

# Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	6
<b>1 Inledning .....</b>	<b>8</b>
1.1 Bakgrund och syfte .....	8
1.2 Avgränsning .....	8
1.3 Disposition .....	8
<b>2 Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården</b>	
– två trygghetssystem .....	9
2.1 Samhällspolitiska mål för verksamheten .....	9
2.2 Rättighets- respektive skyldighetslagstiftning .....	9
2.3 Omfattning .....	10
2.4 Finansiering .....	11
2.5 Försäkringskassans rehabiliteringsansvar .....	11
<b>3 Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården</b>	
– två skilda system med tydliga samband .....	13
3.1 Sjukvårdens betydelse för sjukförsäkringen .....	13
3.2 Ekonomiska incitament när det gäller sjukskrivna .....	13
3.3 Sjukvårdens tillkortakommande ur ett sjukförsäkringsperspektiv .....	14
<b>4 Slå ihop budgetarna? .....</b>	<b>15</b>
4.1 Landstingen tar över sjukförsäkringsbudgeten .....	15
4.2 Försäkringskassan tar över sjukvårdsbudgeten .....	15
<b>5 Besparingspotential i finansiell samverkan (FINSAM) .....</b>	<b>16</b>
5.1 Sjukförsäkringens inflöde .....	16
5.2 Sjukförsäkringens utflöde .....	18
5.2.1 Vilka individer rör det sig om? .....	18
5.2.2 När uppstår en besparing vid köp av vård? .....	19
5.2.3 Undersökningar på området .....	20
5.3 Besparingspotential – sammanfattning .....	21
<b>6 Alternativa FINSAM-modeller .....</b>	<b>23</b>
6.1 FINSAM där försäkringskassans köper medicinska tjänster .....	23
6.2 FINSAM med gemensam budgetpott .....	24
6.3 FINSAM där sjukvården blir delvis kostnadsansvarig för sjukpenningen .....	25
<b>7 Gräddfiler och ökade kötider .....</b>	<b>27</b>
<b>8 Slutsatser och förslag .....</b>	<b>29</b>
8.1 Hur stort kostnadsansvar bör läggas på landstingen? .....	30
8.2 Hur mycket är ett delat kostnadsansvar värt för staten? .....	30

# Förord

Kostnaden för den allmänna sjukförsäkringen ökade från ungefär 28 miljarder kronor år 1999 till 49 miljarder kronor år 2002, dvs. en ökning med drygt 20 miljarder kronor på endast fyra år. Utöver den rent statsbudgetära utgiftsökningen tillkommer stora samhällsekonomiska förluster i form av produktionsbortfall på grund av att allt fler försvinner från arbetsmarknaden. Utvecklingen inom sjukförsäkringen är således inget annat än en humanitär och samhällsekonomisk katastrof.

Sett ur ett sjukvårdsperspektiv är utvecklingen inom sjukförsäkringen intressant i främst två avseenden. Det ena är att den kraftiga kostnadsökningen i utbetalning av passiv sjukersättning minskar möjligheten till nödvändiga reformer inom andra samhällssektorer – även reformer som skulle kunna bidra till att minska sjukskrivningstalen. Det andra är att varje krona som utbetalas i sjukförsäkringen i någon mening är ett resultat av en läkares möte med en patient.

I denna promemoria föreslås en modell för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården som innebär att landstingen tillförs ytterligare resurser och att samhällets sammanlagda kostnader för sjukförsäkring och sjukvård minskar. Förslaget skall ses mot bakgrund av Läkarförbundets uttalade policy att hälso- och sjukvården bör tillföras 30 miljarder årligen. Detta för att med bibehållen kvalitet kunna klara den stigande efterfrågan på vård, personalförsörjningen och de ökade vårdkostnaderna med anledning av utvecklingen i läkemedelsförmånen.

Promemorian har tagits fram av Läkarförbundets utredningsavdelning på uppdrag av Läkarförbundets centralstyrelse. Innehållet och förslaget antogs av Läkarförbundets centralstyrelse i februari 2003.

Bernhard Grewin  
Ordförande i Sveriges läkarförbund

# Sammanfattning

Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården utgör tillsammans medborgarnas trygghetssystem i händelse av sjukdom och det finns tydliga samband mellan dessa bägge system.

Utformningen av systemen och incitamentstrukturen innebär emellertid att det uppstår samordningsproblem. På inflödessidan till sjukförsäkringen handlar det främst om brister i läkarens förutsättningar att bedöma patientens arbetsförmåga i sjukintyget och det faktum att kostnaden för sjukskrivningen inte belastar sjukvården. På utflödessidan till sjukförsäkringen handlar det främst om bristande tillgänglighet i delar av sjukvården som kan innebära att sjukskrivningar förlängs.

Att helt slå ihop budgetarna för sjukvården och sjukförsäkringen är ingen lösning på samordningsproblematiken. Orsakerna bakom sjukskrivningarna finns till största del inom andra delar av samhället än sjukvården, främst arbetslivet. Däremot är det rimligt att kostnadsansvaret för sjukförsäkringen delas mellan staten, arbetsgivarna och landstingen.

Med ett delansvar för sjukpenningen får sjukvården ett direkt och tydligt ekonomiskt incitament att påverka både inflödet och utflödet i sjukförsäkringen. Varje sjukintyg som skrivs kommer att innebära en direkt kostnad liksom varje dag en sjukskriven får vänta på en medicinsk behandling. Om sjukvården kan bidra till en minskning av den totala kostnaden för sjukförsäkringen uppstår en ”vinst” medan ökade kostnader innebär en ”förlust”. För sjukvårdens vidkommande kommer därmed en noggrannare avvägning mellan sjukskrivning, läkemedelsinsatser och andra behandlingsåtgärder att stimuleras.

En förbättrad kvalitet i sjukskrivningsarbetet kräver dock att alla sjukskrivande läkare får ordentlig och relevant fortbildning i ämnen som rör sjukskrivningskonsultationer och sjukskrivning som behandlingsmetod. Läkare måste även få mer tid för information till patienten och tid för kontakter med andra berörda aktörer kring patienten som t.ex. arbetsgivare, företagshälsövård och försäkringskassan. Läkarförbundet har även i olika sammanhang drivit förslaget om att det bör införas ett obligatoriskt rehabiliteringsmöte –

”avstämningstation” – där behandlande läkare ges möjlighet att samråda med olika specifika kompetenser. Dessa insatser kräver i sin tur mer personalresurser inom främst primärvården. Läkarförbundets bedömning är att antalet sjukskrivna vid en given tidpunkt skulle vara minst 10 procent lägre än idag om primärvården hade varit tillräckligt utbyggd och ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet samtidigt hade premierats.

För att kompensera landstingen för övertagandet av sjukpenning (en tiondel) måste omkring 5 mdkr flyttas från sjukförsäkringens budget till statsbidragsanslaget. Därtill krävs en resursförstärkning inom främst primärvården. Ur statens synvinkel borde det vara intressant att skjuta till det beräknade resursbehovet på 5–6 mdkr. Genom reformen kan staten nämligen räkna med både en högre bruttonationalprodukt och en förbättring av det statliga budgetsaldot som mer än väl kompenserar de ökade statsbidragen till landstingen.

En beräkning visar att om sjukfrånvaron sjunker med 10 procent så kommer BNP stiga med ca 23 mdkr, skatteinkomsterna öka med ca 1 mdkr och samhällets kostnader för sjukpenningen minska med ca 5 mdkr. När nationalinkomsten stiger förbättras de offentliga finanserna kraftigt främst genom ökade inkomst- och konsumtionsskatter. Konjunkturinstitutet har som tumregel att de offentliga finanserna förbättras med 70 procent av förändringen i BNP. Med denna tumregel skulle således de offentliga finanserna med omkring förbättras 17 mdkr. Detta är en totalsiffra och inkluderar effekterna av minskade transfereringar till arbetslösa och sjukskrivna. Förutom den förbättrade hälsan i samhället är således den viktigaste effekten att BNP ökar vilket ger ett rejält utrymme för ökad offentlig och privat konsumtion.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund och syfte

Sveriges läkarförbund anser att sjukvården bör tillföras 30 miljarder per år för att klara nationella mål om tillgänglighet och kvalitet. I denna promemoria presenterar Läkarförbundet en modell för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården som inom ramen för gällande behovsprincip i vården innebär att *landstingen tillförs ytterligare resurser* och att *samhällets sammanlagda kostnader för sjukförsäkring och sjukvård minskar*. Syftet är främst att lämna ett konkret förslag på hur en betydande del av tillskottet till sjukvården skall finansieras.

## 1.2 Avgränsning

I promemorian analyseras mekanismerna i samspelet mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Det handlar främst om sjukvårdens betydelse för kostnadsutvecklingen i sjukförsäkringen och de alternativ som står till buds för en bättre användning av de samlade resurserna. Viktiga frågeställningar som rör t.ex. orsakerna till den höga sjukfrånvaron eller de i sammanhanget ofta påtalade bristerna inom organisationen för både försäkringskassan och hälso- och sjukvården har utretts i flera andra sammanhang och berörs därför inte närmare i analysen.

## 1.3 Disposition

I kapitel två ges en kortfattad beskrivning av respektive system samt försäkringskassans rehabiliteringsansvar; i kapitel tre analyseras sambandet mellan systemen; i kapitel fyra redovisas några argument för varför budgetarna hittills har hållits åtskilda; i kapitel fem analyseras innebörden och besparingspotentialen i Finansiell samverkan (FINSAM); i kapitel sex presenteras tre alternativa modeller för FINSAM; i kapitel sju analyseras problematiken med gräddfiler och i kapitel åtta redovisas hur Läkarförbundet anser att resurser kan föras över från sjukförsäkringen till sjukvården.

## 2 Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården – två trygghetssystem

Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården utgör tillsammans medborgarnas trygghetssystem i händelse av sjukdom. Nedan ges en kortfattad beskrivning av systemens målsättning, regelverk, omfattning och finansiering samt försäkringskassans rehabiliteringsansvar.

### 2.1 Samhällspolitiska mål för verksamheten

Sedan år 2003 gäller ett *nytt mål för sjukförsäkringen* nämligen att frånvaron ifrån arbetslivet på grund av sjukskrivning i förhållande till 2002 skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Sedan tidigare gäller som *mål för sjukförsäkringen* – att en större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmåga att arbeta och att personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen.<sup>1</sup>

*Målet för hälso- och sjukvården är*, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och efter behov, dvs. den som har det största behovet skall ges företräde.<sup>2</sup>

### 2.2 Rättighets- respektive skyldighetslagstiftning

Sjukförsäkringen är en *rättighetslagstiftning*.<sup>3</sup> Det innebär att ersättningen alltid måste betalas ut alldeles oavsett om riksdagen har anslagit tillräckliga medel eller inte. Sedan utgiftstaket infördes i statsbudgeten innebär överskridanden inom ett anslag i princip att politiska beslut måste tas om besparingar inom anslaget eller inom andra anslag, dvs. omprioriteringar inom statsbudgeten. Sjukpenningsanslaget har överskridits varje år sedan 1998 på grund av ökningen av antalet sjukskrivningsdagar.<sup>4</sup> Orsaksfaktorer som brukar anges är till exempel brister i arbetsmiljön, demografiska förändringar och arbets-

<sup>1</sup> Budgetpropositionen för 2003, UO10.

<sup>2</sup> Sahlin J (2000), Hälso- och sjukvårdslagen – med kommentarer.

<sup>3</sup> Riksförsäkringsverket/Försäkringskassaförbundet (2001), Socialförsäkring – lagen om allmän försäkring och andra författningar.

<sup>4</sup> Regeringen har tillfört medel till sjukförsäkringsanslaget i samtliga tilläggsbudgetar sedan Budgetproposition för 1999.

marknadsläget. Även sjukvården påverkar kostnaderna i sjukförsäkringen men det är svårt att fastställa i vilken mån. Överskridanden av anslaget för sjukpenningen har uteslutande finansierats via omprioriteringar inom statsbudgeten – dvs. statsmakterna har avstått från att sänka ersättningsnivån eller att införa fler karensdagar etc. i syfte att göra besparingar inom anslaget.

Hälso- och sjukvården styrs i sin tur en *skyldighetslagstiftning* i den mening att landstingen – inom ramen för tillgängliga resurser – är skyldiga att erbjuda vård till befolkningen. Det finns inte något rättighet kopplat till skyldigheten, utan det är det medicinska behovet och tillgängliga resurser som ska avgöra möjligheten till vård och behandling. I tider med strama budgetramar kan det vara svårt att leva upp till skyldigheten och då krävs hårdare prioriteringar. I princip innebär det att operationer kan skjutas på framtiden eller att avdelningar kan stängas på grund av bristande resurser. Utbud och tillgänglighet styrs av politiska beslut på framför allt landstingsnivå.<sup>5</sup>

### 2.3 Omfattning

Sjukpenning utges, enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. En försäkrad har rätt till sjukpenning om hans eller hennes sjukpenninggrundande inkomst (SGI) uppgår till 24 procent av basbeloppet. SGI är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas komma att tillsvidare få för eget arbete. Vid beräkning av SGI bortses från inkomst som överstiger 7,5 prisbasbelopp, det så kallade taket. Sjukförsäkringssystemet bygger på principen om kompensation för inkomstbortfall. Den som saknar inkomst kvalificerar sig således inte för sjukpenningersättning. Sjukpenning utges med 80 procent av SGI upp till taket. Sjukförsäkringen administreras av de allmänna försäkringskassorna.<sup>6</sup>

För arbetstagare gäller vanligtvis att de första fjorton dagarna i en sjukperiod omfattas av sjuklön från arbetsgivaren. Sjuklön utges inte för den första dagen i sjukfallet – den så kallade karensdagen. För de därpå följande tretton dagarna utges sjuklön med 80 procent av anställningsförmånerna.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Sahlin J (2000), Hälso- och sjukvårdslagen – med kommentarer.

<sup>6</sup> Riksförsäkringsverket och Försäkringskassaförbundet (2001), Socialförsäkring – lagen om allmän försäkring och andra författningar.

<sup>7</sup> Se not 6.

Hälso- och sjukvården är i princip tillgänglig för alla som är bosatta i Sverige (varje landsting är skyldigt att bereda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget). Landstingen skall planera vården efter befolkningens behov och den skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.<sup>8</sup>

## 2.4 Finansiering

Sjukförsäkringen finansieras med socialavgifter – år 2002 betalade arbetsgivaren 8,8 procent av lönesumman.<sup>9</sup> Avgifterna skall täcka utgifterna för försäkringen. Som redovisats tidigare har anslaget för sjukpenningen överskridits varje år sedan budgetåret 1998, vilket uteslutande har finansierats via omprioriteringar inom statsbudgeten. Detta innebär i praktiken att sjukförsäkringen till viss del även finansieras via statliga skattemedel. Kostnaderna för sjukförsäkringen beräknades uppgå till ca 47 miljarder kronor år 2002<sup>10</sup>.

Landstingens verksamhet finansieras till största del – ca 69 procent – via landstingsskatt. Resterande del består främst av statsbidrag, men även till viss del av patientavgifter. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvården uppgick år 2001 till ca 105 miljarder kronor.<sup>11</sup>

## 2.5 Försäkringskassans rehabiliteringsansvar

Den första delen av målsättningen för sjukförsäkringen innebär i princip att försäkringskassan skall betala ut ersättning enligt gällande regelverk. Den andra delen – upprätthållandet av arbetslinjen – kräver dock ett betydligt mer aktivt agerande från försäkringskassans sida.

Försäkringskassan har dels ett särskilt ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen – dvs. sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång i arbete för personer med långvarig arbetsoförmåga, dels en initiativroll och ett samordningsansvar för all rehabilitering av personer som är sjukskrivna. Det innebär att försäkringskassan har ett ansvar för att samordna åtgärder med social, medicinsk och arbetsrelaterad inriktning på ett effektivt sätt.

Vidare har försäkringskassan möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster för en viss summa per år som anvisas på statsbudgeten. Dessa

<sup>8</sup> Sahlin J (2000), Hälso- och sjukvårdslagen – med kommentarer.

<sup>9</sup> Budgetpropositionen för 2002, Bilaga Översikt av socialförsäkringens utgifter samt inkomster av socialavgifter.

<sup>10</sup> Budgetproposition för 2003, UO10.

<sup>11</sup> Landstingsförbundet, Bokslutsstatistik 2000 – ekonomi.

tjänster kan avse dels utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels direkta åtgärder som syftar till att underlätta individens återgång i arbete. Pengarna får däremot inte användas till åtgärder som ligger inom andra huvudmäns ansvarsområde – t.ex. medicinsk behandling eller yrkesutbildningar – även om gränsdragningen är otydlig. Försäkringskassans medel för köp av tjänst prövas av regeringen varje år till skillnad från kontantersättningen och har sedan de infördes i början av 1990-talet legat runt 400–500 miljoner kronor per år.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Utredningen om den arbetslivsriktade rehabiliteringen, Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78).

## 3 Sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården – två skilda system med tydliga samband

### 3.1 Sjukvårdens betydelse för sjukförsäkringen

Sjukvårdens agerande har en betydande påverkan på sjukförsäkringen. För det första har hälso- och sjukvården ett stort ansvar för *inflödet* av försäkrade i sjukförsäkringen. Hälso- och sjukvården ansvarar för det läkarintyg som försäkringskassan behöver som underlag för bedömning av rätten till sjukpenning – dvs. det är läkaren som i intyget bedömer hur den medicinska funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan. Sjukskrivningen kan också betraktas som en passiv behandlingsmetod eller terapiform inom vården som sjukförsäkringen och därmed staten finansierar.

För det andra har hälso- och sjukvården ett ansvar för *utflödet* ur sjukförsäkringen, i den meningen att en individ som uppbär sjukpenning kan vara i behov av medicinsk behandling eller rehabilitering för att återfå arbetsförmåga. Ur ett sjukförsäkringsperspektiv är tillgängligheten till vården för dessa personer av avgörande betydelse – dvs. långa väntetider i vården på bedömningar och behandlingar får ett direkt genomslag på sjukskrivningstiden och därmed kostnaden för ersättningen.

### 3.2 Ekonomiska incitament när det gäller sjukskrivna

Drivkraften för försäkringskassan att aktivt verka för att sjukskrivna ska återfå arbetsförmågan och kunna återgå till arbete är främst de mål för verksamheten på olika nivåer som fastställs av regeringen och Riksförsäkringsverket. Eftersom kassorna inte bär kostnaden utan enbart förmedlar statens pengar är emellertid de ekonomiska drivkrafterna för att korta ned sjukskrivningstiderna svaga. Inom hälso- och sjukvården finns inte heller någon ekonomisk drivkraft för att korta ned sjukskrivningstiderna och därmed påverka utflödet ur försäkringen. Hälso- och sjukvården skall – inom fastställda ekonomiska ramar – enligt hälso- och sjukvårdslagen fördela vårdproduktionen efter behov, och har således inget stöd i regelverket för att prioritera de patienter som samhället betalar ut sjukpenning till och som skulle kunna arbeta om de fick medicinsk behandling. Hälso- och sjukvården har dessutom ekonomiska skäl att välja sjukskrivning före andra behandlingsformer eftersom detta behandlingsalternativ inte belastar den egna budgeten.

### 3.3 Sjukvårdens tillkortakommande ur ett sjukförsäkringsperspektiv

Utformningen av respektive system och incitamentstrukturen kan emellertid leda till hälso- och sjukvården agerar på ett sätt som motverkar de målsättningar som finns i sjukförsäkringen.

På inflödessidan till sjukförsäkringen är problemet främst att läkaren i sitt intyg ska bedöma patientens arbetsförmåga, vilket i sin tur utgör ett tungt vägande underlag för försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning. För läkaren är arbetsförmågebegreppet komplicerat i sig – ytterligt teoretiserat i lagstiftningen – och kan inte bedömas med stöd av normer eller vetenskapliga rön. Det finns även forskning som ifrågasätter om det överhuvudtaget finns något klart samband mellan sjukdom och arbetsförmåga<sup>13</sup>. Vidare saknar ofta den sjukskrivande läkaren tid och möjlighet att sätta sig in i patientens totala livssituation, vilket ofta krävs för att kunna göra en så noggrann bedömning av arbetsförmågan som möjligt. En konsekvens av detta kan ofta vara att läkaren får bedöma arbetsförmågan utifrån patientens upplevelse och önskemål. Dessutom kan sjukskrivningen i vissa fall ifrågasättas som behandlingsmetod. Det finns forskning som tyder på att sjukskrivningen ibland kan vara t.o.m. skadlig och på sikt leda till förstärkt problembild och förtidspensionering<sup>14</sup>.

På utflödessidan till sjukförsäkringen har denna problematik många komponenter men framstår som tydligast när det uppstår vårdköer.

Exempel: Anna arbetar som truckförare inom ett industriföretag. Hon drabbas av problem med axeln vilket gör att hon inte kan utföra sitt arbete. Via en remiss från företagshälsovården kommer hon snabbt till en ortoped. Han undersöker henne och bedömer problemet som okomplicerat, dvs. det kan åtgärdas via en enkel operation varefter hon kan återvända till arbetet inom en två veckor. Hon blir sjukskriven i avvaktan på operationen. I det landsting hon tillhör är det emellertid lång väntetid – ca sex månader – på den här typen av operationer. I stället för att få bli frisk och kunna återvända till arbetet inom några veckor får hon alltså vänta i över ett halvår. Under tiden erhåller hon passiv ersättning från sjukförsäkringen.

Konsekvensen är en avsevärd kostnad för staten (sjukförsäkringen), arbetsplatsen (som måste introducera en vikarie) och patienten själv i form av inkomstförlust och lidande.

<sup>13</sup> Se bl.a. artikel av Englund, L, i Läkartidningen nr 26/27 1998.

<sup>14</sup> Se bl.a. artikel av Nachemson, A, i Läkartidningen nr 7 2002.

## 4 Slå ihop budgetarna?

Är det en tänkbar lösning på samordningsproblematiken att slå ihop budgetarna – att antingen hälso- och sjukvården tar över budgetansvaret för sjukförsäkringen eller att försäkringskassan tar över budgetansvaret för hälso- och sjukvården? Nej, åtminstone inte om man belyser frågan ur ett kortfristigt perspektiv. Skälen är främst följande:

### 4.1 Landstingen tar över sjukförsäkringsbudgeten

Orsaksmekanismerna bakom sjukskrivningarna finns till största del inom andra delar av samhällslivet än sjukvården, främst arbetslivet. Hälso- och sjukvården kan således endast i begränsad omfattning påverka sjukskrivningarna i stort. Skulle landstingen ta över ansvaret för sjukförsäkringsbudgeten krävs också att vården får verktyg att kunna påverka övriga faktorer bakom sjukskrivningarna. Landstingen skulle vara tvungen att bygga upp en rehabiliteringsorganisation och förses med ett regelverk som möjliggör ett inflytande över arbetsgivare och andra viktiga aktörer på rehabiliteringsområdet. Ett så utvidgat ansvarsområde för landstingen skulle få vittgående konsekvenser för hela det svenska välfärdssystemet och ta många år att genomföra.

### 4.2 Försäkringskassan tar över sjukvårdsbudgeten

Argumenten är delvis samma som ovan, dvs. sjukvården har inte tillräckligt stor påverkan på sjukskrivningarna för att motivera en sammanslagning. Dessutom skulle en sådan lösning i praktiken innebära införande av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både kontantersättning vid sjukdom och kostnadsersättning för vårdinsatser – dvs. ett helt nytt socialförsäkringssystem. Försäkringskassan har i dag varken rätt organisation eller kompetens för att administrera ett sådant system. Även här skulle det krävas införande av en helt ny organisation med ny kompetens och ett helt nytt regelverk, vilket tar många år att genomföra.

## 5 Besparingspotential i finansiell samverkan (FINSAM)

För att komma åt samordningsproblematiken blir alternativet därför att utforma någon form av brygga mellan de båda systemen. En sådan brygga är finansiell samordning (FINSAM). I korthet innebär FINSAM att landstingen får disponera sjukförsäkringsresurser och att sjukvården i utbyte skall agera på ett sätt som gynnar försäkringen. Syftet är att den totala kostnaden för sjukvården och sjukförsäkringen skall minska.

Hur stor *besparingspotential* finns det i FINSAM? För kunna besvara detta måste man återigen analysera inflödet respektive utflödet i sjukförsäkringen.

### 5.1 Sjukförsäkringens inflöde

För sjukförsäkringens inflöde finns det en besparingspotential under förutsättning att sjukskrivningen emellanåt används felaktigt som behandlingsmetod och att många som i dag är sjukskrivna inte borde vara det eller borde vara det under kortare period. Grundtanken är enkel, om en finansiell samordning skulle leda till en restriktivare användning av sjukskrivningsinstrumentet kommer färre individer in i systemet och färre individer riskerar att drabbas av långa sjukskrivningar som på sikt kan leda till förtidspensioneringar. Därmed sparar samhället pengar. En del forskning tyder emellertid på att vissa diagnoser som t.ex. diffusa rygg- nackbesvär missgynnas av passiva sjukskrivningar. Patienter med dessa problem bör enligt samma forskning i stället behålla kontakten med arbetet och leva ett så aktivt liv som möjligt, annars förvärras problemen<sup>15</sup>. Ett förändrat sjukskrivningsmönster för dessa grupper skulle antagligen spara både samhällsresurser och mänskligt lidande.

I grunden handlar det om att utfärda sjukintyg som kan motiveras utifrån två aspekter, *sjukskrivning som behandling* och *sjukskrivning för att arbetsförmågan är av sjukdom nedsatt (eller inte) till en viss grad*. Det handlar också om att på ett trovärdigt sätt i konsultationen inför patienten kunna motivera bedömningen och förklara varför behandlingseffekten av längre sjukskrivningar kan bli negativ. Sådana konsultationer tar tid, vilket ofta är en bristvara i sjukvården.

<sup>15</sup> Se bl.a. artikel av Nachemson, A, i Läkartidningen nr 7 2002.

En undersökning som gjordes år 2001 över distriktsläkares sjukskrivningspraxis visar att i ungefär 25 procent av alla konsultationer som rör sjukskrivning, bedömer doktorn att han eller hon inte skulle ha tagit upp sjukskrivning om patienten inte själv hade begärt det. I dessa fall blir ändå drygt 90 procent av patienterna sjukskrivna. Samma undersökning visar också att i ungefär 25 procent av alla konsultationer som rör sjukskrivning bedömer doktorn att sjukskrivning kan skada. Även i dessa fall blir drygt 90 procent av patienterna sjukskrivna.<sup>16</sup>

Vid dessa konsultationer borde rimligen längden eller graden på sjukskrivningen kunna minskas betydligt eller helt undvikas. Mot denna bakgrund bedömer Läkarförbundets utredningsavdelning att det borde finnas utrymme att minska de totala sjukskrivningarna med minst 10 procent. Det kräver dock att alla sjukskrivande läkare får ordentlig och relevant fortbildning i ämnen som rör sjukskrivningskonsultationer och sjukskrivning som behandlingsmetod. Läkare måste även få mer tid för information till patienten och tid för kontakter med andra berörda aktörer kring patienten som t.ex. arbetsgivare, företagshälsovård och försäkringskassan.

En lyckad rehabilitering kräver många gånger att ovannämnda aktörer samverkar kring patienten – samtidigt som möjligheten att samla alla inblandade aktörer till ett samrådsmöte ofta är begränsad. Läkarförbundet har därför i olika sammanhang drivit förslaget om att det bör införas ett obligatoriskt avstämningsmöte – ”*avstämningsstation*” – där behandlande läkare ges möjlighet att samråda med olika specifika kompetenser. I avstämningsmötet får läkaren möjlighet att tillsammans med andra aktörer och yrkeskategorier t ex sjukgymnaster och arbetsterapeuter, göra en samlad bedömning av patientens arbetsförmåga relaterad till funktionsnedsättning och sjukdom. En väsentlig samrådspart vid avstämningen är företagshälsovården. Företagshälsovården har en unik kunskap om arbetsplatsen och är länken till arbetsgivaren och organisationen (en förutsättning för att återfå patienten i arbete är att arbetsgivaren är positiv till att rehabilitera den anställde). Eftersom möjligheterna att komma tillbaka i arbete minskar ju längre tiden går är det viktigt att avstämningen sker någorlunda tidigt. Samrådsparterna bör därför gärna mötas när det har gått ungefär 8 veckor i sjukfallet.

<sup>16</sup> Englund, L (2001), Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting.

## 5.2 Sjukförsäkringens utflöde

När det gäller besparingspotentialen i sjukförsäkringens utflöde är det nödvändigt att föra ett resonemang som har sin utgångspunkt i individen. Man måste dels definiera vilka individer som är intressanta ur ett samordningsperspektiv, dels fastställa när en samordning kring dessa individer innebär en besparing för samhället. Vidare måste man titta på de studier som gjorts över sjukvårdsköernas påverkan på kostnaderna i sjukförsäkringen.

### 5.2.1 Vilka individer rör det sig om?

Det är inte alla patienter i en vårdkö som uppbär sjukpenning. För det första bygger sjukförsäkringen på principen om kompensation för inkomstbortfall, vilket innebär att ersättningen huvudsakligen utges till yrkesverksamma. Det innebär också att såväl pensionärer som barn och ungdomar i en vårdkö inte belastar sjukförsäkringen. För det andra är det många yrkesverksamma i en vårdkö som visserligen har rätt till sjukpenning, men som arbetar i avvaktan på behandlingen. Vidare är inte all sjukpenning som utges under väntan på vård obefogad. Exempelvis kan naturliga läkeprocesser kräva att man avvaktar med att genomföra behandlingar. Det är heller inte så att den vård man väntar på alltid kommer att leda till ökad arbetsförmåga. Dels kan prognosen för att behandlingen skall återge arbetsförmågan vara mycket låg, dels kan behandlingen vara kopplad till andra medicinska besvär än just de som sätter ned arbetsförmågan (sjukskrivningen kan ju också orsakas av faktorer som inte går att åtgärda medicinskt). Det intressanta ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är således enbart sjukskrivning under väntan som inte är medicinskt motiverad – dvs. väntan på grund av bristande tillgänglighet – och där prognosen för att arbetsförmågan skall återfås efter behandling är god (se typexempel på s.8). Mot bakgrund av ovanstående resonemang går det att ställa upp fyra kriterier rörande vilka individer som är intressanta ur ett samordningsperspektiv. Individen skall

- ha rätt till sjukpenning (vara SGI-placerad),
- vara sjukskriven,
- vara i väntan på behandling (och det skall ej finnas medicinska skäl att vänta) samt
- bedömas återfå arbetsförmågan efter vård/behandling.

### 5.2.2 När uppstår en besparing vid köp av vård?

När uppstår en besparing för samhället för de individer som uppfyller de fyra kriterierna? Ur ett (snävt) statsbudgetärt perspektiv uppstår en besparing när kostnaden för den vårdinsats sjukförsäkringen köper är lägre än den prognostiserade sjukpenning som uppstår om man avstår från att köpa vårdinsatsen.

Exempel: Rune är sjukskriven i väntan på en meniskoperation, varefter han snart kan återvända till arbetet. Väntetiden i den ordinarie kön för den här typen av operationer är tre månader. Operationen bedöms kosta landstinget 20 000 kronor. Runes ersättning från sjukförsäkringen är 18 000 kronor i månaden (80 procent av SGI), varav 30 procent eller 5 400 kronor går tillbaka till staten i form av skatt. Kostnaden för staten för att vänta på operationen i tre månader är således  $18\,000 - 5\,400 * 2,5$  (14 dagar går bort i arbetsgivarperiod) = 31 500 kronor. Köper staten (sjukförsäkringen) en omedelbar operation av landstinget sparas således 11 500 kronor i statsbudgeten. Om väntetiden för den ordinarie operationen däremot är två månader understiger kostnaden för sjukpenningen ( $18\,000 - 5\,400 * 1,5 = 18\,900$  kronor) kostnaden för vårdinsatsen med 1 100 kronor. I detta läge skulle köp av omedelbar vårdinsats innebära en statsbudgetär utgiftsökning (dvs. om staten väntar så blir det istället landstingen som får betala operationen).

Varje krona utifrån till sjukvården innebär ett resurstillskott och frigör vårdens egna resurser för andra prioriteringar. Sjukvården kan t.ex. minska kötider för andra patienter eller dämpa behovet av framtida skattehöjningar. Ur landstingets perspektiv vore det också intressant att förhandla om ett lägre belopp för att tidigarelägga Runes operation, dvs. sjukförsäkringen borde kunna få köpa vården till rabatterade priser. Detta komplicerar bilden ytterligare (liksom beräkningen av besparingarna) men förbättrar den samhälls-ekonomiska kalkylen.

Ur ett *samhällsperspektiv* kan det emellertid löna sig att köpa omedelbar operation till Rune även om väntetiden för den ordinarie operationen endast är två månader. För varje dag som behandlingen tidigareläggs kommer Rune tidigare tillbaka i arbete. Detta besparar honom mänskligt lidande, minskar risken för långsiktiga komplikationer och risken för långa samhälleliga försörjningsåtaganden (exempelvis förtidspension) samt minskar det produk-

tionsbortfall som uppstår när Rune är borta från arbetet. Att kostnadsberäkna dessa effekter är dock mycket komplicerat.

Slutsatsen är att en finansiell samverkan kring de individer som uppfyller de fyra kriterierna ganska omedelbart innebär en besparing för samhället.

### 5.2.3 Undersökningar på området

Hur stor är gruppen som ur ett statligt perspektiv vore lönsam att köpa vård för? För att kunna besvara detta måste man studera vårdköer. Flera studier har gjorts på detta område. Bland annat har Statskontoret på uppdrag av Utredningen om ökad hälsa i arbetslivet gjort undersökningar i syfte att kartlägga sjukvårdsköernas påverkan på sjukskrivningen. Resultaten har redovisats i två rapporter<sup>17</sup>. Där konstaterar Statskontoret bl.a. att det inte finns någon heltäckande information om hur stor andel av alla som väntar i en vårdkö som är sjukskrivna eller omvänt hur stor andel av alla som är sjukskrivna som väntar i en vårdkö. Utan att undersöka en vårdkö på individnivå är det svårt att veta hur mycket pengar som lönsamt skulle kunna "föras över" från sjukförsäkringen till sjukvården. Även med sådana data är det svårt att dra slutsatser på riksnivå. Andelen sjukskrivna varierar nämligen utifrån vilken typ av vårdkö det är. Vissa vårdköer t.ex. för ryggoperationer förorsakar som regel sjukskrivning, medan andra inte gör det.

Statskontoret har undersökt väntetider i samband med fyra operationstyper inom ortopedi; meniskartroskopi, ryggoperationer (diskbräck och spinal stenosis), karpaltunneloperationer och axeloperationer. De data som samlades in motsvarade 1–2,5 procent av alla sådana operationer som genomförs i landet under ett år.

De flesta som ingick i studien var överraskande nog *inte sjukskrivna* under väntetiden, trots att de operationstyper som studerades valdes med utgångspunkt i att sjukskrivning borde förekomma i relativt stor utsträckning. I Statskontorets undersökning uppgick andelen som *var sjukskrivna* p.g.a. av väntetid till: 24 procent för meniskartroskopi, 48 procent för ryggoperationer, 9 procent för karpaltunneloperationer och 28 procent för axeloperationer.

För patienter som *var sjukskrivna* före operation uppgick den sammanlagda väntetiden från vårdbegäran till operation i genomsnitt (median) till drygt

<sup>17</sup> Statskontoret, Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen – Rapport från statskontoret, Kommun- och välfärdsenheten (bilaga 4 till SOU 2000:72) samt Sjukskrivning i väntan på vård – Rapport från statskontoret, Kommun- och välfärdsenheten (bilaga 9 till SOU 2000:72).

två månader för meniskartroskopi och karpaltunneloperation, ca fyra och en halv månader för ryggoperation samt ca tio månader för axeloperationer.

Statskontoret pekar på att antalet kliniker var för litet för att vara representativt för situationen i landet som helhet. Men det ger ändå en uppfattning om i vilken mån enbart det faktum att patienten får vänta orsakar sjukskrivning. En uppskrivning av materialet skulle ge ca en halv miljon sjukdagar per år i hela landet, att jämföra med totala antalet sjukdagar som då (1999) var 70 miljoner.

I samband med Rehabiliteringsutredningen genomfördes en undersökning under hösten 1999 av väntetider för ryggbedömning vid landets samtliga rehabiliteringskliniker<sup>18</sup>. Enligt undersökningen var den genomsnittliga väntetiden för bedömning sex månader och en stor del av individerna var sjukskrivna under väntetiden. Rehabiliteringsutredningen hänvisar i slutbetänkandet även till en stickprovsundersökning som genomfördes under november 1999 vid centrallasarettet i Växjö. Av undersökningen framkom att 15 procent av de individer som stod i kö för operation eller kirurgisk åkomma var sjukskrivna. I minst en femtedel av fallen förväntades sjukskrivningen påverkas av operation. Försäkringens kostnad för individerna beräknades till 875 000 kronor och själva greppen beräknades till 125 000 kronor.

Slutsatsen av dessa undersökningar är att det finns en besparingspotential i sjukförsäkringens utflöde men att den dels är mycket svår att beräkna och dels är begränsad. Den särskilde utredaren, Jan Rydh, i Utredningen om ökad handlingsplan i arbetslivet uttrycker detta på följande sätt: ”De erfarenheter som gjorts under de senare årens utredningar visar dock med stor tydlighet att den ökande sjukfrånvaron inte i huvudsak är ett problem som har enbart en ”medicinsk” lösning”.<sup>19</sup>

### 5.3 Besparingspotential – sammanfattning

Analysen av sjukförsäkringen in- respektive utflöde visar att landstingen har möjligheter att påverka kostnadsutvecklingen inom sjukpenninganslaget med minst 10 procent. Då handlar det främst om att ge behandlande läkare stöd och resurser att kunna stå emot patientens önskemål om sjukskrivning när sådan inte är försäkringsmedicinskt motiverad eller rentav bedöms som

<sup>18</sup> Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78).

<sup>19</sup> Slutbetänkande av Utredningen om en ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5).

skadlig. Behandlande läkare behöver framför allt mer tid i mötet med patienten för att kunna motivera sina överväganden och tid för kontakter med andra berörda aktörer kring patienten som t.ex. arbetsgivare, företagshälsovård och försäkringskassan. I sjukförsäkringens utflöde är besparingspotentialen är antagligen mer begränsad. Undersökningar tyder på att det är en förhållandevis liten grupp patienter som är sjukskrivna på grund av vårdköer (riktade åtgärder mot denna patientgrupp riskerar även att komma i konflikt med gällande behovsprincip inom hälso- och sjukvården, se resonemanget under rubrik 8). Den sammanfattande slutsatsen är dock att FINSAM bör kunna leda till stora vinster för folkhushållet.

## 6 Alternativa FINSAM-modeller

Möjligheter saknar emellertid värde om de inte omsätts – dvs. FINSAM måste utformas på så vis att det inom ramen för gällande etiska principer i sjukvården verkligen kan uppstå ett bättre nyttjande av de gemensamma resurserna.

Nedan redovisas tre alternativa modeller för FINSAM. Analysen fokuserar på samordningsaspekten och ställer den svåra diskussionen om att förändrade prioriteringar i vården kan leda till gräddfiler för yrkesverksamma åt sidan för en stund (se kapitel 8).

### 6.1 FINSAM där försäkringskassans köper medicinska tjänster

Som beskrivits tidigare förfogar försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet över medel för köp av rehabiliteringstjänster motsvarande ca 500 miljoner kronor per år. Dessa medel får endast användas till köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster samt rehabiliterings- och försäkringsmedicinska utredningar. Andra eventuella åtgärder, t.ex. medicinsk behandling eller arbetsmarknadsutbildning skall bekostas av ansvarig huvudman.

I syfte att förbättra användningen av de sammanlagda resurserna i sjukvården och sjukförsäkringen kan man tänka sig att försäkringskassans medel för köp av tjänst även får användas för köp av medicinsk behandling och rehabilitering. Försäkringskassan får därmed möjlighet att agera på liknande sätt som privata försäkringsbolag gör med privata sjukförsäkringar – när en försäkrad är i behov av en åtgärd köper man in denna tjänst av en offentlig eller privat sjukvårdsproducent, under förutsättning att det är ekonomiskt motiverat (dvs. om den ordinarie vårdköen är för lång, se resonemanget under rubrik 6.2). Denna modell påverkar främst utflödet i sjukförsäkringen, men har även möjlighet att påverka inflödet till de långa sjukfallen eftersom försäkringskassan får större möjlighet att förse den försäkrade med åtgärden exakt när han eller hon behöver den.

I Norge har man under några år prövat en liknande modell. Den norska försäkringskassan får köpa medicinska insatser under förutsättning att den sjukskrivne lider av en fysisk åkomma som är lätt att behandla, står i kö för behandling och kommer att bli frisk och kunna arbeta efter behandlingen.

En undersökning som gjorts över modellen visar att man för en population på 5 200 sjukskrivna har lyckats reducera

- antalet sjukdagar i genomsnitt med 51 dagar per försäkrad,
- väntetiderna för behandling med två månader samt
- kostnaderna för sjukförsäkringen med 125 mkr.<sup>20</sup>

Försäkringskassans verksamhet och medel för köp av tjänst har utretts ett otal gånger. Resultaten av dessa utredningar har varit otvetydiga: det går inte att påvisa någon effekt av de inköpta rehabiliteringstjänsterna. Samtidigt visar exemplet från Norge på att köp av medicinska insatser ger betydande resultat. Man kan därför ifrågasätta nuvarande användningsområde för försäkringskassans medel för köp av tjänst och förorda att medlen borde inriktas mot medicinska insatser. Det enda som krävs är att regelverket öppnar för en förändring av pengarnas användningsområde (och att handläggarna på försäkringskassan innehar rätt kompetens för ändamålet).

Man kan även argumentera för att medlen för köp av tjänst borde öka proportionellt i förhållande till kostnaden för sjukförsäkringen. Medlen för köp av tjänst har legat stadigt på ca en halv miljard kronor medan kostnaden för sjukförsäkringen har mer än tredubblats de senaste åren. Med ett sådant synsätt borde försäkringskassan förfoga över upp till två miljarder kronor för köp av tjänst, varav den övervägande delen skulle kunna bekosta medicinska insatser i vården.

## 6.2 FINSAM med gemensam budgetpott

Ett annat alternativ är att låta landstingen och försäkringskassan ta ett gemensamt ansvar för en viss summa pengar som antingen tas från sjukförsäkringen eller både sjukförsäkringen och sjukvården. Aktörerna tar därmed ett delat ansvar för både besluten om pengarnas användningsområde, t.ex. inom ramen för en gemensam beställarnämnd, och resultaten av satsningarna. En avgörande skillnad jämfört med ovanstående modell är att pengarna inte följer enskilda försäkringstagare, utan används för att effektivisera vård och rehabilitering för hela målgruppen, dvs. personer i yrkesverksam ålder.

Under åren 1993–97 pågick liknande former av lokala FINSAM-försök i fem län: Malmöhus, Södermanland, Västmanland, Gotland och Gävleborg.

<sup>20</sup> Rikstrygdetaten, Basisrapport 2000.

Försöksverksamheten utvärderades av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen 1997. Enligt utvärderingen innebar försöksverksamheten en ekonomisk besparing i socialförsäkringen på totalt 154 miljoner kronor under perioden 1993 till 1995 i de fem försöksområdena<sup>21</sup>. Resultatet bygger dock på en jämförelse med utvecklingen i andra län (kontrollområden). Eftersom svenska län är olika och inte särskilt jämförbara ur ett socialförsäkringsperspektiv måste beräkningen betraktas som en kvalificerad gissning.

### 6.3 FINSAM där sjukvården blir delvis kostnadsansvarig för sjukpenningen

I syfte att få en effektivare användning av de gemensamma resurserna kan man också tänka sig att sjukvården tar ett *delat* kostnadsansvar för sjukförsäkringen. Argumentet är främst sjukvårdens roll när det gäller inflödet i sjukförsäkringen. Som beskrivits tidigare kan sjukskrivningen betraktas som en terapiform bland flera andra som läkare ordinerar patienten. Denna möjlighet att använda sjukskrivning som behandling bör också vara förenad med ett ekonomiskt åtagande.

Ett kostnadsansvar bör alltid stå proportion till den budgetansvariges möjligheter att påverka kostnaderna. En modell där landstingen tar över en del av kostnadsansvaret för sjukförsäkringen bör bygga på samma princip. Graden av påverkbarhet kräver en uppskattning av både hur många som sjukskrivs på tveksamma grunder (inflödet) och hur många långtidssjukskrivna som är i behov av direkta insatser i sjukvården för att bli friskskrivna (utflödet). För att överta ett kostnadsansvar krävs dessutom att resurser tillförs minst i nivå med kostnadsansvaret.

Exempel: Ett effektivare agerande från sjukvårdens sida för att få människor kvar eller tillbaka i arbete uppskattas kunna minska sjukskrivningsvolymen med 10 procent. Landstingen tillförs därför via statsbidrag eller skatteväxling 10 procent av den prognostiserade kostnaden för sjukförsäkringen. Detta skulle i dag motsvara ca 5 miljarder kronor. I gengäld övertar landstingen kostnadsansvaret för 10 procent av framtida sjukpenningkostnader.

Med denna modell får sjukvården ett direkt och tydligt ekonomiskt incitament att påverka både inflödet och utflödet i sjukförsäkringen. Varje sjukintyg

<sup>21</sup> Riksförsäkringsverket, FINSAM – en slutrapport (1997:1).

som skrivs kommer att innebära en kostnad liksom varje dag en sjukskriven får vänta på en medicinsk behandling. Om sjukvården kan bidra till en minskning av den totala kostnaden för sjukförsäkringen uppstår en ”vinst” medan ökade kostnader innebär en ”förlust”. För sjukvårdens vidkommande kommer därmed en noggrannare avvägning mellan sjukskrivning, läkemedelsinsatser och andra behandlingsåtgärder att premieras.

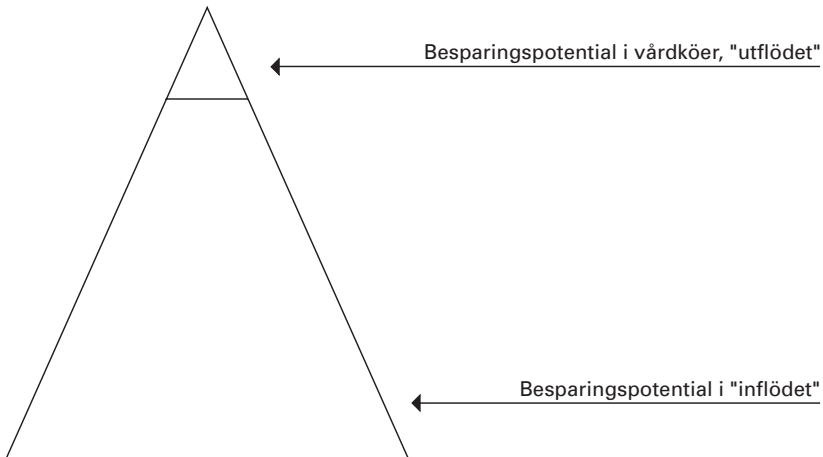
Man kan dra tydliga paralleller mellan denna modell och förändringen av kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen. Den tidigare utformningen av läkemedelsförmånen innebar (liksom nuvarande system för sjukförsäkringen) att sjukvården fördelade nyttigheten medan staten stod för kostnadsansvaret. Numera har sjukvården ett direkt kostnadsansvar för varje läkemedel som förskrivs. Därmed integreras läkemedelskostnaderna i den samlade hälso- och sjukvården vilket skapar förutsättningar för en bättre användning av resurserna.

## 7 Gräddfiler och ökade kötider

Det finns vanligen två invändningar mot att överföra resurser från sjukförsäkringen till sjukvården i syfte att minska sjukfrånvaron. Den ena är att prioriteringsordningen inom sjukvården ändras och skapar gräddfiler för yrkesverksamma i förhållande till pensionärer och barn. Den andra är att sjukvården får incitament att uppge långa kötider för yrkesverksamma om man vet att försäkringskassan är beredd att betala för dessa personer.

Dessa argument är emellertid endast relevanta om pengar överförs från sjukförsäkringen till sjukvården i syfte att tidigarelägga insatser för dem som är sjukskrivna på grund av vårdköer. Resurser som överförs i syfte att stimulera bättre och noggrannare bedömningar när det gäller sjukintygen skapar däremot inga gräddfiler. En ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen är helt i linje med hälso- och sjukvårdslagens intentioner om att alla skall erbjudas bästa tänkbara vård på lika villkor.

Som framgått av avsnitt 5.2.3 är det ett begränsat antal människor som är långtidssjukskrivna på grund av vårdköer. Den stora potentialen för sjukvården att påverka den totala sjukskrivningen finns i hanteringen av sjukförsäkringens inflöde. Detta förhållande kan illustreras i form av ett "isberg", se nedan.



Av de alternativa modeller för FINSAM som redovisats är det i princip endast försäkringskassans köp av medicinska tjänster som direkt innebär att ett fåtal inom vissa diagnoser skulle få en gräddfil i vården. Så länge vårdkapaciteten är tillräcklig för att snabbt behandla de mest behövande patienterna hotas knappast gällande prioriteringsordning.

Slutsatsen är att de redovisade modellerna kommer att ha begränsad effekt på prioriteringsordningen inom sjukvården. Däremot kommer de att kunna få en stor betydelse på hur sjukvården hanterar sjukskrivningen som metod för att få människor att må bättre. En effektivare användning av sjukförsäkringsresurserna öppnar dessutom stora möjligheter att öka kapaciteten i svensk sjukvård och därmed korta ned väntetiderna för alla.

## 8 Slutsatser och förslag

Ovanstående innebär dock inte att samtliga tre modeller är likvärdiga. FINSAM där försäkringskassan köper medicinska tjänster är problematisk därför att modellen har så tydligt fokus på att snabba upp den medicinska behandlingen av ”lönsamma” medborgare. Även om den aktuella gruppen är relativt marginell innebär köp av medicinska tjänster till försäkrade att principen om god vård till alla på lika villkor undergrävs.

Den FINSAM-modell med gemensam budgetpott som användes i försöksverksamheten 1993–97 kan inte genomföras över riket. Skälet är främst att den bygger på kontinuerlig jämförelse med kontrollområden och en vinst- eller förlustdelningsprincip. Resultatet från jämförelsen med kontrollområdena – dvs. vinsten eller förlusten – skall sedan fördelas mellan staten, försäkringskassan och sjukvården<sup>22</sup>. Införs modellen över hela riket finns inga kontrollområden och därmed heller inget ekonomiskt resultat att fördela. Man kan vidare ifrågasätta om det behövs någon ”vinst” att fördela för att skapa drivkrafter i en finansiell samverkansmodell. Varje krona som tillförs sjukvården utifrån innebär i någon mening en vinst för denna sektor och varje sjukskriven som rehabiliteras tillbaka till arbete innebär en besparing för staten.

Däremot finns det goda argument för en FINSAM-modell där landstingen tar över *en del* av både budgeten och kostnadsansvaret för sjukpenningen. Som har nämnts tidigare premieras i dag inte en ökad kvalitet i sjukskrivningsarbetet, tvärtom. Sjukvården har inte råd att lägga ner tid och möda på att ifrågasätta en patients önskemål om sjukskrivning, när det finns köer av andra patienter i väntrummet. Genom ett betalningsansvar för sjukpenningen får sjukvården ett tydligt incitament att överväga sjukskrivning som behandlingsmetod och dess konsekvenser på längre sikt samt att effektivisera den medicinska rehabiliteringen för långtidssjukskrivna. När sjukvården samtidigt får del av sjukförsäkringsresurserna ges förutsättningar att effektivisera organisationen för ett bättre omhändertagande av patienter som söker sjukskrivning eller redan är sjukskrivna.

<sup>22</sup> Riksförsäkringsverket, FINSAM – en slutrapport (1997:1).

Läkarförbundets *vision elva* innehåller det främsta argumentet varför sjukvården bör ta ett visst kostnadsansvar för sjukpenningen. Vision elva säger att: *Läkarförbundet arbetar för tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård på lika villkor för landets medborgare*. Samtliga mål under visionen – till exempel att minst nio procent av BNP ska användas till hälso- och sjukvården år 2004, att hälso- och sjukvårdsresurserna ska organiseras effektivt och att all vård ska produceras med patientens bästa för ögonen, att de nationella målen för folkhälsan skall uppnås samt att skador och misstag elimineras i vården genom ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete – är i linje med den föreslagna modellen.

Läkarförbundets mål om att nio procent av BNP bör gå till hälso- och sjukvården är dock särskilt intressant. Målet har fått ett stort genomslag i den politiska debatten och har i olika varianter anammats av flertalet riksdagspartier. Samtidigt är det sällan någon som förklarar var de ökade resurserna ska tas ifrån. Med förslaget om att sjukvården skall ta ett visst ansvar för sjukförsäkringen lämnar Läkarförbundet ett konkret förslag på hur en del av tillskottet till sjukvården skall finansieras.

### 8.1 Hur stort kostnadsansvar bör läggas på landstingen?

Landstingen har, som framkommit tidigare, betydande möjligheter att påverka kostnadsutvecklingen inom sjukpenninganslaget. Det gäller särskilt inflödet till sjukförsäkringen. För att inte landstingen, via sina läkare, ska ledas att ge patienter i yrkesverksam ålder förtur till vård och behandling (före pensionärer och barn) bör dock kostnadsansvaret inte vara för stort. En lämplig nivå torde ligga runt 10 procent av den utbetalda sjukpenningen. Av samma skäl bör kostnadsansvaret inte föras ned på enskilda kliniker, vårdcentraler eller läkare. Kostnadsansvaret bör förläggas på primärvårdsområde eller motsvarande.

### 8.2 Hur mycket är ett delat kostnadsansvar värt för staten?

Om mer tid ges för behandlande läkare att göra noggranna undersökningar och föra en ordentlig dialog med inblandade parter är det sannolikt att många heltidssjukskrivningar skulle omvandlas till deltid medan andra skulle

avslutas. Läkarförbundet har tidigare bedömt att antalet årsarbetare inom svensk sjukvård (främst sjuksköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare och allmänläkare) skulle behöva öka med ca 15 procent. Detta krävs för att få tillräcklig tid för patienterna men också för att upprätthålla en snabb kvalitetsutveckling inom svensk sjukvård genom att mer tid frigörs för forskning, fortbildning och kvalitetsarbete. Läkarförbundet har tidigare beräknat behovet av resurstillskott inom vården till ca 30 mdkr. Statsbidragen har hittills höjts med ca 4 mdkr.

Läkarförbundets bedömning är att antalet sjukskrivna vid en given tidpunkt skulle vara minst 10 procent lägre än idag om primärvården hade varit tillräckligt utbyggd och ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet samtidigt hade premierats. Antalet läkarbesök har sedan år 1996 ökat med ca 15 procent. Av det totala antalet läkarbesök har andelen besök som gällt sjukskrivning ökat från 8,8 procent till drygt 15 procent. För att både uppnå målen om en god tillgänglighet och mer tid för patientmötet, sjukintygssarbetet och det obligatoriska avstämningsmötet som beskrivits i kapitel 5.1 beräknas primärvården behöva ett resurstillskott på ca 5–6 mdkr.

En minskning av sjukfrånvaron med 10 procent skulle få betydande effekterna på de offentliga finanserna<sup>22</sup> och samhällsekonomin. För varje procentenhet som sjukfrånvaron minskar så ökar BNP med ca 2,3 mdkr<sup>23</sup>. Kostnaderna för sjukpenningen minskar med ungefär 500 mkr. Tillämpar man dessa värden på Läkarförbundets 10-procentiga uppskattning skulle således BNP stiga med 23 mdkr och kostnaderna för sjukpenningen minska med ca 5 mdkr. De direkta effekterna på skatteinkomsterna är måttliga (ca 1 mdkr) eftersom även de sjukskrivna betalar skatt. De indirekta skatteeffekterna är desto större. När nationalinkomsten stiger förbättras de offentliga finanserna kraftigt främst genom ökade inkomst- och konsumtionsskatter. Konjunkturinstitutet har som tumregel att de offentliga finanserna förbättras med 70 procent av förändringen i BNP. Med denna tumregel skulle således de offentliga finanserna med omkring förbättras 17 mdkr. Detta är en totalsiffra och inkluderar effekterna av minskade transfereringar till arbetslösa och sjukskrivna. Förutom den förbättrade hälsan i samhället är således den viktigaste

<sup>22</sup> Stat, kommun och lansting sammantaget

<sup>24</sup> Idag beräknas 390 000 årsarbeten gå förlorade p.g.a. sjukfrånvaro (förtidspensionärer ej inräknade). Om människor i arbete ökar med 3 900 årsarbetare, d v s de sjukfrånvarande och/eller arbetslösa minskar med 1 procent, räknar konjunkturinstitutet med att BNP ökar med ca 0,1 procent.

effekten att BNP ökar vilket ger ett rejält utrymme för ökad offentlig och privat konsumtion.

För att kompensera landstingen för kommande sjukpenningutgifter (en tiondel av nuvarande 52 mdkr) måste omkring 5 mdkr flyttas från sjukförsäkringens budget till landstingen. Därtill krävs en resursförstärkning inom främst primärvården. Ur statens synvinkel borde det vara intressant att skjuta till resurser för det beräknade utbyggnadsbehovet på 5- 6 mdkr. Som visats ovan kan staten räkna med både en högre BNP och en förbättring av det statliga budgetsaldot som mer än väl kompenserar för den utgiftsökningen.

I sammanfattning innebär reformen att *landstingssektorn* tillförs ca 10 mdkr i ökade statsbidrag samtidigt som landstingens skatteunderlag förbättras motsvarande 0,5–1 mdkr redan på kort sikt. Den nya utgiften för sjukpenning kan beräknas kosta landstingen 4,5 mdkr (efter att sjukfrånvaron minskat med 10 procent). Totalt skulle alltså sjukvården kunna förstärkas med 6-7 mdkr.

För *statens* del skulle reformen innebära att kostnaderna för statsbidrag till landstingssektorn ökar med ca 10 mdkr. Samtidigt minskar statens utgifter för sjukpenning med ungefär 9,5 mdkr (landstingen betalar 4,5 mdkr samtidigt som statens resterande sjukpenningkostnader sjunker med ca 5 mdkr när sjukfrånvaron minskar med 10 procent). Därtill ökar statens skatteinkomster kraftigt när fler kommer i arbete och nationalinkomsten stiger. En stor del av de 23 mdkr som BNP ökar med kommer att tillfalla statsbudgeten i form av bättre skatteinkomster.



**Sveriges  
läkarförbund**

*Den medicinska professionens organisation*

Besöksadress: Villagatan 5

Postadress: Box 5610 114 86 Stockholm

Tel vxl: 08-790 33 00 Fax: 08-20 57 18

[www.slff.se](http://www.slff.se) [info@slff.se](mailto:info@slff.se)