

## **Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011**

### ***Bakgrund***

För att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen införde staten för åren 2006–2009 ekonomiska incitament genom den s.k. sjukvårdsmiljarden. Utbetalningen av sjukvårdsmiljarden regleras enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Sjukvårdsmiljarden är fördelad på en fast och en rörlig del. Den fasta delen fördelas mellan landstingen med utgångspunkt i antalet invånare i respektive landsting. Den rörliga delen fördelas med ledning av hur sjukfrånvaron i landstingsområdet har minskat.

Tidigare överenskommelser har tagit sin utgångspunkt i rapporter från bl.a. Karolinska Institutet (KI) och Socialstyrelsen. Gemensamt för dessa studier är att resultaten pekar på brister i sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården. Rapporten från KI visar att det finns problem på detta område inom hälso- och sjukvården som kan relateras till brister i framför allt ledning, kunskap och samverkan. Både KI och Socialstyrelsen uppmärksammar problem och svårigheter inom hälso- och sjukvården med att bedöma arbetsförmåga.

Erfarenheterna från sjukvårdsmiljarden visar att den högsta ledningen inom landstingens hälso- och sjukvård nu ger sjukskrivningsfrågan hög prioritet. Detta är ett resultat av satsningar som genomförts för att stärka ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Det finns dock en osäkerhet hos många verksamhetschefer kring vad det är som kan ledas och styras i arbetet med patienters sjukskrivning. I en studie från KI under hösten 2008 där samtliga läkare tillfrågats om sitt arbete med sjukskrivningar uppger många läkare att de saknar stöd hos sin chef när det gäller arbetet med sjukskrivningar. Landstingen har infört en samordnad sjukskrivningsprocess och för att stödja arbetet inrättat s.k. sjukskrivningskommittéer eller försäkringsmedicinska kommittéer. Dessa åtgärder uppvisar positiva effekter på utvecklingen av sjukfrånvaron. Även kompetensutveckling har genomförts i bl.a. försäkringsmedicin och genom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, samtidigt som införandet av rehabiliteringskedjan ställer tydligare krav på de medicinska underlagen.

Prioriteringen av sjukskrivningsfrågor har höjt kunskapen inom hälso- och sjukvården, men också medvetenheten om frågornas komplexitet. Den ökade medvetenheten innebär

att kraven på stöd i arbetet med sjukskrivningsprocessen ökar. Behovet av ett gemensamt stöd- och policysystem för hantering av sjukskrivningsfrågor har lyfts fram för att få en bättre kvalitet och för att långsiktigt effektivisera och underlätta sjukskrivningsarbetet på verksamhetsnivå. Även en ökad kvalitet i de medicinska underlag som ligger till grund för beslut i sjukpenningärenden är nödvändig för en effektiv sjukskrivningsprocess. Medicinska underlag som inte håller nödvändig kvalitet riskerar att hindra en effektiv sjukskrivningsprocess inom både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Värdefull arbetstid måste då användas för att få underlagen kompletterade samtidigt som rättssäkerheten kan ifrågasättas. Tiden för sjukfrånvaro riskerar också att förlängas om handläggningstiden förlängs.

Under perioden 2006-2008 har sjukfrånvaron minskat i samtliga landsting med i genomsnitt 27 procent. Kvinnors sjukfrånvaro är fortfarande högre än mäns. I utgången av juli 2009 utgjordes 61 procent av de pågående sjukfallen av kvinnor. Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att säkerställa att vården inte bidrar till ojämställdhet är det angeläget att analysera och aktivt arbeta med hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsprocess ur ett jämställdhetsperspektiv. Att säkerställa att hälso- och sjukvården har medicinsk kunskap om kvinnors och mäns sjukdomar, ställer adekvat diagnos, anpassar behandling, rehabilitering efter dessa förutsättningar är angeläget.

Syftet med miljardsatsningen har ytterst varit att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan. Det kan konstateras att sjukskrivningsprocessen nu är en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården. Det är därför angeläget att även fortsättningsvis ge ekonomiska incitament som stimulerar hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att ytterligare utveckla sjukskrivningsprocessen och för att bibehålla de goda resultat som hittills uppnåtts. Mot den bakgrunden har regeringen avsatt 1 miljard kronor årligen även för åren 2010 och 2011 till detta ändamål.

### ***Åtgärder***

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting är överens om att staten utbetalar maximalt 2 miljarder kronor för perioden 2010-2011<sup>1</sup>. Utbetalningsmodellen är tvådelad och består av dels en villkorad del som är kopplad till konkreta åtgärder som hälso- och sjukvården ska genomföra, dels en rörlig del kopplad till förändringar i sjukfrånvaron. Medlen utbetalas efter det att respektive landsting vidtagit åtgärder enligt överenskommelsen och kommer att fördelas utifrån utbetalningsmodellens två olika delar. Den villkorade åtgärdsinriktade delen fördelas mellan landstingen med utgångspunkt i antalet invånare i respektive län. Den rörliga delen fördelas med hänsyn till hur det relativa antalet sjukpenningdagar i länet har förändrats i förhållande till övriga län. Närmare principer för beräkning av bidrag till respektive landsting framgår av bilagan. För uppföljning och utvärdering av de åtgärder som landstingen vidtagit avsätts årligen 5 miljoner kronor. Försäkringskassan kommer att svara för uppföljning, beräkning och utbetalning av bidragen. Utbetalning ska ske senast under februari 2011 och 2012.

---

<sup>1</sup> Under förutsättning att riksdagen beslutar i enlighet med regeringens förslag.

### *Den villkorade delen*

Den villkorade delen är kopplad till vissa konkreta åtgärder som hälso- och sjukvården ska genomföra för att bidraget ska betalas ut. Åtgärderna som beskrivs nedan bedöms höja kvaliteten och effektivisera sjukskrivningsprocessen både inom hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Närmare utformning av den villkorade delen framgår av bilagan.

För att skapa en effektiv och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess är det nödvändigt att hälso- och sjukvårdens ledningssystem, enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), också omfattar sjukskrivningsprocessen. I Socialstyrelsens verksamhetstillsyn över sjukskrivningsprocessen under 2003-2007 konstateras att det i stor utsträckning saknas sådana centrala direktiv från vårdgivare och att många verksamheter saknar lokala rutiner som rör sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen anser därför att sjukskrivningsprocessen måste omfattas av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården.

En integrering av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvårdens ledningssystem innebär att vårdgivare, såväl på vårdgivare- som på verksamhetsnivå, måste fastställa mål för kvalitetsarbetet med sjukskrivningsprocessen samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen och ta fram rutiner för kvalitetsarbetet m.m. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är en viktig grund för detta arbete. De IT-lösningar som skapas för filöverföringar mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kommer även att möjliggöra uppföljning och utvärdering av sjukskrivningsmönstret på lokal nivå. Detta syftar till att leda och styra verksamheten för att uppnå en kvalitetssäkrad och effektiv sjukskrivningsprocess.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Kvinnors ohälsotal är betydligt högre än mäns, vilket pekar på behovet av analyser för att säkerställa att vården inte bidrar till ojämställdhet och så att åtgärder kan sättas in som bidrar till att öka patientsäkerheten och minska omotiverade skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivning. Det är viktigt att säkerställa att sjukskrivningsprocessen är rättssäker för både kvinnor och män. Rutiner och åtgärder för frågor kopplade till jämställdhet kan bidra till en mer kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Att tidigt i ett sjukfall identifiera förekomst av missbruk har också betydelse för att skapa en effektiv sjukskrivningsprocess eftersom förekomsten av missbruk försvårar rehabilitering och återgång till arbete.

Inom ramen för rehabiliteringskedjans tidsgränser ska Försäkringskassan vidta de åtgärder som krävs för att stödja den försäkrades återgång i arbete. För detta krävs en god samverkan med andra aktörer, bl.a. hälso- och sjukvården. Rehabiliteringskedjan ställer höga krav på betydelsen av kvalificerade medicinska beslutsunderlag i sjukpenningärenden. Rehabiliteringskedjans olika tidsgränser ökar betydelsen för Försäkringskassan att snabbt och i rätt tid få tillgång till sådana beslutsunderlag. Både Försäkringskassan och Riksrevisionen konstaterar i två av varandra oberoende utredningar att kvaliteten i många medicinska underlag brister. I båda rapporterna framkommer att endast ca 26 procent av de medicinska underlagen håller en tillräcklig

kvalitet för beslut i sjukpenningärenden. Många underlag saknar obligatoriska uppgifter, samtidigt som de uppgifter som finns inte håller tillräcklig kvalitet. Underlag som behöver skickas tillbaka för komplettering riskerar också att förlänga sjukskrivningstiden. Det är viktigt att det inom hälso- och sjukvården utarbetas sådana arbetsmetoder att Försäkringskassans behov av att snabbt få korrekta medicinska beslutsunderlag för både kvinnor och män tillgodoses. Målsättningen är att på sikt ska samtliga medicinska underlag hålla en tillräcklig kvalitet för beslut i sjukpenningärenden.

För att stödja denna utveckling bör det skapas en digitaliserad överföring av de medicinska underlagen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är omfattande. Under 2008 inkom drygt 1,8 miljoner läkarintyg som rör sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning till Försäkringskassan. Försäkringskassan behöver årligen komplettera hundratusentals intyg som inte är fullständigt ifyllda av läkare. Regeringen och SKL gör bedömningen att möjliggörandet av elektroniskt överförbara medicinska underlag mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården kommer att effektivisera hanteringen och öka kvaliteten på de medicinska underlagen samtidigt som behovet av att skicka tillbaka underlag för kompletteringar minskar. Åtgärden stärker rättssäkerheten och likformigheten i Försäkringskassans handläggning, genererar bättre service för de försäkrade och lägre kostnader för stat och landsting.

För en rättssäker prövning av sjukpenningärenden behöver Försäkringskassan också i vissa fall fördjupade medicinska utredningar. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet. De kan därigenom ligga till grund för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. I vissa ärenden finns behov av fördjupade utredningar som baseras på enbart en läkares utredning. I andra ärenden finns behov av en teambaserad utredning med inslag av flera kompetenser inom hälso- och sjukvården. Landstingen ska inom föreskriven tid bistå Försäkringskassan i sådana försäkringsärenden som behöver kompletteras med dessa båda typer av fördjupade medicinska utredningar.

#### *Den rörliga delen*

Det är angeläget att landstingen, precis som i tidigare överenskommelser, fortsätter arbetet med att vidta åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården. Dessa åtgärder syftar till att medverka till en ökad kvalitet och en effektiv sjukskrivningsprocess som ytterst leder till en låg och stabil nivå på sjukfrånvaron. Avsikten med att koppla en del av sjukvårdsmiljarden direkt till utvecklingen av sjukfrånvaron är att det ska vara landstingens åtgärder som ska påverka utfallet och att landstinget fritt kan välja de åtgärder som bedöms ha effekt på sjukfrånvaron. Eftersom utgångsläget varierar mellan landstingen kommer åtgärderna att variera och anpassas till varje landstings situation.

***Avstämning mellan parterna***

En avstämning sker mellan parterna i enlighet med vad som regleras i bilagan. Vid avstämningen ska följas upp om syftet med bidraget har uppnåtts.

***Godkännande av överenskommelsen***

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för 2011. Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2011.

Stockholm den 11 december 2009

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och Landsting

.....  
Bettina Kashefi

.....  
Håkan Sörman

## Bilaga

### **Villkorad del**

Villkorsmodellen bygger på en rad konkreta åtgärder som hälso- och sjukvården ska genomföra för att bidraget ska betalas ut. Åtgärderna bedöms medverka till en effektivisering av sjukskrivningsprocessen både inom hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Maximal ersättning för varje uppfyllt villkor per landsting är länets befolkningsandel i förhållande till villkorsbeloppet.<sup>2</sup> Villkorsdelen omfattar maximalt 500 miljoner kronor per år.

### **Villkor**

#### ***Villkor 1 = 50 miljoner kronor/år***

##### *1:A Hälso- och sjukvårdens ledningssystem åren 2010 och 2011*

Hälso- och sjukvården i landstinget ska implementera sjukskrivningsprocessen i ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (i enlighet med SOSFS 2005:12). Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen ska även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutstödet. Under 2010 ska landstinget ha utarbetat ett ledningssystem på vårdgivarnivå och under 2011 ska landstinget ha utarbetat ett ledningssystem på verksamhetsnivå.

##### *1:B En jämställd sjukskrivningsprocess*

###### *År 2010*

Landstinget ska analysera könsuppdelad statistik och utarbeta en handlingsplan för en jämställd sjukskrivningsprocess. Planen ska innehålla både kort- och långsiktiga åtgärder. Motivet är att säkerställa hög kvalitet för både kvinnor och män samt att minska omotiverade skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivningar.

###### *År 2011*

Landstinget ska ha genomfört minst tre kortsiktiga åtgärder och påbörjat minst två långsiktiga åtgärder enligt handlingsplanen.

##### *Uppföljnings- och utbetalningskrav*

Åtterrapporing ska ske till Försäkringskassan och SKL i december 2010 respektive december 2011. Försäkringskassan beslutar om redovisningskraven efter samråd med SKL. Socialstyrelsen ska bistå Försäkringskassan i uppföljningen av hälso- och sjukvårdens ledningssystem, dvs. villkor 1:A. Försäkringskassan utbetalar landstingets andel av 50 miljoner kronor per år om villkoren 1:A och 1:B uppfyllts 2010 respektive 2011.

---

<sup>2</sup> Utifrån respektive läns folkmängd november året innan.

### **Villkor 2 = 150 miljoner kronor/år**

#### *Kvaliteten på de medicinska underlagen*

Kvaliteten på de medicinska underlagen som hälso- och sjukvårdens läkare skickar till Försäkringskassan ska förbättras.

År 2010

- A. De medicinska underlagen i ärenden om sjukpenning som inkommer från hälso- och sjukvårdens läkare ska i minst 50 procent av ärendena som initierats under 2010 hålla en sådan kvalitet med avseende på samtliga de obligatoriska uppgifter som krävs för beslut i sjukpenningärenden. Om villkor 2:A uppfyllts betalar Försäkringskassan ut landstingets andel av 75 miljoner kronor 2011.
- B. De medicinska underlagen i ärenden om sjukpenning som inkommer från hälso- och sjukvårdens läkare ska i minst 70 procent av ärendena som initierats under 2010 hålla en sådan kvalitet med avseende på samtliga de obligatoriska uppgifter som krävs för beslut i sjukpenningärenden. Om villkor 2:B uppfyllts betalar Försäkringskassan ut landstingets andel av 75 miljoner kronor 2011.

År 2011

- C. De medicinska underlagen i ärenden om sjukpenning som inkommer från hälso- och sjukvårdens läkare ska i minst 80 procent av ärendena som initierats under 2011 hålla en sådan kvalitet med avseende på samtliga de obligatoriska uppgifter som krävs för beslut i sjukpenningärenden. Om villkor 2:C uppfyllts betalar Försäkringskassan ut landstingets andel av 150 miljoner kronor 2012

#### *Uppföljnings- och utbetalningskrav*

Försäkringskassan följer upp villkoren i november 2010 och 2011 och beslutar om redovisningskraven efter samråd med SKL. Försäkringskassan betalar ut landstingets andel av 75 miljoner kronor 2011 om villkor 2:A uppfyllts. Försäkringskassan betalar ut landstingets andel av ytterligare 75 miljoner kronor 2011 om villkor 2:B uppfyllts. Försäkringskassan betalar ut landstingets andel av 150 miljoner kronor 2012 om villkor 2:C uppfyllts.

### **Villkor 3 = 100 miljoner kronor/år**

#### *Elektroniskt överförbara medicinska underlag i ärenden om sjukpenning*

År 2010

Landstinget ska anpassa IT-plattformar, IT-lösningar m.m. i enlighet med genomförandeplanen för filöverföring mellan SKL och Försäkringskassan.

- A. Med ledning av erfarenheterna från ett pilotprojekt som ska avslutas i april 2010 ska landstinget senast i december 2010 ha en formaliserad införandeplan för den elektroniska informationsöverföringen till Försäkringskassan. Planen ska visa hur landstinget senast i oktober 2011 har:
  - 1. minst 90 procent av alla medicinska underlag elektroniskt överförda.
  - 2. en elektronisk funktion igång för fråga och svar, mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kopplad till det medicinska underlaget.

ÅR 2011

- B. Landstinget ska senast i oktober 2011 ha anslutit sig till systemet för den elektroniska överföringen av medicinska underlag.
1. Minst 90 procent av landstingets medicinska underlag ska under november 2011 överföras elektroniskt till Försäkringskassan.
  2. En plan för att ytterligare öka andelen elektroniskt överförda medicinska underlag ska redovisas.
  3. En elektronisk funktion för fråga och svar mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kopplad till det medicinska underlaget ska vara på plats.

*Uppföljnings- och utbetalningskrav*

Villkoret 3:A: Genomförandeplanen ska redovisas till Försäkringskassan och SKL senast i december 2010. Försäkringskassan beslutar om redovisningskraven efter samråd med SKL. Försäkringskassan betalar ut landstingets andel av 100 miljoner kronor 2011 om villkoret 3:A uppfyllts.

Villkoret 3:B: Försäkringskassan följer upp villkoret i november 2011 genom uppföljning av alla inkomna medicinska underlag och frågefunktionen. Försäkringskassan beslutar även om redovisningskraven för planen enligt punkt 2 efter samråd med SKL. Försäkringskassan utbetalar landstingets andel av 100 miljoner kronor 2012 om villkoret 3:B uppfyllts.

***Villkor 4 = 200 miljoner kronor/år***

*Fördjupade medicinska underlag*

Landstinget tillhandahåller på begäran och inom föreskriven tid de fördjupade medicinska utredningar som Försäkringskassan behöver för bedömning av arbetsförmåga inför beslut om rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

*Uppföljnings- och utbetalningskrav*

Försäkringskassan följer upp villkoret under 2010 och 2011 och beslutar om redovisningskraven efter samråd med SKL. Maximal ersättning per landsting är länets befolkningsandel i förhållande till 200 miljoner kronor 2010 respektive 2011. Landstinget ersätts i proportion till hur stor andel av de av Försäkringskassan efterfrågade fördjupade medicinska utredningarna som landstinget levererat inom föreskriven tid till Försäkringskassan.

*Ett exempel:*

Ett landstings maximalt tilldelade pott är 6 miljoner kronor. Under 2010 efterfrågar Försäkringskassan 460 fördjupade medicinska utredningar. Landstinget levererar 300 fördjupade medicinska utredningar av sådan kvalitet som Försäkringskassan behöver och inom föreskriven tid. Landstinget tilldelas då  $(300/460) \cdot 6\,000\,000 = 3\,913\,043$  kronor för år 2010.

## **Rörlig del**

*För det bidrag som ska utbetalas 2011 ska följande gälla:*

1. För varje län ska följande kvot framräknas: det totala antalet nettodagar för år 2010 divideras med motsvarande antal för år 2009. Förmånen för vilka nettodagar ska räknas är sjukpenning.<sup>3</sup> Endast nettodagar för sjukfall med fallängder upp till 2,5 år ska användas. I det fall antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar i länet har ökat mellan 2010 och 2009 ska dagantalet 2010 ökas med 250 multiplicerat med ökat antal nybeviljanden.
2. Jämförelsetalet uträknas på följande sätt: det tal enligt 1. för det län som har den högsta kvoten ska ökas med 0,01.
3. Differensen mellan jämförelsetalet och respektive läns kvot enligt 1. räknas ut.
4. Varje läns antal nettodagar år 2009 multipliceras med differensen enligt 3.
5. Varje läns andel av bidraget motsvarar kvoten av länets tal i 4. ovan och summan av alla läns sådana tal. Totalt utbetalas 495 miljoner kronor i rörligt bidrag.

*För det bidrag som ska utbetalas 2012 ska följande gälla:*

1. För varje län ska följande kvot framräknas: det totala antalet nettodagar för år 2011 divideras med motsvarande antal för år 2010. Förmånen för vilka nettodagar ska räknas är sjukpenning. Endast nettodagar för sjukfall med fallängder upp till 2,5 år ska användas. I det fall antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar i länet har ökat mellan 2011 och 2010 ska dagantalet 2011 ökas med 250 multiplicerat med ökat antal nybeviljanden.
2. Jämförelsetalet uträknas på följande sätt: det tal enligt 1. för det län som har den högsta kvoten ska ökas med 0,01.
3. Differensen mellan jämförelsetalet och respektive läns kvot enligt 1. räknas ut.
4. Varje läns antal nettodagar år 2010 multipliceras med differensen enligt 3.
5. Varje läns andel av bidraget motsvarar kvoten av länets tal i 4. ovan och summan av alla läns sådana tal. Totalt utbetalas 495 miljoner kronor i rörligt bidrag.

---

<sup>3</sup> Med en nettodag avses sjukpenningdagar omräknade till hela dagar. Exempelvis utgör två halva sjukpenningdagar en nettodag. I detta sammanhang används Försäkringskassans utbetalningsstatistik.