dagar minskar. En sänkning av sjukfrånvaron i antalet sjukfall som blir kortare än 90 dagar kan samtidigt på sikt förväntas få effekt även på antalet sjukfall som blir längre än 90 dagar. För att visa på effekten på statsbidragets storlek och sjukpenningutgiften vid en sänkning av sjukfrånvaron har utredningen beräknat ett scenario med hjälp från Försäkringskassan för att få fram den totala effekten på sjukpenningutgiften. I scenariot antas antalet sjukfall som passerar 90 dagar minska med fem procent under en årsperiod, vilket skulle innebära att sjukpenningutgiften för sjukfall upp till 90 dagar minskar med 370 miljoner kronor på ett års sikt.² En sådan minskning inom referensfältet skulle innebära att statsbidraget ökar med 185 miljoner kronor. Samtidigt får en minskning av antalet sjukfall som passerar 90 dagar på sikt även effekter för sjukpenningutgiften för sjukfall som är längre än 90 dagar. Beräkningarna visar att sjukpenningutgiften totalt kan förväntas minska med 980 miljoner kronor för det år som följer efter att minskningen har skett. Det innebär att minskningen av sjukpenningutgiften vida överstiger ökningen av utgiften för statsbidraget.

Beräkningsmetoden i scenariot bygger på att kvarstående sannolikheterna för sjukfall som blir längre än 90 dagar antas vara oförändrade före och efter minskningen av sjukfrånvaron. Om de sjukfall som bidrar till minskningen i genomsnitt har en lägre kvarståendesannolikhet än övriga sjukfall, vilket är rimligt att anta, innebär beräkningen en överskattning av sänkningen av den totala sjukpenningutgiften. Det är på förhand svårt att uppskatta hur stor denna effekt är, men med tanke på att minskningen av den totala sjukpenningutgiften är fem gånger så stor som ökningen i statsbidraget synes det klarlagt att en ökning av statsbidraget till följd av en minskning av sjukfrånvaron helt kan finansieras genom minskade sjukpenningutgifter.

² Beräkningen bygger på att både inflödet till sjukförsäkringen minskar och att avsluten före dag 90 i ett sjukfall ökar.

Beräknad effekt till följd av årlig justering

Ytterligare en effekt på statens budget till följd av förslaget är den årliga justeringen av beloppen i referensfältet. Referensfälten föreslås justeras årligen för förändringar i befolkningen i åldern 16–64 år samt för förändringar i medelersättningen för sjukpenning. Om denna justering inte görs skulle exempelvis en oförändrad nivå på sjukfrånvaron mätt som antalet nettodagar och en samtidig ökning av medelersättningen innebära att statsbidraget till landstingen skulle minska eftersom det leder till en ökning av statens utgift för sjukpenning (se avsnitt 6.4.1). Vid en tillväxt i produkten av förändringen befolkning och medelersättning kommer det högsta möjliga statsbidraget till landstingen att öka nominellt över tid. I tabellen nedan visas ett exempel på det högsta möjliga statsbidraget för riket totalt. Exemplet bygger på Statistiska centralbyråns befolkningsprognos (genomsnittlig ökning med 0,7 procent per år) och Regeringskansliets prognos för förändring i medelersättning (genomsnittlig ökning med 1,6 procent per år) för åren 2019–2021.

Tabell 8.2 Högsta möjliga statsbidrag till landstingen 2021–2023

Miljoner kronor

År	2021	2022	2023
Högsta statsbidrag	2 000	2 046	2 094

Källa: Egna beräkningar utifrån prognoser från Försäkringskassan och Regeringskansliet

Det skulle principiellt vara möjligt att beräkna statsbidraget utifrån en nominell fast ram för statens budget på exempelvis två miljarder kronor. Detta skulle dock urholka värdet av statsbidraget till landstingen över tid och därmed försvaga drivkrafterna för landstingen. För att undvika detta gör utredningen bedömningen att statsbidraget bör följa utvecklingen av befolkningen och medelersättningen (se vidare i avsnitt 6.4.3 för utredningens övervägande kring detta).

Andra effekter kopplade till statens budget

En annan effekt för staten av den finansiella samordningen är att förslaget i viss mån begränsar möjligheterna till att göra snabba omprioriteringar av allokeringen av statens medel då den finansiella

samordningen binder upp ett utrymme i statsbudgeten. En av utredningens utgångspunkter för den föreslagna samordningen är att den ska ge landstingen möjlighet till att långsiktigt investera i och utveckla arbetet med frågor rörande sjukskrivningar. Om staten har möjligheten att från år till år bestämma hur mycket medel som kan lämnas i statsbidrag minskar stabiliteten och långsiktigheten i den finansiella samordningen drastiskt.

Om det å andra sidan i utvärderingar av den finansiella samordningen skulle framkomma att den inte får avsedd effekt så finns det möjligheter att i förordningen som ligger till grund för förslaget justera beräkningarna av statsbidraget inför kommande resultatperioder. Det kan exempelvis göras genom att justera den andel med vilken statsbidraget ska lämnas i förhållande till den övre gränsen i referensfältet (se 6 § i den föreslagna förordningen). I förslaget finns det även en möjlighet till jämkning av de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält vid väsentligt ändrade förhållanden som saknar samband med landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och som påverkar statens utgift för sjukpenning under en pågående resultatperiod (se 9 § andra stycket i den föreslagna lagen och avsnitt 6.5.2). Utredningen vill dock betona att dessa möjligheter är avsedda att användas restriktivt för att inte riskera den långsiktiga stabiliteten i den finansiella samordningen. Utredningen anser mot bakgrund av det ovanstående att argumenten för stabilitet i den finansiella samordningen väger tyngre än den begränsning som det innebär för staten att inte kunna styra statsbidragets storlek årligen.

8.1.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

Som beskrivits tidigare i betänkandet har staten och SKL ingått överenskommelser för åren 2006–2018 som inneburit att landstingen har fått statsbidrag för genomförda åtgärder kopplade till arbetet med sjukskrivningar. Ur ett ekonomiskt perspektiv har det från landstingen riktats kritik mot överenskommelserna för att de skapat en osäkerhet för att göra investeringar över längre tid eftersom överenskommelserna varit tidsbegränsade, samt för att utbetalningarna kommit i efterhand vilket har gjort det svårt att planera hur medlen ska användas eftersom de inte har kunnat hanteras i det ordinarie budgetarbetet.

Den finansiella samordningen är tänkt att ge landstingen incitament att göra investeringar och fortsätta utveckla kompetens inom områden som har med förmågan att möta ohälsa kopplad till ökande sjukfrånvaro att göra. En utgångspunkt för utredningen är ambitionen att skapa förutsättningar för långsiktighet och stabilitet för att underlätta landstingens planering. En del i detta är att landstingen inför sin budgetprocess ska veta storleken på statsbidraget för det år som budgeteras. Landstingen kommer redan i april året innan statsbidraget utbetalas veta storleken på beloppet.

I avsnittet om konsekvenser för statens budget visas utifrån en prognos statsbidragets storlek för de kommande åren. Under det första året när den finansiella samordningen införs, 2020, kommer landstingen att få ett statsbidrag på en miljard kronor som fördelas till landstingen utifrån befolkningsmängd i åldrarna 16–64 år. Året därpå visar beräkningarna på att det totala statsbidraget blir 920 miljoner kronor för att under de följande två åren uppgå till drygt en miljard kronor. Det innebär att statsbidraget enligt prognosen för perioden kommer att motsvara det högsta belopp som tidigare betalats ut via överenskommelserna med SKL. En stor skillnad jämfört med överenskommelserna är dock att statsbidraget som betalas ut får disponeras på det sätt som landstingen anser är bäst för att arbeta med sjukskrivningsfrågan. En annan stor skillnad är att landstingen via sitt engagemang har möjligheten att påverka utfallet utan koppling till hur det går för andra landsting.

Statsbidraget kommer att beräknas enskilt för varje landsting och baseras på utgiften för sjukpenning för sjukfall upp till 90 dagar inom respektive landsting. Det innebär att utvecklingen av statsbidragets storlek kan variera mellan landstingen. Skälet till att statsbidraget beräknas för varje enskilt landsting är att det ska bli en tydligare koppling mellan statsbidragets storlek och utvecklingen av sjukfrånvaron i det enskilda landstinget.

Storleken på statsbidraget kan för 2021 som mest uppgå till två miljarder kronor totalt för riket om statens utgift för sjukpenning är lika med eller under den nedre gränsen för referensfältet. Åren därefter kommer det maximala beloppet att räknas om med utvecklingen av befolkningstillväxten och förändringen i medelersättning såsom beskrivs ovan. Om statens utgift för sjukpenning i stället skulle vara lika med eller högre än den övre gränsen i referensfältet får landstingen inget statsbidrag. Landstingen kommer dock som

den finansiella samordningen är konstruerad inte att blir betalnings-skyldiga om sjukfrånvaron överstiger den övre gränsen i referens-fältet.

För landstingen skulle ett negativt scenario vara att sjukfrånvaron stiger trots utvecklat arbete kring sjukskrivningarna. Om detta beror på att det skett väsentligt ändrade förhållanden som saknar samband med landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor så ska referens-fälten fastställas på nytt och anpassas till de nya förutsättningarna.

Utan sådana väsentligt ändrade förhållande är det inte troligt att nivån på sjukfrånvaron från ett år till ett annat kommer att förändras så mycket att det blir stora variationer i utbetalningarna mellan två år, utan att det sker mer gradvist. Med utredningens förslag till finansiell samordning kommer landstingen dessutom att löpande få information om hur sjukfrånvaron i det enskilda landstinget utvecklas i förhållande till referensfältet. Detta i kombination med att landstingen i god tid innan statsbidraget betalas ut får veta beloppets storlek gör det möjligt att löpande anpassa verksamheten för att möta effekterna av förändringarna i sjukfrånvaron.

Om det i utvärderingar skulle konstateras att den finansiella samordningen inte fått avsedd effekt trots utvecklat arbete kring sjukskrivningsfrågor och om det inte bedöms vara tillräckligt att göra justeringar inom ramen för den finansiella samordningen bör den finansiella samordningen inte fortsätta.

8.1.3 Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället

I ett vidare perspektiv kan det påpekas att en huvudambition med förslaget om finansiell samordning är att bidra till ökad stabilitet i sjukfrånvaron snarare än en ensidig inriktning på sänkt sjukfrånvaro. En generellt ökad stabilitet förbättrar planeringsförutsättningarna både för hälso- och sjukvården och staten, med ökad kvalitet och effektivitet som följd. Båda dessa faktorer har betydande positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

Utöver effekterna för staten och landstingen kan den finansiella samordningen väntas ge effekter för enskilda individer. Varje enskilt fall där sjukskrivning kan förebyggas eller förkortas ger ett mervärde för individen ifråga, dels genom bättre välbefinnande, dels genom

högre inkomster givet att han eller hon kommer tillbaka till arbetslivet.

Detta leder i sin tur även till positiva effekter för samhället genom att det innebär en ökad produktion.

8.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förändringar avseende relationen mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring skulle potentiellt kunna medföra inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Det skulle exempelvis kunna medföra att landstingen tilldelas ett åliggande de tidigare inte haft. Ett exempel på detta är den föreslagna lagen som anger att det i landstingen ska finnas en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården för att främja patienters återgång i arbete.³

Det förslag till finansiell samordning som lämnas i det här betänkandet är inte av samma karaktär. Utredningen har medvetet, och i enlighet med utredningens direktiv, valt att ta fram en modell för finansiell samordning som baseras på *möjlighet* att få statsbidrag. Landstingen väljer själva vilka insatser som bör vidtas för att uppnå en stabil sjukfrånvaro och därmed få del av det föreslagna statsbidraget. Utredningen har vid framtagande av sina förslag på alla väsentliga punkter gjort de val som innebär minst inverkan på landstingens självbestämmande. Den enda slutsats utredningen kan komma till är att förslaget om finansiell samordning *inte på något sätt* inkräktar på den kommunala självstyrelsen.

8.3 Konsekvenser för vårdsökande och för patienter i vården

För de vårdsökande som tydligast berörs av finansiell samordning – exempelvis människor som uppsöker primärvården för psykisk ohälsa – är förhoppningen en gradvis förbättrad kvalitet i vård och behandling. Fler förväntas få hjälp tidigt och fler förväntas få effektiva insatser (inklusive stöd i kontakter med arbetsgivare) vilket bedöms bidra till färre och kortare sjukskrivningar.

³ Ds 2018:5.

För andra patientgrupper förväntas den finansiella samordningen få små eller obetydliga konsekvenser. En stor andel patienter har kontakt med delar av hälso- och sjukvården som det inte finns någon anledning att tro kommer att nämnvärt påverkas av att landstingen utvecklar de delar av vården som har med sjukskrivning och sjukfrånvaro att göra. Det rimliga antagandet är att sådana satsningar kommer primärvården till del och att detta bör kunna leda till en positiv utveckling som gynnar primärvårdens alla patienter.

En angelägen fråga är om incitament för hälso- och sjukvården att begränsa sjukpenningutgifterna kan leda till att de prioriteringsordningar som gäller i vården kan komma att åsidosättas. Det skulle med detta exempelvis kunna finnas en risk för att patienter som ingår i arbetskraften prioriteras före andra patienter som inte gör det, t.ex. äldre människor eller barn.

Utredningen bedömer att riskerna för detta är små. Detta av en rad skäl.

Utifrån tidigare erfarenheter av finansiell samordning finns det inget som tyder på några sådana tendenser. En aspekt av detta är som utredningen tolkar saken att vårdens professionella har en mycket stark etisk grundhållning som inte enkelt ruckas. De negativa incitament som finansiell samordning kan innebära bedöms i just det perspektivet som begränsade.

Ett annat viktigt skäl till varför utredningen kommer till slutsatsen att den finansiella samordningen inte kommer att leda till undanträngningseffekter är att alla förändringar i riktning mot högre kvalitet och effektivitet torde vara positiva för hälso- och sjukvården i sin helhet inklusive de patienter som inte direkt berörs av den finansiella samordningen.

Ytterligare ett argument för utredningens bedömning är att frågan tydligt kommer att uppmärksammas och att utvärderingen av finansiell samordning särskilt kommer att fokusera på kontroll av att tendenser i oönskad riktning inte förekommer.

8.4 Konsekvenser för hälso- och sjukvården

Utredningens förslag riktar sig till hälso- och sjukvården och den del av vårdens arbete som är kopplad till sjukfrånvaro. Ambitionen är att hälso- och sjukvården ska kunna påräkna ett finansiellt tillskott

avsett att kunna investeras i struktur och kompetens utifrån de enskilda landstingens förutsättningar och behov. Det betyder att de konkreta avtrycken i form av satsningar eller prioriteringar kan se olika ut beroende på var i landet de sker. Utredningens utgångspunkt är att större delen av stimulansbidraget kan förväntas gå till att stärka primärvårdens förutsättningar. En möjlig konsekvens är att primärvården genom den finansiella samordningen får möjlighet att i något snabbare takt än annars anställa medarbetare som kan bidra med arbete relaterat till sjukskrivningar. Detta kan gälla medarbetare med traditionell medicinsk kompetens, men också andra professionskategorier som kan avlasta medicinskt utbildad personal.

Ambitionen är vidare att den nya formen av statsbidrag ska leda till att administrativa aspekter ska begränsas till ett absolut minimum, och minska betydligt i jämförelse med vad som exempelvis gällde åiterrapporteringar inom ramen för tidigare ”miljardenöverenskommelser”. Ett krav på enklare inrapportering gällande vilka satsningar och överväganden som görs ska hållas på en nivå som inte avviker från den som gäller för hälso- och sjukvårdens verksamhet i övrigt.

I jämförelse med tidigare stimulansbidrag via överenskommelser mellan staten och SKL kommer storleken på det statsbidrag som hälso- och sjukvården får för ett givet år att vara känd i god tid före det aktuella budgetåret och därför kunna planeras in för det årets verksamhet.

8.4.1 Konsekvenser för privata vårdgivare

Finansiell samordning förväntas medföra konsekvenser för privata aktörer inom vårdsektorn. För att samordningen ska ha förutsättningar att ge avsedd effekt är det av central betydelse att privata vårdgivare engageras och tilldelas samma möjligheter (i form av adekvat andel av statsbidraget) och samma skyldigheter att bidra till kvalitetsutveckling och resultat i termer av stabilare sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar som andra vårdgivare i ett landsting.

8.5 Konsekvenser för jämställdhet

Jämställdhetsfrågor rör båda könen. Det kan finnas olika identifierade eller ännu oidentifierade aspekter av hälso- och sjukvårdens arbete eller det sätt på vilket sjukförsäkringen fungerar som kan slå olika för män och för kvinnor som kategorier. De båda könen kan exempelvis ha olika mönster i sitt sätt att söka vård och att presentera hälsoproblem. På samma sätt kan hälso- och sjukvården eller Försäkringskassans handläggare respondera olika på dessa mönster.

Ett grundläggande konstaterande är att två av tre sjukskrivna är kvinnor. Detta talar för att det inte råder jämställdhet mellan könen avseende hälsa. Kvinnor rapporterar också i lägre grad än män att man har god hälsa. Besvär som ängsla, oro eller ångest är vanligare bland kvinnor än bland män. Fler kvinnor än män uppger sig ha svårt att sova, och lider exempelvis i högre utsträckning av huvudvärk. Förklaringar kan delvis handla om att män och kvinnor finns i olika delar av arbetsmarknaden och att ansvaret för oavlönat hemarbete är ojämnt fördelat.⁴

Den skillnad som finns kommer dessutom till uttryck i sjukfrånvaro. Regeringen har utifrån detta tydligt uttalat att skillnaden mellan könen vad gäller sjukfrånvaro ska minska.

Som fenomen är sjukfrånvaro mycket komplext och omfattar många olika dimensioner och komponenter, men det råder knappast någon större oenighet om att en låg och stabil sjukfrånvaro generellt är något positivt både för individ och samhälle. När sjukfrånvaron stiger så har den hittills stigit brantare för kvinnor än för män, och när den sjunker så råder det motsatta förhållandet. Om den föreslagna finansiella samordningen leder till avsett resultat – dvs. att bidra till att kvinnor och män i ökad utsträckning får den hjälp och det stöd som behövs för att undvika sjukskrivning, eller för att på ett effektivt och hållbart sätt återvända i arbete efter nödvändig sjukskrivningstid – finns därför alla skäl att anta att de positiva effekterna blir större för kvinnor än för män.

En tudelad arbetsmarknad framhålls ofta som en viktig förklaringsfaktor bakom skillnader i mäns och kvinnors sjukfrånvaro. Ansträngningar för förbättrade arbetsmiljöer lyfts som en av de viktigaste åtgärderna för att förebygga ohälsa kopplad till arbetet.⁵

⁴ Se Statistiska centralbyrån (2018c).

⁵ SOU 2017:47.

Ett engagemang för att komma till rätta med negativa inslag i människors arbetsmiljöer är något som uppenbart måste ta sig en mängd olika konkreta uttryck under lång tid. Om man förenklat delar in dessa i en makro- och i en mikro-dimension så kan den förstnämnda bl.a. omfatta saker som skärpt nationell lagstiftning, centralt styrd uppföljning och utvärdering och den senare bl.a. en vardagsnära och individuell dialog mellan i första hand arbetstagare och arbetsgivare. Ambitionen med förslagen i den här utredningen är bl.a. att incitamenten för mer och bättre kommunikation mellan individen, hälso- och sjukvården och berörda arbetsgivare kan stärkas. Om detta lyckas borde det ha inverkan på arbetsmiljöer och arbetsvillkor vid landets arbetsplatser. I första hand för direkt berörda individer, men efterhand också på ett bredare plan.

Den typ av ohälsa som driver sjukfrånvaro etiketteras ofta som psykisk ohälsa. Den sammanfattande beteckningen omfattar en rad olika tillstånd. Gemensamt för dem är att de i högre grad leder till sjukfrånvaro för kvinnor än för män och att de behandlingsstrategier som är möjliga inte är tillräckligt utbyggda och/eller utvecklade. Finansiell samordning kommer inte ensamt att lösa de utmaningar som ligger i detta. Finansiell samordning förväntas dock kunna stimulera till en gradvis förflyttning i önskvärd riktning. Om så sker är det i riktning mot ökad jämställdhet vad gäller hälsa.

Utredningen bedömer att de effekter som förslaget kan leda till har potentiella positiva konsekvenser även för män. Ojämsställdhet kan ta sig många olika uttryck och drabba könen på olika sätt. Ett utvecklat bemötande och ett utvecklat arbetssätt i vården torde även komma män till del. Även män – särskilt unga män – drabbas av den sorts ohälsa som är kopplad till ökande sjukfrånvaro. Det finns också teorier som säger att mäns psykiska ohälsa är underdiagnostiserad. Teorier talar om att detta i så fall kan bero på att män i lägre grad än kvinnor är benägna att acceptera att man faktiskt lider av psykisk ohälsa och därför inte söker hjälp, eller att man kanaliserar ohälsan på andra sätt – via somatisk problematik och/eller exempelvis i form av missbruksbeteenden. Det har också hävdats att hälso- och sjukvården inte i tillräcklig grad är lyhörd inför detta. Om hälso- och sjukvården lyckas utveckla ett mer förebyggande arbetssätt, med utvecklad diagnostisk kompetens och fler lättillgängliga evidensbaserade behandlingsmetoder skulle det kunna bidra till att även män i högre grad få adekvat hjälp.

8.6 Konsekvenser för integration

Utrikes födda har i dag generellt lägre grad av sjukskrivning än inrikes födda. Detta beror, enligt studier som Försäkringskassan gjort,⁶ på att många i gruppen utrikes födda inte kvalificerat sig till rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Jämför man sjukfrånvaro för utrikes födda kvinnor och män med inrikes födda för dem som har reell möjlighet att få sjukpenning kan det konstateras att sjukfrånvaro är högre för utrikes födda. Det kan finnas en rad skäl till detta, bl.a. att utrikes födda är överrepresenterade i arbeten med generellt hög sjukfrånvaro (vilket Försäkringskassan framhåller i sin rapport). Men även när man konstanthåller för detta kvarstår vissa skillnader.

Det finns sammantaget flera indikationer på att risker för sjukfrånvaro bland utrikes födda över tid skulle kunna komma att öka i takt med ett ökat inträde på arbetsmarknaden. Om detta skulle ske vore det generellt negativt för förutsättningarna för en bra integration i det svenska samhället. En hög sjukfrånvaro skulle kunna bli ytterligare en belastning i den processen.

Syftet med finansiell samordning är bl.a. att stimulera hälso- och sjukvården att höja kvaliteten i mötet med hjälpsökande tidigt i människors ohälsa och helst innan behov av sjukskrivning är ett faktum. I detta ligger bl.a. att utveckla arbetet med psykisk ohälsa och att motverka tendenser till medikalisering av det som betecknas som normala livsproblem.

Förväntningarna på hälso- och sjukvården är med utredningens förslag inte att drastiskt minska sjukfrånvaron, utan att gradvis och långsiktigt etablera en kvalitet som bidrar till stabilitet i inflödet och nivån i sjukfrånvaro. Att säkra att människor får hjälp och stöd utan att detta nödvändigtvis baseras på sjukskrivning.

Om hälso- och sjukvården lyckas med detta bör det gynna integration och motverka segregation. Att ha ett arbete är enligt tillgänglig forskning en av de allra viktigaste nycklarna som finns för att etablera sig i ett nytt samhälle och i en ny kultur.

⁶ Försäkringskassan (2017d).

8.7 Konsekvenser för Försäkringskassan

En direkt konsekvens för Försäkringskassan är att man kommer att få till uppgift att handlägga och besluta om statsbidrag till landstingen. Det innebär att på landstingsnivå månadsvis uppdatera data gällande utvecklingen av sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar. Till detta kommer att uppgifterna månadsvis ska kommuniceras till de olika landstingen. Försäkringskassan kommer dessutom att ha ansvar för att årligen bestämma justerade beloppsnivåer för de referensfält som ligger till grund för om landstingen ska få statsbidrag. En stor del av detta arbete torde kunna automatiseras. Efter en initial inkörningsperiod torde resursåtgången kunna begränsas till maximalt en årsarbetskraft.

Ett ansvar som vid enstaka tillfälle kan, men inte måste, innebära ett ytterligare engagemang, är om förutsättningarna för referensfälten som helhet kraftigt förändras och måste göras om. I en sådan process kan man utgå från att Försäkringskassan måste spela en viktig roll. Utredningens bedömning är att det finns en mycket begränsad sannolikhet att detta ska inträffa mer än vid något enstaka tillfälle under en flerårsperiod och att det kan förväntas handla om en i tid begränsad insats.

Samtidigt med dessa direkta konsekvenser vad gäller något ökad belastning på Försäkringskassans administration ligger i den nya formen för finansiell samordning att de tidigare överenskommelserna mellan staten och SKL kommer att fasas ut. Det administrativa arbetet med detta uppskattas av Försäkringskassan ha uppgått till cirka en årsarbetskraft som finansierats inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag. Utredningens bedömning är att de nya uppgifterna inte överstiger den administration som överenskommelserna innebär.

Utöver de direkta, kan även indirekta konsekvenser komma att bli aktuella. Med indirekt avses här att krav, eller önskemål, från staten och/eller andra aktörer aktualiseras som en följd av den finansiella samordningens tydliga fokus på ett långsiktigt effektivt arbete för att bringa stabilitet i sjukfrånvaron. Den föreslagna formen för finansiella samordning medför exempelvis förutsättningar för kontaktytor som rätt nyttjade kan leda till ett utökat engagemang från både hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans sida. Detta berör bl.a. Försäkringskassans samordningsansvar. Bättre samverkan

mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården skulle också kunna betyda att de två myndigheterna bättre lyckas selektera i vilka sjukfall som samverkan har bäst förutsättningar att lyckas. Med en högre effektivitet i val av fokus behöver inte ett utvecklat samarbete betyda ökad administrativ belastning på Försäkringskassan.

Försäkringskassan åläggs inga nya uppgifter i ärendehantering. Myndigheten kommer fortsatt att bedöma arbetsförmåga, pröva rätt till ersättning och samordna rehabilitering. Finansiell samordning förväntas bidra till en bättre fungerande sjukskrivningsprocess vilket kan antas förbättra Försäkringskassans förutsättningar att utöva sitt uppdrag.

En indirekt konsekvens av en ny form för finansiell samordning skulle kunna bli en ökad efterfrågan på samverkan tidigt i sjukfall. I ett sammanhang där sjukskrivningsprocessen fungerar bättre antas detta väl rymmas inom de resursmässiga ramar som finns.

8.8 Konsekvenser för andra myndigheter, organisationer och företag

Finansiell samordning har bedömts inte påverka den kommunala självstyrelsen. Det är inte det samma som att den inte påverkar landstingen. Tvärtom är ju sådan påverkan en väsentlig ambition med samordningen. Den förväntade påverkan är att landstingen ska etablera en tydligare medvetenhet om vikten av sjukskrivningsrelaterade frågor och att medvetna satsningar på kompetens och struktur blir en integrerad del av hälso- och sjukvårdens planering.

En av de organisationer som den finansiella samordningen kan förväntas medföra konsekvenser för är SKL. Finansiell samordning föreslås ersätta tidigare överenskommelser som gett landstingen stimulansmedel för att bidra till en välfungerande sjukskrivningsprocess. I dessa spelade SKL en drivande och koordinerande roll. SKL var också den organisation som tillsammans med regeringen fastställde villkoren som låg till grund för förutsättningarna för att landstingen skulle få del av stimulansmedlen. SKL:s roll kopplad till överenskommelserna kommer att försvinna i och med att den nya finansiella samordningen föreslås ersätta överenskommelserna.

Samtidigt är det enligt utredningen rimligt att förvänta sig att SKL kommer att vara en central aktör i det nationella forum som

utredningen bedömer bör etableras för kunskaps- och implementeringsstöd som relaterar till den finansiella samordningen (se avsnitt 6.11). Det är av stor vikt att den kunskapsuppbyggnad som SKL har bidragit till tas tillvara. SKL bör också vara en huvudaktör i arbetet med att fortsätta samla erfarenheter och bidra till spridning av ny kunskap samt till att utvecklingen av nya arbetssätt uppmuntras och koordineras.

Sjukfrånvaro, och ohälsa förknippad med sjukfrånvaro, är något som i hög grad påverkar svenska företag och svenska arbetsgivare. För många företag och arbetsgivare är det en ökande korttidssjukfrånvaro (där den sjukskrivne ofta inte har haft någon kontakt med hälso- och sjukvården) som är det största gisslet, men även längre sjukfrånvaro och den numera alltmer uppmärksammade sjuknärvaron är ett växande problem. Det finns hos många arbetsgivare en växande insikt om de möjligheter man har att påverka och om de konsekvenser som kan följa av om man inte gör det. Arbetsgivare har ju också tilldelats ett nytt ansvar via det nya krav på att upprätta rehabiliteringsplaner som beskrivits tidigare i betänkandet. Finansiell samordning kan i kombination med den föreslagna lagen om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården förväntas medföra att arbetsgivare i ökad utsträckning vidtar anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen för sjukskrivna anställda. Om samordningen ger tänkt resultat kommer efter hand fler arbetsgivare att ha dialog med representanter för hälso- och sjukvården kring medarbetare och kring funktioner i den aktuella arbetsgivarens verksamhet. Särskilt tidigt och tydligt kan det tänkas ske för arbetsgivare inom välfärdssektorn: skola, vård och omsorg.

8.9 Konsekvenser för miljön m.m.

Under den här rubriken sammanfattar utredningen konsekvenser gällande övriga grupper och aspekter som bör beaktas. Det handlar exempelvis om miljö, barn, brottslighet, sysselsättning och offentlig service. Utredningen kan inte se att den finansiella samordningen har någon konsekvens för nämnda kategorier eller samhällsfenomen.

8.10 Statsstödsregler

Utgångspunkten enligt artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt är att stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion är oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

Statsbidrag inom ramen för den föreslagna finansiella samordningen ska lämnas till landsting i deras roll som huvudman för hälso- och sjukvård. Bidraget lämnas utan villkor på särskilda åtgärder – det lämnas till det mottagande landstinget att avgöra hur medlen ska användas inom ramen för landstingets finanser. Utredningen bedömer att den finansiella samordning som föreslås inte i sig kan anses utgöra statligt stöd som är oförenligt med Europeiska unionens inre marknad.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget till lag om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor

1 §

I paragrafen anges att lagen innehåller bestämmelser om finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården genom statsbidrag till landsting. Syftet med samordningen anges vara att genom statliga medel stimulera landstingens arbete med frågor relaterade till sjukskrivning.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1.

2 §

Enligt paragrafen gäller vad som i lagen anges om landsting även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1.

3 §

I paragrafen anges betydelsen av vissa centrala ord och uttryck i lagen.

Med ordet *bidragsår* avses ett visst kalenderår som ett landsting kan ha eller har rätt till statsbidrag enligt 4 §. Före det att rätten till bidrag ett visst kalenderår har bestämts, avser begreppet ett kalenderår som landstinget kan ha rätt till bidrag. Efter det att rätten till bidrag ett visst kalenderår har bestämts, avser begreppet det kalenderår som landstinget har rätt till bidrag.

Uttrycket *statens utgift för sjukpenning* beskrivs som det belopp som staten har betalat ut för folkbokförda personer i ett landsting i form av sjukpenning enligt 27 och 28 kap. socialförsäkringsbalken för de första 89 dagarna i en sådan sjukperiod som avses i 27 kap. 26 § samma balk, efter avdrag för belopp avseende sådan sjukpenning som har kommit in till staten. Av 4 och 5 §§ framgår att både rätten till statsbidrag och bidragets storlek påverkas av denna utgift. Grunden för utgiften utgörs av den ersättning som sammanlagt har betalats ut för de personer som avses. Det är var en person är folkbokförd vid utbetalning av sjukpenning, dvs. inte vid ansökan eller beslut om sjukpenning, som är avgörande för frågan till vilket landsting det utbetalda beloppet ska räknas. En persons folkbokföringsort vid en viss tidpunkt följer av bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481). Från det utbetalda beloppet ska den ersättning som sammanlagt har betalats in dras av. Med orden ”sådan sjukpenning”, som inbetalningarna till staten ska avse, menas både samma ersättningsform och samma personkategori som statens utbetalningar omfattar. Av detta följer att det även är var en person är folkbokförd när en betalning avseende exempelvis felaktigt lämnad sjukpenning har kommit in till staten, dvs. inte när återbetalning har beslutats eller när den enskilde har betalat beloppet, som avgör frågan till vilket landsting det inbetalda beloppet ska hänföras. Eftersom det är fråga om sjukpenning som har betalats ut ”för” folkbokförda personer omfattas även sådan ersättning som har betalats ut till arbetsgivare enligt 27 kap. 56 och 57 §§ socialförsäkringsbalken eller till utrikesförvaltningen enligt 27 kap. 60 § samma balk. Uttrycket är begränsat till sjukpenning för tiden fram till och med den 89:e dagen i en sjukperiod, vilket även omfattar sjukperioder som är kortare än så. Innebörden av sjukperiod är samma som enligt bestämmelserna om sjukpenning och ska tolkas på samma sätt. En sjukperiod kan i enlighet med detta omfatta tid då en försäkrad har rätt till eller får annan ersättning än sjukpenning (se 27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken). Det är emellertid endast belopp som avser sjukpenning som är relevant för statsbidraget. I beskrivningens sista mening anges att, om en sjukperiod i det enskilda fallet har börjat inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska den senare sjukperioden anses vara en fortsättning på den tidigare sjukperioden. Återinsjuknandebestämmelsen motsvarar delar av den bestämmelse som finns i 27 kap. 32 § socialförsäkringsbalken. Nu

aktuell bestämmelse ska tillämpas på samma sätt som bestämmelsen i socialförsäkringsbalken i de relevanta delarna.

Med ordet *resultatperiod* avses den tolv månadersperiod för vilken statens utgift för sjukpenning ligger till grund för statsbidrag ett bidragsår. Av 4 och 5 §§ framgår att perioden är relevant både när det gäller rätten till statsbidrag och bidragets storlek. Bestämmelsen innebär, i kombination med beskrivningen av uttrycket statens utgift för sjukpenning, att till ett landsting ska hänföras belopp avseende sjukpenning som faktiskt har betalats ut under resultatperioden för personer som faktiskt var folkbokförda i landstinget när utbetalningen gjordes. Vidare ska till ett landsting hänföras belopp avseende sjukpenning som faktiskt har kommit in till staten under resultatperioden och som avser personer som faktiskt var folkbokförda i landstinget när beloppet kom in. Retroaktiva förändringar av exempelvis en enskilds rätt till sjukpenning för tid under resultatperioden som beslutas eller betalas därefter ska inte beaktas för den perioden. Eftersom statens utgift för sjukpenning avser belopp som staten "har betalat ut" och belopp som "har kommit in" till staten, kan en resultatperiod inte avse annat än en redan passerad tid i förhållande till tidpunkten när statsbidraget som grundar sig på utgiften under resultatperioden bestäms. Enligt 11 § 1 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om vilken tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod.

Ordet *referensfält* anges som ett för ett landsting särskilt angivet intervall som avser statens utgift för sjukpenning på årsbasis. Beloppen i ett referensfält avser således den sammanlagda utgiften under en period om tolv månader, som inte behöver omfatta ett kalenderår. Vidare anges att gränserna för ett referensfält utgörs av en högsta och en lägsta beloppsnivå. Av 4 och 5 §§ framgår att både ett landstings rätt till statsbidrag och statsbidragets storlek förhåller sig till referensfältet. I beskrivningen av ordet hänvisas till 7–9 §§ för ytterligare bestämmelser om referensfält. Enligt 11 § 4 och 5 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela vissa ytterligare föreskrifter om beloppsnivåerna i landstingens referensfält.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1 och 6.2.

4 §

I paragrafen anges förutsättningen för att ett landsting ska ha rätt till statsbidrag.

Enligt *första stycket* föreligger rätt till statsbidrag om statens utgift för sjukpenning under resultatperioden är lägre än den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för samma period. Om utgiften uppgår till samma belopp som den högsta beloppsnivån i referensfältet har landstinget följaktligen inte rätt till bidrag. Referensfältets lägsta beloppsnivå påverkar inte rätten till statsbidrag, utan ett landsting har rätt till bidrag även om statens utgift för sjukpenning är lägre än den nivån. Enligt 11 § 2 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod.

I *andra stycket* anges att ett landsting har rätt till statsbidrag varje kalenderår för vilket förutsättningen enligt första stycket är uppfylld. En prövning av rätten till statsbidrag ska således göras inför varje nytt kalenderår, utifrån statens utgift för sjukpenning under resultatperioden som avser kalenderåret i förhållande till referensfältet för samma resultatperiod. Att rätt till statsbidrag föreligger ett visst kalenderår innebär att landstinget ska få tillgång till bidraget det året, om förutsättningarna för det är uppfyllda (se 6 §).

Övervägandena finns i avsnitt 6.3.

5 §

I paragrafen finns de grundläggande bestämmelserna om bestämmande av det belopp som ska lämnas i statsbidrag till ett landsting.

I *första stycket* anges att, om ett landsting har rätt till statsbidrag ett bidragsår lämnas bidrag med ett belopp som motsvarar en särskilt angiven andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för resultatperioden och statens utgift för sjukpenning under samma period. Eftersom rätt till statsbidrag enligt 4 § endast föreligger om statens utgift för sjukpenning understiger den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält, är det vid bestämmande av beloppet enbart fråga om sådan utgift som är lägre än den beloppsnivån. Enligt 11 § 2 och 3 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om

beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod och om den andel som avses i denna bestämmelse.

Enligt *andra stycket* lämnas inget ytterligare belopp om statens utgift för sjukpenning är lägre än den lägsta beloppsnivån i referensfältet. Den beloppsnivån innebär således en gräns för hur högt statsbidragsbeloppet kan vara. Rätten till statsbidrag kvarstår dock även om statens utgift för sjukpenning är lägre än den lägsta beloppsnivån (se 4 § första stycket och tillhörande författningskommentar). Detta innebär att det högsta möjliga statsbidragsbeloppet för ett landsting lämnas om statens utgift för sjukpenning under resultatperioden uppgår till samma belopp som den lägsta beloppsnivån i referensfältet eller understiger densamma. Statsbidraget uppgår då till ett belopp som motsvarar den särskilt angivna andelen av skillnaden mellan den högsta och den lägsta beloppsnivån i det aktuella referensfältet.

Övervägandena finns i avsnitt 6.3.

6 §

Enligt paragrafen utbetalas inte statsbidrag som uppgår till ett belopp som är lägre än 100 000 kronor. Det handlar om statsbidraget till *ett* landsting i fråga om *ett* bidragsår. Bestämmelsen innebär att hela bidragsbeloppet betalas ut om det uppgår till 100 000 kronor eller mer.

Övervägandena finns i avsnitt 6.7.

7 §

I paragrafen finns den grundläggande bestämmelsen om bestämmande av gränserna för ett landstings referensfält, dvs. den högsta och den lägsta beloppsnivån i referensfältet. Enligt paragrafen fastställs dessa beloppsnivåer särskilt och ska anges i tusental kronor. Utgångspunkten är att beloppsnivåerna fastställs vid ett tillfälle och därefter justeras årligen, inför en resultatperiod, enligt 8 §. I 9 § första stycket finns emellertid en bestämmelse om fastställande av nya beloppsnivåer under vissa förhållanden. Enligt 11 § 4 kan reger-

ingen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om de fastställda beloppsnivåerna enligt denna paragraf.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2 och 6.3. Se även avsnitt 6.7.

8 §

I paragrafen anges att de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält ska justeras inför en resultatperiod. Med de fastställda beloppsnivåerna avses den högsta och den lägsta beloppsnivån i referensfältet, eftersom det är de som enligt 7 § ska fastställas. Vidare anges att justeringen ska göras utifrån förändringar i förhållande till de fastställda beloppsnivåerna när det gäller två faktorer. Faktorn enligt *första punkten* avser antalet folkbokförda personer i åldrarna 16 till och med 64 år i landstinget. Folkbokföringen regleras i folkbokföringslagen. Faktorn enligt *andra punkten* avser statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning. Enligt 27 kap. 45 § socialförsäkringsbalken lämnas sjukpenning enligt fyra olika förmånsnivåer, från en fjärdedels till hel ersättning, beroende på omfattningen av arbetsförmågans nedsättning en dag. Med uttrycket ”dag med utbetald sjukpenning” avses nettodag med sådan ersättning. Detta innebär att andelar av dagar som motsvaras av sjukpenning på en annan förmånsnivå än hel ska läggas samman till hela dagar, dvs. att exempelvis två dagar med halv sjukpenning läggs samman till en nettodag med utbetald sjukpenning. Beräkningen av den andra faktorn ska göras på så sätt att summan av statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting divideras med summan av nettodagarna med utbetald sjukpenning som är kopplade till utgiftssumman. Faktorerna som har legat till grund för de fastställda beloppsnivåerna utgör basen för beräkningen av justeringen. Den högsta och den lägsta beloppsnivån i referensfältet ska justeras på samma sätt. När beloppsnivåerna har justerats är det de justerade nivåerna som är avgörande för rätten till statsbidrag och med vilket belopp bidrag lämnas det bidragsår som resultatperioden avser. Enligt 11 § 5 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om beräkningen enligt denna paragraf.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4 och 6.6.

9 §

I paragrafen finns bestämmelser om ändringar av beloppsnivåerna i ett landstings referensfält.

Enligt *första stycket* ska de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält fastställas på nytt för närmast följande resultatperiod vid väsentligt ändrade förhållanden som saknar samband med landstingets arbete med sjukskrivningsfrågor och som mer än tillfälligt påverkar de förutsättningar som har legat till grund för bestämmandet av beloppsnivåerna. Bestämmelsen rör den högsta och den lägsta beloppsnivån i referensfältet, eftersom det är de som enligt 7 § ska fastställas. Det är de senast fastställda beloppsnivåerna som avses. Sådana väsentligt ändrade förhållanden som omfattas av bestämmelsen kan vara att andra föreskrifter – exempelvis om sjukförsäkringen, arbetsgivares ansvar för sjuklön eller Sveriges indelning i kommuner och landsting – har ändrats på ett sådant sätt att förutsättningarna för bestämmandet av beloppsnivåerna inte längre är relevanta. Det kan även vara fråga om andra förändringar av sådan grad att beloppsnivåerna inte längre kan anses relatera till de förutsättningar som låg till grund för bestämmandet av dem, exempelvis att nya mediciner har tagits fram eller en ny sjukdom har uppkommit som avsevärt påverkar statens utgift för sjukpenning. Det ska vara fråga om förändringar som får anses ligga utom landstingets kontroll och som över huvud taget inte kan kopplas till landstingets arbete med sjukskrivningsfrågor. I ordet ”väsentligt” ligger att påverkan på beloppsnivåerna ska uppnå en viss, inte alltför liten, omfattning. Kravet att förhållandena ska påverka förutsättningarna som har legat till grund för bestämmandet av beloppsnivåerna i referensfältet mer än tillfälligt innebär att det inte ska vara fråga om en påverkan för en begränsad tid, utan att effekten av förändringarna ska bedömas som långvarig. Bedömningen enligt bestämmelsen ska göras per landsting. Ett nytt fastställande av beloppsnivåer ska avse den närmast följande resultatperioden. Ändringar kan således inte göras retroaktivt, utan beslut enligt bestämmelsen måste fattas under resultatperioden före den period för vilken de nya beloppsnivåerna ska gälla. Om nya beloppsnivåer fastställs med stöd av denna bestämmelse, så är det de beloppsnivåerna som därefter ska justeras enligt 8 §. Enligt

11 § 4 kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om de fastställda beloppsnivåerna enligt denna bestämmelse.

I *andra stycket* anges att, om de väsentligt ändrade förhållandena även påverkar statens utgift för sjukpenning under den pågående resultatperioden, får den högsta och den lägsta beloppsnivån i landstingets referensfält för den perioden jämkas. Jämningsmöjligheten avser de för den aktuella perioden gällande beloppsnivåerna, som kan vara fastställda nivåer eller justerade sådana. Orden ”de väsentligt ändrade förhållandena” har samma betydelse som i paragrafens första stycke, men förändringarna ska i detta fall ha inneburit en effekt på statens utgift för sjukpenning under den pågående resultatperioden. Bestämmelsens tillämpning är beroende av att de senast fastställda beloppsnivåerna i landstingets referensfält fastställs på nytt för nästföljande resultatperiod enligt första stycket. Det är de ändrade förhållandena som ligger till grund för fastställande av nya beloppsnivåer som ska ligga till grund för jämkning. Även bedömningen enligt denna bestämmelse ska göras per landsting. Bestämelsen innebär att beslut om jämkade beloppsnivåer måste fattas innan den resultatperiod som jämkningen avser är slut. Det är de jämkade beloppsnivåerna som ska ligga till grund för beräkningen av statsbidrag det bidragsår som resultatperioden avser.

Enligt *tredje stycket* ska de ändrade beloppsnivåerna anges i tusental kronor. Det gäller både nya fastställda beloppsnivåer enligt första stycket och jämkade beloppsnivåer enligt andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5. Se även avsnitt 6.7.

10 §

I paragrafen anges att det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som handlägger ärenden om statsbidrag enligt lagen. Begreppet handläggning innefattar alla åtgärder som vidtas från det att ett ärende inleds till dess att det avslutas (se propositionen till förvaltningslagen [2017:900]: prop. 2016/17:180, s. 24). Handläggningsansvaret omfattar exempelvis att inför ett bidragsår bestämma vilka landsting som har rätt till statsbidrag och med vilka

belopp, att inför en resultatperiod bestämma de justerade beloppsnivåerna i landstingens referensfält enligt 8 § och att bestämma nya beloppsnivåer enligt 9 §.

Övervägandena finns i avsnitt 6.7.

11 §

Paragrafen innehåller en upplysningsbestämmelse om regeringens möjligheter att med stöd av restkompetensen enligt 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter. Denna möjlighet gäller i fråga om vilken tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod enligt 3 §, beräkningen av statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod, den andel som avses i 5 §, de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält enligt 7 § och 9 § första stycket samt beräkningen enligt 8 §. Möjligheten finns däremot inte i fråga om bl.a. förutsättningen för statsbidrag enligt 4 §, förutsättningarna för fastställande av nya beloppsnivåer i ett landstings referensfält enligt 9 § första stycket eller förutsättningarna för jämkning av beloppsnivåerna i ett landstings referensfält för en resultatperiod enligt 9 § andra stycket. Regeringen kan enligt 8 kap. 7 § regeringsformen även meddela föreskrifter om verkställighet av lagen i sin helhet, såsom bestämmelser om handläggningen. Regeringen kan enligt 8 kap. 11 § regeringsformen bemyndiga en myndighet att meddela sådana föreskrifter som regeringen själv har möjlighet att meddela. Att denna möjlighet finns framgår även upplysningsvis av den aktuella paragrafen.

Övervägandena finns i avsnitt 6.9.

12 §

I paragrafen finns ett överklagandeförbud när det gäller beslut enligt lagen eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 6.8.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2020.

Enligt *andra punkten* tillämpas lagen första gången i fråga om statsbidrag bidragsåret 2021. Vidare anges att för det bidraget tillämpas de enligt 7 § fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält. Dessa beloppsnivåer gäller således för resultatperioden som avser det bidragsåret.

I *tredje punkten* återfinns en övergångsbestämmelse för statsbidrag 2020. Eftersom lagen i enlighet med bestämmelsen i den andra punkten tillämpas första gången i fråga om statsbidrag som ska lämnas 2021, regleras bidraget som ska lämnas 2020 till fullo i denna punkt. Enligt övergångsbestämmelsen har samtliga landsting och kommuner enligt 2 § år 2020 rätt till statsbidrag i det syfte som anges i 1 § enligt följande. Statsbidrag lämnas det året med ett sammanlagt belopp om en miljard kronor. Fördelningen av beloppet på ett landsting eller en kommun baseras på landstingets eller kommunens andel av folkbokförda personer i åldrarna 16 till och med 64 år i landet per den 1 november 2019. Det belopp som räknas fram för ett landsting eller en kommun ska avrundas till närmaste hela kronotal. Det anges vidare att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer handlägger ärenden om statsbidrag det angivna året och att beslut om bidrag inte får överklagas.

Övervägandena finns i avsnitt 6.10.

9.2 Förslaget till förordning om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor

1 §

I paragrafen informeras om att förordningen är meddelad med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen och att den innehåller kompletterande bestämmelser till lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Förordningen innehåller både föreskrifter meddelade med stöd av regeringens restkompetens och föreskrifter om verkställighet av bestämmelserna i lagen.

2 §

I likhet med 2 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, gäller enligt den aktuella paragrafen vad som i förordningen anges om landsting även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1.

3 §

I paragrafen anges att ord och uttryck som används i förordningen har samma betydelse som i lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor (se 3 § nämnda lag och författningskommentaren till den paragrafen).

4 §

I paragrafen specificeras den tolv månadersperiod som utgör en resultatperiod (se 3 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor). Enligt bestämmelsen utgörs en resultatperiod av perioden den 1 april två år före bidragsåret till och med den 31 mars året före bidragsåret. Statsbidrag som ett landsting har rätt till år 3 påverkas således av statens utgift ifråga under perioden den 1 april år 1 till och med den 31 mars år 2.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.

5 §

Denna paragraf innehåller en bestämmelse om beräkningen av statens utgift för sjukpenning. Enligt paragrafen ska statens utgift för sjukpenning under en resultatperiod avrundas till närmaste tusental kronor. Det som avses är det slutliga utgiftsbeloppet som räknas fram.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1.

6 §

Paragrafen kompletterar 5 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, om det belopp som lämnas i statsbidrag till ett landsting. I den aktuella paragrafen anges att den andel av skillnaden mellan den högsta beloppsnivån i landstingets referensfält för resultatperioden och statens utgift för sjukpenning under samma period som avses i 5 § första stycket ovan nämnda lag är 50 procent. Om ett landsting har rätt till statsbidrag, lämnas således bidrag med ett belopp som motsvarar den andelen av skillnaden mellan angiven beloppsnivå och utgift, med den begränsning som anges i 5 § andra stycket samma lag. (Se även begränsningen för utbetalning av bidrag i 6 § angiven lag.) I 11 § finns bestämmelser om beslut om bl.a. statsbidragets storlek.

Övervägandena finns i avsnitt 6.3.

7 §

Paragrafen kompletterar 7 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, om de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält. Det anges att den högsta och den lägsta beloppsnivån som har fastställts för varje landstings referensfält anges i bilagan till förordningen.

8 §

Paragrafen kompletterar 8 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, om justering av de fastställda beloppsnivåerna i ett landstings referensfält inför en resultatperiod. Det är den högsta och den lägsta beloppsnivån i referensfältet som avses, eftersom det är de som enligt 7 § samma lag ska fastställas.

Enligt *första stycket* ska de fastställda beloppsnivåerna multipliceras med två faktorer. Första punkten avser förändringen när det gäller befolkningen, enligt 8 § 1 ovan nämnda lag. Den faktorn utgörs av antalet folkbokförda personer i åldrarna 16 till och med 64 år i landstinget per den 31 december tre år före bidragsåret dividerat

med antalet folkbokförda personer i samma åldrar i landstinget som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna. En persons folkbokföringsort vid en viss tidpunkt följer av bestämmelserna i folkbokföringslagen. Andra punkten avser förändringen när det gäller statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning, enligt 8 § 2 lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Den faktorn utgörs av den angivna utgiften under perioden den 1 januari till och med den 31 december tre år före bidragsåret dividerad med den angivna utgiften under den tidsperiod som användes vid fastställandet av beloppsnivåerna. Vilken den senare tidsperioden är framgår av bilagan. I enlighet med betydelsen av uttrycket statens utgift för sjukpenning enligt 3 § senast nämnda lag, ska både utbetalningar av sjukpenning och inbetalningar som avser detsamma beaktas vid beräkningen av faktorn enligt den andra punkten. Den sammanlagda utgiften för landstingen ska omfatta belopp avseende sjukpenning som faktiskt har betalats ut under den angivna tidsperioden för personer som faktiskt var folkbokförda i ett landsting när utbetalningen gjordes. Från det beloppet ska räknas bort belopp avseende sjukpenning som faktiskt har kommit in till staten under perioden och som avser personer som faktiskt var folkbokförda i ett landsting när beloppet kom in. Retroaktiva förändringar av exempelvis en enskilds rätt till sjukpenning för tid under den angivna tidsperioden som beslutas eller betalas därefter ska inte beaktas för den perioden. (Se författningskommentaren till nyss nämnda paragraf.) Det är beloppsnivåerna som anges i bilagan som ska multipliceras med de två faktorerna. För statsbidrag som ska lämnas år 3 ska justeringen av beloppsnivåerna göras för resultatperioden den 1 april år 1 till och med den 31 mars år 2 (se 4 § och författningskommentaren till den bestämmelsen). De beräknade förändringarna ska utgå från antal folkbokförda personer per den 31 december år 0 och statens utgift för sjukpenning för samtliga landsting per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december år 0. Det är de uppgifterna som ska ställas i relation till motsvarande uppgifter som avser de fastställda beloppsnivåerna för att få fram de relevanta förändringsfaktorerna.

Enligt *andra stycket* ska de justerade beloppen avrundas till närmaste tusental kronor. Det som avses är de slutliga beloppen för beloppsnivåerna som räknas fram.

I 10 § finns bestämmelser om beslut om de justerade beloppsnivåerna.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4.

9 §

I paragrafen anges att Försäkringskassan varje månad ska meddela ett landsting vissa uppgifter. Det rör sig om uppgifter som är nödvändiga för att landstinget ska hållas uppdaterat om hur utvecklingen av statens utgift för sjukpenning ser ut i förhållande till förutsättningen för att få statsbidrag och bidragets storlek. Enligt *första punkten* ska Försäkringskassan meddela landstinget uppgifter om statens utgift för sjukpenning under de närmast föregående tolv månaderna, dvs. utgiften per månad under den perioden. Det som avses är de tolv kalendermånader som föregår den månad som informationen lämnas. I *andra punkten* anges att myndigheten ska meddela landstinget uppgift om det belopp som statsbidraget skulle uppgå till vid slutet av den pågående resultatperioden, utifrån de för perioden gällande beloppsnivåerna i landstingets referensfält och en framskrivning av statens utgift för sjukpenning. Uppgifterna som avses i paragrafen är sådana som gäller det landsting som informationen lämnas till. Uppgifterna ska meddelas ett landsting på Försäkringskassans initiativ.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6 och 6.7.

10 §

I paragrafen regleras handläggningen av statsbidraget när det gäller bestämmande av de justerade beloppsnivåerna i ett landstings referensfält inför en resultatperiod. Det handlar om det som regleras i 8 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och 8 § denna förordning.

Enligt *första stycket* är det Försäkringskassan som ska bestämma de justerade beloppsnivåerna i ett landstings referensfält för en resultatperiod. Det anges att ett beslut om justerade beloppsnivåer ska meddelas senast den 1 mars två år före bidragsåret. Det som avses är

det bidragsår som resultatperioden för vilken de justerade beloppsnivåerna ska gälla förhåller sig till. För statsbidrag som ska lämnas år 3 ska Försäkringskassan således meddela beslut om de justerade beloppsnivåerna senast den 1 mars år 1. Det är statens utgift för sjukpenning under resultatperioden, dvs. perioden den 1 april år 1 till och med den 31 mars år 2, som ställs i relation till de beloppsnivåerna (se 4 § och författningskommentaren till den paragrafen).

I *andra stycket* anges att Försäkringskassan så snart som möjligt efter att beslut har meddelats ska underrätta landstinget om det fullständiga innehållet i beslutet samt informera regeringen (Socialdepartementet) om de justerade beloppsnivåerna och publicera dessa på sin webbplats. Bestämmelsen om underrättelse till landstinget har sin utgångspunkt i 33 § första stycket förvaltningslagen, dock utan möjligheten att avstå underrättelse om en sådan bedöms vara uppenbart obehövlig. Nu aktuell bestämmelse ska tillämpas på samma sätt som den motsvarande delen av bestämmelsen i förvaltningslagen. I övrigt gäller i dessa fall förvaltningslagens bestämmelser om underrättelse till part utan begränsningar. Informationen till regeringen kan lämnas samlat för alla landsting.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6 och 6.7.

11 §

I paragrafen regleras handläggningen av statsbidraget när det gäller bestämmande av rätten till statsbidrag och statsbidragets storlek. Det handlar om det som regleras i 4 och 5 §§ lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och 6 § denna förordning.

Enligt *första stycket* är det Försäkringskassan som ska bestämma om ett landsting har rätt till statsbidrag ett bidragsår och bidragets storlek. Det anges att ett beslut om rätt till statsbidrag och bidragets storlek ska meddelas senast den 30 april året före bidragsåret. För statsbidrag som ska lämnas år 3 ska Försäkringskassan således meddela beslut i dessa frågor senast den 30 april år 2.

I *andra stycket* anges att Försäkringskassan så snart som möjligt efter att beslut har meddelats ska underrätta landstinget om det fullständiga innehållet i beslutet och informera regeringen (Socialdepartementet) om det som har beslutats. Bestämmelsen har samma

innebörd som motsvarande bestämmelse i 10 § andra stycket (se författningskommentaren till den paragrafen).

Övervägandena finns i avsnitt 6.6 och 6.7.

12 §

I paragrafen regleras handläggningen av statsbidraget när det gäller utbetalning av bidrag. Det anges att det är Försäkringskassan som ska betala ut statsbidrag till ett landsting som har rätt till bidrag ett bidragsår. Enligt 6 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor utbetalas inte statsbidrag som uppgår till ett belopp som är lägre än 100 000 kronor. För tydlighetens skull görs i den aktuella paragrafen upplysningsvis en hänvisning till denna begränsning. Det anges vidare i paragrafen att statsbidrag ska betalas ut senast den 5 januari bidragsåret.

Övervägandena finns i avsnitt 6.7.

13 §

I paragrafen finns ett bemyndigande till Försäkringskassan att meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av bestämmelserna i lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor och förordningen.

Övervägandena finns i avsnitt 6.9.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

I *första punkten* anges att förordningen träder i kraft den 1 januari 2020.

Enligt *andra punkten* tillämpas förordningen första gången i fråga om statsbidrag bidragsåret 2021. Av den andra punkten i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor följer att det är de fastställda beloppsnivåerna i landstingens referensfält som anges i bilagan till förordningen som ska tillämpas för det årets statsbidrag. Det är således de beloppsnivåerna som statens utgift för sjukpenning under resultatperioden ställs i

relation till när det gäller frågan om ett landsting har rätt till statsbidrag det året och med vilket belopp. Resultatperioden omfattar i det fallet enligt 4 § tiden från och med den 1 april 2019 till och med den 31 mars 2020.

Övervägandena finns i avsnitt 6.10.

Bilagan

I bilagan anges den högsta och den lägsta beloppsnivån som har fastställts för varje landstings referensfält. Fastställandet har sin grund i 7 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Beloppen anges i tusental kronor (se 7 § och 9 § första jämte tredje stycket nyss nämnd lag). Det är de angivna beloppsnivåerna som de förändringar som ska ligga till grund för justering av beloppsnivåerna enligt 8 § samma lag ska appliceras på (se författningskommentaren till 8 § denna förordning). Uppgifterna i bilagan ändras endast om beloppsnivåerna fastställs på nytt enligt 9 § första stycket ovan nämnda lag. De justerade beloppsnivåerna i landstingens referensfält offentliggörs enligt 10 § andra stycket denna förordning.

I bilagan anges att beloppsnivåerna är fastställda utifrån antal folkbokförda personer i åldrarna 16 till och med 64 år i varje landsting per den 31 december 2018 och statens utgift för sjukpenning per dag med utbetald sjukpenning under perioden den 1 januari till och med den 31 december 2018. I enlighet med beskrivningen av uttrycket statens utgift för sjukpenning (se 3 § lagen om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor), avses utgiften per dag med utbetald sjukpenning för folkbokförda personer inom ett enskilt landsting. Faktorerna är i stort sådana som enligt 8 § samma lag jämte 8 § denna förordning ska ligga till grund för justering av beloppsnivåerna inför en resultatperiod. Faktorn statens utgift för sjukpenning per dag med utbetald sjukpenning avser emellertid i detta fall varje enskilt landsting och inte, som enligt bestämmelserna om justering, samtliga landsting.

Övervägandena finns i avsnitt 6.3.

9.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

3 §

Paragrafen ändras genom att det i ett nytt *första stycke* införs en bestämmelse som anger Försäkringskassans ansvar inom ramen för lagen (2019:000) om finansiell samordning genom statsbidrag för landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor: att informera landsting, fatta beslut och betala ut medel enligt den lagen.

Den befintliga bestämmelsen i paragrafen flyttas till ett nytt *andra stycke*. Bestämmelsen avser Försäkringskassans ansvar inom ramen för överenskommelser tecknade mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting avseende bidrag för arbete med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvård samt medel för medicinsk rehabiliteringsgaranti. Vissa språkliga justeringar görs.

Övervägandena finns i avsnitt 6.7.

Ikraftträdandebestämmelse

Enligt bestämmelsen träder förordningen i kraft den 1 januari 2020.

Övervägandena finns i avsnitt 6.10.

Källor och litteratur

Offentligt tryck

Lagar

Regeringsformen.

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Budgetlagen (2011:203).

Förvaltningslagen (2017:900).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Lagen (1991:1047) om sjuklön.

Lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

Lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning.

Patientdatalagen (2008:355).

Socialförsäkringsbalk (2010:110).

Förordningar

Anslagsförordningen (2011:223).

Förordning (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

Förordning (2014:1542) om statsbidrag till kommuner och landsting för att öka kunskapen om homosexuellas, bisexuellas och transpersoners situation.

Förordning (2016:82) om statsbidrag till samverkansinsatser för unga som varken arbetar eller studerar.

Förordning (2018:118) om statsbidrag till kommuner och landsting för att minska och motverka segregation.

Kommittéförordningen (1998:1474).

Myndighetsföreskrifter och allmänna råd

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:16) om sjukskrivning.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.

Utskottsbetänkanden och andra dokument från riksdagen

Betänkande 1988/89:KU32, *Godkännande av den europeiska konventionen om kommunal självstyrelse*.

Betänkande 2008/09:SfU1, *Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom socialförsäkringsområdet*.

Betänkande 2017/18:SfU1, *Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.

Rapport från riksdagen 2014/15:RFR13, *Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*.

Riksdagens protokoll 1999/2000:108.

Riksdagsskrivelse 1988/89:251.

Riksdagsskrivelse 2008/09:138.

Riksdagsskrivelse 2017/18:124.

Propositioner

Proposition 1973/90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

Proposition 1988/89:119, *Om godkännande av den europeiska konventionen om kommunal självstyrelse.*

Proposition 1990/91:51, *Om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*

Proposition 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Proposition 1996/97:63, *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.*

Proposition 2002/03:132 *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*

Proposition 2007/08:1, *Budgetpropositionen för 2008.*

Proposition 2008/09:1, *Budgetpropositionen för 2009.*

Proposition 2010/11:1, *Budgetpropositionen för 2011.*

Proposition 2010/11:40, *En reformerad budgetlag.*

Proposition 2011/12:1, *Budgetpropositionen för 2012.*

Proposition 2012/13:1, *Budgetpropositionen för 2013.*

Proposition 2013/14:1, *Budgetpropositionen för 2014.*

Proposition 2014/15:1, *Budgetpropositionen för 2015.*

Proposition 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017.*

Proposition 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*

Proposition 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018.*

Promemorior och utredningsbetänkanden

Ds 2000:1, *Kommittéhandboken.*

Ds 2003:2, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*

Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.*

- Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.*
- Ds Fi 1987:11, *Integrering av sjukvård och sjukförsäkring. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.*
- SOU 1994:72, *Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension – förutsättningar och erfarenheter.*
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val.*
- SOU 2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.*
- SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga.*
- SOU 2010:89, *Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt.*
- SOU 2010:107, *Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt.*
- SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder.*
- SOU 2013:30, *Det tar tid – om effekter av skolpolitiska reformer.*
- SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring.*
- SOU 2016:2, *Effektiv vård.*
- SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
- SOU 2017:53, *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild.*
- SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt.*
- SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
- SOU 2018:47, *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.*

Vissa regeringsbeslut

Kommittédirektiv 2016:95, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel*.

Kommittédirektiv 2017:24, *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården*.

Kommittédirektiv 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

Kommittédirektiv 2017:97, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Kommittédirektiv 2018:90, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Regleringsbrev för budgetåret 2008 avseende Försäkringskassan, 2008-11-27, dnr S2008/6774/SF, S2008/9797/SK (delvis), S2008/9953/SF (delvis) och S2008/10035/SF.

Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan, 2017-12-18, dnr S2017/07220/RS (delvis), S2017/07302/RS (delvis) och S2017/07303/RS (delvis).

Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan (ändringsbeslut), 2018-04-27, dnr S2018/02665/SF.

Uppdrag till Försäkringskassan att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning, 2017-06-22, dnr S2017/03739/SF (delvis).

Uppdrag till Socialstyrelsen om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor, 2018-03-21, dnr S2018/01947/FS (delvis).

Refererade överenskommelser

Staten, genom Socialdepartementet, och Landstingsförbundet (2006). *Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet*.

Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2008). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009*.

- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2009). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2011). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2013). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2014–2015*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*.

Litteratur m.m.

- Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L. och Österberg, M. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Rapport januari 2005*, Karolinska Institutet.
- Alexanderson, K., von Knorring, M., Parmander, M. och Tyrkkö, A. (2007). *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Rapport 2007*, Karolinska Institutet.
- Alexanderson, K., Arrelöv, B., Bränström, R., Gustavsson, C., Hinas, E., Kjeldgård, L., Ljungquist, T. och Nilsson, G. (2013a). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004, Rapport 2013*, Karolinska Institutet.

- Alexanderson, K., von Knorring, M., Keller, K. och Paul, A. S. (2013b). *Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007*, Karolinska Institutet.
- Alexanderson, K., Arrelöv, B., Friberg, E., Haque, M., Lindholm, C., Lytsy, P. och Svärd, V. (2018). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004, Huvudrapport 2018*, Karolinska Institutet.
- Andersson, J. (2017). *Sjukskrivningarna bet fråga på fullmäktige*, Läkartidningen, nr 23–24/2017, s. 1067.
- Angrist, J. D. och Pischke, J.-S. (2015). *Mastering Metrics – The Path from Cause to Effect*, Princeton University Press.
- Arbetsmiljöverket (2017). *Äldreomsorgens riskfyllda arbetsmiljö granskas*, pressmeddelande, den 11 september 2017.
- Bengtsson, P. (2017). *Sjukfrånvarons utveckling*, i Försäkringskassan (utgivare), Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016, Socialförsäkringsrapport 2017:2, s. 95–106.
- Bergström, C. F. och Hettne, J. (2014). *Introduktion till EU-rätten*, första uppl., författare och Studentlitteratur.
- Bertilsson, M., Bejerholm, U. och Ståhl, C. (2017). *Preventiva insatser för att förebygga och minska sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa – en litteraturöversikt av svensk forskning och förändringar i svensk lagstiftning*, Socialmedicinsk tidskrift, nr 5/2017, s. 531–545.
- Björk, L., Glise, K., Pousette, A., Bertilsson, M. och Holmgren, K. (2018). *Involving the employer to enhance return to work among patients with stress-related mental disorders – study protocol of a cluster randomized controlled trial in Swedish primary health care*, BMC Public Health, 18:838, publicerad online den 6 juli 2018.
- Björklund, A. (2006). *Does Family Policy Affect Fertility? Lessons from Sweden*, Journal of Population Economics, vol. 19, nr 1, s. 3–24.
- Björklund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E.-L., Arai, N., Nejati, S., Wessman, C., Wikberg, C., André, M., Wallin, L. och Westman, J. (2018). *Clinical effectiveness of*

- care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial*, BMC Family Practice, 19:28, publicerad online den 9 februari 2018.
- de Boer, W. E. L., Bastiaansen, M., Järvisalo, J., Kuenbauch, M., van Lekerveld, M. C., Panke, J. E., Pfeifer, H. W. och Weber, H. (2010). *Professional sick leave: the role and functions of professionals in managing sick leave in different European countries*, Academy of Swiss Insurance Medicine Basel.
- Broqvist, M., Branting Elgstrand, M., Carlsson, P., Eklund, K. och Jakobsson, A. (2011). *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård, Reviderad version*, 2011:4, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet.
- Böckerman, P., Skedinger, P. och Uusitalo, R. (2018). *Seniority rules, worker mobility and wages: Evidence from multi-country linked employer-employee data*, Labour Economics, vol. 51, s. 48–62.
- Campolieti, M., Gunderson, M. och Smith, J. (2014). *The effect of vocational rehabilitation on the employment outcomes of disability insurance beneficiaries: new evidence from Canada*, IZA Journal of Labor Policy, 3:10, publicerad online den 21 maj 2014.
- Cederberg, J. (2018) *Särskilda team ska ge bättre sjukskrivningar*, Läkartidningen. 2018;115:E3HF.
- Danelius, H. (2015). *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, femte uppl., författaren och Norstedts Juridik AB.
- Delander, L. och Månsson, J. (2009). 'Valet av utvärderingstyp beror på vilken fråga som ställs', i Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. och Sjöberg, K. (red.), *Lärande utvärdering genom följesforskning*, Studentlitteratur, s. 81–102.
- Eijkenaar, F. (2013). *Key issues in the design of pay for performance programs*, European Journal of Health Economics, vol. 14, nr 1, s. 117–131.
- Ejeby, K. (2017). *Primary care patients with common mental disorders. Quality of life, sick leave and effects of group therapy*, Karolinska Institutet.
- Ekenberg, T. (2018). *Sextimmarsdag gör succé i Sundsvall*, ETC, 2018-02-04, tillgänglig via www.etc.se/ekonomi.

- Ekmark, K. (2018). *Elpistol på försök hos svensk polis*, TT
- Ekonomistyrningsverket (2006). *Effektutvärdering. Att välja upplägg, Utvärdering*, ESV 2006:8.
- Ekonomistyrningsverket (2014). *Handledning. Beställningsbemyndiganden och åtaganden i den löpande verksamheten*, 2013:52.
- Ellegård, L., Dietrichson, J. och Anell, A. (2016). *Ger målrelaterad ersättning till vårdcentraler en lämpligare förskrivning av anti-biotika?*, Ekonomisk debatt, nr 6/2016, s. 42–51.
- Engblom, M., Rudebeck, C. E., Englund, L. och Norrmén, G. (2005). *Inte doktors bord: ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer*, Läkartidningen, vol. 102, nr 48, s. 3666–3674.
- Englund, L. och Svärdsudd, K. (2000). *Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish County*, Scandinavian Journal of Primary Health Care, vol. 18, nr 2, s. 81–86.
- Epidemiologi- och registercentrum Syd (2016). *Kultur på recept 2.0*
- Finnes, A., Arvidsson, L.-B., Erwall, E. och Nager, A. (2016). REHSAM Research Report, RS2011/012, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.
- Finsambereidningen i Sörmland (1997). *FINSAM – Slutrapport Eskilstuna/Nyköping*.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2018*.
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte (2016). *En kunskapsöversikt. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*.
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte (2017). *Rehabilitering och samordning. Slutrapport: Utvärdering av Rehsams forskningsprogram 2009–2011*.
- Friberg, E., Hinas, E. och Alexanderson, K. (2014). *Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, 2014:9, Inspektionen för socialförsäkringen.
- Försäkringskassan (2009a). *Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, Socialförsäkringsrapport 2009:5.

- Försäkringskassan (2009b). *Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007*, Socialförsäkringsrapport 2009:10.
- Försäkringskassan (2010a). *Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykisk sjukdom*, Socialförsäkringsrapport 2010:7.
- Försäkringskassan (2010b). *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgång i arbete?*, Socialförsäkringsrapport 2010:9.
- Försäkringskassan (2011). *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden*, Socialförsäkringsrapport 2011:12.
- Försäkringskassan (2012). *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden 2011*, Socialförsäkringsrapport 2012:13.
- Försäkringskassan (2013). *Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat*, 2013-04-10.
- Försäkringskassan (2014a). *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgångar över tid*, Socialförsäkringsrapport 2014:17.
- Försäkringskassan (2014b). *Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden – en jämförelse mellan år 2010 och år 2013. Rättslig kvalitetsuppföljning*, Rättslig uppföljning 2014:2.
- Försäkringskassan (2014c). *Domsnytt*, 2014:014.
- Försäkringskassan (2014d). *Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar*, Socialförsäkringsrapport 2014:14.
- Försäkringskassan (2014e). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*, Socialförsäkringsrapport 2014:4.
- Försäkringskassan (2014f). *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, år 2014*, Socialförsäkringsrapport 2014:12.
- Försäkringskassan (2014g). *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2, år 2014*, Socialförsäkringsrapport 2014:18.
- Försäkringskassan (2014h). *Uppföljning av finansiell samordning. Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2014, svar på regeringsuppdrag*, 2014-06-13, dnr 008504–2014.
- Försäkringskassan (2015a). *Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet*, Socialförsäkringsrapport 2015:2.

- Försäkringskassan (2015b). *Läkares upplevelser av kontakt med Försäkringskassan – med fokus på förtroende*, Socialförsäkringsrapport 2015:9.
- Försäkringskassan (2015c). *Yrke och sjukfall*, Korta analyser 2015:1.
- Försäkringskassan (2015d). *Åtgärdsområden för att förebygga sjukfrånvaron. Diskussionsmaterial (kort version), juni 2015*.
- Försäkringskassan (2015e). *Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut. Rättslig kvalitetsuppföljning, Rättslig uppföljning 2015:03*.
- Försäkringskassan (2015f). *Sjukpenning i förebyggande syfte. Rättslig kvalitetsuppföljning, Rättslig uppföljning 2015:06*.
- Försäkringskassan (2016a). *Det försäkringsmedicinska arbetet på Försäkringskassan. Riktlinjer*.
- Försäkringskassan (2016b). *Domsnytt*, 2016:013.
- Försäkringskassan (2016c). *Psyisk ohälsa. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest*, Korta analyser 2016:2.
- Försäkringskassan (2016d). *Samordningsförbunden och unga med aktivitetsersättning. En uppföljning av insatser finansierade av samordningsförbund för unga med aktivitetsersättning*, Socialförsäkringsrapport 2016:4.
- Försäkringskassan (2016e). *Sjukfrånvarons utveckling 2016*, Socialförsäkringsrapport 2016:7.
- Försäkringskassan (2016f). *Sjukpenningärenden med förenklade intyg. Rättslig kvalitetsuppföljning, Rättslig uppföljning 2016:3*.
- Försäkringskassan (2016g). *Rehabilitering och Försäkringskassans samordningsuppdrag*, promemoria, 2016-12-06.
- Försäkringskassan (2016h). *Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkringsprocessen*, Socialförsäkringsrapport 2016:1.
- Försäkringskassan (2016i). *Omprövning av sjukpenningbeslut. Rättslig kvalitetsuppföljning, Rättslig uppföljning 2016:05*.
- Försäkringskassan (2017a). *Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*, Korta analyser 2017:1.
- Försäkringskassan (2017b). *Rapport – Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning, svar på regeringsuppdrag, 2017-12-12, dnr 041508–2017*.

- Försäkringskassan (2017c). *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2017. Sjuk- och rehabiliteringspenning*, svar på regeringsuppdrag, 2017-06-21, dnr 013684–2017.
- Försäkringskassan (2017d). *Sjukfrånvaro efter invandring. Utrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning*, Socialförsäkringsrapport 2017:7.
- Försäkringskassan (2017e). *Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland. En jämförande fallstudie*, Socialförsäkringsrapport 2017:11.
- Försäkringskassan (2017f). *Sjukfrånvarons utveckling 2017. Sjuk- och rehabiliteringspenning*, Socialförsäkringsrapport 2017:13.
- Försäkringskassan (2017g). *Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*, Socialförsäkringsrapport 2017:3.
- Försäkringskassan (2017h). *Uppföljning av samordningsförbundens insatser. Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2016*, svar på regeringsuppdrag, 2017-02-17, dnr 018018–2016.
- Försäkringskassan (2017i). *Ökad kunskap för bättre stöd tillbaka från sjukskrivning. Försörjningskälla och sysselsättning efter avslag på fortsatt sjukpenning mellan dag 180 och 380 i rehabiliteringskedjan*, svar på regeringsuppdrag, 2017-10-13, dnr 020333–2017.
- Försäkringskassan (2017j). *Fler individer fast i långa sjukskrivningar*, Korta analyser 2017:32.
- Försäkringskassan (2018a). *Lägst sjukfrånvaro i små välfärdsföretag*, Korta analyser 2018:3.
- Försäkringskassan (2018b). *Personalomsättning och företagsstorlek förklarar skillnader i sjukfrånvaro mellan privat och offentlig sektor*, Korta analyser 2018:1.
- Försäkringskassan (2018c). *Utgiftsprognos maj 2018*.
- Försäkringskassan (2018d). *Utgiftsprognos juli 2018*.
- Försäkringskassan (2018e). *Försäkringskassans verksamhetsplan 2018*.
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, svar på regeringsuppdrag, Försäkringskassans dnr 003074–2018, Socialstyrelsens dnr 3.5–6912/2018.

- Grahn, B., Stigmar, K., Holmberg, S. och Peterson, I. (2016). *WorkUp. Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning*, REHSAM Research Report, Slutrapport RF11-005, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.
- Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V. och Forsell, Y. (2015). *Physical exercise and internet-based cognitive-behavioral therapy in the treatment of depression: randomized controlled trial*, British Journal of Psychiatry, vol. 207, nr 3, s. 227–234.
- Handisam och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (2012a). *Chefer och psykisk hälsa och ohälsa – attityder, kunskap och beteende*.
- Handisam och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (2012b). *En studie om psykisk ohälsa på jobbet*.
- Hansson, T., Hansson, E. och Karlsson, J. (2003). *Fyra år i operationskön – en dyr historia*, Läkartidningen, vol. 100, nr 16, s. 1428–1434.
- Hartman, L., Johansson, P., Khan, S. och Lindahl, E. (2009). *Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*, Rapport 2009:01, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Heckman, J. J. och Smith, J. A. (1996). 'Experimental and nonexperimental evaluation', i Schmid, G., O'Reilly, J. och Schömann, K. (red.), *International Handbook of Labour Market Policy and Evaluation*, Edward Elgar, s. 37–88.
- Heinz, E. (2014). *Vad är en Qaly och hur används det i hälso-ekonomiska utvärderingar?*, Dagens Medicin, 2014-11-07.
- Heyman, J., Jin Rho, H., Schmitt, J. och Earlem, A. (2009). *Contagion Nation: A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries*, Center for Economic and Policy Research.
- Holm, L., Torgén, M., Hansson, A.-S., Runeson, R., Josephson, M., Helgesson, M. och Vingård, E. (2010). *Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av*

- interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet*, Arbete och Hälsa, nr 2010;44(3).
- Hubertsson, J., Lidwall, U., Hallgärde, U. och Peterson, I. (2013). *Korta sjukskrivningar för olika diagnoser och betydelsen för genomsnittlig sjukskrivningslängd. En registerstudie över offentliga vårdgivare i Nordvästra Skåne*, Working Papers in Social Insurance 2013:1, Försäkringskassan.
- Hultin, H., Lindholm, C., Malfert, M. och Möller, J. (2012). *Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment – the impact of health status*, BMC Public Health, 12:861, publicerad online den 10 oktober 2012.
- Hägglund, P. (2010). *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*, Rapport 2010:1, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Hägglund, P. och Johansson, P. (2016). *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2016:2.
- Hägglund, P. och Skogman Thoursie, P. (2010). *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter*, rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5.
- Hägglund, P., Johansson, P. och Laun, L. (2015). *Rehabilitation of mental illness and chronic pain – the impact on sick leave and health*, Working Paper 2015:22, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Illich, I. (1975). *Den farliga sjukvården*, Aldus.
- Inera (2018). *Utvärdering av Samverkansytan. Analys av upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*.
- Inrikta (2018). *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning – en kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd*.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2011a). *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*, Rapport 2011:13.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2011b). *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2011c). *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning*, Rapport 2011:8.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2013a). *När sjukpenning nekas*, Rapport 2013:1.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2013b). *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv*, Rapport 2013:16.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2013c). *Att handlägga sjukförsäkringen*, Rapport 2013:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2014a). *Vårdvalets effekter på sjukskrivningar*, Rapport 2014:17.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2014b). *Effekterna av handläggarnas attityder på sjukskrivningstiderna*, Rapport 2014:1.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2014c). *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg*, Rapport 2014:5.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2014d). *Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande*, Rapport 2014:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2015a). *Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron*, ISF kommenterar 2015:1.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2015b). *Försäkringsmedicinska rådgivares roll i enskilda ärenden*, Rapport 2015:17.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2015c). *Aktivitetsförmågeutredningen (AFU)*, Rapport 2015:8.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2015d). *Onödig efterfrågan inom Försäkringskassan. Slutrapport*, Rapport 2015:7.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2016a). *Att använda lagens bedömningsutrymme*, ISF kommenterar 2016:1.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2016b). *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet*, Rapport 2016:14.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2016c). *Försäkringskassan i förändring. En studie av myndighetens styrande dokument 2005–2016*, Arbetsrapport 2016:2.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2016d). *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*, Rapport 2016:13.

- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017a). *Mötet mellan medborgaren och staten. En kommentar om handläggningen vid Försäkringskassan*, Rapport 2017:13.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017b). *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*, Rapport 2017:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017c). *Effektiviteten i Försäkringskassans ärendehantering. En granskning av resurs-effektiviteten vid Försäkringskassans lokala försäkringscenter åren 2010–2013 med DEA-metoden*, Rapport 2017:10.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017d). *Arbetsresor i stället för sjukskrivning. En granskning av Försäkringskassans utredning av merkostnader för arbetsresor i sjukpenningärenden*, Rapport 2017:17.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017e). *Försäkringskassans produktivitet och effektivitet. En redovisning av utvecklingen*, Rapport 2017:6.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2017f). *Att främja ett professionellt handläggarskap. Ur centrala funktioners perspektiv*, Rapport 2017:4.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2018a). *Social problematik och sjukskrivning. En analys av sambandet mellan allvarliga livshändelser och sjukskrivning under tidsperioden 1995–2015*, Rapport 2018:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2018b). *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen*, Rapport 2018:12.
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2018c). *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*, Rapport 2018:16.
- Institute for Work & Health (2004). *Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature*.

- Jarl, J., Nilsson, P., Gerdtham, U.-G., Grahn, B. och Nyberg, A. (2017). *Hälsoekonomisk utvärdering av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne – en retroaktiv registerstudie*, Rapport 2017:3, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi.
- Jensen, I., Bergström, G., Bodin, L., Ljungquist, T. och Nygren, Å. (2006). *Effekter av rehabilitering efter sju år. Utvärdering av två rehabiliteringsprogram i Sverige*. Läkartidningen, vol. 103, nr 23, s. 1829–1839.
- Jermsten, H. (2015). *Kommentar till 8 kap. 8 § regeringsformen*, Lexino, 2015-07-01, hämtad 2018-03-16.
- Jermsten, H. (2016). *Kommentar till 8 kap. 2 § regeringsformen*, Lexino, 2016-11-14, hämtad 2018-03-16.
- Johansson, P. och Nilsson, M. (2008). *Finns det något samband mellan sjukintygens kvalitet och sjukfrånvaro?*, Rapport 2008:27, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Karolinska Institutet (2011). *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del 1*.
- Karolinska Institutet och Centrum för arbets- och miljömedicin (2015). *Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen*, Rapport 1:2015.
- Kendall, N. A. S., Linton, S. J. och Main, C. J. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss*, Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation New Zealand och National Advisory Committee on Health and Disability New Zealand.
- Koning, P. och Lindeboom, M. (2015). *The rise and Fall of Disability Insurance Enrollment in the Netherlands*, Journal of Economic Perspectives, vol. 29, nr 2, s. 151–172.
- Kåhlin, I., Jutterdal, S., Baudin, T., Stensmyren, H., Ålebring, J., Magnusson, V. och Ribeiro, S. (2018). *Upprop: Prioritera personalens hälsa*, Dagens Samhälle, den 1 juni 2018.
- Landstinget Blekinge, Landstinget Västmanland, Region Kronoberg, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet och Lunds universitet (2016).

- Slutrapport. Forskningsstudien Regassa – psykisk ohälsa. Kunskapsläge och resultat.*
- Lindholm, C. och Fredlund, P. (2004). *Dödlighet bland sjukskrivna och förtidspensionerade*, i Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S., Palmer, E. och Theorell, T. (red.), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut, s. 279–302.
- Linton, S. J. och Halldén, K. (1998). *Can We Screen for Problematic Back Pain? A Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain*, *The Clinical Journal of Pain*, vol. 14, nr 3, s. 209–215.
- LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017). *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? En rapport om företags användning av företagshälsovård och andra expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering.*
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. och Chambers, L. (2010). *The “toxic dose” of system problems: why some injured workers don't return to work as expected*, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 20, nr 3, s. 349–366.
- Mannelqvist, R. (2010). *Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig bedömning*, *Läkartidningen*, vol. 107, nr 49, s. 3125–3127.
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., van Haselen, R., Griffin, M. och Fisher, P. (2007). *The Hawthorne Effect: a randomized, controlled trial*. *BMC Medical Research Methodology*, 7:30, publicerad online den 3 juli 2007.
- Micko, L., Henriksson, A., Knape, A., Broberg, A., Thomasson, K., Gunnarsson, C. och Odenljung, H. (2017). *Statens detaljstyrning leder till mindre välfärd*, *Dagens Nyheter*, den 12 oktober 2017.
- Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., Stein, D. J., Pariente, C. M., Seemüller, F., Berk, M., Malhi, G. S., Preisig, M., Martin Brüne, M. och Lysaker, P. (2013). *DSM-5: a collection of psychiatrist's views on the changes, controversies, and future directions*, *BMC Medicine*, 11:202, publicerad online den 12 September 2013.
- Nilsson, I. A., Wadeskog, A., Hök, L. och Sanandaji, N. (2014). *Utanförskapets pris*, Studentlitteratur.

- Organization for Economic Co-operation and Development, OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*, OECD Publishing.
- Persson, V. (2012). *Specialdestinerade statsbidrag till kommuner ur rättslig synvinkel*, Förvaltningsrättslig tidskrift, s. 71–99.
- Petersson, E. och Hensing, G. (2009). *Återgång till arbete. En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete*, Sahlgrenska akademien.
- Post Sennehed, C., Stigmar, K., Holmberg, S., Forsbrand, M., Petersson, I., Nyberg, A. och Grahn, B. (2016). *Uppföljning av patienter som erhållit multimodal smärtrehabilitering inom primärvården i Region Skåne inom ramen för den nationella rehabiliteringsgarantin 2010–2012*, Region Skåne.
- Projektgruppen för SRS (2016). *Rapport 2016. Stöd för rätt sjuk-skrivning*.
- Redaktionen (2002). *Landstingen kan inte visa var miljoner i bidrag försvunnit*, Dagens Medicin, 2002-06-10.
- Regeringskansliet (2014). *Att meddela föreskrifter i lag och förordning*.
- Regeringskansliet (2017). *Regeringen stärker rehabiliteringsarbetet för att fler ska tillbaka till arbete – ny yrkeskategori ska till inom vården*, pressmeddelande, den 14 februari 2017.
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015). *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*, bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-09-24 nr I:1.
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018). *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*, promemoria, 2018-01-23.
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (1997). *FINSAM. En slutrapport*, Finansiell samordning 1997:1.
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (2001). *SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport*, Finansiell samordning 2001:1.
- Riksförsäkringsverket (2004) *Uppdrag angående utbildningsinsatser inom området försäkringsmedicin*, Svar på regeringsuppdrag, Dnr 1580/03.

- Riksrevisionen (2010). *Arbetspraktik*, RIR 2010:5.
- Riksrevisionen (2014). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RIR 2014:20.
- Riksrevisionen (2015). *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RIR 2015:19.
- Riksrevisionen (2016a). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, granskningsrapport, RIR 2016:29.
- Riksrevisionen (2016b). *Är sjukskrivning bra för hälsan?*, RIR 2016:31.
- Riksrevisionen (2018a). *Bedömningen av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, RIR 2018:11.
- Riksrevisionen (2018b). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa*, RIR 2018:22.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I. och Lindahl, A. K. (2013). *Norway: Health system Review*, Health Systems in Transition, vol. 15, nr 8, s. 1–162.
- Röjvall, M., Kosidou, K., Wicks, S., Forslund, T. och Trankell, D. (2017). *Dags att förbättra uppföljningen av psykisk ohälsa i primärvården. Beskrivning av nuvarande vård i Stockholms läns landsting via registerdata, och analys av tänkbara uppföljningsindikatorer*.
- SACO (2017). *Psykisk ohälsa bland akademiker. Svårt att bota men lättare att förhindra*.
- Sanandaji, N. (2017). *Samhällsförlusten av sjukskrivningar – och värdet av att fler går från sjukskrivning tillbaka till jobb*, Skandia.
- Schmidt, L. (2017). *Samarbete mellan kund och företagshälsovård. Mekanismer av betydelse för förebyggande arbetsmiljöarbete*, Doktorsavhandling, KTH.
- Sibbmark, K. och Chirico, G. (2008). *Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden*, Rapport 2008:29, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Socialstyrelsen (1996). *Primärvårdsuppföljningen*, 1996:2.
- Socialstyrelsen (2002). *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

- Socialstyrelsen (2003a). *Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det någon skillnad?*, Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003b). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa.*
- Socialstyrelsen (2004). *Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004.*
- Socialstyrelsen (2005a). *Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005.*
- Socialstyrelsen (2005b). *Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005.*
- Socialstyrelsen (2010). *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.*
- Socialstyrelsen (2011). *Utveckling och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens lägesrapport om utvecklingen 2010.*
- Socialstyrelsen (2012a). *Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2009–2011.*
- Socialstyrelsen (2012b). *Övergripande principer för sjukskrivning, tillgängliga via www.socialstyrelsen.se.*
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni.*
- Socialstyrelsen (2014). *Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2013.*
- Socialstyrelsen (2016a). *Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.*
- Socialstyrelsen (2016b). *Uppdatering av sjukskrivningsrekommendationer för psykiska sjukdomar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.*
- Socialstyrelsen (2017a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning.*
- Socialstyrelsen (2017b). *Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).*

- Socialstyrelsen (2017c). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*.
- Socialstyrelsen (2018), *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, roi.socialstyrelsen.se/fmb.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015). *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017). *Sjukskrivningssmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete*, rapportering av uppdrag för ökad kunskap om sjukskrivningspraxis del 2 och 3, 2017-10-20, Socialstyrelsens dnr 23320/2016-1, Försäkringskassans dnr 039922-2016.
- Spasova, S., Bouget, D. och Vanhercke, B. (2016). *Sick-pay and sickness benefit schemes in the European Union. Background report for the Social Protection Committee's In-Depth Review on sickness benefits. Brussels, 17 October 2016*, Europeiska unionen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*, SBU-rapport nr 198.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturgenomsikt*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2015). *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. En systematisk litteraturöversikt*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2016). *Arbetsmiljöns betydelse för artrosbesvär. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, sociala och etiska aspekter*, SBU utvärderar, Rapport 253/2016.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2018). *Arbetsmiljöns betydelse för fibromyalgi*, svar från SBU:s Upplysningstjänst, den 24 april 2018.
- Statistiska centralbyrån, SCB (2018a). *Konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju)*, tillgänglig via www.scb.se.

- Statistiska centralbyrån, SCB (2018b). *Statikens framställning. Konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju)*, 2018-06-07.
- Statistiska centralbyrån, SCB (2018c). *På tal om kvinnor och män*.
- Statskontoret (2000a). *Sjukskrivning i väntan på vård. Rapport från Statskontoret, Kommun- och välfärdsenheten*, bilaga 9 till SOU 2000:121, s. 459–502.
- Statskontoret (2000b). *Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen. Rapport från statskontoret, Kommun- och välfärdsenheten*, bilaga 4 till SOU 2000:72, s. 201–246.
- Statskontoret (2014). *Överenskommelser som styrmedel*.
- Stockholms läns landsting (2016). *Ökad arbetsförmåga med modell med rehabiliteringskoordinator*.
- Stockholms läns landsting (2017a). *Dags att förbättra uppföljningen av psykisk ohälsa i primärvården. Beskrivning av nuvarande vård i Stockholms läns landsting via registerdata och analys av tänkbara uppföljningsindikatorer*.
- Stockholms läns landsting (2017b). *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. Delrapport 2*.
- Stockholms läns landsting (2017c). *Vårdval 10 år – vad vet vi om dess effekter?*
- Stockholms läns landsting (2018). *Vägledning för ledning och styrning av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling*.
- Strandberg, U., Lindholm, C., Sundblad, I., Sandström, U., Mellegård, M., Soares, J. och Diderchensen, F. (1999). *Åtta år med Dagmar. Utvärdering av Dagmarsatsningen i Stockholms län åren 1991–1998*, Försäkringskassan.
- Strazman, K. (2018). *The physician and the sickness certification*, doktorsavhandling, Göteborgs universitet.
- Strömberg, H. (1999). *Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform*, tredje uppl., Juristförlaget i Lund.
- Sundell, K. (red.) (2012). *Att göra effektutvärderingar*.
- Svenskt Näringsliv (2012). *Socialförsäkring i förändring. Sjuklöneperioden – bakgrund, införande och erfarenheter*.

- Svenskt Näringsliv (2015). *Socialförsäkring i förändring. Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling.*
- Sveriges Företagshälsor (2017). *Jobbhälsobarometern, 2017:1.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2010). *Jämställda Sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015a). *Häls- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En litteraturstudie.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015b). *Rehabiliteringsgarantin 2014. Erfarenheter och resultat.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015c). *E-tjänsten Stöd och behandling. Nulägesrapport december 2015.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016). *Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017a). *Ekonomi-rapporten, maj 2017. Om kommunernas och landstingens ekonomi.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017b). *Insatser för psykisk ohälsa och smärta. Jämförelse av resultat: rehabiliteringsgarantin 2015 och överenskommelsen 2016.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017c). *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017d). *Stöd för rätt sjukskrivning. Rapport december 2017.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017e). *Uppföljning av stöd och behandlingsplattformen. Baserad på intervjuer genomförda December 2016–Januari 2017.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018a). *Hemställan om författningsändring avseende hantering av vissa intyg i hälso- och sjukvård m.m., 2018-05-16, dnr 18/02334.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018b). *Ledning och styrning av landstings/regioners försäkringsmedicinska uppdrag, internt diskussionsunderlag.*
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018c). *Nationellt programområde för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Uppdrag och ledamöter, dnr 17/02688.*

- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018d). *Ekonomi- och verksamhetsstatistik för kommuner och landsting*, skl.se/ekonomi-juridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.270.html.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018e). *Underlag till Sjukvårdsdelegationen. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, 2018-05-25, ärendenr 17/04053.
- Sveriges läkarförbund (2003). *Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?*
- Sveriges läkarförbund (2015). *Stabil läkarbemannning är avgörande för kontinuitet och vårdkvalité i primärvården. Analys av sambandet mellan stabiliteten i vårdcentralernas läkarbemannning och den patientupplevda kvaliteten.*
- Sveriges läkarförbund (2016a). *Läkares arbete med sjukskrivnings-ärenden – en policy från Sveriges läkarförbund.*
- Sveriges läkarförbund (2016b). *Idén om förenklade sjukintyg får inte haverera för att information och utbildning brister*, 2016-11-30, tillgänglig via www.slf.se.
- Söderberg, E. och Alexanderson, K. (2004). *Gatekeepers in the sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officials*, Health and Social Care in the Community, vol. 13, nr 3, s. 211–223.
- Söderberg, E., Södersten, E., Lindholm, C. och Alexanderson, K. (2009). *Läkares arbete med sjukskrivningar i Östergötland. Resultat från två enkäter. Rapport 2009*, Karolinska Institutet och Linköpings universitet.
- Sörensen, S., Leppert, J. och Ringqvist, I. (1997). *Dagmarmedlen – har de använts rätt?*, Läkartidningen, vol. 94, nr 13, s. 1163–1164.
- TCO (2018). *TCO:s Sjukförsäkringspolitiska program. Morgondagens sjukförsäkring – standardtrygghet och omställning*, antaget av TCO:s styrelse den 5 februari 2018.
- Twenge, J. (2017). *iGen. Why Todays Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy – and Completely Unprepared for Adulthood*, Atria Books.
- Unionen (2015). *Företagshälsovården – hur den fungerar och hur den kan bli bättre.*

- Uppdrag Psykisk hälsa, SKL (2017a). *Helhet, hållbarhet och resultat. En guide för sociala investeringar.*
- Uppdrag Psykisk hälsa, SKL (2017b). *Socialt utfallskontrakt för att minska sjukfrånvaro.*
- Vårdanalys (2013). *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*, Rapport 2013:8.
- Vårdanalys (2017). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*, Rapport 2017:3.
- Vårdanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, Rapport 2018:5.
- Västerbottens läns landsting (2013). *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordineringsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.*
- Västra Götalandsregionen (2016). *Upprop för ett friskare Tidaholm 2014–2016. Slutrapport.*
- Wadell, G. och Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationary Office
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update.*
- Wändell, P., Carlsson, A. C., Wettermark, B., Lord, G., Cars, T. och Ljunggren, G. (2013). *Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011*, Family Practice, vol. 30, nr 5, s. 506–513.
- Åsberg, M., Grape, T., Nygren, Å., Rodhe, M., Wahlberg, A. och Währborg, P. (2010). *Stress som orsak till psykisk ohälsa*, Läkartidningen, vol. 107, nr 19–20, s. 1307–1310.

Internationella överenskommelser m.m.

Överenskommelser

Europeiska konventionen den 4 november 1950 om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, SÖ 1952:35.

Europeiska konventionen den 4 november 1985 om kommunal självstyrelse, SÖ 1989:34.

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, EUT C 202, 7.6.2016, s. 389–405 (Celex 12016P/TXT).

Fördraget om Europeiska unionen, EUT C 202, 7.6.2016, s. 13–45 (Celex 12016M/TXT).

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, EUT C 202, 7.6.2016, s. 47–199 (Celex 12016E/TXT).

Domstolsdokument

Europadomstolens beslut den 7 juni 2001, *Danderyds kommun mot Sverige*, nr 52559/99.

European Court of Human Rights (2017). *Practical Guide on Admissibility Criteria*, fjärde uppl., uppdaterad den 28 februari 2017.

Kommittédirektiv 2017:44

Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

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 anser 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 minskad 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. Finsamförsöket innebär 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 rehabiliteringsersättning. 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 medverkande 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 förvärsarbete. 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 kostnadsöverbäganden 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)

Effektutvärdering av finansiell samordning

Sammanfattning

Enligt utredningens direktiv ska förslaget till finansiell samordning vara utformat så att det möjliggör en utvärdering av den finansiella samordningens effekter. I denna bilaga redogörs för utredningens överväganden hur finansiell samordning kan och bör införas, samt vad det betyder för vilken typ av utvärdering som kan bli aktuell.

Slutsatsen är att ett stegvist införande av den finansiella samordningen skulle vara behäftat med stora komplikationer som dels skulle förta kraften i samordningen, dels reducera det vetenskapliga värde som ett kontrollgruppsförfarande teoretiskt skulle kunna ha.

Utredningen utgår därför i resonemang kring utvärdering från ett fullskaligt nationellt införande. En konsekvens av detta att en före och efter-mätning utan kontrollgrupp är den form av utvärdering som är möjlig och önskvärd. Utredningen stöder ställningstagandet bl.a. på överväganden av krav på grad av tillförlitlighet i skattning av effektstorlek tillsammans med de risker som en något lägre grad av tillförlitlighet kan medföra.

Utredningen konstaterar att det ur utvärderingssynpunkt finns kvaliteter i ett sådant upplägg. Bland annat tillåter det en lång utvärderingsperiod och därmed möjligheter att konstatera om samordningen uppnått eftersträvad stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen. Det lämnar också goda möjligheter att fånga de strukturella, kompetensmässiga och behandlingsstrategiska utvecklingskomponenter som samordningen är tänkt att bidra till.

I bilagan förs ett resonemang om vad utredningen anser ingår i begreppet "stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen", hur det kan operationaliseras, samt hur statistiska mått möjliga att använda i en effektutvärdering skulle kunna konstrueras.

Inledning

I direktiven till utredningen anges att ”förslagen ska vara utformade så att det möjliggör en utvärdering av den finansiella samordningens effekter.”¹ Det innebär att frågan om utvärdering måste väckas parallellt med att ett konkret förslag till form för samordning lämnas.

Utredningen har uppfattat det som givet utifrån utredningens direktiv att den primära uppgiften är att ta fram bästa möjliga förslag till hur samspel mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen bör se ut och med detta som utgångspunkt göra eventuella anpassningar utifrån ett utvärderingsperspektiv. Utredningens resonemang utgår ifrån förslaget till finansiell samordning; ett lagfäst statsbidrag till landstingen baserat på stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen.

Syftet med bilagan är inte att dra upp riktlinjer för en konkret utvärderingsplan. Syftet är att klargöra vad de olika komponenter som samordningen baseras på lämnar för möjligheter. Det handlar om saker som samordningens grundfinansiering, villkoren vid samordningens start och tidsutdräkt för själva utvärderingen, etc.

Effektutvärdering

Det kan synas som en självklarhet att satsningar av det slag som det här handlar om utvärderas på bästa tänkbara sätt. Det handlar ju ofta om att komma till rätta med allvarliga samhällsproblem, stora resurser är vanligen inblandade och de kunskapsområden som adresseras är generellt sett i behov av ny kunskap. Det finns samsyn kring att samhällseliga åtgärder och reformer av olika slag bör bygga på vetenskaplig kunskap. Det innebär i praktiken bl.a. att de initieras så att de kan generera ny kunskap som kan vara till vägledning vid framtida liknande vägval.

Trots detta kan konstateras att det inom flera områden ofta saknas vetenskaplig evidens för effektiviteten i de insatser som görs.² Inte minst när det gäller satsningar av det slag som finansiell samordning utgör är det därför angeläget att framhålla vikten av att dessa utvärderas på bästa möjliga sätt. Utredningen ser därför gärna att

¹ Kommittédirektiv 2017:44, s. 9.

² Ett av flera möjliga exempel återfinns i Sundell, K. (red.) (2012) I rapporten anges bl.a. att av ett hundratal socialtjänstbaserade interventioner är ett tiotal utvärderade så att deras effekt kan bedömas.

utredningens analys och ställningstaganden kan bidra till att initiera en bredare diskussion om hur bättre förutsättningar kan uppnås för att kunna genomföra mer experimentliknande utvärderingar av statliga reformer.

Två grundläggande komponenter

Interventioner görs för att uppnå vissa effekter. För att veta om de haft/har dessa effekter behöver detta studeras vetenskapligt. Om effekterna inte nåtts är detta grund för att ifrågasätta interventionens fortlevnad och även eventuellt nya satsningar av samma eller liknande slag.

En effektutvärdering bygger på två grundkomponenter: 1) att det finns ett teoretiskt rimligt, logiskt grundat och sannolikt orsaks-samband mellan en viss "behandling"³ och resultatet av "behandlingen", samt 2) att betydelsen av den "behandling" som ska utvärderas kan särskiljas från andra faktorer som kan ha påverkat de resultat man vill uppnå.⁴

Den ideala strategin för en effektutvärdering kan sägas vara en renodlat experimentell ansats med en experimentgrupp och en kontrollgrupp där fördelning av individer till de båda grupperna sker slumpmässigt, är randomiserade. Vetenskapliga studier av läkemedels relativa effektivitet är vanliga och klassiska exempel, där deltagarna i studierna lottas till vilken behandling de får och detta är okänt både för deltagarna och för de personer som administrerar behandlingen. Sådana upplägg är av uppenbara skäl svåra att göra i den typ av sammanhang som det handlar om här.⁵

Ett alternativ blir ofta därför någon form av kvasi-experimentell studiedesign. Det finns olika sådana, och gemensamt är att de på olika sätt försöker skapa utvärderingsförutsättningar som i så stor utsträckning som möjligt liknar experimentets. Det betyder bl.a. att med olika metoder bestämma eller definiera en grupp eller kategori som kan utgöra kontroll- eller referensgrupp/kategori att jämföra ett visst utfall.

Ansatsen är dock alltid förknippad med utmaningar. En svårighet med utvärderingar i den typ av sammanhang det här handlar om är

³ Kan avse insats, satsning, reform, metod etc.

⁴ Se exempelvis Heckman, J. J. och Smith, J. A. (1996).

⁵ Se exempelvis Ekonomistyrningsverket (2006), samt Delander, L. och Månsson, J. (2009).

exempelvis att renodla betydelsen av ”behandlingen”. Detta kan vara utmanande även vid experimentsituationer⁶ men blir uppenbart väldigt mycket svårare när det handlar om att renodla effekter av införande av någon slags samhällsreform. Det är i princip omöjligt att kontrollera för allt som kan spela in; allt från att reformen ifråga implementeras på rätt och lika sätt i hela ”experimentgruppen” till att med vetenskaplig säkerhet kunna utesluta att inte andra samhällstendenser spelat in och påverkat utfallet.

Trender och nominella skillnader mellan grupper

Finansiell samordning syftar till att stärka sjukskrivningsprocessen, förbättra stödet till de sjukskrivna och därigenom uppnå samhälls-ekonomiska vinster som gagnar individen, staten och sjukvårdshuvudmännen. Samordningen ska bidra till en långsiktig kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården gällande arbetet med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro⁷, vilket ska manifesteras i ökad förmåga att bidra till stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen. Vad detta betyder och hur det kan operationaliseras diskuteras under avsnittet *Stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen* nedan.

En bakomliggande idé är att det finns ett *tryck* mot ökad sjukskrivning bl.a. kopplad till ökad psykisk ohälsa som vården genom bättre resurser, bättre metoder och en utvecklad samverkan med bl.a. arbetsgivare och Försäkringskassan kan bli bättre rustade att stå emot. Detta med över tid ökad stabilitet som följd.⁸ I betänkandet förs ett detaljerat resonemang gällande de mekanismer som utredningen uppfattar att det handlar om samt om vilken typ av utveckling som är möjligt inom vården.

Väsentligt att betona i ett utvärderingssammanhang är dels att sjukfrånvaronivåer kan påverkas av en lång rad olika faktorer på olika strukturella nivåer (samhällsekonomi, arbetsmarknad, migration etc.), dels att landstingens förutsättningar ser väsentligt olika ut (exempelvis kommer ett landsting som tidigare inte arbetat lika

⁶ McCarney, R. m.fl. (2007).

⁷ Uttrycket ”ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro” används genomgående i betänkandet. Utredningen utgår från att det är den stora variationen i sjukfrånvaro som är och har varit ett problem. Uttrycket är avsett att fokusera på de delar av ohälsa som varierar mer än andra, bl.a. psykisk ohälsa och smärtproblematik.

⁸ Inriktningen mot stabilitet och inte minskning bygger på tanken att det finns en rimlig nivå som om den skulle underskridas kan antyda att försäkringen inte fungerar med avsedd trygghet och rättssäkerhet.

aktivt och lika lång tid med sjukskrivningsrelaterade frågor som andra landsting rimligen initialt att lättare lyckas få framgång).

Närmast till hands, givet att de faktiska möjligheterna funnits, vore att införa den finansiella samordningen i två steg där vissa landsting fick gå in i samordningen före andra landsting. Fördelningen skulle kunna ske via lottning eller via någon form av matchning. Utvärderingen skulle sedan kunna ske via någon form av "difference-in-difference-ansats"⁹ där utvärderingen skulle baseras på data gällande tillstånd före införande av samordningen och på data gällande samma tillstånd efter införande av samordningen. Metoden skulle förenklat uttryckt gå ut på att justera för nominella skillnader mellan landstingen och på att försöka besvara frågan vilket utfall hade "den här gruppen landsting" fått om de hade utvecklats lika som "den här andra gruppen"? Det betyder i vårt exempel att oavsett om stabiliteten i sjukfrånvaro ökat eller minskat i de båda grupperna skulle det med en sådan ansats gå att identifiera skillnader i trend och därmed att skatta om samordningen lett till någon effekt och i sådant fall hur stor.

Förutsättningar för stegvist införande med beaktande av konsekvenser för effektutvärdering med kontrollgrupp

Vid val av vilken typ av effektutvärdering som kan och bör väljas måste de förutsättningar som gäller för det som ska utvärderas beaktas. I texten som följer redovisas och diskuteras en rad faktorer som måste beaktas utifrån huruvida ett stegvist införande är möjligt i detta fall. Det handlar om finansiering av den finansiella samordningen, om hur val av landsting som ska gå med tidigt eller senare i samordningen kan ske, om under hur lång tid ett sådant utdraget införande kan och bör ske, samt om teknikaliteter kring hur incitamentskomponenten i den nya formen av finansiell samordning kan organiseras.

⁹ Angrist, J. D. och Pischke, J.-K. (2015).

Villkor för referenslandsting vid ett stegvist införande

En central komponent i finansiell samordning är att den ska bidra till att öka landstingens möjligheter att investera i kompetens och struktur¹⁰ för att bättre möta utmaningar relaterade till patienters sjukskrivning. Utredningen utgår i sitt förslag från att de medel som tidigare använts för de överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för att öka kvaliteten i det sjukskrivningsrelaterade arbetet initialt kan disponeras för den nya formen av finansiell samordning.¹¹ Utredningens förslag rymmer dessutom en möjlighet till att öka den volym pengar som kan komma landstingen till del via finansiering genom sänkta sjukpenningkostnader för staten. Överenskommelserna om den s.k. sjukskrivningsmiljarden har detaljerat beskrivits i betänkandet och spelar på olika sätt en signifikant roll för och i utredningens förslag. Överenskommelserna utgör en bakgrund, ett tidigare steg, inför det förslag till samordning som presenteras i betänkandet.

Med ett eventuellt stegvist införande uppstår frågor om vilka villkor som ska gälla för de landsting som ska gå in i samordningen vid ett senare tillfälle. Frågorna handlar bl.a. om i vilken utsträckning, och på vilka grunder, även de landsting som blir referenslandsting ska få stimulansbidrag för fortsatt utveckling av arbetet med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro.

Fortsatt statlig stimulans för referenslandsting

Ur utvärderingsperspektiv bör referenslandstingen ha förutsättningar som i så hög utsträckning som möjligt liknar "ordinarie behandling". Om villkoren försämrats går det inte att veta i vilken utsträckning uppmätta effekter förklaras av försämringen för referenslandstingen och i vilken utsträckning de förklaras av den finansiella samordningen. Om villkoren förbättras uppstår samma osäkerhet.

Det mest närliggande eller "naturliga" finansiella villkoret för referenslandstingen skulle vara att de fortsatt skulle få stimulans-

¹⁰ Utredningen har en bred definition på vilka investeringar det kan handla om. Det kan exempelvis handla om att primärvården kan anställa nya medarbetare.

¹¹ Enligt 14 § sista meningen kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning föreslå finansiering för förslag som innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för bl.a. staten (se även Ds 2000:1).

bidrag villkorade som i de tidigare överenskommelserna om sjuk-skrivningsmiljarden. Ett problem med detta är att möjligheterna att isolera effekterna av finansiell samordning då blir mycket små, bl.a. på grund av en stor sannolikhet att medverkande landsting påverkas/inspireras av de satsningar som vidtas i de landsting som skulle arbeta med stimulansmedel baserade på överenskommelse. Den rent ekonomiska skillnaden mellan den finansiella stimulans som de landsting som går in tidigt respektive senare i samordningen skulle initialt vara obefintlig eller mycket liten.

Eftersom utredningen utgår ifrån att nya överenskommelser inte kommer att slutas är alternativet dessutom rent teoretiskt och finns med här i första hand för att klargöra resonemangets logik.¹²

Ett snarlikt alternativ vore ett upplägg där referenslandstingen får ett ovillkorat bidrag fram till dess att samordningen gäller för samtliga landsting. Det finns många skäl till varför detta inte skulle vara möjligt eller önskvärt. Det skulle bl.a., som tidigare angivits, bli svårt att isolera effekter av finansiell samordning. Utredningen ser dessutom ingen rättsligt hållbar väg att, utan andra grunder än att man är referenslandsting, kunna tilldela landsting ett helt ovillkorat statsbidrag. Om detta ändå vore möjligt skulle det som utredningen bedömer saken ha skapat förutsättningar som gör att poängen med att ha kontrollgrupp i stora delar försvunnit. Skillnaden mellan att vara med och att inte vara med i den finansiella samordningen skulle vara liten, eller obefintlig, och/eller bli mycket svår att värdera och tolka. Referenslandstingens villkor skulle t.ex. kunna uppfattas som mer gynnsamma, vilket kan påverka både motivation hos, och rekrytering till, gruppen landsting som först går in i samordningen.

Referenslandsting helt utan stimulansmedel

Ett alternativ skulle kunna vara att de som går in i samordningen i skede två inte tilldelas några stimulansmedel alls. Utöver att utredningen inte ser några förutsättningar att vinna acceptans för detta, så skulle det finnas en rad problem med en sådan väg. Ett av dem är hur

¹² Utredningen utgår från att staten och Sveriges Kommuner och Landsting efter den nuvarande överenskommelsen som sträcker sig fram till sista december 2018 inte kommer att sluta några nya överenskommelser. Det betyder, som utredningen uppfattar det, att inget landsting får den typen av stimulansmedel för 2019. Möjligheten för regeringen att tilldela landstingen medel ur detta budgetutrymme reserveras för den finansiella samordning som kan komma igång 2020.

man ska kunna bestämma vilka som ska ingå i denna grupp av landsting som med stor sannolikhet skulle komma att uppfatta sig som missgynnade.

Att staten på detta sätt finansiellt skulle favorisera vissa landsting på bekostnad av andra mot deras vilja är som utredningen tolkat det inte förenligt med de rättsliga principer som gäller och skulle knappast ha några förutsättningar att accepteras av berörda landsting. Det skulle dessutom omöjliggöra det hela som vetenskapligt försök. Risken är uppenbar att den relativa försämring som detta i praktiken skulle innebära för referenslandstingen kan skapa ett missnöje som blir svårt eller omöjligt att kontrollera för som en viktig förklaringsfaktor vid värdering av effekter.

Utredningen bedömer det vidare inte som försvarbart om den process och den utveckling som landstingen är, och har varit inne i, under mer än tio år, skulle brytas på grund av att vissa landsting i rollen som kontrollgrupp under flera år tvingas stå utanför den satsning på fortsatta investeringar i struktur och kompetens¹³ som samordningen innebär.¹⁴ För att väsentliga effekter skulle kunna avläsas skulle ett sådant tillstånd behöva fortgå i flera år, vilket ytterligare accentuerar bristen på realism i ett sådant upplägg.

Val av landsting

Som en konsekvens av det som sägs ovan om villkor för referenslandsting blir frågor om fördelning av landsting till den ena eller andra kategorin ett problem. Givet förutsättningarna finns det, som

¹³ Utvecklingen av arbetet relaterat till sjukskrivning i landstinget drivs delvis av investeringar, att man har haft möjlighet att anställa sådan kompetens som behövs. Om inte den möjligheten finns i de landsting som inte initialt är med i samordningen riskerar utvecklingen på området i dessa landsting förlora kraft samtidigt som resultat avlästa i den här situation skulle ha förlorat en avgörande del av sitt vetenskapliga värde. Att försöka tillförsäkra referenslandsting samma finansiella förutsättningar som de landsting som ingår i den finansiella samordningen "vid sidan om" finns det som utredningen bedömer det inga realistiska former för. Ett sådant upplägg skulle helt eliminera möjligheterna till utvärdering av effekter eftersom de båda grupperna då skulle ha i princip exakt samma förutsättningar. Det skulle då inte finnas någon insats att utvärdera.

¹⁴ På flera ställen i betänkandet refereras till den positiva utveckling som miljardensatsningarna bidragit till. Idén bakom finansiell samordning är bidra till att utvecklingen ska ta ytterligare positiva steg och stabiliseras. Utredningens utgångspunkt är att stimulans är bra men att den tidigare formen inte varit optimal. Problemet med att "avstänga" vissa landsting från fortsatt stimulans är okänd och inte rimlig bl.a. ur ett rättssäkerhets- och rättviseperspektiv.

utredningen bedömer saken, inget bra sätt att fördela landsting till tidigt respektive senare inträde i finansiell samordning.

En teoretiskt möjlig väg vore att fördelningen baseras på frivillighet, dvs. att landstingen själva får avgöra om man vill vara med eller inte.¹⁵ Det finns två problem med detta; dels en risk att ”ingen” alternativt ”alla” vill gå in i samordningen från start, dels, och framför allt, att det är negativt ur utvärderingssynpunkt. Det finns en uppenbar risk att det är de landsting som har bäst förutsättningar och motivation som först går med och detta skulle innebära att grupperna inte är jämförbara.

Det finns, som utredningen uppfattat det, inget bra exempel på urval av landsting i en situation som liknar den som gäller för den föreslagna finansiella samordningen. Till skillnad från exempelvis frågor om enskilda metoder i myndigheters arbete¹⁶ så handlar detta bl.a. om förhållanden av betydelse för den rättighetslagstiftning som sjukförsäkringen är och om den kommunala självstyrelsen. Bestämmelser gällande storlek och villkor för statsbidrag kan inte – som exempelvis metoder i polisens arbete – lämnas till någon enskild myndighet eller organisation att besluta om.

Teknikaliteter kring incitamentskomponenten

Den föreslagna finansiella samordningen bygger på stimulansbidrag kopplat till utvecklingen av sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar. Detta kommer att succesivt växa fram. År ett finns inget utfall relativt referensfältet att basera bidraget på utan det året föreslår utredningen att det ska lämnas ett bidrag som bygger på befolkningens storlek i respektive landsting. Först år två finns ett utfall att relatera statsbidraget till.

Samordningen bygger vidare på att det bidrag landstingen får ska vara känt i sådan tid att beloppet kan planeras in i budget för det aktuella verksamhetsåret. Därför föreslås att mätperioden som bestämmer utfallet ska vara tiden från och med april två år före det år som bidraget ska lämnas till och med mars året före det år som

¹⁵ Vid det tidigare refererade FINSAM-försöket på 1990-talet rekryterades försökslandstingen på dessa grunder.

¹⁶ Ett aktuellt exempel är de tester av användande av el-pistoler inom polisen som ska ske i några försöksdistrikt under två års tid.

bidraget ska lämnas. En sådan konstruktion innebär att landstingen samordningens andra år får ett statsbidrag baserat på en mätperiod som har en startpunkt som ligger *innan* den finansiella samordningen startade.¹⁷ Det innebär att incitamentskomponenten för detta andra år fortfarande har begränsad styrka. *Först år tre* når incitamentskomponenten full kraft. Detta ser utredningen inte som något problem i sig. Samordningen är tänkt att bidra till långsiktighet, stabilitet och förutsägbarhet. Det är i förhållande till förutsättningarna för ett stegvis införande som det skulle bli ett problem. Det sagda innebär att en utvärderingstid för en meningsfull utvärdering måste vara lång, att de finansiella villkoren för de landsting som inte går med i skede ett blir än mer grannlaga och att risker för att idén bakom den finansiella samordningen går förlorad i ett fokus på tekniska detaljer och spelregler.

Tid för stegvist införande

En fråga av vikt både för införandet och för en utvärdering är under hur lång tid ett eventuellt stegvist införande kan och bör ske.

Ur ett utvärderingsperspektiv är en längre tid att föredra; den finansiella samordningen har då större möjligheter att hinna bli etablerad och landstingen hinner utveckla nya arbetssätt.¹⁸ De resultat som uppmäts blir statistiskt mer tillförlitliga.

Ur perspektivet vad är ett bra införande av en finansiell samordning blir svaret det motsatta. En lång tid med stegvist införande kan t.ex. medföra att landstingen mer fokuserar på frågor kring vilka landsting som ska ingå i vilken grupp och på spelregler och detaljer i samband med det stegvisa införandet än på själva arbetet med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Ju mer utsträckt en sådan process är, desto större kan ett sådant oönskat fokus tänkas bli.

¹⁷ Utredningen gör bedömningen att det är angeläget att samordningen kommer på plats så snart det är möjligt. Ett skäl till detta är att inte i onödan tappa tempo i den process landstingen varit, och är, inne i när det gäller investeringar i kompetens och struktur för utveckling av sjukskrivningsrelaterat arbete. För utredningens överväganden gällande statsbidrag under det första året, se avsnitt 6.10.2.

¹⁸ I samband med utvärdering av effekter av skolpolitiska reformer hävdas exempelvis att utvärderingstiderna generellt är för korta (se SOU 2013:30).

Slutsats

Utredningen ser inga realistiska möjligheter att implementera den finansiella samordningen stegvis, så att vissa landsting skulle omfattas av samordningen före andra landsting. Skälen är att acceptabla villkor för referenslandsting inte går att definiera och få på plats, att detta omöjliggör acceptabla val av vilka landsting som ska ingå i vilken grupp, samt att det stegvisa införandet av utvärderingsskäl bedöms behöva hålla på under flera år, vilket gör systemet svårt att implementera.

Utredningens uppfattning är att en utformning med kontrollgrupp, allt annat lika, normalt är att föredra jämfört med en utformning utan kontrollgrupp. Utredningen anser inte att det är möjligt i detta fall. Utredningen gör bedömningen att en före och eftermätning utan kontrollgrupp är det alternativ som står till buds.

Effektutvärdering utan kontrollgrupp

I det följande diskuteras förutsättningarna för en effektutvärdering utan kontrollgrupp. Detta görs utifrån förväntade effekter av samordningen.

Med ett samlat införande skapas goda förutsättningar att få en kraftfull start med enkla och tydliga spelregler tillsammans med initiala investeringsmedel i samtliga landsting. Detta utan att mer än nödvändigt behöva störa den utveckling som varit igång i mer än ett decennium (se avsnitt 3.1 i betänkandet).

Eftersträvad effekt är att hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro långsiktigt integreras i landstingens verksamhet. Ett sådant resultat blir både mer möjligt att uppnå och också mer möjligt att fånga valida data om, ifall utvärderingsperioden är tillräckligt tilltagen. Med ett upplägg utan kontrollgrupp kan den tiden utan förbehåll anpassas till vetenskapliga överväganden. Det kan röra sig om längder på de tidsserier som jämförs. Det gäller även och bredd och djup i information gällande strategier och arbetssätt landstingen utvecklat, etc.

Oavsett hur utfallet i den mer ekonomiskt orienterade effektutvärderingen blir, kommer information som svarar på "varför" eller "på vilket sätt" eller "med vilka metoder" att behöva besvaras. Det är via *förändringar* i hur hälso- och sjukvården i samverkan med andra

aktörer arbetar som avsedda resultat kan förväntas uppnås. Information om förändringar vad gäller exempelvis satsningar på kompetensutveckling, utvecklande av samverkansformer, behandlingsmetoder, personaltäthet, kvalitetssäkringsprocesser, ledningsstöd, etc. bör fångas oavsett utvärderingsansats. En fingervisning om vad utredningen ser som angelägna förändringsområden att belysa ges i betänkandets kapitel 7 och i avsnittet *Två centrala dimensioner* nedan.

En utvärdering måste kunna göra det troligt att den finansiella samordningen bidragit till uppmätta effekter. Detta oavsett om det handlar om att det är en speciell typ av förändring som bedöms ha haft mest effekt eller om det är många olika typer av förändringar som sammantaget förefaller ha gett resultat.

Behovet av att på detta sätt komma närmare en förståelse om hur olika orsakssamband ser ut skulle ha varit lika angeläget även om effektutvärderingen skulle ha baserats på någon form av stegvis införande.

Två centrala dimensioner

Det är inte utredningens uppgift att i detalj peka ut inriktning eller omfattning på kommande utvärderingar. Det är dock angeläget att minst två huvuddimensioner blir ordentligt genomlysta och analyserade. Det ena är stabiliteten i kortare sjukfrånvaro och det andra är förändringar i landstingens förutsättningar att möta de utmaningar det handlar om. Förväntningen är att landstingen utifrån de egna förutsättningarna investerar i kompetens, struktur, kunskapsbyggande, åtgärder för att integrera frågor relaterade till sjukskrivning i den ordinarie verksamheten etc. En särskild förhoppning är att samordningen kan bidra till förändringar med syfte att ge medarbetare förutsättningar att tillämpa adekvata kunskaper och principer.

Förståelse av de mekanismer som finns med bör även omfatta information om hur professionella och patienter upplevt de förändringar som kan ha ägt rum. Det handlar dels om att förstå vad som gett eventuell effekt men också att fördjupa analyser runt de resultat som uppnåtts. Exempelvis om huruvida satsningarna lett till försämringar respektive förbättringar för andra patientkategorier. Viktigt är också att fånga vilka konsekvenser landstingen uppfattat att

samordningen haft för den egna organisationen, för medarbetarna och för de arbetssätt som utvecklats.

Upplägg

Direktiven säger ingenting om vem/vilka som förväntas genomföra den/de effektutvärderingar som kan komma att bli aktuella. Utredningen tar heller inte ställning till detta. En utgångspunkt är att flera utvärderare och flera ansatser kan bli aktuella. En annan utgångspunkt är att forskarsamhället kan förväntas spela en central roll. En tredje utgångspunkt, som utredningen kraftfullt vill betona, är att datainsamlingar inte får vara belastande för landstingen. Ett inslag i den föreslagna samordningen är att landstingen ska kunna arbeta långsiktigt utan att hämmas eller störas av belastande återrapporteringskrav.

Vissa typer av data är givna i en utvärdering. Det handlar bl.a. om tidsserier över sjukskrivningsfall som är upp till 90 dagar långa för de olika landstingen innan och efter den finansiella samordningen införts (se diskussion om detta i betänkandets kapitel 5). Sådana tidsserier finns tillgängliga utan någon insats från landstingen.

En annan typ av data är den som beskriver verksamheten i hälso- och sjukvården i de olika landstingen. Dessa data kan se olika ut. Ett angeläget första steg är därför en inventering av vilka möjligheter som finns att få fram användbar information. Det är vidare angeläget att sådana data planeras och samlas in i god tid *innan* den finansiella samordningen införs. Särskilt angeläget är det när det gäller förändrade arbets- och förhållningssätt. Den typen av information, kan representera intermediära påverkanskomponenter och samtidigt utgöra resultatmått i sig. Här behöver selektivitet iakttas. Risker finns annars för att den avgörande analysen inte blir tillräckligt fokuserad och att landstingen belastas på ett sätt som inte är acceptabelt.

En möjlighet som bör övervägas handlar om att i efter-mätningar replikera delar av studier som redan gjorts och som kan fungera som före-mätningar. Ett exempel som kan övervägas är delar av de studier som Karolinska Institutet (KI) i flera omgångar genomfört gällande läkares arbete med, syn på och hantering av sjukskrivningsärenden och förutsättningar för det.¹⁹ Ett annat är den analys av hur

¹⁹ Alexanderson, K. m.fl. (2018).

sjukskrivningsfrågan integrerats i landstingen som Socialstyrelsen och Försäkringskassan gjorde 2015.²⁰ Ytterligare ett exempel är de studier av sjukskrivningsmönster som de båda myndigheterna gjort.²¹ Andra exempel är studier från KI där långtidssjukskrivna personer (10 000 respektive 17 500) tillfrågats hur de upplever att de blivit bemötta av personal inom hälso- och sjukvården respektive inom Försäkringskassan i samband med sjukskrivning.²² KI har även intervjuat beslutsfattare i samtliga landsting om hur de leder och styr hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukfrånvaro, vilket har gett data möjliga att använda som en del av en före-mätning.²³

Referensdata

Utvärderingsupplägg syftar till att definiera data som utfallet av en insats kan relateras till. Det mest tydliga exemplet är jämförelser mellan utfall för en kontrollgrupp visavi utfall för en experimentgrupp. Om utvärderingen inte bygger på en design med kontrollgrupp måste ambitionen vara att försöka definiera och använda andra *referensdata* som kan bidra till analys och värdering.

Det skulle i det här aktuella fallet kunna handla om data som beskriver sjukfrånvaro i övriga Norden för samma mått på sjukfrånvaro som utvärderingen baseras på. Ett tillvägagångssätt som med framgång nyttjats för analys av effekter av bl.a. familjepolitik²⁴ och arbetsmarknadspolitik.²⁵

Det skulle även kunna handla om att för landsting med lite olika utfall gällande sjukfrånvaro upp till 90 dagar dissekera sjukfrånvaron och dela in den i olika kategorier avseende exempelvis diagnos och/eller vårdform (t.ex. sjukhusvård och primärvård) och/eller typ av klinik. En väg är, som Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) valde i utvärderingen av den s.k. sjukskrivningsmiljarden,²⁶ nämligen att utnyttja landstingens vägval gällande metod- och/eller organisatorisk utveckling. Landsting som

²⁰ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015).

²¹ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017).

²² Friberg, E. m.fl. (2014).

²³ Alexanderson, K. m.fl. (2013b).

²⁴ Björklund, A. (2006).

²⁵ Bäckerman, P. m.fl. (2018).

²⁶ Hartman, L. m.fl. (2009).

använt samordningens möjligheter på ett sätt jämförs med landsting som använt dessa på ett annat sätt. Ytterligare en väg, som bör nyttjas oavsett grunddesign, är att söka fånga data gällande andra tendenser och förändringar som kan ha spelat in och söka värdera utfall avseende finansiell samordning mot bakgrund av detta.²⁷

Stabilitet i inflödet till sjukförsäkringen

De effekter man vill uppnå med en viss insats eller en viss förändring är en naturlig utgångspunkt vid val av utvärderingsupplägg.²⁸ Den övergripande ambitionen med finansiell samordning är i grunden en positiv utveckling av landstingens förmåga att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Den avläsningsbara effekt som eftersträvas är ökad stabilitet och förutsägbarhet vad gäller inflödet till sjukförsäkring.²⁹ En bakomliggande tanke är att det finns ett tryck mot ökad sjukskrivning kopplad till bl.a. psykisk ohälsa, som en proaktiv strategi (se avsnittet *Förslag till effektmått baserat på data gällande sjukskrivningar upp till 90 dagar långa och hur det skulle kunna användas i ett utvärderingsperspektiv* nedan) inom vården kan bidra till att skapa förutsättningar för att bättre kunna stå emot, med över tid ökad stabilitet som följd.³⁰ I betänkandet förs ett detaljerat resonemang gällande de mekanismer som utredningen uppfattar att det handlar om samt gällande vilken typ av utveckling som är möjlig.

Utredningen ger stöd för att landstingens förmåga att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro kan uttryckas i form av minst tre delkomponenter som är intimt kopplade till varandra: 1) att sjukskrivningsfrågan blir en mer integrerad del av landstingens verksamhet,³¹ 2) att hälso- och sjukvården fortsätter att utveckla

²⁷ Ett exempel på en ansats i den riktning ger Hägglund, P. och Skogman Thoursie, P. i en rapport till Finanspolitiska rådet (se Hägglund, P. och Skogman Thoursie, P. [2010]).

²⁸ Om man exempelvis vill bestämma den relativa effektivitetsvinsten av ett visst läkemedel, som är extremt dyrt, som har kända biverkningar och som är avsett att användas vid allvarliga sjukdomstillstånd, är kravet på exakthet större än i många andra typer av utvärderingar.

²⁹ Antalet individer som blir sjukskrivna och längden på initial sjukfrånvaro har historiskt visat sig samvariera med antalet långa sjukskrivningar.

³⁰ Inriktningen mot stabilitet och inte minskning bygger på tanken att det finns en rimlig och "naturlig" nivå som, om den skulle underskridas, kan antyda att försäkringen inte fungerar med avsedd trygghet och rättssäkerhet.

³¹ I direktiven till utredningen förklaras behovet av en ny form för finansiell samordning med att tidigare satsningar i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Lands- ting visserligen gett positiva resultat, men att "sjukskrivningsfrågan inte har blivit en integrerad del i landstingens verksamhet" (se kommittédirektiv 2017:44, s. 7).

relevanta arbetssätt av metodkaraktär och/eller organisatorisk karaktär samt 3) att vårdens professionella i de vardagliga mötena med hjälpsökande ges adekvata förutsättningar att *tillämpa* relevanta försäkringsmedicinska principer på ett konsekvent och effektivt sätt.

Landstingens förmåga att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro kan bl.a. värderas utifrån data rörande sjukfrånvaro över tid³² samt data gällande satsningar och utvecklingslinjer som kan vara olika för olika landsting. Det samspel mellan sjukförsäkring och hälso- och sjukvård som finansiell samordning vill bidra till måste, för att leda till ökad stabilitet, rimligen också manifesteras i förändringar i vårdens förutsättningar. Dessa förändringar måste kunna avläsas och användas både som "egna" resultat, men också som referensdata vid tolkning av samordningens inverkan på sjukfrånvarons nivå och utveckling. Kan sådana förändringar inte påvisas blir antaganden om att finansiell samordning påverkat sjukfrånvarons utveckling svagare.

Det är ju också via den här typen av utveckling som ny kunskap och ny kompetens kumulativt kan erövrats. Den form av finansiell samordning som föreslås ger möjligheter för landstingen att anpassa satsningar utifrån de egna förutsättningar vilket i sin tur kan förväntas bidra till att tydligare mejsla ut och bredare förstå spelet mellan de mekanismer som kan vara aktuella.

Sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar

Data gällande sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar är en byggsten i en effektutvärdering. Det är utifrån utvecklingen av sjukfrånvaro för sjukfall upp till 90 dagar som statsbidrag enligt den föreslagna finansiella samordningen ska lämnas. Detta kan ses som en effekt som sammanfattar resultatet av att vården utvecklar nya metoder och organisatoriska lösningar.

Data gällande sjukfall upp till 90 dagar finns tillgänglig när den finansiella samordningen införs. En viss inverkan på utvecklingen av sjukfrånvaro bör åtminstone teoretiskt kunna uppträda redan inom exempelvis ett första års engagemang. Men den effekt som eftersträvas är *inte* kontinuerlig sjunkande sjukfrånvaro. Den effekt som

³² Grunderna för detta diskuteras utförligt i betänkandet. Det handlar om att utredningen utgår från att sjukförsäkring som välfärdsförmån både kan överutnyttjas och administreras på ett för restriktivt sätt.

eftersträvas är långsiktig minskande variation i sjukfrånvaron. Något som ännu mer konkret uttryckt betyder att sjukfrånvaron över tid ligger inom den ram som de olika landstingens referensfält definierar.

Nivån på sjukfrånvaro är en kombination av antalet som blir sjukskrivna och hur långa sjukskrivningarna blir för de som blir sjukskrivna.³³ Om sjukfrånvaron uttrycks i dagar eller kostnader torde spela mindre roll.³⁴ Värdering av stabilitet i landstingens förmåga förutsätter att resultatet kan läsas av i form av tidsserier som kan visa att samordningen lett till, eller inte lett till, avsedd stabilitet. Det betyder dels att samordningen ska ha haft rimlig tid att etablera sig som en aktiv motivator för en sådan påverkan på landstingens arbete, dels att effekten inte bör avläsas innan det antal år som krävs för att en valid tidsserie kan anses vara uppmätt.

Det förslag till resultatmått gällande sjukfrånvaro som presenteras nedan är bara ett exempel på flera möjliga. Utredningen vill betona att det kan finnas en rad andra kompletterande sätt att avläsa effektivitet i sjukskrivningsprocessen. Den samlade sjukfrånvaron upp till 90 dagar i ett landsting kan exempelvis brytas ned i olika typer av analyser. Man skulle exempelvis kunna fånga data om eventuella förändringar i diagnospanoramat för sjukskrivningar upp till 90 dagar, t.ex. i analyser gällande i vilken utsträckning individer blir sjukskrivna inom en viss diagnosgrupp och för hur lång tid.

Förslag till effektmått baserat på data gällande sjukskrivningar upp till 90 dagar långa och hur det skulle kunna användas i ett utvärderingsperspektiv

Den föreslagna finansiella samordningen ger incitament för landstingen att sträva mot att ligga nära eller strax under den nedre gränsen av det landstingsspecifika referensfältet. De landsting som lyckas med det får maximalt finansiellt bidrag. Dessa befinner sig i position väl formerad för att möta ett oförutsett framtida tryck och ändå förmå hålla sig inom referensfältet. Det är en sådan *proaktivitet*

³³ Det finns utmaningar både av mät- och analyskaraktär. Exempelvis hur flöden påverkar bl.a. fallängder. Om många blir sjukskrivna kan det leda till genomsnittligt kortare sjukskrivningstid än om färre blir det.

³⁴ Det väsentliga är att ett minskat antal sjukskrivna bidrar till den stabilitet som uppmäts. Det kan däremot finnas väsentlig information i analyser av hur eventuell stabilitet uppnåtts som bör fångas och finnas med i de analyser som görs. Ett exempel är data om hur många individer som blir sjukskrivna, hur sjukskrivningstider för olika diagnoser utvecklas etc.

som har förutsättningar att skapa långsiktig stabilitet och som är en av de väsentligaste grundtankarna bakom den föreslagna formen av samordning.

Ett framgångsrikt proaktivt engagemang kan utifrån detta resonemang manifesteras sig i att det enskilda landstinget ligger under medellinjen i "sitt" referensfält och att variationen över tid gällande olika mätpunkter för sjukfrånvaro för sjukskrivningar upp till 90 dagar minskar. Ett effektmått bör omfatta båda dessa komponenter.³⁵ Ett medelvärde som understiger medellinjen i referensfältet tillsammans med en liten variation runt det egna medelvärdet kan utifrån redovisat resonemang tolkas som en hög nivå av förmåga att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro. Motsatt skulle en hög andel mätpunkter ovanför medellinjen i referensfältet tillsammans med en hög variation ge ett värde som skulle tolkas som en relativt lägre nivå av förmåga att möta ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro.

Konsekvenser på individnivå och risker för bortträngningseffekter

Ett syfte med finansiell samordning är att hälso- och sjukvården bättre ska förmå hjälpa människor att förebygga sjukskrivning och att optimera den sjukskrivningstid som krävs för hållbar återgång i arbete.

Det är därför önskvärt att utvärdera även individrelaterade data. Andel av dem som tar kontakt med hälso- och sjukvården och som är sjukskrivna mätt vid olika tidpunkter efter besöket är ett exempel. Ett sådant mått skulle kunna bidra till att fånga *hållbarheten* i den hjälp en individ får. Individer som får insatser och/eller bedömningar med en hög grad av ändamålsenlighet borde i lägre grad än individer som får insatser och/eller bedömningar med lägre grad av ändamålsenlighet återfinnas som sjukskrivna vid senare mättillfällen.

Det finns metodologiska utmaningar.³⁶ Utredningen vill dock betona att de viktigaste effekterna i slutändan handlar om vilka konsekvenser samordningen får för individer som söker hjälp i hälso- och sjukvården.

³⁵ Ett sådant mått skulle kunna konstrueras utifrån a) ett landstings medelvärde för en viss tid jämfört med dess medellinje i referensfältet och b) variansen kring det egna medelvärdet.

³⁶ En utmaning är tillförlitliga data rörande besök i primärvården som kan matchas mot Försäkringskassans register.

Det perspektivet är relevant när det gäller risker för bortträngning. Det finns en risk att vården som pekar ut en speciell åldersgrupp (människor i arbetskraften), "tränger undan" andra insatser eller andra patientgrupper. Prioriteringar i hälso- och sjukvården ska i första hand ske på grundval av hälso- och sjukvårdslagens anvisning om att den som har det allvarligaste tillståndet ska hanteras först (en utförligare diskussion om detta återfinns i avsnitt 4.3 i betänkandet).

Oavsett detta är det mycket angeläget att tidigt fånga information som kan användas för att värdera om finansiell samordning visar tendenser till att gynna vissa patienter på bekostnad av andra. Om sådana *tendenser* kan spåras är det angeläget att staten vidtar de åtgärder för att korrigera detta.

Det betyder att det för just den här eventuella oönskade effekten inte går att utgå från samma väl tilltagna utvärderingstid som kan gälla för utvärdering av övriga effekter. Utredningens uppfattning är att temat kan ingå som ett moment i en mer omfattande föremätning som måste ske innan samordningen implementeras, men att viss information som kan ge indikationer på tendenser i oönskad riktning följs upp och värderas redan efter något år. Temat kan med fördel även finnas med i den/de större efter-mätningssomgång/-omgångar som upplägget för den samlade effektutvärderingen anger.

Pilot-/försöksinförande

En tanke som förts fram av vissa aktörer är att det skulle vara önskvärt med ett begränsat pilotförsök som skulle kunna utvärderas innan samordningen införs i full skala. Argumenten för en pilot kan antas skilja sig en del från de argumenten för ett stegvist införande.

Stegvist införande har vetenskaplig kvalitet och precision i fokus, medan ett pilotförsök kan antas mer handla om att i tid upptäcka oväntade och oönskade negativa konsekvenser.

Utredningens argument emot ett pilotförsök är i stora delar desamma som argumenten emot ett stegvist införande. Det handlar om frågor som rör villkor för referenslandsting, val av "experimentlandsting" samt tidsutdräkt för en meningsfull utvärdering (se avsnitten under rubriken *Förutsättningar för stegvist införande med beaktande av konsekvenser för effektutvärdering med kontrollgrupp* i denna bilaga).

Utredningens uppfattning är att oönskade konsekvenser kan upptäckas även utan en pilot. Bortträngningseffekter är särskilt angeläget att tidigt snabbt kunna korrigera. Även om mer djupgående analyser av sådana effekter kan antas vara komplexa och ställa höga krav på data, så bedömer utredningen det vara möjligt att via rimliga stickprovsbaserade undersökningar få indikatorer på hur samordningen fungerar i det avseendet.

Krav på tillförlitlighet i den uppmätta effekten

Valet av utvärderingsdesign handlar bl.a. om praktiska förutsättningar.³⁷ En central faktor är i vilken grad de uppmätta effekterna mäter det man vill mäta (validitet) och i vilken grad av precision (reliabilitet) man kan uttala sig om effekten. Validitet kan exempelvis handla om hur nära man lyckats efterlikna ett randomiserat försök och därmed hur väl man mäter den verkliga effekten av insatsen. Precision i sin tur kan handla om hur många deltagare som ingår i utvärderingen, där ett större urval ger bättre precision.

Valet av utvärderingsdesign handlar bl.a. om praktiska förutsättningar. En central faktor är i vilken grad effekterna måste vara säkerställda och med vilken grad av precision man måste kunna uttala sig om resultatet. Slutsatsen beror bl.a. på hur viktigt det är att göra en korrekt bedömning och hur riskabelt det är att göra en felaktig bedömning. Utredningen anser att det är viktigt att peka på att det handlar om att gradera tillförlitligheten i de bedömningar och uppskattningar som kan göras. Det finns alltid – nästan oavsett design – en viss grad av osäkerhet.³⁸ Det handlar om vilken nivå av osäkerhet man kan acceptera i det enskilda fallet.

³⁷ Ekonomistyrningsverket (2006).

³⁸ Det finns alltid, oavsett metod och design, en osäkerhet och ofta bygger de metoder som används på antaganden som går att problematisera. Exempelvis, när Riksrevisionen utvärderade effekter av arbetspraktik användes en metod som går under beteckningen "Propensity Score Matching" (se Riksrevisionen [2010]). Ett annat exempel är när IFAU utvärderade rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstider. Man utnyttjade då det faktum att de nya reglerna som infördes den 1 juli 2008 endast omfattade nya sjukfall samtidigt som det fanns äldre fall som behandlades enligt tidigare regler och därför kunde ingå som kontrollgrupp. Det fanns dock inga som helst formella hinder för Försäkringskassans handläggare mot att tillämpa de nya tidsgränserna även på de "gamla" fallen. (Se Hägglund, P. [2010].) Syftet med dessa två exempel är att visa även mycket välgjord forskning omfattar en viss osäkerhet.

Om det t.ex. handlar om att bestämma effekten av ett nytt vaccin är kravet på tillförlitlighet stort, och potentiellt negativa konsekvenser av felbedömningar är omfattande. För en satsning av det slag som det gäller här är måste både kraven på säkerhet och riskerna anses vara mindre. Om uppmätta effekter något under- eller överskattas torde vara av begränsad betydelse,³⁹ samtidigt som de potentiellt negativa konsekvenserna också måste anses vara begränsade.⁴⁰

Ur samhällets perspektiv är den största risken att statsbidrag utgår till landsting utan att det är säkerställt att landstingen via det egna utvecklingsarbetet bidragit till hela den positiva utveckling som ligger till grund för statsbidraget. Det måste, som utredningen ser det, betraktas som en acceptabel risk. En motsatt – teoretisk och osannolik – risk är att ett framgångsrikt arbete i landstingen inte avtecknar sig i stabilitet i sjukfrånvaron. Om detta skulle vara fallet måste det, som utredningen ser det, vara rimligt att komma till slutsatsen att samordningen inte uppnått avsedda effekter.

Om den finansiella samordningen bidrar till ökad sjukfrånvaro är detta ett misslyckande för reformen, men en sådan effekt skulle knappast undgå upptäckt i en utvärdering.

Sammanfattande kommentar

Utredningen har haft anledning att fördjupa sig i överväganden och reflektioner kring frågor som rör förutsättningar för utvärdering av effekter av statliga satsningar av det slag som förslaget om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen utgör. Det finns utifrån den fördjupningen anledning att poängtera dels vikten av att effektutvärderingar av hög kvalitet genomförs, dels att begränsande förutsättningar för att kunna göra detta i form av kvasi-experimentella studiedesigner mer behöver uppmärksammas.

Den föreslagna finansiella samordningen bygger på ett samspel mellan tre samtidiga komponenter; stöd för investeringar i struktur

³⁹ Det är dock angeläget att effektens riktning kan mätas och att graden av sannolikhet för detta kan uppskattas.

⁴⁰ Om landstingen investerar i struktur och kompetens, om sjukskrivningsrelaterade frågor integreras tydligare i landstingens verksamhet samt om variationen i inflödet i sjukförsäkringen tydligt minskar så bör ur ett samhällsperspektiv en viss osäkerhet gällande exakt hur mycket den finansiella samordningen bidragit till detta kunna accepteras. Detta gäller dock i mindre utsträckning frågor om *hur* och *med vilka konsekvenser för individer* som resultatet uppnåtts.

och kompetens, stimulans för landstingens engagemang för utveckling på området samt incitament för att skapa förutsättningar för att vårdens anställda i mötet med patienter på ett bra sätt ska kunna ge stöd och hjälp. Att få ihop dessa komponenter i en design där vissa landsting är med och andra står utanför låter sig, som utredningen bedömer saken, inte göras.

Grundläggande för val av utvärderingsdesign måste själva åtgärdens karaktär och förutsättningar vara.⁴¹ Vid värdering av de utvärderingsformer som är möjliga måste uppfattningar om krav på *tillförlitlighet* i skattningar av effektstorlek tillsammans med *risker* förknippade med att beslut fattas på grundval av mindre precisa skattningar av effekter vägas in.⁴² Ett sådant, i grunden pragmatiskt, synsätt behöver inte stå i motsättning till mer renodlat akademiska perspektiv, men i de sammanvägningar som måste göras kan dock, som utredningen ser saken, inte motiv rörande utvärdering bestämma en reforms innehåll, genomförbarhet och potentiella samhällsvärde.

Utredningen föreslår därför ett fullskaligt införande vid en tidpunkt i hela landet. Utredningen föreslår dock att ingen möda sparas vad gäller att utvärdera samordningen med så hög vetenskaplig kvalitet som det är möjligt.

Det faktum att landstingen i grunden är olika, tillsammans med att den finansiella samordningen tillåter lokalt anpassad utveckling och lokalt anpassade satsningar, borde kunna utnyttjas i ett utvärderingssammanhang. En helt central utvärderingsfråga borde rimligen handla om vilket arbetssätt som ger bäst resultat. Flera av de eftersträlvade effekterna har långsiktighet som avgörande kvalitet. Att frågor kring hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsa relaterad till variation i sjukfrånvaro ska vara långsiktiga och väl integrerade i landstingens arbete kan exempelvis avteckna sig i de prioriteringar och överväganden som landstingen återkommande gör under loppet av ett antal år, inte bara vid något enstaka tillfälle. Den utveckling av strategier och metoder för vård och behandling som samordningen syftar till att stimulera sker i form av uthålliga processer. Praktiska

⁴¹ Man skulle t.ex. knappast ha kunnat införa högertrafik i vissa delar av landet men inte i andra, medan man utan problem kan prova att låta polisen använda elpistol i vissa områden men inte i andra under en försöksperiod (se t.ex. Ekmark, K. [2018]). Möjliga utvärderingsdesigner ser uppenbart helt annorlunda ut för dessa båda exempel.

⁴² Detta är något som Ekonomistyrningsverket betonar i Ekonomistyrningsverket (2006). Man exemplifierar med att den medicinska sektorn karaktäriseras av att man måste kunna uttala sig om de uppmätta effekterna med stor säkerhet.

förhållanden, finansiella förutsättningar och vetenskapliga landvinningar bestämmer tidplanen. Uppenbart är det en stor vetenskaplig styrka om den tid som är nödvändig kan förflyta innan skarpa värderingar av effekterna görs.

Detsamma kan *inte* gälla frågor om oönskade konsekvenser. Sådana måste snabbare upptäckas. Ett exempel på en sådan oönskad konsekvens är om resultat gällande sjukfrånvaro uppnås till priset av att vissa patientkategorier felaktigt nedprioriteras. Indikationer eller tendenser i den riktningen måste snabbt kunna avläsas och vid behov ligga till grund för korrigeringar.

Teknisk beskrivning av beräkningar kopplade till referensfält

Den här bilagan är en sammanställning av utredningens förslag till hur olika beräkningar som är kopplade till referensfältet i den finansiella samordningen bör göras. Det handlar om fastställande av referensfält, justeringen av referensfälten samt hur statsbidraget för de enskilda landstingen ska beräknas. I bilagan presenteras också figurer för varje landstings beräknade referensfält vid införandet av den finansiella samordningen i förhållande till den historiska utvecklingen av statens utgift för sjukpenning i det landstinget. Det förs även ett resonemang kring utgångspunkten för fastställande av nya referensfält efter införandet av den finansiella samordningen.

Syftet med bilagan är att förtydliga hur dessa beräkningar bör göras samt vara ett stöd till såväl de som handlägger den finansiella samordningen (Försäkringskassan och regeringen) som till landstingen.

Bilagan inleds med att beskriva vissa ord och uttryck som används i bilagan samt information om den statistik som ligger till grund för beräkningarna.

Definitioner av vissa ord och uttryck

Statens utgift för sjukpenning	Det belopp som staten har betalat ut i form av sjukpenning för folkbokförda personer i ett landsting för de första 89 dagarna i en sjukperiod. Exklusive statlig ålderspensionsavgift.
Resultatperiod	Den tolv månadersperiod för vilken statens utgift för sjukpenning ligger till

	grund för statsbidrag ett visst år. En resultatperiod är perioden den 1 april år t till och med den 31 mars år $t + 1$.
Referensfält	Ett för varje landsting angivet område som avser statens utgift för sjukpenning på årsbasis. Referensfältets gränser utgörs av en högsta och en lägsta beloppsnivå.
Nettodag med utbetalad sjukpenning	Antalet dagar med utbetalad sjukpenning, där dagar med partiell ersättning omräknas till hela dagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en nettodag.
Medelersättning	Statens utgift för sjukpenning delat med antalet nettodagar med utbetalad sjukpenning.

Grundläggande statistik för beräkning av referensfält

För att kunna beräkna referensfältet behövs uppgifter om antal nettodagar, återvändarkvot, medelersättning per nettodag samt befolkningen 16–64 år.

Nettodagar

Vad gäller nettodagar är det antalet nettodagar med utbetalad sjukpenning, för sjukfall dag 1–89, per län under perioden januari 2008 – december 2018 som ligger till grund för beräkningarna. Statistiken hämtas från den officiella statistiken som kommer från Försäkringskassan och finns tillgänglig per län på månadsbasis. Nettodagarna summeras för de närmast föregående tolv månaderna för att få fram helårsutfall. Utifrån detta skapas en tidsserie med rullande tolv månaderssummering av antalet nettodagar för perioden december 2008 till och med december 2018 för varje landsting.

Återvändarkvot

Återvändarkvoten används för att korrigera antalet nettodagar för borttagandet av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen (se avsnitt 6.3.2 i betänkandet) och därmed få en tidsserie av antal nettodagar som är konsistent med det gällande regelverket.

Som underlag för att beräkna återvändarkvoten används antalet pågående fall med sjukpenning, för sjukfall dag 1–89, respektive antalet återvändare för riket under perioden januari 2008 – december 2018. Antalet pågående fall samt återvändare summeras på samma sätt som antalet nettodagar, med skillnaden att detta enbart görs på riksnivå. Anledningen att denna uppgift endast presenteras på riksnivå är för att undvika röjanderisk då antalet återvändare i enskilda län under vissa månader är få. Genom att detta görs för riket i stället för i fråga om varje enskilt landsting blir det inte en exakt beräkning utan en uppskattning.

Återvändarkvoten beräknas genom att dividera antalet pågående fall *utan* återvändare med antalet pågående fall *med* återvändare. Denna kvot multipliceras sedan med antalet nettodagar för att få en tidsserie över antalet nettodagar exklusive återvändare. Det är sedan denna tidsserie över antalet nettodagar som används vid beräkningen av referensfälten.

Medelersättning

Medelersättningen per nettodag för en årsperiod tas fram genom att sjukpenningutgiften under årsperioden divideras med antalet nettodagar med utbetald sjukpenning under samma period. För beräkningen av referensfälten används medelersättningen per nettodag med utbetald sjukpenning, för sjukfall dag 1–89, i riket samt för respektive landsting.

Medelersättningen för 2018 i respektive landsting används för att beräkna statens utgift för sjukpenning vid införandet av den finansiella samordningen. Detta görs genom att tidsserien för antalet nettodagar (korrigerat för återvändare) multipliceras med medelersättningen. Medelersättningen för riket används åren som följer efter 2018 vid justeringen av referensfälten.

Befolkning 16–64 år

Storleken på befolkningen i åldern 16–64 år används dels vid beräkningen för de fastställda referensfälten i respektive landsting då det är befolkningsstorleken som avgör den initiala fördelningen av statsbidraget, dels vid justeringen av referensfälten efter införandet av den finansiella samordningen. För detta används befolkningen i åldern 16–64 år, för riket samt för respektive landsting den 31 december. Det som avses är personer som är folkbokförda i landet respektive ett landsting. För beräkning av statsbidrag för 2020 används dock befolkningsuppgiften per den 1 november 2019. Anledningen till att datumet detta år skiljer sig från de övriga är att det är den senaste uppgiften som är möjlig att använda vid beräkningen av statsbidraget för det året.

Andra fastställda förutsättningar för beräkningarna

Ytterligare ett par uppgifter är nödvändiga för att kunna fastställa och justera referensfälten samt beräkna statsbidragets storlek.

En är att andelen med vilken statsbidragets storlek påverkas av nivån på statens utgift för sjukpenning inom referensfältet är 50 procent (se avsnitt 6.3.1 i betänkandet).

En annan är utredningens förslag att statsbidraget storlek vid införandet av den finansiella samordningen, om alla landsting ligger i mitten av referensfältet, ska uppgå till en miljard kronor. Detta leder också fram till att det maximala statsbidraget ska uppgå till två miljarder kronor vid införandet.

Vid tidpunkten för beräkningarna i den finansiella samordningen kommer alla uppgifter att vara kända och inte baseras på någon prognos. För de beräkningarna som presenteras nedan har detta inte varit möjligt vilket innebär att det förekommer vissa prognosinslag. Vad gäller antalet nettodagar finns det utfall till och med augusti 2018. I beräkningarna antas antalet nettodagar vara oförändrat därefter fram till och med december 2018. Medelersättningen beräknas genom att använda utfallet för 2017 för respektive landsting och räkna upp det med Försäkringskassans prognos över förändringen i medelersättning för riket. Vad gäller befolkningen används utfallet per den 31 december 2017 för respektive landsting, med en uppräknings av

Statistiska centralbyråns prognos över förändringen i befolkningen 16–64 år i riket.

Fastställande av referensfält

Beräkning av mittpunkt

För att beräkna referensfälten ska mittpunkten av referensfältet för respektive län först bestämmas. Utgångspunkten är att mittpunkten ska bestämmas utifrån respektive landstings utgift för sjukpenning under perioden 1 januari 2018 – 31 december 2018. Nivån på mittpunkten får dock inte avvika med mer än ± 10 procent från den genomsnittliga nivån på respektive landstings utgift för sjukpenning under perioden december 2008 – december 2018 (se avsnitt 6.3.3 i betänkandet). Genomsnittet beräknas utifrån rullande tolv månaderssummering. Beräkningen görs utifrån antalet nettodagar korrigerat för återvändare och medelersättningen i respektive landsting för 2018.

Statens utgift för sjukpenning för respektive landsting för perioden 1 januari 2018 – 31 december beräknas enligt följande:

$$M_{i_{2018}} = \sum_{m=jan2018}^{dec2018} (nd_{i,m} * me_{i,2018})$$

där

$M_{i_{2018}}$ = statens utgift för sjukpenning för landsting i år 2018

$nd_{i,m}$ = antal nettodagar med sjukpenning, dag 1–89, för landsting i månad m , korrigerad för återvändare

$me_{i,t}$ = medelersättning per nettodag, dag 1–89, för landsting i år t

Genomsnittet för statens utgift för sjukpenning i respektive landsting under perioden december 2008 – december 2018 beräknas enligt följande:

$$M_{i_{avg}} = \left[\sum_{m=dec2008}^{dec2018} (nd_{i,m} * me_{i,2018}) \right] / \left(\frac{121}{12} \right)$$

där

$M_{i_{avg}}$ = genomsnittlig årlig utgift för statens utgift för sjukpenning, dag 1–89, i landsting i under perioden december 2008 – december 2018.

Utgångspunkten för mittvärdet betecknas nedan M_{i_u} .

Om $M_{i_{2018}}$ ligger inom intervallet

$$0,9 * M_{i_{avg}} \leq M_{i_{2018}} \leq 1,1 * M_{i_{avg}} \text{ gäller att } M_{i_u} = M_{i_{2018}}$$

Om $M_{i_{2018}} < 0,9 * M_{i_{avg}}$ gäller att $M_{i_u} = 0,9 * M_{i_{avg}}$

Om $M_{i_{2018}} > 1,1 * M_{i_{avg}}$ gäller att $M_{i_u} = 1,1 * M_{i_{avg}}$

Efter att utgångspunkten för mittvärdet beräknats görs en extra uppräknings med ökningstakten vad gäller medelersättning och befolkning i varje landsting mellan åren 2017 och 2018. Detta för att göra en engångskompensering för den tidsförskjutning som finns mellan att bestämmandet av referensfälten och statsbidraget beräknas. Detta ger mittvärdet för resultatperioden april 2019 – mars 2020, nedan betecknad som $M_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}}$:

$$M_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} = M_{i_u} * \frac{me_{i_{2018}}}{me_{i_{2017}}} * \frac{p_{i_{2018}}}{p_{i_{2017}}}$$

där

me_{i_t} = medelersättning per nettodag, dag 1–89, för landsting i år t

p_{i_t} = befolkningen 16–64 år i landsting i december år t

Beräkning av övre och nedre gränsen i landstingens referensfält

För att beräkna den övre respektive den nedre gränsen i landstingens referensfält behövs information om landstingets andel av befolkningen och det totala statsbidraget för riket vid mitten av referensfältet (TSB nedan). Statsbidraget vid mitten av referensfältet för

riket är bestämt till en miljard kronor vid fastställandet av referensfälten (se avsnitt 6.3.2 i betänkandet). Därutöver behövs information om med vilken andel statsbidraget ska påverkas av nivån på statens utgift för sjukpenning. Utredningens förslag är att andelen ska sättas till 50 procent (se avsnitt 6.3.1 i betänkandet). Den nedre och övre gränsen sätts symmetriskt utifrån mittvärdet.

Den övre gränsen i referensfältet för varje landsting i beräknas enligt följande:

$$\text{ÖG}_{i_{apr2019-mar2020}} = M_{i_{apr2019-mar2020}} + \left[\frac{p_{i_{2018}}}{\sum_{i=1} p_{i_{2018}}} * TSB/v \right]$$

och den nedre gränsen i referensfältet för varje landsting i beräknas enligt följande:

$$NG_{i_{apr2019-mar2020}} = M_{i_{apr2019-mar2020}} - \left[\frac{p_{i_{2018}}}{\sum_{i=1} p_{i_{2018}}} * TSB/v \right]$$

där

p_{i_t} = befolkningen 16–64 år i landsting i december år t

TSB = totalt statsbidrag för resultatperioden ($TSB = 1\,000\,000\,000$ kr för resultatperioden apr 2019 – mars 2020) i det fall det för samtliga landsting gäller att $C_{i_t} = M_{i_t}$

där

C_{i_t} = total utgift för sjukpenning, dag 1–89, för landsting i under resultatperioden t (april–mars)

$v = 0,5$

Den övre och nedre gränsen i referensfältet ska avrundas till närmaste tusental kronor.

I tabell 1 visas referensfältets övre och nedre gräns för sjukpenningutgiften i respektive landsting under resultatperioden den 1 april 2019 till och med den 31 mars 2020.¹

Tabell 1 Beräknade referensfält för resultatperioden den 1 april 2019 till och med den 31 mars 2020, kr (prognos)

Landsting	Nedre gräns	Övre gräns
Landstinget i Blekinge län	149 648 000	209 698 000
Landstinget i Dalarnas län	311 286 000	418 334 000
Gotlands kommun	58 742 000	80 822 000
Landstinget i Gävleborgs län	310 481 000	418 691 000
Landstinget i Hallands län	317 830 000	441 613 000
Landstinget i Jämtlands län	130 262 000	179 565 000
Landstinget i Jönköpings län	345 732 000	483 684 000
Landstinget i Kalmar län	223 231 000	314 355 000
Landstinget i Kronobergs län	184 348 000	260 280 000
Landstinget i Norrbottens län	238 111 000	335 231 000
Landstinget i Skåne län	1 137 158 000	1 668 296 000
Landstinget i Stockholms län	2 165 039 000	3 121 634 000
Landstinget i Södermanlands län	293 882 000	403 408 000
Landstinget i Uppsala län	373 938 000	522 705 000
Landstinget i Värmlands län	273 028 000	380 028 000
Landstinget i Västerbottens län	277 040 000	382 959 000
Landstinget i Västernorrlands län	249 985 000	342 588 000
Landstinget i Västmanlands län	287 339 000	391 618 000
Landstinget i Västra Götalands län	1 777 807 000	2 453 025 000
Landstinget i Örebro län	300 295 000	416 448 000
Landstinget i Östergötlands län	376 805 000	557 005 000
Summa	9 781 987 000	13 781 987 000

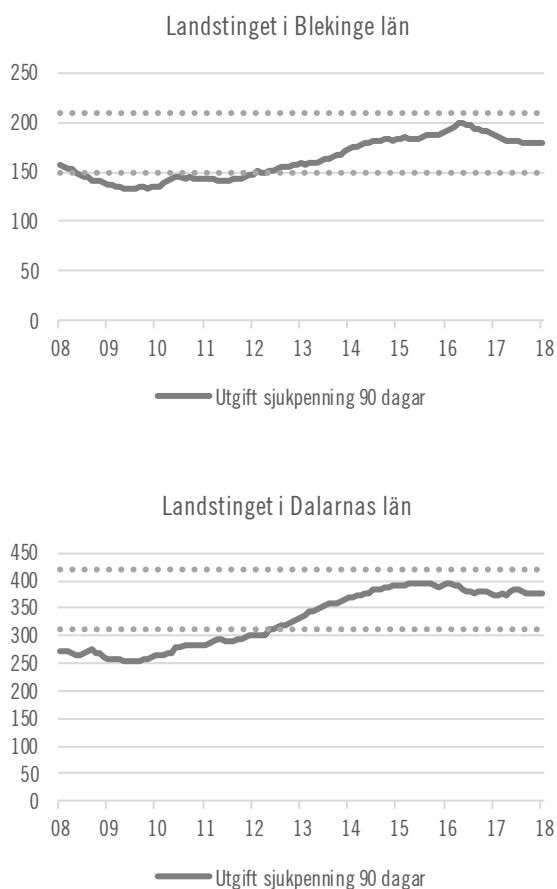
Utifrån tabellen framgår det också att skillnaden mellan summan av alla landstings övre respektive nedre gräns uppgår till fyra miljarder kronor.

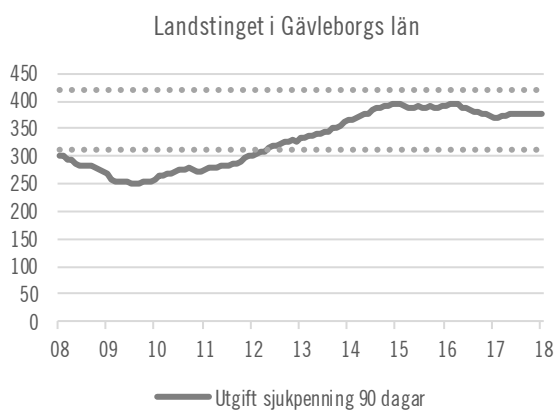
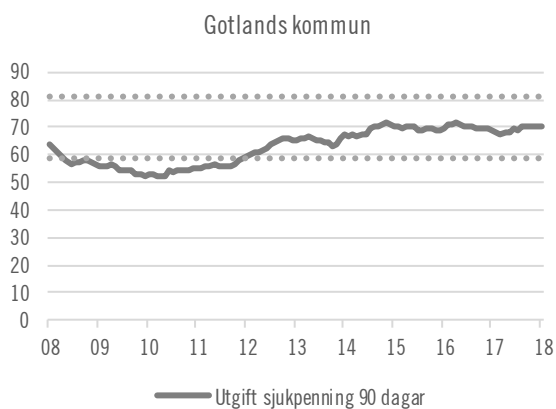
¹ Beloppen är en prognos. Vid införandet av den finansiella samordningen kommer beloppen beräknas utifrån utfall.

Landstingens referensfält

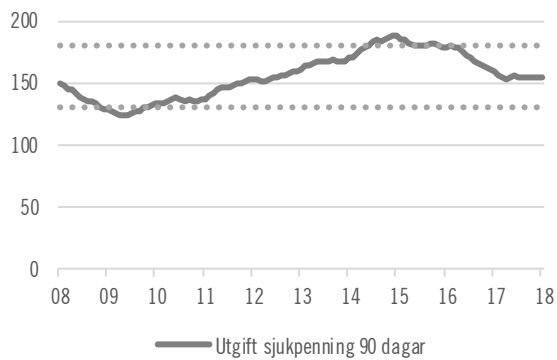
Nedan presenteras varje enskilt landstings referensfält (de prickade linjerna). Referensfälten är de som beräknats för resultatperioden den 1 april 2019 till och med den 31 mars 2020 (se tabell 1). I figurerna visas även utvecklingen av statens utgift för sjukpenning fram till och med december 2018, uppräknade till 2020 års nivå för att bli jämförbara med referensfältets beloppsnivåer. Beräkningarna bygger på de förutsättningar kring utfall och prognos som beskrivs i avsnittet *Andra fastställda förutsättningar för beräkningarna*.

Figur 1 Referensfält landsting och sjukpenningutgift (mnkr), 2008–2018

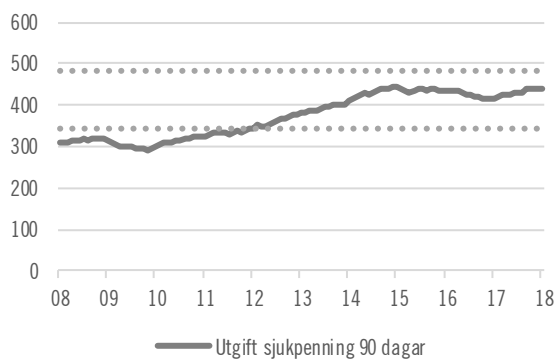




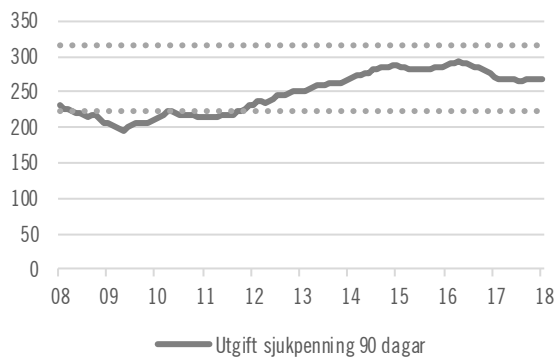
Landstinget i Jämtlands län

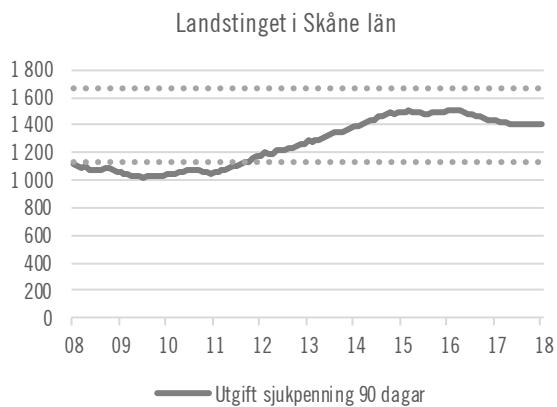
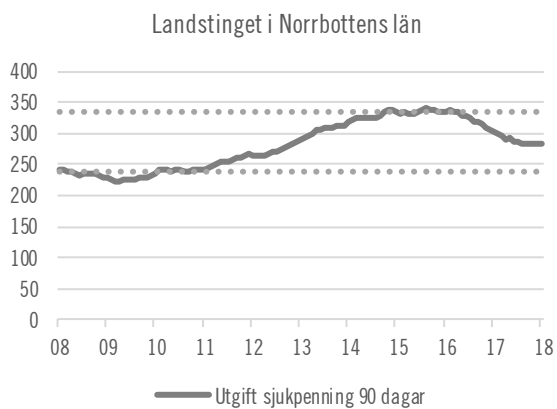
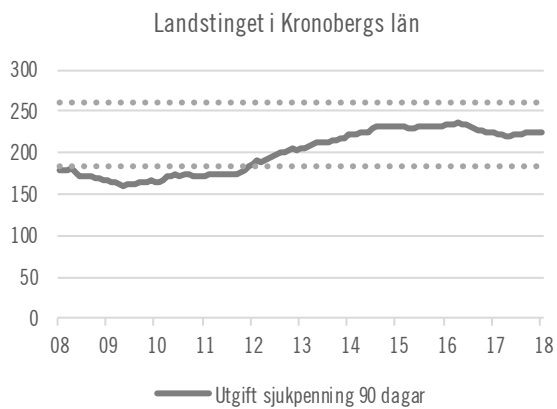


Landstinget i Jönköpings län

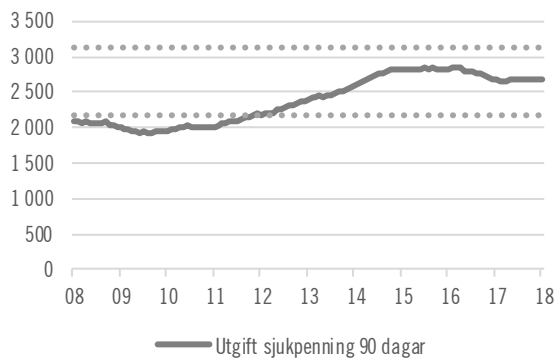


Landstinget i Kalmar län

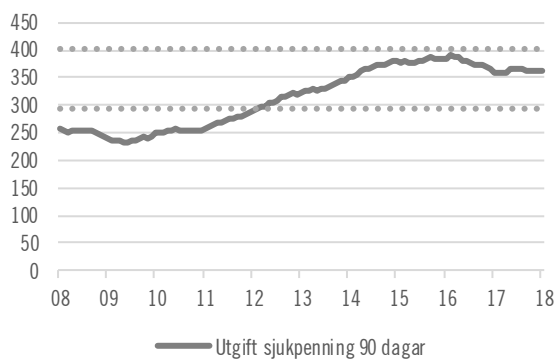




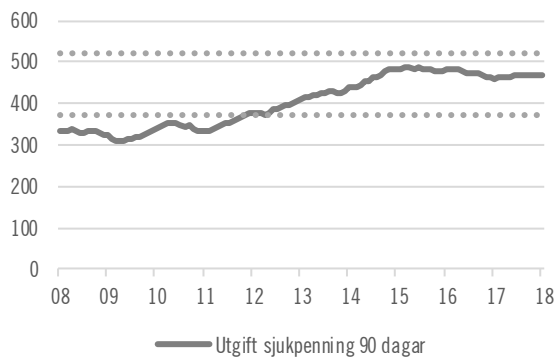
Landstinget i Stockholms län

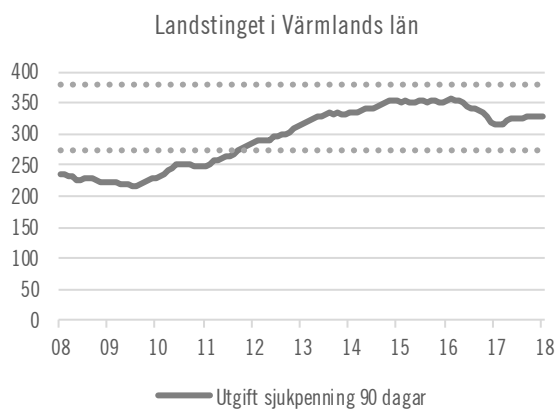


Landstinget i Södermanlands län

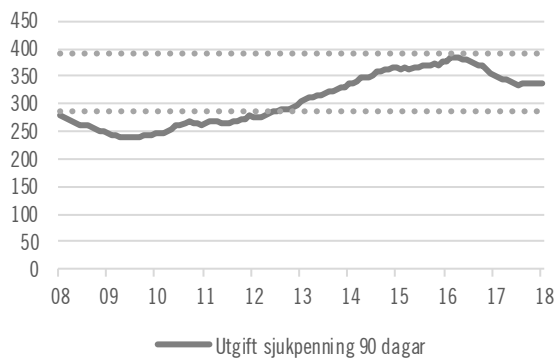


Landstinget i Uppsala län

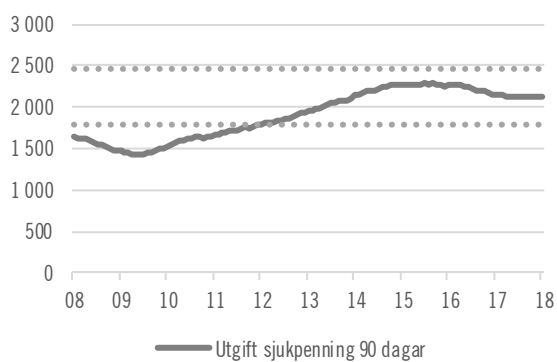




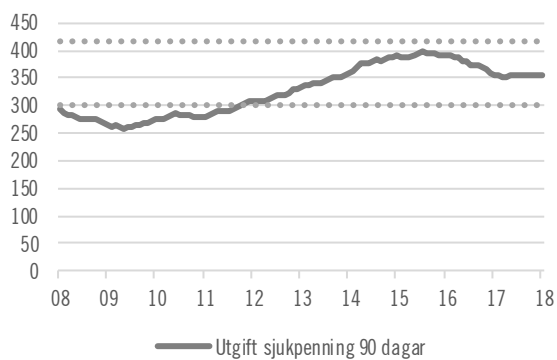
Landstinget i Västmanlands län

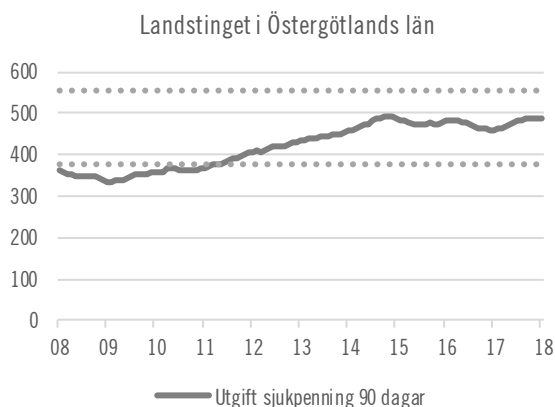


Landstinget i Västra Götalands län



Landstinget i Örebro län





Källa: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån, egna beräkningar

Beräkning av statsbidragets storlek

Beräkning av statsbidraget 2020

Den första utbetalningen av statsbidrag föreslås ske 2020. Beräkningen av statsbidrag för det året skiljer sig från andra år. Det året föreslår utredningen att det totala statsbidraget ska uppgå till en miljard kronor och fördelas till landstingen efter dess andel av befolkningen den 1 november 2019 enligt följande:

$$SB_{i_{jan2020}} = TSB * \left(\frac{p_{i_{nov2019}}}{\sum_{i=1} p_{i_{nov2019}}} \right)$$

där

$TSB = 1\,000\,000\,000$ kronor

$p_{i_{nov2019}}$ = befolkningen 16–64 år i landsting i 1 november 2019

Beräkning av statsbidraget för 2021 och framåt

Statsbidraget som ska lämnas för 2021 och efterföljande år beräknas utifrån den föreslagna formen för finansiell samordning. Hur mycket varje landsting får i statsbidrag avgörs av hur statens utgift för

sjukpenning under resultatperioden förhåller sig till referensintervallet. Statsbidraget utbetalas kalenderåret efter gällande resultatperiod. Vid beräkningen ska statens utgift för sjukpenningen avrundas till närmaste tusental kronor. I beskrivningen nedan visas beräkningen för statsbidraget som utbetalas 2021. För följande år görs motsvarande beräkning med en förskjutning av underlaget för uppgifterna till respektive år.

Om statens utgift för sjukpenning ligger inom referensfältet eller är lika med respektive gräns i referensfältet, dvs. där

$$NG_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} \leq C_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} \leq \ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}}$$

beräknas statsbidraget enligt följande:

$$SB_{i_{jan\ 2021}} = \left[\left(\ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} - C_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} \right) * v \right]$$

där

$$v = 0,5$$

$C_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}}$ = total utgift för statens utgift för sjukpenning, dag 1–89, för landsting i under resultatperioden april 2019 – mars 2020

Om statens utgift för sjukpenning *överstiger* den övre gränsen i referensfältet, dvs.

$$C_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} > \ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} \text{ blir statsbidraget noll kronor.}$$

Om statens utgift för sjukpenning *understiger* den nedre gränsen i referensfältet dvs.

$C_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} < NG_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}}$ beräknas statsbidraget enligt följande:

$$SB_{i_{jan\ 2021}} = \left[\left(\ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} - NG_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} \right) * v \right]$$

Maximalt möjligt statsbidrag 2021

Utifrån beloppsnivåerna för referensfältets nedre och övre gräns som visades i tabell 1 går det att beräkna det högsta möjliga statsbidraget som kan lämnas 2021. I tabell 2 visas det detta för varje landsting.

Tabell 2 Högsta möjliga statsbidrag 2021, kr (prognos)

Landsting	Högsta möjliga statsbidrag 2021
Landstinget i Blekinge län	30 025 000
Landstinget i Dalarnas län	53 524 000
Gotlands kommun	11 040 000
Landstinget i Gävleborgs län	54 105 000
Landstinget i Hallands län	61 891 500
Landstinget i Jämtlands län	24 651 500
Landstinget i Jönköpings län	68 976 000
Landstinget i Kalmar län	45 562 000
Landstinget i Kronobergs län	37 966 000
Landstinget i Norrbottens län	48 560 000
Landstinget i Skåne län	265 569 000
Landstinget i Stockholms län	478 297 500
Landstinget i Södermanlands län	54 763 000
Landstinget i Uppsala län	74 383 500
Landstinget i Värmlands län	53 500 000
Landstinget i Västerbottens län	52 959 500
Landstinget i Västernorrlands län	46 301 500
Landstinget i Västmanlands län	52 139 500
Landstinget i Västra Götalands län	337 609 000
Landstinget i Örebro län	58 076 500
Landstinget i Östergötlands län	90 100 000
Summa	2 000 000 000

Justering av de fastställda beloppsnivåerna i referensfältet

Beloppsnivåerna för referensfältets övre och nedre gräns ska justeras årligen för att följa utvecklingen i befolkningen och medelersättningen (se avsnitt 6.4.1 i betänkandet). Detta görs genom att räkna upp nivåerna i referensfältet med förändringen i befolkningen i det

enskilda landstinget samt för medelersättningen per nettodag för riket som helhet. Första tillfället som en justering av beloppsnivåerna i landstingens referensfält ska göras är inför resultatperioden den 1 april 2020 till och med den 31 mars 2021. Denna resultatperiod kommer att ligga till grund för beräkning av statsbidrag som utbetalas under 2022. Beslut om justerade beloppsnivåerna ska meddelas senast den 1 mars två år före bidragsåret.

Justeringen ska göras utifrån de förhållande som gällde vid fastställandet av referensfälten som utgångspunkt. Det innebär att antalet i befolkningen och nivån på medelersättningen jämförs med det år som användes vid senaste fastställandet. Det innebär exempelvis att om antalet i befolkningen vid senaste fastställandet avsåg befolkningen 2018 så är den befolkningen som ska användas i nämnaren för att beräkna kvoten även när fastställandet görs flera år fram i tiden. Exempel 2 nedan visar detta.

Exempel 1

Justering av referensfältet för första året efter fastställandet (meddelas senast 1 mars 2020)

Justering av den *nedre* gränsen beräknas enligt följande:

$$NG_{i_{apr\ 2020-mar\ 2021}} = NG_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} * \left[\left(\frac{p_{i_{2019}}}{p_{i_{2018}}} \right) * \left(\frac{me_{2019}}{me_{2018}} \right) \right]$$

där

p_{i_t} = befolkningen 16–64 år i landsting i december år t

me_t = medelersättning per nettodag för riket år t

Justering av den *övre* gränsen beräknas enligt följande:

$$\ddot{O}G_{i_{apr\ 2020-mar\ 2021}} = \ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} * \left[\left(\frac{p_{i_{2019}}}{p_{i_{2018}}} \right) * \left(\frac{me_{2019}}{me_{2018}} \right) \right]$$

Exempel 2**Justering av referensfältet för år två efter fastställandet
(meddelas senast 1 mars 2021)**

Justering av den *nedre* gränsen beräknas enligt följande:

$$NG_{i_{apr\ 2021-mar\ 2022}} = NG_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} * \left[\left(\frac{p_{i_{2020}}}{p_{i_{2018}}} \right) * \left(\frac{me_{2020}}{me_{2018}} \right) \right]$$

där

p_{i_t} = befolkningen 16–64 år i landsting i december år t

me_t = medelersättning per nettodag för riket år t

Justering av den *övre* gränsen beräknas enligt följande:

$$\ddot{O}G_{i_{apr\ 2021-mar\ 2022}} = \ddot{O}G_{i_{apr\ 2019-mar\ 2020}} * \left[\left(\frac{p_{i_{2020}}}{p_{i_{2018}}} \right) * \left(\frac{me_{2020}}{me_{2018}} \right) \right]$$

Fastställande av nya referensfält

Som beskrivits i avsnitt 6.5.1 i betänkandet så ska nya referensfält fastställas om förutsättningarna som legat till grund för bestämmandet av de fastställda beloppsnivåerna har förändrats väsentligt och som saknar samband med landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor.

Orsaken till att förutsättningarna har förändrats kan bero på olika saker som exemplifieras i samma avsnitt. Genom att anledningarna till att förutsättningarna har förändrats kan skilja sig åt kan även metoden för att fastställa nya referensfält skilja sig åt. Hur de nya referensfälten ska fastställas bör därför bedömas utifrån vilken påverkan förändringen i förutsättningarna har på sjukfrånvaron.

I de allra flesta fall bör dock fastställande av nya referensfält kunna göras genom att de gällande referensfälten multipliceras med en kvot som baseras på en beräkning av effektens storlek.

Denna metod har exempelvis använts när referensfälten fastställs för första gången för att korrigera för den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Detta har beskrivits ovan i denna bilaga.

Statens offentliga utredningar 2018

Kronologisk förteckning

1. Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. Fi.
2. Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. En strategisk agenda för internationalisering. U.
4. Framtidens biobanker. S.
5. Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. S.
6. Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. Ju.
7. Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. Fö.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. M.
9. Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. U.
10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. Fi.
11. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. U.
12. Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. A.
13. Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? Fi.
14. Bidragsbrott och underrättelseskylighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. Fi.
15. Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. M.
16. Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. N.
17. Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. U.
18. Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. Ku.
19. Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. U.
20. Gräsrotsfinansiering. Fi.
21. Flexibel rehabilitering. A.
22. Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. A.
23. Konstnär – oavsett villkor? Ku.
24. Tid för utveckling. A.
25. Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Fi.
26. Några frågor i skyddslagstiftningen. Fö.
27. Ekonomiska sanktioner mot terrorism. UD.
28. En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. Ju.
29. Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. U.
30. Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. Ju.
31. En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. Fö.
32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. S.
33. Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. Ju.
34. Vägar till hållbara vattentjänster. M.
35. Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. N.
36. Rätt att forska. Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. U.
37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. S.

38. Styra och leda med tillit.
Forskning och praktik. Fi.
39. God och nära vård.
En primärvårdsreform. S.
40. Vissa fredspliktsfrågor. A.
41. Statliga skolmyndigheter.
– för elever och barn i en bättre skola.
U.
42. Tryggad tillgång till kontanter. Fi.
43. Statliga servicekontor
– mer service på fler platser. Fi.
44. Möjligt, tillåtet och tillgängligt
– förslag till enklare och flexibla
upphandlingsregler och vissa regler
om överprövningsmål. Fi.
45. Behandling av personuppgifter vid
Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
A.
46. En utvecklad översiktsplanering.
Del 1: Att underlätta efterföljande
planering. Del 2: Kommunal reglering
av upplåtelseformen. N.
47. Med tillit växer handlingsutrymmet.
– tillitsbaserad styrning och ledning
av välfärdssektorn. Fi.
48. En lärande tillsyn. Statlig granskning
som bidrar till verksamhetsutveckling
i vård, skola och omsorg. Fi.
49. F-skattesystemet
– några särskilt utpekade frågor. Fi.
50. Ett oberoende public service för alla
– nya möjligheter och ökat ansvar. Ku.
51. Resurseffektiv användning av
byggmaterial. N.
52. Behandling av personuppgifter
vid Myndigheten för vård-
och omsorgsanalys. S.
53. Översyn av maskinell dos, extempore,
prövningsläkemedel m.m. S.
54. En effektivare kommunal räddnings-
tjänst. Ju.
55. Styrning och vårdkonsumtion
ur ett jämlikhetsperspektiv.
Kartläggning av socioekonomiska
skillnader i vårdutnyttjande och
utgångspunkter för bättre styrning. S.
56. Bättre kommunikation för fler
investeringar. UD.
57. Barns och ungas läsning
– ett ansvar för hela samhället. Ku.
58. Särskilda persontransporter
– moderniserad lagstiftning för ökad
samordning. N.
59. Statens gruvliga risker. M.
60. Tillträde till Rotterdamreglerna. Ju.
61. Rättssäkerhetsgarantier och hemliga
tvångsmedel. Ju.
62. Kamerabevakning i brottsbekämp-
ningen – ett enklare förfarande. Ju.
63. Behandlingen av personuppgifter
vid Försvarsmakten och Försvarets
radioanstalt. Fö.
64. Utökad tillsyn
över fastighetsmäklarbranschen. Ju.
65. Informationsutbyte vid samverkan
mot terrorism. Ju.
66. Ett mer konkurrenskraftigt system
för stöd vid korttidsarbete. Fi.
67. Ett snabbare bostadsbyggande. N.
68. Nya regler om faderskap
och föräldraskap. Ju.
69. Ökat skydd mot hedersrelaterad
brottslighet. Ju.
70. En arvsfond i takt med tiden.
En översyn av regelverket kring
Allmänna arvsfonden. S.
71. En andra och en annan chans
– ett komvux i tiden. U.
72. Expertgruppen för digitala
investeringar. Slutrapport. Fi.
73. Studiemedel för effektiva studier. U.
74. Lite mer lika. Översyn av
kostnadsutjämningen för
kommuner och landsting. Fi.
75. Vissa polisfrågor – säkerhet vid förhör
samt kränkningersättning. Ju.
76. Mindre aktörer i energilandskapet
– förslag med effekt. M.
77. Framtidens specialistsjuksköterska
– ny roll, nya möjligheter. U.
78. Ökad attraktionskraft
för kunskapsnationen Sverige. U.

79. Analyser och utvärderingar
för effektiv styrning. Fi.

80. Samspel för hälsa. Finansiell
samordning mellan hälso- och
sjukvård och sjukförsäkring. S.

Statens offentliga utredningar 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan 2018.
Många utmaningar återstår. [12]
Flexibel rehabilitering. [21]
Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. [22]
Tid för utveckling. [24]
Vissa fredspliktsfrågor. [40]
Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för arbetsmiljökunskap. [45]

Finansdepartementet

- Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. [1]
Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. [10]
Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? [13]
Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. [14]
Gräsrotsfinansiering. [20]
Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. [25]
Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. [38]
Tryggad tillgång till kontanter. [42]
Statliga servicekontor – mer service på fler platser. [43]
Möjligt, tillåtet och tillgängligt – förslag till enklare och flexibla upphandlingsregler och vissa regler om överprövningsmål. [44]

- Med tillit växer handlingsutrymmet. – tillsätsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. [47]
En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg. [48]
F-skattesystemet – några särskilt utpekade frågor. [49]
Ett mer konkurrenskraftigt system för stöd vid korttidsarbete [66]
Expertgruppen för digitala investeringar. Slutrapport. [72]
Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting. [74]
Analyser och utvärderingar för effektiv styrning. [79]

Försvarsdepartementet

- Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. [7]
Några frågor i skyddslagstiftningen. [26]
En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. [31]
Behandlingen av personuppgifter vid Försvarsmakten och Försvarets radioanstalt. [63]

Justitiedepartementet

- Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. [2]
Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. [6]
En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. [28]
Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. [30]

Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. [33]
En effektivare kommunal räddningstjänst. [54]
Tillträde till Rotterdamsreglerna. [60]
Rättssäkerhetsgarantier och hemliga tvångsmedel. [61]
Kamerabevakning i brottsbekämpningen – ett enklare förfarande. [62]
Utökad tillsyn över fastighetsmäklarbranschen. [64]
Informationsutbyte vid samverkan mot terrorism. [65]
Nya regler om faderskap och föräldraskap. [68]
Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet. [69]
Vissa polisfrågor – säkerhet vid förhör samt kränkingsersättning. [75]

Kulturdepartementet

Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. [18]
Konstnär – oavsett villkor? [23]
Ett oberoende public service för alla – nya möjligheter och ökat ansvar. [50]
Barns och ungas läsning – ett ansvar för hela samhället. [57]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. [8]
Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. [15]
Vägar till hållbara vattentjänster. [34]
Statens gruvliga risker. [59]
Mindre aktörer i energilandskapet – förslag med effekt. [76]

Näringsdepartementet

Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. [16]
Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. [35]

En utvecklad översiktsplanering. Del 1: Att underlätta efterföljande planering. Del 2: Kommunal reglering av upplåtelseformen. [46]
Resurseffektiv användning av byggmaterial. [51]
Särskilda persontransporter – moderniserad lagstiftning för ökad samordning. [58]
Ett snabbare bostadsbyggande. [67]

Socialdepartementet

Framtidens biobanker. [4]
Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. [5]
Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. [32]
Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. [37]
God och nära vård. En primärvårdsreform. [39]
Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [52]
Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m. [53]
Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. [55]
En arvsfond i takt med tiden. En översyn av regelverket kring Allmänna arvsfonden. [70]
Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. [80]

Utbildningsdepartementet

En strategisk agenda för internationalisering. [3]
Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. [9]

Vårt gemensamma ansvar
– för unga som varken arbetar eller
studerar. [11]

Med undervisningsskicklighet
i centrum – ett ramverk för lärares
och rektorers professionella
utveckling. [17]

Forska tillsammans – samverkan
för lärande och förbättring. [19]

Validering i högskolan – för tillgodo-
räknande och livslångt lärande. [29]

Rätt att forska. Långsiktig reglering av
forskningsdatabaser. [36]

Statliga skolmyndigheter.
– för elever och barn i en bättre skola.
[41]

En andra och en annan chans
– ett komvux i tiden. [71]

Studiemedel för effektiva studier. [73]

Framtidens specialistsjuksköterska
– ny roll, nya möjligheter. [77]

Ökad attraktionskraft
för kunskapsnationen Sverige. [78]

Utrikesdepartementet

Ekonomiska sanktioner mot terrorism. [27]

Bättre kommunikation för fler
investeringar. [56]