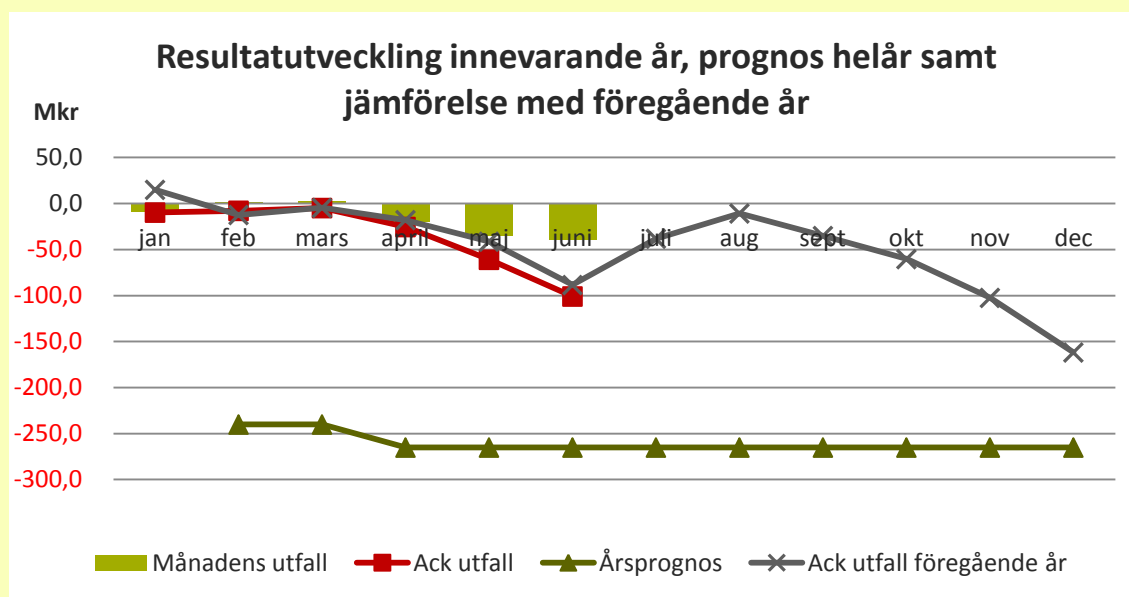


SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
25 AUGUSTI 2015

Månadsrapport juni 2015

Region Jämtland Härjedalen



Aktuell nettokostnadsutveckling: 5,4 % Utveckling jämfört med maj

Sammanfattning

Verksamhet

Regionens verksamheter är neddragna och reducerade enligt fastställd sommarplan.

Sommaren är besvärlig bland annat med tanke på stängning av vårdplatser. Det aktuella vårdplatsläget följs kontinuerligt.

Hittills har inte några akuta åtgärder behövts vidtagas med anledning av sommarstängningarna.

Personal

Sjukfrånvaron bland medarbetarna fortsätter glädjande nog att minska jämfört med både 2013 och 2014 och är nu nere på 6,9%.

Ekonomi

Det är fortsatt ett mycket allvarligt ekonomiskt läge. Resultatet till och med juni är minus 130 miljoner kr rensat för återbetalning från AFA samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel, totalt 29 miljoner kronor. Detta ska jämföras med förra årets underskott på ca 90 miljoner kr.

Nettokostnadsökningen har minskat något och är nu 5,4 % jämfört med motsvarande period 2014.

Regionens totala årsprognos för 2015 ligger kvar på ett underskott på 265 miljoner kronor. Personalkostnaderna inom vården är fortfarande en stor del av underskottet och samtliga centrum förutom centrum för ledning och styrning ökar den utförda tiden. Kostnaden för inhyrd personal har kraftigt ökat jämfört med 2014.

Björn Eriksson

Regiondirektör

Tillgänglighet - specialistvården

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning Målet är att 80 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

Två arbetsgrupper har under våren påbörjat förbättringsarbeten kring arbetssätt i triage, direktinläggningar till avdelningar och OBSplatser mm.

Väntan på akuten är ett samspel mellan kompetens hos såväl läkare som akuten egens personal samt väntan på undersökningar och det dagliga flödet av patienter.

Maj 59 % klara (dörr till dörr) inom 4 timmar, 57 % av kvinnorna och 62 % av männen.

Väntetider inom 60 dagar (f d Kömiljarden)

Väntande till 1:a besök 48%,
kvinnor 48 % och män 48 %

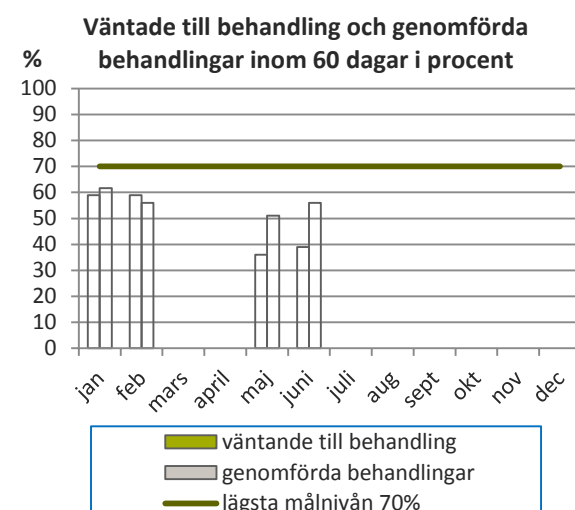
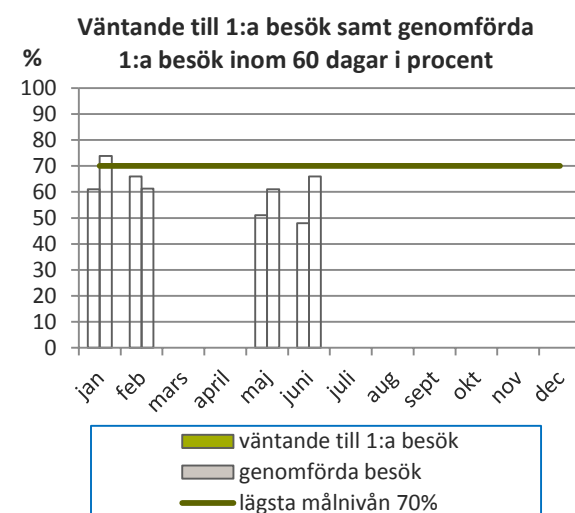
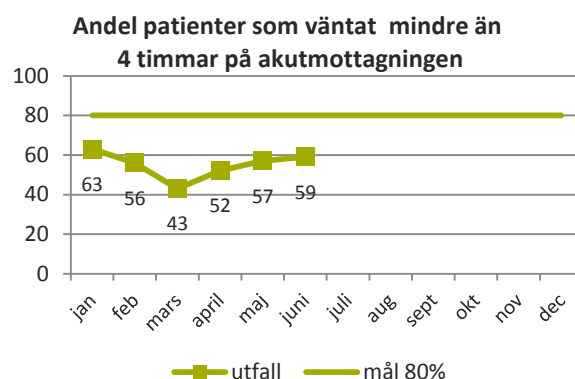
Genomförda 1:a besök 66 %,
kvinnor 66 % och män 66 %

Väntande till behandling 39 %,
kvinnor 40 % och män 39%.

Genomförda behandlingar 56 %,
kvinnor 53% och män 59 %

Antal **väntade** patienter som **väntat** mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mars	apr	maj	juni
1:a besök	1130	968			1917	2100
Behandl					1557	1572
Månad	juli	aug	sep	okt	nov	dec
1:a besök						
Behandl						



Tillgänglighet primärvården

Telefontillgängligheten- 0:an

Tillgängligheten i den regiondrivna primärvården varierar mellan 57-96 % .

För de privata vårdgivarna är variationen 86 -100%

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an.

Tillgängligheten för besök varierar mellan 63-99 % och för de privata hälsocentralerna mellan 87 –100 %

Införandet av COSMIC har medfört att produktionsbortfall ex. längre tidsmoduler som genererar färre läkartider.

Utfall Juni 2015	0:an Telefon- tillgänglighet	7:an Läkarbesök inom 1 vecka
Närvård Frostviken*	100	100
Fjällhälsan*	99	71
Åre hc	96	98
Offerdals hc*	91	87
Kälarne hc	88	81
Lits hc	88	84
Funäsdalens hc	87	90
Backe hc	86	99
Järpens hc	86	95
Nya Närvården*	86	92
Föllinge hc	85	90
Krokoms hc	83	80
Svenstavik hc	82	63
Myrvikens hc	81	77
Hallens hc	79	80
Strömsunds hc	77	92
Brunflo hc	77	67
Bräcke hc	74	72
Lugnviks hc	72	83
Z-gränds hc	71	82
Frösö hc	66	67
Hammarstrands hc	65	75
Sveg hc	63	89
Odensala hc	57	83
* = privat utförare		

Patientsäkerhet

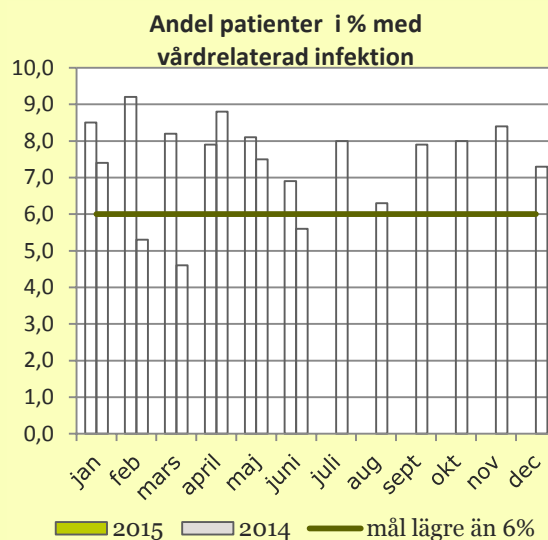
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultaten för vårdrelaterade infektioner når inte det uppsatta målet på att max 6% av inlaggande patienter ska drabbas av en vårdrelaterad infektion. Baserat på resultaten för januari t.o.m. juni har i genomsnitt 8,1 % av patienterna en vårdrelaterad infektion. 7,4 % av de inskrivna kvinnorna och 9 % av männen.

Jämförelse med riket:

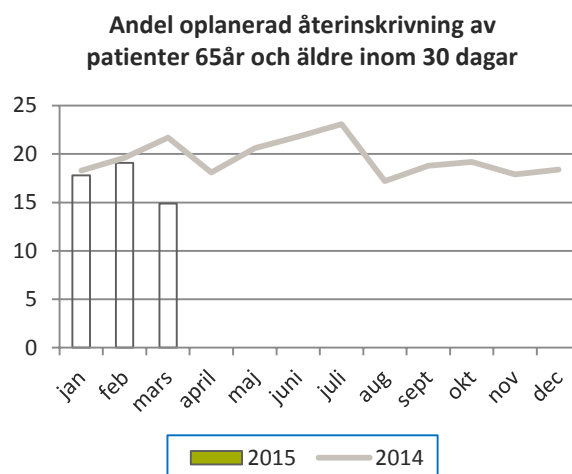
Mätningen i mars var en nationell mätning där resultatet för Region Jämtland Härjedalen visade att 8,2 % av de inskrivna patienterna hade en vårdrelaterad infektion.

Resultatet för riket visade att 9,2 % av patienterna inom somatisk vård hade en vårdrelaterad infektion.



Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar för 65 år och äldre

Inga siffror och kommentarer redovisas då det för tillfället är stor osäkerhet i de data som redovisas på www.kvalitetsportalen.se. Detsamma gäller för hela riket.



Minskad antibiotikaförskrivning - primärvården

Efter att förskrivningen av antibiotika sjunkit under några år, så har den marginellt ökat under de senaste månaderna. Utfall maj 2015 var 274 recept per tusen invånare och år jämfört med 272 recept per tusen invånare och år maj 2014.

Lokalt har flera hälsocentraler kommit under målet med 250 recept per tusen invånare och år. Det finns fortfarande hälsocentraler som behöver minska sin förskrivning, men har ändå minskat sin förskrivning avsevärt sedan 2012.

Produktionsvolymer

Kommentarer till volymförändringar:

Statistik hämtad från Diveport. Viss osäkerhet råder fortfarande i datamaterialet på grund av införandet av Cosmic 18 mars.

År	2013	s:a 2014	s:a 2015
Läkarbesök	173 627	172 511	168 105
- Män	77 897	77 639	75 092
- Kvinnor	95 730	94 872	93 010
Sjukvårdande behandling	210 230	212 770	226 427
- Män	85 788	86 907	95 005
- Kvinnor	124 442	125 862	131 422

Slutenvård	apr-15	maj-15	jun-15
Antal vårdtillfällen	1 698	1 577	1 605
-män	781	701	691
-kvinnor	917	876	913
Antal vård dagar	10 319	10 143	9 792
-män	4 738	4 686	4 523
-kvinnor	5 581	5 457	5 268
Medelvårdtid	5,1	5,8	4,8
-män	5,3	5,8	4,9
-kvinnor	4,9	5,8	4,7

Medarbetare

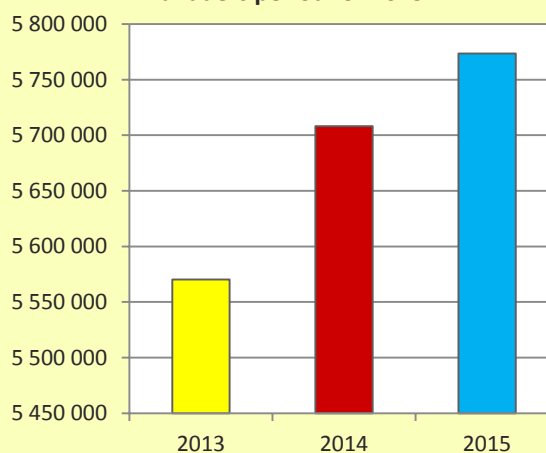
Utförd tid t o m föregående månad

(Utförd tid 2015 i rapporten visar tiden juni 2014 – maj 2015. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

Utförda tiden visar på en ökning med 65 300 timmar för perioden rullande 12 månader jämfört med 2014. Ökningen motsvarar 37 årsarbetare. Ingen hänsyn tagen till antal vardagar.

Samtliga centrum förutom centrum för ledning och styrning ökar den utförda tid.

Utförd tid i timmar
Helår 2013 och 2014. Rullande 12
månaders period för 2015



Nyttjande av bemanningsföretag

Kommentarer till köpt bemanning läkare:

Svårigheter att rekrytera läkare.

Kommentarer till köpt bemanning sjuksköterskor:

Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till centrum medicin och distriktssjuksköterskor i närvårdsområdena Härjedalen, Ragunda och Krokom.

Kommentarer till köp av övrig personal:

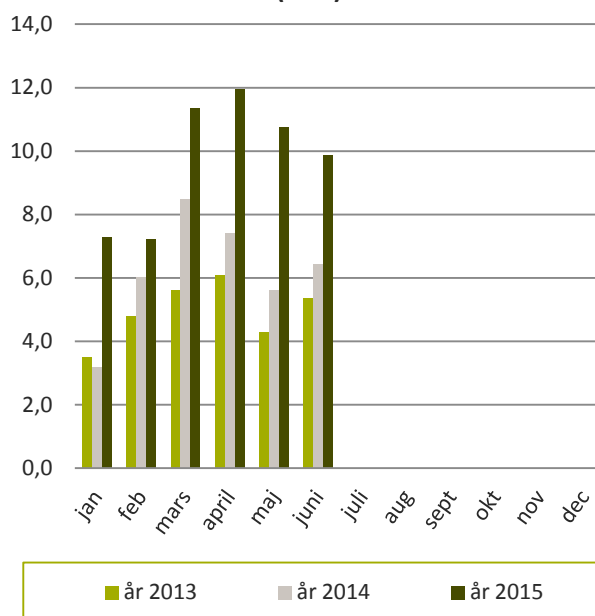
Centrum primärvård köper tjänster vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster från kommunerna.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:

Översyn av vårplatsstruktur, poliklinisering, vem gör vad, utbildning av ST-läkare och rekryteringsaktiviteter.

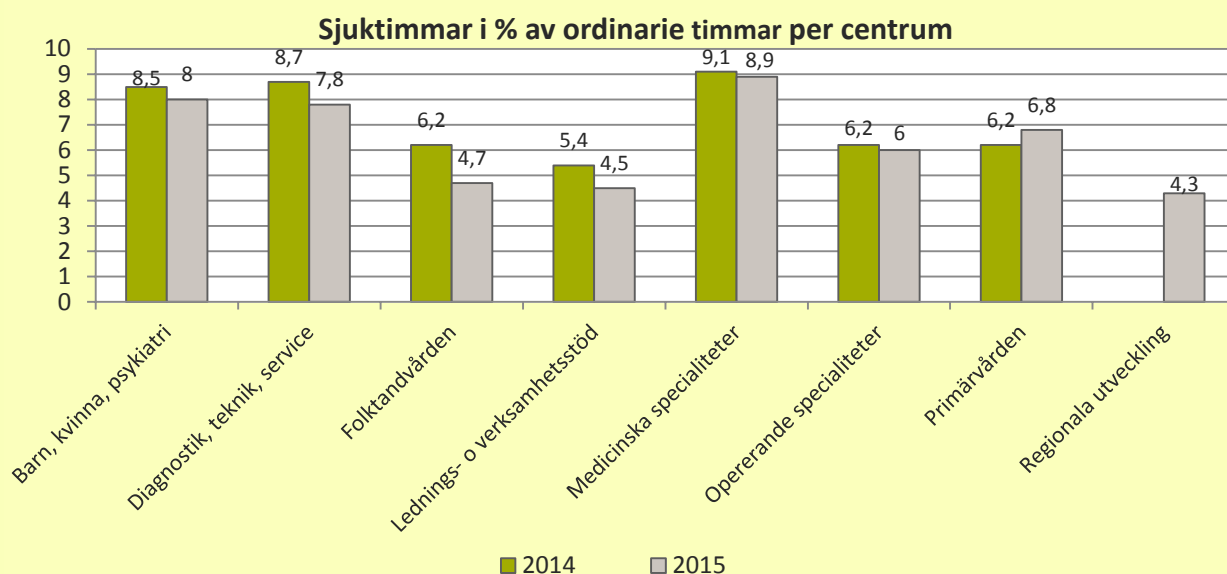
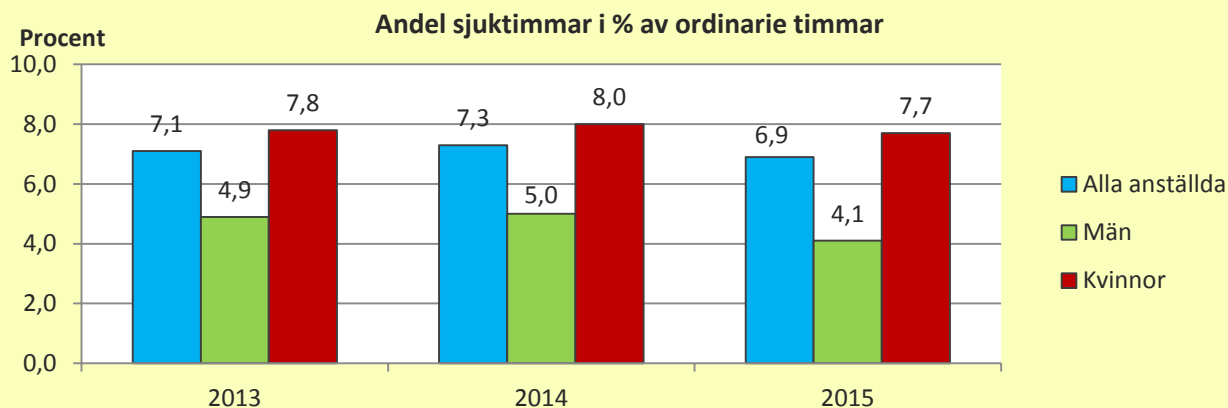
Inomcentrum diagnostik, teknik och service görs upphandling av externa granskningar I primärvården har ett samarbete har påbörjats tillsammans med Härjedalens kommun kring rekrytering av distriktssköterskor till kommunen.

Kostnad bemanningsföretag per månad (mkr)



Kostnad bemanningsföretag (mkr)	Jan-juni 2014	Jan-juni 2015	Förändring
Kto 5551 Övrig personal	2,6	2,6	0
Kto 5552 Läkare	32,5	49,9	17,4
Kto 5553 Sjuksköterskor	2,0	5,9	3,9
Totalt	37,1	58,4	21,3

Sjukfrånvaro



Kommentarer till sjukfrånvaron:

Sjukfrånvaron fortsätter att minska från 7,3 till 6,9 i jämförelse med tidigare år. Både kvinnor och mäns sjukfrånvaro minskar.

Alla centrum sänker sin sjukfrånvaro förutom Primärvården.

Under perioden är sjukfrånvaron lägre alla månader i jämförelsen med året innan och minskningen återfinns i sjuktimmarna >60 dagar.

Vad gäller åldersgrupperna så sker en ökning i sjuktimmarna i åldersgruppen 0-29 år medan de övriga åldersgrupperna har lägre sjukfrånvaro än föregående år. Utmaningen är att möta gruppen 0-29 år, korttidsfrånvaron samt att arbeta för att förhindra att sjukskrivningarna blir länge genom tidiga insatser.

Ekonomiskt utfall 2015 jämfört med budget och föregående år

Verksamhet i miljoner kronor	Utfall ack juni 2015	Utfall ack juni 2014	Differens	Budget 2015	Årsprognos 2015
Diagnostik, teknik och service	6,3	3,7	-2,6	3,0	6,0
Folktandvården	-1,8	0,1	1,9	0,0	0,0
Ledning- och verksamhetsstöd	6,9	6,3	-0,6	0,0	0,0
Landstingsövergripande verksamhet	-7,0	-7,9	-0,9	0,0	-16,0
Motsedda utgifter	30,5	19,5	-11,0	-115,0	-19,9
Barn, kvinna och psykiatri	-14,4	-10,5	3,9	0,0	-22,6
Primärvården	-34,8	-21,6	13,2	0,0	-44,0
Medicinska specialiteter	-49,2	-37,9	11,3	0,0	-93,0
Opererande specialiteter	-52,7	-39,6	13,1	0,0	-98,0
Summa Hälso- och sjukvårdsnämnden	-116,1	-87,9	28,2	-112,0	-287,5
Förtroendevalda politiker	0,6	0,6	-0,1	0,0	0,0
Landstingsrevisionen	0,4	0,2	-0,2	0,0	0,0
Patientnämnden	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Regionala utvecklingsnämnden	3,4	0,0	-3,4	0,0	0,0
Vårdvalsnämnden	7,4	5,9	-1,6	0,0	-1,5
Summa Verksamheten	-104,1	-81,2	23,0	-112,0	-289,0
Finansförvaltningen	3,2	-7,3	-10,5	16,0	23,9
Totalt Region Jämtland Härjedalen	-100,9	-88,5	12,5	-96,0	-265,0

Kommentarer till ekonomiskt resultat

Redogör för avvikelser mot ack utfall föregående år

Bokfört resultat till och med juni 2015 är – 100,9 miljoner kronor men rensat för återbetalning från AFA med 22 mkr samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel 2014 på 7 mkr är resultatet – 130 miljoner kronor vilket kan jämföras med – 88,5 miljoner motsvarande period 2014.

Större kostnadsavvikelser jämfört med 2014 (exkl den nytillkomna regionala utvecklingsförvaltningen) är högre kostnader för personal 4,7 % (maj 5,5 %), inhyrd personal 58 % (maj 45 %) samt läkemedelskostnader 4,7 % (maj 7,4 %). Intäktsidan har ökat, framför allt beroende på återbetalningen från AFA på 22 mkr.

Redogör för årsprognosens avvikelse mot budget:

De största avvikelserna jämfört med budget (exkl regionala utvecklingsförvaltningen) består i högre kostnader för egen personal (48 mkr), inhyrd personal (53 mkr), köpt vård (20 mkr) samt läkemedel (58 mkr).

Orsaker till ändrad prognos jämfört med föregående månad:

Prognosen är oförändrad jämfört med månadsrapport maj.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Karin Lindgren
Tfn: 063-154160
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

2015-07-24

RS/1091/2015

Uppföljningsrapport om Läkemedel

Uppföljningsrapporten ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet samt möjligheter och utmaningar inom området.

Sjukhusapoteksfunktionen

Sjukhusapoteksfunktionen ansvarar för myndighetskrav, kvalitet och patientsäkerhet avseende läkemedelsförsörjningen på Östersunds sjukhus. Sjukhusapoteksfunktionen är placerad i patientsäkerhetsenhetens läkemedelsgrupp och ska alltid, enligt författningen, drivas i Region Jämtland Härjedalens egen regi. Den lokala sjukhusapoteksfunktionen ansvarar för att kravställa inför upphandling samt uppföljning av pågående avtal med valda företag som driver sjukhusapoteket.

När apoteksmarknaden förändrades var alla landsting tvungna att antingen upphandla läkemedelsförsörjningen eller driva den helt i egen regi. För att minska kostnaden valde Norra sjukvårdsregionen att upphandla tillsammans, samt begränsa upphandlingen för att istället utföra flera tjänster i egen regi.

Patientens samlade läkemedelslista

Region Jämtland Härjedalen har en lång tradition av en gemensam läkemedelslista för patienten. Till stor del beror detta på Läkemedelskommitténs goda arbete och att nästan alla vårdgivare i Jämtlands län varit anslutna till samma journalsystem. Efter införandet av COSMIC är bilden en annan.

På grund av tidbrist i verksamheten, togs beslutet att endast de läkemedel som är aktuella vid vårdtillfället behöver föras över från det gamla till det nya journalsystemet. Övriga läkemedel blir kvar på listan i VAS. Det kan innebära att patientens läkemedelslista i COSMIC inte är komplett. Det kan finnas aktuella läkemedel i båda journalsystemen. För patienter med dosdispenserade läkemedel används dessutom ordinationsverktyget PASCAL, vilket innebär att en tredje lista kan förekomma. Flera läkemedelslistor innebär stora patientsäkerhetsrisker. Det har kommit in avvikelser där patienten inte fått sina ordinerade läkemedel, på grund av att läkemedelslistan inte varit komplett i nuvarande journalsystem. Verksamheten har behov av stöd och tid för att överföra patientens hela läkemedelslista till COSMIC.

Ordinationsmallar och hanteringsrutiner

För att implementera det nya journalsystemet har mer resurser än förväntat krävts från läkemedelsgruppen. Det har inneburit att andra uppgifter, såsom lagefterlevnad, har fått prioriterats ner under ett drygt år. Inom snar framtid kommer dessutom utökade

resurser ur läkemedelsgruppen att krävas då elektronisk läkemedelslista ska införas i slutenvården och COSMIC uppgraderas med en helt ny läkemedelsmodul. Det medför att rutiner och manual behöver uppdateras, nya utbildningsinsatser kommer att krävas och fler ordinationsmallar behöver skapas.

Parallellt med förberedelser inför den nya versionen måste underhåll av nuvarande version ske. I dagsläget är processen väldigt skör, då bland annat endast en apotekare är kunnig i arbetet med ordinationsmallar. En ytterligare omprioritering av arbetsuppgifter och en resursökning kommer att behövas inom läkemedelsgruppen för att klara förberedelserna inför COSMICs nya version, och övriga krav och förändringar inom läkemedelsområdet.

Miljö

För att minska kassation av läkemedel på sjukhuset fortsätter arbete med läkemedelsservice för optimal lagerhållning samt nyttjandet av sällanläkemedelsförrådet. Det minskar dessutom kostnaderna för läkemedel.

I det nationella nätverket ”läkemedel och miljö” finns både läkemedelsstrateg och miljöstrateg representerade från Region Jämtland Härjedalen. I nätverket delar medlemmarna från hela Sverige med sig av bra arbeten inom området, och har bland annat varit med i processen för vilka miljökrav som bör finnas med vid upphandling av läkemedel. Lokalt finns det ett behov av att etablera närmare samarbete mellan miljöstrateg och läkemedelsgruppen.

Antibiotika

Förskrivningen av antibiotika har ökat något under 2015. Det är samma trend i hela landet. En trolig orsak är att influensasäsongen kom sent och drabbade många under vintersäsongen. Trots ökningen är ändå Region Jämtland Härjedalen kvar på en stabil låg förskrivningsnivå jämfört med övriga landsting i Sverige. Inom regionen finns det en skillnad i förskrivning mellan hälsocentralerna, men skillnaden har blivit mindre då de hälsocentraler som tidigare haft hög förskrivning börjat minska under senaste åren. För att fortsatt ha bra resultat av antibiotikaanvändningen inom primärvården gäller det att inte släppa taget om det goda arbete som pågår.

Inom slutenvården, är inte Region Jämtland Härjedalen lika bra vid nationella jämförelser. Regionen behöver genomföra en genomlysning av användningen och skapa bättre uppföljningsmöjligheter, för att sedan kunna göra riktade insatser i slutenvården.

Läkemedelsförsörjning

Sjukhusapoteket drivs idag av Apoteket AB, och avtalet sträcker sig till och med mars 2018. Under våren har norra regionen påbörjat diskussionen om framtidens lösning av läkemedelsförsörjningen. För att finna den bästa lösningen, som också är mest kostnadseffektiv och patientsäker, har de senaste årens upphandlingar lett till olika lösningar i landet. Fler landsting har valt att driva delar eller allt i egen regi. Läkemedelsstrateg har fått i uppdrag att utreda vilka olika möjligheter det finns för Region Jämtland Härjedalen i kommande upphandling.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

Efter upphandling av läkemedelsförsörjningen görs kvalitetsgranskning i egen regi. I Region Jämtland Härjedalen är det en del av det kontinuerliga kvalitetsarbete, som ska genomföras på alla enheter som hanterar läkemedel. På grund av implementering av nya försörjningslösningen och förberedelser för COSMIC, har detta inte kunnat ske under två år. Årets granskning är därför viktig dels för att se vilket stöd och hjälp verksamheten har behov av för att bibehålla patientsäkerheten, och dessutom för att följa lagefterlevnaden.

Under våren har kvalitetsgranskning i slutenvården genomförts i form av en elektronisk enkät. Svarsfrekvensen var låg (55%). I resultatet anger ca 55% av enheterna att ordinationerna ibland eller ofta är ofullständigt skrivna. Dessutom uppger ca 30% att de sällan eller aldrig dokumenterar läkemedelsförändringar i patientens journal. För att komma till rätta med problemen och stödja verksamheten, så behövs bland annat informationsinsatser och besök i verksamheten. Till hösten kommer primärvården att granskas på liknande sätt. Läkemedelsgruppen har en målsättning att alla enheter, förutom den årliga elektroniska enkäten, dessutom ska få personligt besök var tredje år.

Avvikelser

Vid genomgång av de avvikelser som rapporterats när det gäller läkemedel, är de vanligaste felen att läkemedel glömt att ges, att fel läkemedel eller att fel doser givits. Det visar sig också att både läkemedelsnamn, patienter och doser förväxlas. Vid besök ute i verksamheten framkommer att inte alla läkemedelsavvikelser rapporterats i Centuri.

Det verkar finnas brister vid introduktion gällande läkemedelshantering och det finns ett behov av utbildning. Ett viktigt verktyg för att förebygga avvikelser är kvalitetsgranskning på plats för dialog om läkemedelshantering. Ett annat viktigt verktyg är Läkemedelskommitténs besök i verksamheten. De kan på ett objektivt sätt informera och utbilda både läkare och sjuksköterskor. Båda dessa viktiga verktyg har prioriterats ned under några år på grund av resursbrist.

Kostnadsutveckling

Den totala kostnaden för läkemedel, både på recept och på rekvisition, uppgick till ca 155 miljoner kronor det första halvåret 2015. Det motsvarar en ökning med 4,2% jämfört med samma period föregående år.

De dyraste läkemedelsgrupperna är immunsuppressiva läkemedel, och då framför allt gruppen TNF-hämmare, som används mot reumatologiska sjukdomar, gastrointestinala sjukdomar och olika hudsjukdomar. Under hösten kommer TLV genomföra en större omprövning av TNF-hämmare, vilket förhoppningsvis pressar priserna.

Under flera år har läkemedelskostnaderna minskat på grund av bland annat tidigare patentutgångar på läkemedel med hög förmånskostnad, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar för att pressa priser samt den så kallade 15-års regeln som innebär att läkemedel äldre än 15 år och utan konkurrens varit tvungna att sänka sina priser med minst 7,5%. Dessa effekter förutspås avta, medan introduktionen av nya dyra läkemedel ökar.

Ordnat införande av nya läkemedel

Det är viktigt ur jämlikhetssynpunkt att patienter får tillgång till nya läkemedel på ett likartat sätt oavsett vilket landsting patienten är skriven i. Ordnat införande av nya läkemedel innebär en kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av läkemedel för patienter i hela landet. Region Jämtland Härjedalen arbetar med ordnat införande lokalt, regionalt och nationellt.

Genom det regionala samarbetet har över 30 läkemedelsrekommendationer utförats sedan 2013. Läkemedel som är aktuella för en regional rekommendation ska dels ha godkänd indikation för användning i Sverige och förmodas ha en större påverkan på norrlandstingens läkemedelsbudgetar. För varje ny rekommendation tas en förväntad kostnadsprognos fram.

Årskostnaden för de nya läkemedlen i Region Jämtland Härjedalen blev 8,8 miljoner kronor juni 2015, vilket är lägre än prognosen (15,5 miljoner kronor). För de flesta läkemedelsgrupper understiger utfallet prognosen, men för läkemedel mot prostatacancer blev utfallet ca 3,6 miljoner kronor, vilket är 515% högre än prognos. Det beror bland annat på att läkemedlen har bra effekt med få svåra biverkningar. I ovan årskostnad ingår inte utfallet för de nya läkemedlen mot Hepatit-C. Kostnaden för dessa läkemedel under samma period blev 14 miljoner kronor, vilket är ca 8 miljoner högre än prognos. Trots den stora initiala kostnaden så innebär det på sikt minskade kostnader för patienter med Hepatit-C, då läkemedlen ser ut att läka ut sjukdomen.

Framtiden

Det fortsätter att ske en snabb utveckling inom läkemedelsområdet till exempel införandet av nya läkemedel, nationella läkemedelsstrategin, utveckling av IT-systemen, utveckling av prissättningen av läkemedel, fler sidoöverenskommelser, stora patentutgångar, stora författningsändringar, förändringar i försörjningslösningar, förändrade upphandlingsmöjligheter samt förändringen av apoteksmarknaden som påverkar både verksamheten och våra patienters förutsättningar att få tillgång till läkemedel. Det har inneburit ett högre tryck på regionen att kunna hantera frågorna som uppkommer. Verksamheten har också ett större behov av stöd. För att möta behovet har läkemedelsgruppen omorganiserats under året.

Trenden nationellt går mot mer slutenvårdsdos och utökad klinisk farmaci som innefattar både stöd vid läkemedelsgenomgångar och stöd med att beställa och dela läkemedel till inneliggande patienter. Detta i ett led för att underlätta för och stödja verksamheten. Det finns ett behov av att förtydliga vilken väg Region Jämtland Härjedalen ska välja inom läkemedelsområdet fem-tio år framåt. Läkemedelsfrågorna växer och breddas. Det är en spännande, krävande och rolig framtid vi möter.

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063 – 14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-06-02

RS/1048/2015

Bilaga - uppföljning av handikappråd

Allmänt om länets handikappråd

Länets Handikappråd är en samrådsgrupp för frågor som rör funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i Jämtlands län. För närvarande består rådet av sju ledamöter från handikapporganisationer, en tjänsteman från regionala utvecklingsnämndens förvaltning, en tjänsteman från Försäkringskassan, en tjänsteman från Arbetsförmedlingen och en politiskt tillsatt ordförande.

Rådets uppgifter

- Bevaka frågorna i enlighet med gällande lagar, regler och förordningar för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i länet
- Följa forskning och utveckling inom området
- Framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman
- Följa hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet
- Vara ett forum där handikapprörelsen kan samordna synpunkter vid yttrande eller remissvar
- Informera och samverka kring frågorna i länet

Behandlande ärenden 2014 – 2015

- **Budgetuppföljning**
Budgetuppföljningar görs löpande under året där handikapprådets ledamöter får rapporter om hur det ekonomiska läget för rådet ser ut.
- **Handikapprådets reglemente och namn**
Handikapprådet har diskuterat och lämnat synpunkter på rådets reglemente och namn inför den översyn av råden som pågår. .
- **Rapport från organisationerna**
En återkommande punkt vid rådets sammanträden är handikapporganisationernas rapporter där alla organisationer informeras om pågående projekt och aktuella frågor inom den egna organisationen.
- **Planering av tillgänglighetskonferens 2015 och 2016**
Rådet har planerat för den årliga tillgänglighetskonferensen den 12 mars 2015. Temat har varit tillgänglighet med underrubrik 'Kan jag eller kan jag inte?'. Under våren 2015 har rådet börjar diskutera kommande års konferens där temat

är 'Rätten till mitt liv'. Rådet har även diskuterat att tidigarelägga konferensen till februari 2016.

- **Medborgardialoger**

Beredningen för demokrati och folkhälsa har besökt rådet och genomfört medborgardialoger om valdeltagande och demokrati. Resultatet av dialogerna är tänkt att finnas med i beredningens inspel till landstingsplan.

- **Information om brukarråd för arbetshjälpmedel**

Bengt Bergqvist (S) har besökt rådet och informerat om det nystartade brukarrådet för hjälpmedel. Den 29 januari 2014 hölls det första rådsmötet. Totalt nio brukarorganisationer inbjöds att delta.

- **Information om anställningsformer för människor med funktionsnedsättning**

Inger Eriksson, Arbetsförmedlingen, har informerat om de olika anställningsformer (ex. lönebidrag och trygghetsanställning, som kan erbjudas människor med någon funktionsnedsättning.

- **Information /uppföljning av projekt – personer med funktionsnedsättning och behov av stöd och LSS**

Susanne Olsson, Regionförbundet, har informerat om ett pågående projekt avseende utveckling av evidensbaserad praktik inom området person med funktionsnedsättning. Projektet har tagit fram en strategi och handlingsplan för Jämtland 2014 – 2015 med utvecklingsområden; förstärkt inflytande och delaktighet för barn och unga samt förstärkt brukarmedverkan. Personer med LSS är en prioriterad målgrupp.

- **Information från Tolkcentralen**

Elin Wassdahl och Gunilla Björkholm, Tolkcentralen, har informerat om Tolkcentralens organisation, arbete samt vilken prioriteringsordning de olika tolkuppdragen har. Handikapprådet beslutade efter information att upprätta en skrivelse om tolkcentralens ekonomiska resurser samt rekryteringsbehov.

- **Information om Region Jämtland Härjedalen**

Björn Eriksson, Landstingsdirektör, informerade om den kommande regionbildningen. Rådet fick även möjlighet att ställa frågor.

- **Information om elöverkänslighet**

Lars Brolén och Lilian Falkdalen, elöverkänsligas förening i Jämtland, har informerat om föreningen, hur det är att vara elöverkänslig samt vilka problem dessa individer upplever i samhället.

- **Information om patientavgifter**

Anneli Svensson och Åsa Engberg Blomgren har informerat om den pågående utredningen om patientavgifter. För närvarande håller flera regioner och landsting på att se över sina patientavgifter.

- **Information om tillgänglighet som diskrimineringsgrund**

Sanna Othman, regionjurist, har informerat om den nya lagstiftningen om tillgänglighet som trädde i kraft från 1 januari 2015.

- **Skrivelse om tolkcentralen**

Handikapprådet har upprättat en skrivelse där man önskar att tolkcentralens ekonomiska resurser och rekryteringssätt ses över. Skrivelsen har skickats till Landstingsstyrelsen under 2014 och har behandlats av regionstyrelsen

- **Skrivelse om information från Patientnämnden**

Handikapprådet har upprättat en skrivelse om att information från Patientnämnden ej finns tillgänglig vid sjukhuset avdelningar, på hälsocentraler o.s.v. Skrivelsen skickades till landstingsdirektören. Kommunikationsstaben har nu fått i uppdrag att se över skrivelsen samt se till att den finns tillgänglig i väntrum vid sjukhuset och på hälsocentralerna.

- **Skrivelse om Tillgänglighetsdatabasen**

Handikapprådet har tillsammans med Landstingets pensionärsråd upprättat en skrivelse om införande av Tillgänglighetsdatabasen i Landstinget i samarbete med länets kommuner. Skrivelsen har skickats till Regiondirektören. Skrivelsen har ännu inte besvarats.

- **Skrivelse om anställning av personer med funktionsnedsättning**

Handikapprådet har upprättat en skrivelse om problemet med att offentliga arbetsgivare överlag är sämre än privata arbetsgivare gällande att anställa personer med någon typ av funktionsnedsättning. Skrivelsen har skickats till lokalmedia och har publicerats i lokalmedia.

- **Skrivelse om tekniken i hörsalen**

I samband med tillgänglighetskonferensen 2014 framkom att tekniken i sjukhusets hörsal hade stora brister i kvaliteten. Handikapprådet har upprättat en skrivelse där man krävt åtgärdande av dessa brister. Skrivelsen skickades till landstingsdirektören och svar har inkommit att tekniken ska åtgärdas under 2015.

Tillgänglighetskonferens 2014

2014 års tillgänglighetskonferens genomfördes den 13 mars. Konferensen hade ca 60 närvarande deltagare och efter konferensen inkom 16 utvärderingar som i huvudsak var positiva. Konferens rubrik var 'Förstår vi varandra – en tillgänglighetskonferens om kommunikation och kognition'. Tolkcentralen Dalarna talade om sin verksamhet, Anna-Sara Lind från Uppsala universitet talade om mänskliga rättigheter, Sonia Elvstål föreläste om att besegra sitt funktionshinder. Bilbo Svensson med assistent visade en film som Sveriges television gjort samt talade om hur viktigt det är att funktionshindrade märks och tar plats i samhället. Avslutningsvis höll Lisa Töfting från K2 ett föredrag om kognition.

Tillgänglighetskonferens 2015

2015 års tillgänglighetskonferens genomfördes den 12 mars. Konferensen hade ca 60 närvarande deltagare och hade temat 'kan jag eller kan jag inte'. Kristina Göransson, Fjällgymnasiet, talade om arrangemanget kring alpin-VM i Klövsjö för personer med intellektuell funktionsnedsättning, Pär Johansson, Glada Hudik, berättade om självupplevda episoder från sitt arbete med Glada Hudikteatern. De medverkande handikapporganisationerna satte upp olika stationer där åhörarna bland annat fick testa att manövrera en rullstol, montera friluftskök utan att titta samt prova hur det känns att ha en kognitiv funktionsnedsättning. Jämtland Härjedalen turism pratade om hur arbetet med tillgänglighetsdatabasen fungerade och Lisa Töfting från K2 föreläste om kognition och tillgänglighet.

Ekonomiskt utfall 2014-12-31

	Årsbudget 2014	Utfall per 2014-12-31
Landstingsbidrag	150 000	
Summa intäkter	150 000	
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		75 948
Omkostnader (Personalbefrämjande åtg, externa representanter, resor o.s.v.)		34 422
Summa kostnader	150 000	110 370
Resultat		39 705

Länets handikappråd hade vid verksamhetsårets slut (2014) ett överskott på 39 705 kronor. En förklaring till överskottet är lågt deltagande på några av rådets möten.

Måluppfyllelse

Nedan beskrivs måluppföljelse utifrån rådets specifika uppgifter.

Bevaka frågorna i enlighet med gällande lagar, regler och förordningar för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i länet

Handikapprådet har under 2014 och 2015 fått informationer om mänskliga rättigheter, nya diskrimineringslagstiftningen och tolkcentralens arbete. Rådet har konstaterat att tolkcentralen saknar resurser för att tillgodose behovet av tolkar och har därför upprättat en skrivelse som skickats till regionstyrelsen. Rådet har även skickat en skrivelse till lokalmedia där man menar att offentliga arbetsgivare borde vara bättre på att anställda människor med någon typ av funktionsnedsättning.

Följa forskning och utveckling inom området

Rådet har under 2014 och 2015 inte haft frågor rörande forskning och utveckling på sin agenda. Ordföranden har dock deltagit i en konferens om tillgänglighet i maj 2015 och återrapportering från detta ska ske under hösten.

Framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman

Rådet har inom ett flertal områden upprättat skrivelser till regionstyrelsen i syfte att belysa frågor som rör personer med någon form av funktionsnedsättning. Ett exempel på detta är en förslag om införande av Tillgänglighetsdatabasen i Region Jämtland Härjedalen, en databas där i stort sett all form av tillgänglighet kan registreras och sedan användas av medborgarna för att se hur tillgänglig en viss verksamhet är vad gäller exempelvis anpassningar för rullstol, hörslingor, blindskrift. Ärendet är ännu inte behandlat av regionstyrelsen.

Följa hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet

Rådet har under våren 2014 fått information om det då nystartade brukarrådet för hjälpmedel. Någon uppföljning av brukarrådets arbete har därefter inte skett.

Vara ett forum där handikapprörelsen kan samordna synpunkter vid yttrande eller remissvar

Rådet fick under 2014 delta i en medborgardialog om valdeltagande och demokrati som anordnades av dåvarande beredningen för demokrati och folkhälsa. Rådet har i samband

med informationen om patientavgifter getts möjlighet att inkomma med synpunkter från respektive organisation.

Informera och samverka kring frågorna i länet

Rådet har delvis, genom sin årliga tillgänglighetskonferens, kunnat sprida kunskap om tillgänglighets- och funktionshinderfrågor. Genom publicering av sina protokoll på regionens webbsida kan allmänheten ta del av rådets verksamhet. Någon samverkan kring frågorna i länet kan inte sägas äga rum för närvarande.

Sammanfattning

Handikapprådet har under 2014 haft fyra protokollförda sammanträden och därtill fyra möten med rådets arbetsutskott som har till uppgift att förbereda och planera rådets sammanträden. Rådet har också under 2014 och 2015 genomfört två tillgänglighetskonferenser i syfte att uppmärksamma funktionshinderfrågor. Som framgår av ovan beskrivna måluppfyllelse uppfyller rådet idag inte fullt sitt syfte. Handikapprådet har ett reglemente som senast reviderades 2006 och för närvarande pågår en översyn av detta reglemente, ett arbete som beräknas vara klart under hösten 2015. I arbetet ska även ingå att mer konkretisera rådets uppgifter samt göra rådet mer inkluderat i ordinarie beslutsprocess. Idag kan rådet inte sägas utgöra någon formell instans där synpunkter på remisser inhämtas. Nyligen beslutade regionstyrelsen att tilldela vissa personella resurser för att tillgodose kravet på formellt arbete med funktionshinderfrågor inom regionen.

I de utvärderingar som gjorts i samband med de årliga konferenserna har framkommit att innehållet har varit mycket uppskattat av åhörarna även om antalet åhörare har varit relativt få (ca 60/år). Rådet har enats om att konferensen måste marknadsföras bättre kommande år och möjligen även tidigareläggas då flera andra liknande event idag hålls vid ungefär samma tidpunkt. De senaste två åren har tillgänglighetskonferensen inneburit utgifter på ca 25 000 kr/år där den största delen av utgifterna utgjorts av externt konsultarvode (för talare).



**Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens
pensionärsråd 2015. (LS/1104/2015)**

Version: 1

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2015.	4
1.1	Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd	4
1.2	Rådets uppgifter	4
1.3	Genomförd verksamhet 2014-01-2015-07	4
1.4	Måluppfyllelse	6
1.5	Ekonomiskt utfall 2014-12-31	7

1 UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2015.

1.1 Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter. Pensionärsrådet är ett referensorgan med rätt att väcka frågor direkt i regionstyrelsen. Regionen ska (enligt § 8 HSL) i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med i detta fall länets pensionärsorganisationer.

Rådet har under perioden 2014-01-2015-07 haft nio protokollförda sammanträden.

1.2 Rådets uppgifter

- Verka för att pensionärernas frågor och synpunkter beaktas i fullmäktige, styrelse och regionens olika verksamheter
- Vara remiss- och referensorgan i frågor som berör pensionärer
- Vara väl informerade om regionens upphandlingsarbete
- Initiera nya pensionärsfrågor i regionen
- Vara ett forum för opinionsbildning och kunskapsspridning

Det innebär att rådet aktivt kan arbeta för förändringar, informera och ge förslag till lämpliga anpassningar av verksamheter inom regionen. Pensionärsrådet ska i ett tidigt skede få information om planerade förändringar som kan påverka äldre frågor inom organisationen, det för att rådet ska kunna lämna synpunkter och förslag som kan påverka ärendenas handläggning. Pensionärerna ges genom rådet en möjlighet att vara delaktighet i regionens verksamhet.

1.3 Genomförd verksamhet 2014-01-2015-07

➤ Budgetuppföljning

Pensionärsrådet har under perioden följt upp rådets ekonomiska resultat utifrån fastställd budget.

➤ Årsbokslut 2013 och 2014.

Rådet har gått igenom och godkänt årsbokslut för verksamhetsår 2013 och 2014.

➤ Informationer

Rådet har under perioden regelbundet följt pensionärsorganisationernas verksamhet..

- Hjärtenheten.

Information om hur vårdkedjan ser ut för patienter på hjärtenheten, från inskrivning till utskrivning.

- Regionens upphandlingsarbete.

Information om upphandlingsenhetens verksamhet och exempel hur en upphandling går till.

- Regionbildning.

Information om den kommande regionbildningen.

- Uppföljning av ortopedprojekt.

Information om resultatet av lean-projektet som genomförts vid ortopedmottagningen samt hur geriatriker arbetar vid ortoped.

- Geriatriskt stöd.

Information om geriatriskt stöd och hur projektet ska medverka till anpassning av processerna 'Trygg och säker utskrivning' och 'Trygg och säker hemma'.

- Östersunds Rehabcentrum.

Information om reumatologi och rehabilitering.

- Information från länstrafiken.

Regelverk för sjukresor i Region Jämtland Härjedalen.

Reviderat trafikförsörjningsprogram.

Betalning bak i bussar.

➤ **Skrivelser**

- Tillgänglighetsdatabasen.

Pensionärsrådet och Handikapprådet har upprättat en gemensam skrivelse till landstingsstyrelsen med förslag om införande av Tillgänglighetsdatabasen i Jämtlands län och att det ska ske i samarbete med länets kommuner. Skrivelsen har skickats till fullmäktiges presidium för fördelning av ärendet.

- Patientnämnden.

Pensionärsrådet har, i samråd med Länets handikappråd, upprättat en skrivelse om att information från Patientnämnden saknas vid hälsocentraler och övriga mottagningar inom vården. I svar från regiondirektören framgår att informationen från Patientnämnden ska ses över och finnas tillgänglig i väntrum och på mottagningar i regionen.

- Tolkcentralen.

Pensionärsrådet och handikapprådet har upprättat en gemensam skrivelse om att regionen behöver se över de ekonomiska resurserna till Tolkcentralens samt hur rekrytering och utbildning av tolkar kan ske i framtiden. Skrivelsen har skickats till landstingsstyrelsen.

- Tillgänglighet för rullatorer vid bustransporter i länet.

En skrivelse angående tillgänglighet för rullatorer vid bustransporter i länet har skickats till kommunikationsansvariga i länet samt regionala utvecklingsnämnden.

- Information regionfullmäktige.

Pensionärsrådet har överlämnat en skrivelse till fullmäktiges presidium med önskemål om att få informera om rådets verksamhet vid regionfullmäktiges sammanträde.

➤ **Medborgardialoger**



Ledamöter från beredningen för demokrati och folkhälsa, har besökt rådet och genomfört medborgardialog om demokrati och valdeltagande.

➤ **Översyn av pensionärsrådets reglemente**

Rådet har diskuterat och lämnat synpunkter på förändringar av rådets reglemente samt gett förslag till namn på rådet. Synpunkterna skickades till den pågående översynen av reglementet.

➤ **Genomförande av aktivitet – tillgänglighet på stadsbussarna**

Rådet har under november testat tillgängligheten på stadsbussarna genom att åka buss med rullator. Aktionen uppmärksammades även i lokalmedia. Inkomna synpunkter och utvärdering av aktiviteten sammanställdes i en rapport som skickades till samtliga kommuner, regionförbundet och landstingets brukarråd.

➤ **Studiebesök vid äldreboende i Torvalla**

Rådet fick information om verksamheten.

➤ **Utvärdering av pensionärsrådet**

Rådet har diskuterat vad som fungerat bra under mandatperioden samt identifierat förbättringsområden. Forumet anses varit lärorikt med bra information om regionens verksamhet. Frågor - ärenden som behandlats har spant över många områden vilket upplevts som positivt. Information till pensionärsrådets organisationer om pensionärsråds verksamhet samt organisationernas återkoppling till rådet kan förbättras. Slutligen anser rådet att kommunikation mellan verksamhet och politik kan förbättras.

1.4 Måluppfyllelse

Syftet med regionens pensionärsråd är att rådet ska verka för att pensionärers frågor uppmärksammas i regionfullmäktige, styrelse och regionens olika verksamheter. Rådet har under perioden 2014-01-2015-07 upprättat ett antal skrivelser med förslag på åtgärder och gjort den politiska ledningen uppmärksam på en rad olika frågor. Rådet har fått information från verksamheter, om regionens upphandlingsarbete och andra pågående projekt som rör äldre.

Pensionärsrådet har en viktig uppgift som kunskapsspridare och opinionsbildare. Rådet har fått många föredragningar om pågående verksamheter och material har bifogats protokollen för att underlätta spridning i pensionärsorganisationerna. Föredragshållare uppger att de gärna kommer till organisationerna och informerar vid förfrågan. Information och kunskapsutbyte mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet följer kontinuerligt upp de ärenden som hanterats samt genomför gemensam verksamhetsplanering för kommande möten.

1.5 Ekonomiskt utfall 2014-12-31

	Årsbudget 2014	Utfall per 2014-12-31
Landstingsbidrag	92 000	
Summa intäkter	92 000	92 000
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		77 773
Omkostnader (personalbefrämjande åtg. Externa representanter, resor o.s.v.)		1258
Summa kostnader		79 031
Resultat		12 969

Hälso- och sjukvårdsstaben
Nina Fållback-Svensson
Tfn: 063-14 75 51
E-post: nina.fallback-svensson@regionjh.se

2015-08-12

Dnr RS/677/2015
S2015/1554/SF

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Svar på remiss: Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21, S2015/1554/SF

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på remissen Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21.

Region Jämtland Härjedalens synpunkter

- Kommittén föreslår förändringar beträffande inrapportering av inkomstuppgifter som innebär mer korrekta underlag. Detta förslag kan visserligen innebära initiala merkostnader och merarbete, men Region Jämtland Härjedalen anser att fördelarna överväger nackdelarna och bejaktar förslaget. I det här sammanhang måste det dock påpekas att utredningen inte i tillräcklig grad tar upp problematiken för personer som inte kvalificerar sig för sjukpenninggrundande inkomst, de s k ”nollplacerade”. Dessa personer är mycket utsatta och i behov förslag på hur deras möjligheter att komma in i de etablerade systemen ska kunna stärkas.
- Region Jämtland Härjedalen har inget att invända mot förslagen om förändringar av karensavdrag istället för nuvarande karensdag.
- Region Jämtland Härjedalen bejaktar också förslagen om en mer flexibel sjukförsäkring, men menar att en det bör begränsas till att gälla minst 20 % då det annars blir mycket svårt för arbetsgivare att planera verksamhet.
- Region Jämtland Härjedalen ställer sig positiv till förslagen om att Socialstyrelsen ges i uppdrag att inrätta och upprätthålla ett nationellt bedömningsstöd för hälso- och sjukvården. Detsamma gäller insatser som syftar till kompetensutveckling hos de ingående samarbetsparterna (exempelvis expertråd) samt förslagen om att införa årliga öppna jämförelser av sjukskrivningar och resultat av åtgärder.
- Region Jämtland Härjedalen instämmer i kommitténs bedömning att målet för sjukfrånvaron bör vara långsiktigt stabil och på en låg nivå och att målet avser både sjukpenning, samt sjuk- och aktivitetsersättning.
- Region Jämtland Härjedalen avvisar kommitténs förslag om ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen när det gäller samverkansskyldigheter då det riskerar att urholka

prioriteringsordningen och medföra undanträngningseffekter. Detsamma gäller förslaget om att landstingen ska ansvara för att upprätta rehabiliteringsplaner med syfte om återgång i arbetet, vilket skulle innebära en utökning av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Redan nu är landstingen trängda av problem med ekonomi och bemanning inom många yrkesgrupper och detta skulle ytterligare försvåra situationen. Ytterligare ett argument är att nuvarande lagstiftning inom hälso- och sjukvården är ramlagar. Kommitténs förslag innebär en detaljreglering som inte överensstämmer med principerna för en ramlag.

- Region Jämtland Härjedalen anser att Försäkringskassan även fortsatt ska ha ett samordningsuppdrag och avvisar därför utredningens förslag. Det är visserligen viktigt med samverkan och flerpartsöverenskommelser i rehabiliteringsarbetet men en part bör ha huvudansvaret.
- Kommittén föreslår ett permanent statsbidrag för koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården, vilket välkomnas av regionen. Det är också av stor vikt att landstingen i övrigt fortsatt får förstärkta och särskilt riktade resurser för arbetet med sjukskrivning och rehabilitering.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-03-24

S2015/1554/SF

Socialdepartementet

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -03- 3 0

Dnr...../...../20.....

SOU 2015:21 Mer trygghet och bättre försäkring

Remissinstanser:

1. Riksdagens Ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Umeå
5. Justitiekanslern
6. Datainspektionen
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Folkhälsomyndigheten
10. Myndigheten för vårdanalys
11. Inspektionen för vård och omsorg
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Hjälpmedelsinstitutet
14. Myndigheten för delaktighet
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
16. Inspektionen för socialförsäkringen
17. Pensionsmyndigheten
18. Stockholms läns landsting
19. Uppsala läns landsting
20. Södermanlands läns landsting
21. Östergötlands läns landsting
22. Jönköpings läns landsting
23. Kronobergs läns landsting
24. Kalmar läns landsting
25. Blekinge läns landsting
26. Skåne läns landsting
27. Hallands läns landsting
28. Västra Götalands läns landsting
29. Värmlands läns landsting

30. Örebro läns landsting
31. Västmanlands läns landsting
32. Dalarnas läns landsting
33. Gävleborgs läns landsting
34. Västernorrlands läns landsting
35. Jämtlands läns landsting
36. Västerbottens läns landsting
37. Norrbottens läns landsting
38. Gotlands kommun
39. Ekonomistyrningsverket
40. Skatteverket
41. Kronofogdemyndigheten
42. Konjunkturinstitutet
43. Arbetsgivarverket
44. Statskontoret
45. Statistiska centralbyrån
46. Trygghetsstiftelsen
47. Statens servicecenter
48. Universitetskanslerämbetet
49. Universitets- och högskolerådet
50. Myndigheten för yrkeshögskolan
51. Vetenskapsrådet
52. Centrala studiestödsnämnden
53. Stockholms universitet, Institutet för social forskning (SOFI)
54. Umeå universitet
55. Karolinska institutet, Sektionen för försäkringsmedicin
56. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa
57. Konkurrensverket
58. Bolagsverket
59. Verket för innovationssystem (VINNOVA)
60. Tillväxtverket
61. Regelrådet
62. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
63. Samhall AB
64. Diskrimineringsombudsmannen DO
65. Konstnärsnämnden
66. Arbetsförmedlingen
67. Arbetsmiljöverket
68. Arbetsdomstolen
69. Medlingsinstitutet
70. ILO-kommittén
71. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
72. Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen
73. Delegationen för jämställdhet i arbetslivet
74. Tyresö kommun
75. Alvesta kommun
76. Malmö kommun
77. Kristinehamns Kommun

78. Falu kommun
79. Hofors kommun
80. Härnösands kommun
81. Sollefteå kommun
82. Handikappförbunden
83. Sveriges Kommuner och Landsting
84. Svenska Läkaresällskapet
85. Svensk Handel
86. Svenskt Näringsliv
87. Företagarna
88. Lantbrukarnas Riksförbund
89. Sveriges Riksidrottsförbund
90. Tjänstemännens Centralorganisation
91. Sveriges Akademikers Centralorganisation
92. Landsorganisationen i Sverige
93. LO/TCO Rättsskydd
94. Arbetslöshetskassornas Samorganisation
95. AFA Försäkring
96. Svensk Försäkring
97. Trygghetsrådet TRR
98. Trygghetsfonden TSL
99. Omställningsfonden
100. Arbetsmiljöforum
101. Arbetsgivaralliansen
102. Näringslivets Regelnämnd
103. FöretagarFörbundet
104. Småföretagarnas Riksförbund
105. Almega
106. Ledarna
107. Privattjänstemannakartellen (PTK)
108. Unionen
109. Akademikerförbundet SSR
110. Konstnärliga och litterära yrkesutövares samarbetsnämnd (KLYS)
111. Prevent
112. Sveriges företagshälsor
113. Sveriges Kvinnolobby
114. SFS Sveriges förenade studentkårer
115. Saco Studentråd
116. Förbundet Lika Unika
117. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
118. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)
119. Sveriges Läkarförbund
120. Vårdförbundet
121. Svensk sjuksköterskeförening
122. Fysioterapeuterna
123. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
124. Sveriges Psykologförbund
125. Nationella Nätverket för Samordningsförbund

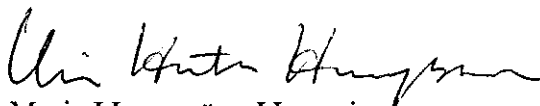
Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **måndagen den 17 augusti 2015**. Svaren bör lämnas både på papper och per e-post. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.sf@regeringskansliet.se

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Det innefattar även författningsutkastet avseende införande av ett rättvisande inkomstunderlag i två etapper, som redovisas i bilaga 8. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.



Maria Hemström-Hemmingsson
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2015-08-04

RS/677/2015

Sammanfattning av remiss Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21

[Remiss: Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21 \(Del 1\)](#)

[Remiss: Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21 \(Del 2\)](#)

Mer trygghet och bättre försäkring

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande en rad förbättringar i sjukförsäkringen inklusive stödet för återgång i arbete, i arbetsskadeförsäkringen och i arbetslöshetsförsäkringen.

Syftet är att värna förtroendet för socialförsäkringarna och göra försäkringarna långsiktigt hållbara.¹ Betänkandet innehåller ett 50-tal förslag till angelägna förbättringar i nuvarande försäkringar samt förslag till inriktning av det fortsatta reformarbetet.

Slutbetänkandet är resultatet av jämkningar och kompromisser för att uppnå en bred politisk samsyn om hur socialförsäkringarna kan förbättras och hur inriktningen av det fortsatta reformarbetet ska utformas, dvs. en minsta gemensamma nämnare. *Kommitténs förslag* stöds av en majoritet i kommittén. *Kommitténs bedömning* anger den fortsatta inriktningen av reformarbetet som kommitténs majoritet ställer sig bakom, utan att ta ställning till alla detaljer. Samsyn, samarbete och överenskommelser bör ligga till grund för de fortsatta reformerna inom detta område.

Betänkandet bygger på samråd med parterna på arbetsmarknaden och diskussioner med ansvariga myndigheter och institutioner, experter och forskare.

Högsta prioritet är att utveckla och förbättra åtgärderna för sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Det är en stor mänsklig och samhällslig förlust när sjuka slås ut från arbetslivet, trots att de inget hellre vill än att arbeta. Tilliten till försäkringarna undergrävs om allt fler människor permanent slutar att arbeta och därmed slutar att bidra till finansieringen. Förslag läggs om att hälso- och sjukvården ska ha ett ansvar för återgång i arbete och ges förstärkta och permanenta resurser för detta arbete. Det behövs ökat stöd till arbetsgivarnas insatser för återgång i arbete. Uppföljning och utvärdering måste förbättras.

Det är också mycket viktigt att stärka standardtryggheten i socialförsäkringarna. Tilliten till socialförsäkringarna kan bevaras endast om medborgarna får en tillräcklig ersättning. Inkomstbortfallsprincipen

¹ Av praktiska skäl använder kommittén benämningen socialförsäkringar för sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna, även om arbetslöshetsförsäkringen inte är obligatorisk och även är en del av den aktiva arbetsmarknadspolitiken.

måste därför värnas. Försäkringen ska utformas så att de flesta sjukskrivna och arbetslösa erhåller en inkomstrelaterad ersättning vid sjukdom och arbetslöshet.

Socialförsäkringarna bör bli rättvisare och träffsäkrare. Sambandet behöver bli tydligare mellan arbete, inkomst, avgift och ersättning. Slutbetänkandet innehåller i grunden omarbetade, förenklade och detaljerade förslag om en övergång till att ersättningen fortsättningsvis ska beräknas på elektroniska inkomstuppgifter, insamlade av Skatteverket. Övergången föreslås ske i två etapper med en mellanliggande kontrollstation.

I stället för tidigare komplicerade förslag till månadsuppgifter föreslås nu att arbetsgivare varje månad ska rapportera e-inkomst för anställda enligt kontantprincipen, företrädesvis genom digital överföring från lönesystem. Ersättningarna i socialförsäkringarna ska efter hand i normala fall baseras på de genomsnittliga inkomsterna under tolv månader före försäkringsfallet. Huvuddelen av de olika undantag och särregler som finns i nuvarande socialförsäkringar för beräkning av inkomstunderlaget ska fortsätta att gälla. Inom sjukförsäkringen läggs ett antal förslag för att stärka försäkringens förmåga att ge ekonomisk trygghet och stödja en återgång i arbete. Försäkringsskyddet förbättras för studerande och företagare. Nuvarande karenregel ersätts med ett karensavdrag. För att underlätta en återgång i arbete ska det i vissa fall bli möjligt att ta ut sjukpenning mer flexibelt jämfört med nuvarande förmånsnivåer. För att sjukförsäkringen långsiktigt ska kunna behålla stabila ersättningsregler måste sjukfrånvaron hållas på en någorlunda jämn och rimlig nivå. Det föreslås en bred uppgörelse där nuvarande mål att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå preciseras. Förslaget innebär att sjukfrånvaron i Sverige, dvs. antalet sjukpenningdagar och antalet dagar med sjuk- och aktivitetsersättning per försäkrad, under en lämplig period inte väsentligt ska överstiga sjukfrånvaron i jämförbara länder i Europa. Det ska vara tydligt vilka myndigheter och andra huvudmän som ansvarar för att målen nås. Regering och riksdag har det yttersta ansvaret för lagstiftningen. Det ska också på förhand ha överenskommit vilka åtgärder som ska genomföras om sjuktalet åter ökar oförklarligt.

Inom arbetsskadeförsäkringen läggs ett antal förslag till angelägna förbättringar för att förbättra likformighet, transparens och rättvisa i försäkringarna. Förslagen omfattar bl.a. ett nytt bedömningsstöd för prövning av arbetsskadeärenden, inrättande av ett arbetsmedicinskt råd och satsningar på statistik och forskning. En väl utformad arbetslöshetsförsäkring bidrar både till ekonomisk trygghet och förbättrar också arbetsmarknadens funktionssätt. Tilliten till arbetslöshetsförsäkringen kan behållas endast om täckningsgraden ökar, standardtryggheten stärks och de allra flesta som förvärvsarbetar bidrar till försäkringens finansiering genom både arbetsgivaravgifter och medlemskap i arbetslöshetskassor. Förslag läggs för att stärka likformighet och rättvisa i arbetslöshetsförsäkringen. Förutsättningarna är bättre än på lång tid för att pröva möjligheterna till en bred uppgörelse om en långsiktig modell för arbetslöshetsförsäkringen. Nuvarande struktur med en obligatorisk grundförsäkring, en frivillig arbetslöshetsförsäkring och kompletterande avtalade försäkringar bör kunna vara utgångspunkten. Slutbetänkandet ger en grund till inriktningen av det fortsatta reformarbetet inom socialförsäkringarna som baseras på en bred politisk samsyn. Det fortsatta arbetet bör organiseras i en samarbetsmodell,

där även arbetsmarknadens parter deltar.

Betydande kvarstående problem

Socialförsäkringarna är en central del i den svenska välfärdsmodellen. Försäkringarna har under lång tid framgångsrikt bidragit till att bekämpa fattigdom och medverkat till en rättvis fördelning av de ekonomiska resurserna i Sverige. Därmed har de bidragit till både social sammanhållning och en god ekonomisk tillväxt.

Arbetslinjen är den centrala förklaringen bakom framgången för socialförsäkringarna. Arbete är grunden för både den enskildes och samhällets välfärd. Det är arbete som ger försäkringsskydd och mer arbete ger bättre försäkringsskydd. Alla som kan, ska arbeta och bidra till välfärdens finansiering.

Socialförsäkringar ska ge en standardtrygghet och därigenom stärka medborgarnas frihet. Försäkringarna ger frihet från oro för den egna ekonomin när människor inte kan försörja sig genom arbete. De ger också trygghet som gör det möjligt att ställa om till nya arbeten eller arbetsplatser.

Det överskuggande problemet i socialförsäkringarna har länge varit att arbetslinjen har försvagats. Olika regeringar har genomfört en rad reformer för att försöka komma till rätta med problemen.

De stora strukturella problemen i socialförsäkringarna har minskat. Det finns emellertid fortfarande betydande kvarstående problem i socialförsäkringarna. Insatserna för återgång i arbete är inte tillräckligt effektiva. Den enskilde får bära en stor del av riskkostnaderna vid sjukdom och arbetslöshet. Alltför många arbetslösa har ett otillräckligt ekonomiskt skydd vid arbetslöshet. Betydande förändringar i befolkningens sammansättning, arbetsmarknaden och i arbetslivet motiverar fortsatta reformer för att socialförsäkringarna ska fortsätta att fungera uthålligt.

Det är angeläget att socialförsäkringarna återfår en högre grad av stabilitet och förutsägbarhet. Det förutsätter att samsyn, samarbete och överenskommelser i högre grad än i dag läggs till grund för politiken inom detta område.

Successiva reformer

De demografiska förändringarna tillsammans med uppskjutna inträden i, respektive tidigare lagda utträden från, arbetslivet innebär att välfärdspolitiken står inför stora utmaningar. För överblickbar tid kommer det endast att finnas begränsade offentliga resurser till förfogande för förbättringar av socialförsäkringarna. Stora och kostsamma förbättringar eller omfattande omorganisationer bör därför inte bli aktuella. De begränsade resurser som efter hand kan finnas bör riktas till prioriterade områden.

Välfärdens utmaningar innebär också att samhället behöver bli effektivare i att ge stöd för återgång i arbete efter sjukdom och arbetslöshet. Det innebär bättre socialförsäkringar, framför allt väl fungerande stöd till återgång i arbete, effektiv försäkringstillämpning och kontroll.

Ännu viktigare är det dock att andra områden inom välfärdspolitiken fungerar effektivare än i dag. Det är bättre resultat av arbetet inom hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen som kan minska trycket på socialförsäkringarna och stärka arbetslinjen. Arbetsförmedlingen föreslås få i uppdrag att utveckla insatserna för

återgång i arbete och säkerställa att uppföljning sker av personer som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen och inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Inriktningen av det fortsatta arbetet bör vara en successiv och kunskapsbaserad reformering av socialförsäkringarna. Problemen i socialförsäkringarna motiverar inte vidlyftiga strukturella reformer som att slå samman och harmonisera de olika försäkringarna, att samordna administrationen, att skapa autonoma försäkringar, att flytta ut försäkringsskyddet till parterna på arbetsmarknaden eller att privatisera försäkringarna. De mål för sjukförsäkringen som anses kunna nås genom en från statsbudgeten fristående försäkring är goda och väl motiverade. Kommitténs bedömning är dock att målen kan nås i en försäkring inom ramen för statsbudgeten. Stora reformer och omorganisationer är komplicerade, långsamma och dyrbara, och de innebär alltid oförutsedda risker. Socialförsäkringarnas grunder är väl utformade och anpassade till svenska förhållanden. De fördelar som kan uppnås med grundläggande strukturella reformer kan nås genom en utveckling av nuvarande försäkringsmodeller.

Utgångspunkten är att säkerställa att socialförsäkringarna är långsiktigt hållbara. Människors tillit till försäkringarna måste stärkas. För att den enskilde ska vilja betala till socialförsäkringarna måste det finnas ett förtroende för att man själv får en tillräcklig ersättning och nödvändigt stöd den dag man behöver det. Arbetslinjen måste också värnas genom en effektiv omställning. Tilliten undergrävs om försäkringarna bidrar till att allt fler personer slås ut från arbetslivet. Hållbarheten förutsätter ett brett stöd hos medborgarna, de politiska partierna och arbetsmarknadens parter.

Kostnaderna för socialförsäkringarna sammantaget måste också hållas på en nivå som är uthållig ur statsfinansiell synvinkel. Reglerna i socialförsäkringarna behöver vara rimligt stabila över tid.

Väl fungerande socialförsäkringar skapar en god ekonomisk trygghet till låga samhällsekonomiska kostnader. Förutsägbarhet, rättssäkerhet och administrativ effektivitet är avgörande för socialförsäkringarnas förtroende och legitimitet.

Del 1: Ett rättvisande inkomstunderlag

Del 1 i slutbetänkandet innehåller i grunden omarbetade och detaljerade förslag om hur standardtryggheten i socialförsäkringarna kan förbättras genom att ersättningarna baseras på tidigare faktiska inkomster. Ersättningarna i socialförsäkringarna ska i normala fall baseras på de genomsnittliga inkomsterna tolv månader före försäkringsfallet. Huvuddelen av de olika undantag och särregler som finns i nuvarande socialförsäkringar för beräkning av inkomstunderlaget ska fortsätta att gälla. Den ersättningsgrundande inkomsten (EGI) ska för anställda beräknas på den försäkrades avgiftspliktiga ersättningar som ligger till grund för beräkning av arbetsgivaravgifter. Dessa ska månatligen inrapporteras till Skatteverket av arbetsgivaren på elektronisk väg (e-inkomst).

Bristande träffsäkerhet och förutsägbarhet

Förtroendet för standardtryggheten i socialförsäkringarna är beroende av att ersättningen vid sjukdom, arbetsskada eller arbetslöshet rimligt väl överensstämmer med den inkomst som förloras. Om träffsäkerheten är bristfällig kommer alltför många att överkompenseras,

medan andra får en för låg ersättning.

Förtroendet försvagas också när de försäkrade inte i förväg kan förutse om de har ett försäkringsskydd och hur stor ersättningen skulle bli vid sjukdom eller arbetslöshet.

Dessutom blir standardtryggheten mindre välfungerande om de försäkrade får vänta länge på sin ersättning. Detsamma gäller om olika bedömningar leder till skilda ersättningar i likartade situationer. Standardtryggheten i nuvarande system är av flera skäl bristfällig.

Analysen visar bl.a. att träffsäkerheten i den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), dvs. förmågan att mäta inkomstförlusten, kan ifrågasättas. Även om det i genomsnitt finns ett visst samband mellan beräknad bakomliggande inkomst och SGI, är spridningen mellan olika personer betydande. Trots Försäkringskassans och arbetslöshetskassornas omfattande och dyrbara utredningar av inkomster och anställningar är träffsäkerheten på grund av komplexa regler inte sällan bristfällig.

En viktig orsak till den bristande träffsäkerheten är att stora och växande grupper på arbetsmarknaden med nuvarande regler får en bristande standardtrygghet, trots att de under lång tid har betalat avgifter till försäkringen. Det gäller bl.a. arbetstagare med tidsbegränsade anställningar och personer som kombinerar tidsbegränsade anställningar och företagande.

Den ersättningsgrundande inkomsten i arbetslöshetsförsäkringen bygger på ett historiskt inkomstunderlag, men vilka inkomster som ingår i inkomstbegreppet baseras till viss del på bedömningar. Detta leder till bristande förutsebarhet för den enskilde och kan även leda till att liknande fall bedöms olika.

Andra problem är att personer som startar eget företag och studerande har svårigheter att förutse sitt försäkringsskydd.

Förbättrad standardtrygghet och förutsägbarhet med ersättning som baseras på tidigare faktiska inkomster

Tidigare förslag om månadsuppgifter och inkomstvillkor i socialförsäkringarna har mött välgrundad kritik. En rad fördelar kan emellertid vinnas om ersättningen vid en inkomstförlust baseras på tidigare inkomster som inhämtas från en gemensam källa.

Det viktigaste är att standardtryggheten förbättras genom att träffsäkerheten ökar vid ersättning av inkomstbortfall. Riskerna för över- eller underförsäkring minskar.

Rättssäkerheten ökar genom att utrymmet för skönsmässiga bedömningar och fel i handläggningen minskar. Användningen av tidigare faktiska inkomster i handläggningen bidrar till ökad likvärdighet vid bedömning av likartade fall.

En avgörande fördel är också att övergången till att använda tidigare faktiska inrapporterade inkomster för beräkning av ersättning ökar tryggheten genom att den försäkrade kan förutse sitt försäkringsskydd. Den enskilde ska genom en e-tjänst kunna få reda på vilken inkomst som ligger till grund för beräkning av den ersättning han eller hon har rätt till i händelse av ett försäkringsfall.

En väl utformad gemensam insamling av inkomstunderlag kan användas i skatteförfarandet, i socialförsäkringarna och en rad andra verksamheter. Därmed minskar uppgiftslämnarbördan väsentligt för både försäkrade och arbetsgivare.

Omläggningen ger också förutsättningar för en effektivare administration. Arbetslöshetskassorna kommer exempelvis att normalt kunna betala ut ersättningen utan långa väntetider.

Ett nytt förslag till enklare insamling av inkomstuppgifter har tagits fram. Detaljerade förslag redovisas för hur inkomstuppgifterna

ska användas i socialförsäkringarna.

Reformen är utformad så att syftet med och utfallet av nuvarande försäkringsskydd behålls. Huvuddelen av de olika undantag och särregler som finns i nuvarande socialförsäkringar ska fortsätta att gälla. Det ska dessutom finnas särskilda skyddsregler som ger den enskilde en möjlighet att få ersättningen beräknad enligt nuvarande regler. Därmed kommer de flesta försäkrade att få oförändrad eller förbättrad standardtrygghet i socialförsäkringarna.

För de flesta försäkrade blir det enklare och snabbare att få rätt ersättning med de nya reglerna. Ingen kommer att drabbas av mer komplicerade regler eller längre väntetider jämfört med i dag.

Förenklad beräkning med hjälp av e-inkomst

I stället för tidigare komplicerade förslag till månadsuppgifter med periodisering föreslås nu en ny inrapportering av inkomstuppgifter som lämnas enligt kontantprincipen och ersätter nuvarande månadsvisa arbetsgivardeklaration och årsvisa kontrolluppgift.

Arbetsgivare ska varje månad rapportera e-inkomst för anställda.

Inrapportering ska ske vid samma tid som nuvarande arbetsgivardeklaration, dvs. normalt i mitten av månaden efter den månad då

lön har betalats ut.

E-inkomst för de anställda bör i första hand inrapporteras elektroniskt direkt från lönesystemen till Skatteverket. E-inkomsten kommer i framtiden att kunna användas av flera myndigheter och för flera olika ändamål. Digitaliseringen förbättrar konkurrensförmågan för svenskt näringsliv.

Det kommer också att vara möjligt för arbetsgivare att inrapportera e-inkomst för anställda genom Skatteverkets nuvarande etjänst, eller att använda blanketter som skickas till Skatteverket.

Gemensamt inkomstbegrepp

De skillnader som i dag finns i inkomstbegreppen mellan de olika socialförsäkringarna, dvs. vilka inkomster som ska ersättas, har historiska förklaringar. Försäkringarnas olika syften motiverar att försäkringarna skiljer sig åt i avseenden som tak eller ersättningsnivå.

Att inkomst definieras på olika sätt är däremot omotiverat.

Det är principiellt rimligt och begripligt för de försäkrade att ersättningar beräknas på samma inkomster som arbetsgivarna betalar socialavgifter på. Förslag läggs om ett gemensamt inkomstbegrepp för socialförsäkringarna där inkomstuppgifterna hämtas från samma källa. Ersättningsgrundande inkomster ska vara de inkomstslag som ligger till grund för inbetalning av arbetsgivaravgift och egenavgift.

Denna förändring förbättrar standardtryggheten eftersom ett inkomstbortfall ersätts på liknande sätt oavsett orsaken till bortfallet.

Utrymmet för bedömningar, som kan ge olika resultat i liknande fall, tas bort. Dessutom ökar förutsägbarheten och transparensen i socialförsäkringarna.

Det föreslagna gemensamma inkomstbegreppet kommer att ange vilka inkomster som beaktas vid beräkning inom arbetslöshetsförsäkringen och vid det förenklade beräkningssätt som föreslås för socialförsäkringen.

Ramtid tolv månader

Det viktigaste syftet med att införa e-inkomst och gemensamt inkomstbegrepp i socialförsäkringarna är att öka träffsäkerheten, dvs. att försäkringarna så bra som möjligt ersätter det faktiska

inkomstbortfallet. Det är ramtidens utformning, dvs. det antal månader med e-inkomst som läggs till grund för ersättningen, som bestämmer träffsäkerheten.

Ramtiden bör vara utformad på samma sätt i socialförsäkringarna.

Det ökar överblickbarheten och gör det lättare för den försäkrade att förutse sitt försäkringsskydd. Det finns inga bärande argument för särlösningar för vissa försäkringar.

En rimlig avvägning är att ramtiden ska vara tolv månader inom socialförsäkringarna, vilket överensstämmer med nuvarande ramtid i arbetslöshetsförsäkringen. Därigenom kommer ersättningen att på bästa sätt spegla de genomsnittliga inkomster den försäkrade hade före sjukdomen eller arbetslösheten. Det utjämnar variationer över tid och ökar förutsägbarheten för den försäkrade.

På så sätt förbättras också försäkringsskyddet för personer med säsongarbete och tillfälliga anställningar. Risken minskar för att förändringar av inkomsten leder till under- eller överkompensation. Övervägande skäl talar emot att hoppa över vissa månader under ramtiden. Visserligen skulle en sådan modell kunna vara något mer förlåtande för personer som har tillfälligt låga eller höga inkomster.

Men denna beräkningsmodell skulle göra inkomstunderlaget svåröverskådligt och minska fördelarna med förutsägbarhet i försäkringarna.

Det behov som finns av att vid beräkningen av inkomstunderlaget ta hänsyn till vissa situationer eller grupper får i stället lösas med särskilda undantags- eller skyddsregler.

Inga skärpta kvalifikationsvillkor

Tidigare förslag om att använda tidigare faktiska inkomster i socialförsäkringarna skulle medföra skärpta kvalifikationsvillkor för

rätt till försäkringsskydd. Detta i grunden omarbetade förslag om en övergång till att använda tidigare faktiska inkomster som underlag i socialförsäkringarna ändrar inte försäkringarnas syfte och funktion. Nya kvalifikationsvillkor som försämrar försäkringsskyddet ska inte införas. Nuvarande grundprinciper för att fastställa när man omfattas av försäkringsskyddet ska gälla även i framtiden. De regler som i dag finns för beräkning av inkomst för nyttillträdande eller återinträdande på arbetsmarknaden ska behållas, liksom de olika skyddsregler som finns för särskilda situationer och grupper.

Det innebär också att skyddet för ny- och åternyttillträdande i arbetslivet i arbetsskadeförsäkringen behålls enligt nuvarande regler. Inom arbetslöshetsförsäkringen föreslås att rätten till ersättning vid arbetslöshet enligt huvudregeln ska bygga på ett inkomstvillkor. Arbetstvillkoret ska finnas kvar som alternativ. Det innebär att det inte heller i arbetslöshetsförsäkringen föreslås någon skärpning av kvalifikationsvillkoret.

Förenklad beräkning och alternativ beräkning

Slutbetänkandet innehåller detaljerade förslag angående omläggningen till att använda tidigare faktiska inkomster för att beräkna ersättningar i socialförsäkringarna. De nya reglerna är utformade så att utfallet blir bättre eller lika bra jämfört med i dag för de flesta försäkringsfall.

Ersättningen ska i första hand beräknas på e-inkomstuppgifter från de tolv senaste månaderna.

Den försäkrade får vid ansökan om ersättning ett förval som visar det inkomstunderlag som beräknats med e-inkomst. Om beräkning enligt nuvarande regler ger ett mer förmånligt utfall ska

dessas regler användas i stället.

Införande i två steg

Införandet bör göras i två etapper. En särskild införandekommission ska tillsättas för att leda genomförandet.

Ettapp 1

I den första etappen förtydligas inkomstbegreppet i socialförsäkringen. Insamling av e-inkomst påbörjas. Reglerna om förenklad och alternativ beräkning införs. Försäkringskassan respektive arbetslöshetskassorna ges tillgång till e-inkomsterna som beslutsstöd och för effektivare kontroll. Insamlingen av e-inkomsten gör det möjligt att jämföra inkomstunderlaget enligt nuvarande regelverk med underlaget från den förenklade beräkningen.

När inkomstunderlaget omfattar tolv månader används e-inkomst och tidigare faktiska inkomster enligt föreslagna regeländringar för att förbättra standardtryggheten för de grupper för vilka nuvarande regler fungerar mindre väl.

Den beräknade ersättningsgrundande inkomsten ska göras tillgänglig för den försäkrade. Med hjälp av dessa uppgifter kan den försäkrade ta reda på vilken ersättning från de allmänna socialförsäkringarna som skulle utbetalas vid ett försäkringsfall. Det är givetvis också önskvärt att den försäkrade på sikt ska kunna få reda på vilka ersättningar som kan utbetalas från kompletterande försäkringar.

Ettapp 2

När e-inkomsten använts i ca 18 månader ska införandekommissionen lämna sin bedömning till regeringen om när ettapp två ska påbörjas (kontrollstation).

I ettapp två omfattas alla försäkrade med anställning av reglerna om förenklad beräkning av EGI.

Införandekommissionens uppgifter

Införandekommissionen ska leda införandet av systemet med inkomst och övergången till att använda tidigare faktiska inkomster i socialförsäkringarna. Kommissionen bör bestå av representanter för berörda myndigheter, arbetslöshetskassor och parterna på arbetsmarknaden. Ett särskilt sekretariat ska inrättas i kommissionen. Kommissionen ska bistå Skatteverket i arbetet med information och rådgivning till arbetsgivare och allmänheten vid införandet av e-inkomst. Den ska tillsammans med berörda följa upp och utvärdera hur arbetsgivarnas uppgiftslämnarbörda påverkas vid omställningen och efter hand i normal verksamhet. Kommissionen ska ta initiativ till förbättringar som kan underlätta insamlingen av inkomster. Införandekommissionen ska vidare bevaka att registerhållning och användning av e-inkomster omgärdas av nödvändiga säkerhetsregler och rutiner. Den ska särskilt följa upp integritetsskyddet i verksamheten.

Kommissionen ska bistå Försäkringskassan och arbetslöshetskassorna med information till de försäkrade vid övergången till att använda tidigare faktiska inkomster i socialförsäkringarna. Den ska uppdraga till lämpliga utförare att följa upp och utvärdera effekterna av övergången.

Införandekommissionen ska regelbundet rapportera till regeringen om hur arbetet fortskrider. Vidare ska kommissionen lämna

sin bedömning till regeringen av när etapp två ska påbörjas.

Ersättningsgrundande inkomst i sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och föräldraförsäkringen

I etapp ett införs en förenklad beräkning av SGI som komplement till nuvarande regelverk. Den förenklade beräkningen ska kunna ske automatiskt och anges som förval vid ansökan. Om personens aktuella inkomst är högre anger personen den i stället vilket betyder att ersättningen prövas enligt nuvarande regler. Ersättning ska således alltid utgå enligt den beräkningsmetod som är mest förmånlig för den enskilde. När ersättningen baseras på aktuell inkomst enligt nuvarande regelverk ska personen vara beredd att styrka sin aktuella inkomstuppgift på samma sätt som i dag. Det innebär avsevärda förbättringar av standardtryggheten för de stora och växande grupper på arbetsmarknaden som, trots att de betalar avgifter till sjukförsäkringen, inte får ett rimligt ekonomiskt skydd vid sjukdom. Det gäller visstidsanställda och s.k. kombinatörer. Kommittén lämnar även förslag som ger ökad trygghet för den som startar eget aktiebolag och den som avslutar studier med studiemedel.

Faktorn 0,97 som reducerar SGI:n när sjukpenningen fastställs infördes i avvaktan på en övergång till historiska inkomstuppgifter. När ersättningen beräknas utifrån huvudregeln, dvs. baseras på einkomstunderlaget, som består av tidigare faktiska inkomstuppgifter, är reduktionen inte nödvändig och ska därför tas bort. När skyddsregeln tillämpas och SGI:n beräknas med nuvarande regler ska faktorn 0,97 fortsätta att användas. Inkomsten baseras i dessa fall på en prognos för de framtida inkomsterna och därmed bör de justeras på samma sätt som i dag.

I etapp två ska ersättningarna i sjuk-, arbetsskade- och föräldraförsäkringen med få undantag baseras på en förenklad beräkning av ersättningsgrundande inkomst, där den förenklade beräkningen av SGI har anpassats för att hantera alla de situationer som i dag täcks av bestämmelser om SGI-skydd. Om ersättningen med användning av den förenklade beräkningen blir för låg i förhållande till inkomstbortfallet, kan ersättningen beräknas enligt nuvarande regler.

Den kvalifikationstid som finns i föräldraförsäkringen anpassas till ersättningsgrundande inkomst baserad på faktiska tidigare inkomster.

Ersättningsgrundande inkomst i arbetslöshetsförsäkringen

Det nya och i grunden omarbetade förslaget till övergång till tidigare faktiska inkomster innebär att arbetslöshetsförsäkringens grundläggande funktion behålls. Försäkringen täcker samma grupper, kvalifikationsvillkoren behålls och ersättningarna ändras inte.

I etapp ett används e-inkomst som beslutsstöd och för kontroll inom arbetslöshetskassorna. Ersättningsgrundande inkomst baserad på e-inkomst används för en förenklad beräkning av ersättningen för arbetslösa som haft ett anställningskontrakt med överenskommen arbetstid under den tid ersättningen beräknas på. För arbetslösa med mer komplicerade inkomst- och arbetstidsförhållanden före arbetslösheten, framför allt för timanställda, behålls nuvarande beräkningsregler.

Transparensen ökar genom att den arbetslöse själv kan jämföra den ersättningsgrundande inkomsten enligt e-inkomsten med

arbetslöshetskassans beräkning.

I denna etapp kan det undersökas i vilket omfattning träffsäkerheten förbättras när det gäller ersättningsgrundande inkomst som beräknas på grundval av registrerade e-inkomster jämfört med beräkningen enligt nuvarande regler.

I etapp två ersätts nuvarande regler för att fastställa normalarbetstid.

Ett kvalifikationsvillkor som enligt huvudregeln baseras på tidigare faktiska inkomster införs. E-inkomsten används för att beräkna ersättningsgrundande inkomst.

Uppgifterna om arbetstid är ofta svåra att beräkna för arbetsgivarna och medför en stor uppgiftslämnarbörd. Trots att uppgifterna ofta måste kompletteras är riskerna stora att ersättningen baseras på felaktiga uppgifter. Arbetstidsuppgifterna är svåra att kontrollera. Det leder till brister i träffsäkerheten.

En övergång till att använda tidigare faktiska inkomster i kvalifikationsvillkoret ökar träffsäkerheten och förutsägbarheten för de flesta arbetslösa. Det nya kvalifikationsvillkoret innebär att rätt till ersättning har en arbetslös som under ramtiden haft inkomster i minst sex månader på en viss nivå. Kommittén har inte tagit ställning till vilken nivå som kan gälla men gör bedömningen att 20 procent av prisbasbeloppet varje månad (för 2015 8 900 kronor) skulle innebära att huvuddelen av dem som i dag uppfyller ett arbetsvillkor även skulle uppfylla inkomstvillkoret. Om inkomstvillkoret inte uppfylls, kan arbetsgivarintyg lämnas för att styrka arbetsvillkoret.

Del 2: En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Del 2 i slutbetänkandet innehåller förslag till angelägna förbättringar i sjukförsäkringen samt till mål för en hållbar försäkring.

Förbättringsförslagen syftar till att bidra till att sjukförsäkringen fungerar effektivare i fråga om standardtrygghet, återgång i arbete, försäkringstillämpning och kontroll. Nuvarande mål om en låg och stabil sjukfrånvaro bör preciseras genom en bred politiskt uppgörelse. Förslagen om bättre åtgärder för återgång i arbete eller studier redovisas i del 3 respektive del 6.

Förbättringar kan behöva göras även i sjuk- och aktivitetsersättningen. Kommittén har emellertid av tidsskäl prioriterat sjukpenningen.

Åtskilliga problem kvarstår

Sjukförsäkringen har länge präglats av höga sjuktal jämfört med andra länder, oförklarligt stora variationer i sjukfrånvaro och osakliga skillnader mellan olika regioner i sjukfallslängd för samma diagnoser. Problemen medförde en stadigt stigande permanent utslagning i över 30 år, som inte kunnat förklaras av förändringar i hälsa eller arbetsliv.

Sedan slutet av 1990-talet har olika regeringar genomfört en rad reformer för att försöka komma till rätta med problemen. Reformerna har inneburit att de stora strukturella problemen i sjukförsäkringarna i väsentliga avseenden har minskat.

Åtskilliga problem kvarstår dock och andra har uppkommit till följd av genomförda reformer. Standardtryggheten har urholkats, bl.a. genom att taken i sjukförsäkringen inte följer löneutvecklingen. Ett centralt kvarstående problem är att insatserna för återgång i arbete sätts in för sent och inte är tillräckligt effektiva. Det är alltför många långtidssjukskrivna som efter 914 sjukdagar överförs till Arbetsförmedlingen.

Försäkringsskyddet brister för vissa grupper, bl.a. studerande,

egenföretagare och dem som kombinerar förvärvsarbete och företagande.

Strukturella reformer är inte nödvändiga

Olika strukturella reformer har länge diskuterats och utretts för att komma till rätta med problemen i sjukförsäkringen. Det har handlat om att skapa autonoma försäkringar, att flytta ut försäkringsskyddet till parterna, att ge hälso- och sjukvården, arbetsgivarna m.fl. ökade ekonomiska drivkrafter för att hantera sjukskrivningarna osv. Det ingår i kommitténs uppdrag att bedöma om sådana grundläggande reformer är nödvändiga eller eftersträvangsvärda. Det finns en rad problem i sjukförsäkringen som bör åtgärdas relativt skyndsamt. Problemen rör särskilt förmågan att säkra en tillräcklig ekonomisk standardtrygghet och att stödja återgången i arbete. Problemen motiverar emellertid inte en stor omgörning. Stora reformer och omorganisationer är komplicerade, långsamma och dyrbara, och de innebär alltid oförutsedda risker. De fördelar som kan uppnås med grundläggande strukturella reformer bör också kunna uppnås genom en utveckling av nuvarande sjukförsäkring. Det är mer angeläget att på kortare sikt förbättra sjukförsäkringens funktion i nuvarande struktur än att välja en tidsödande och osäker reformväg, vars vinster i bästa fall kan hämtas hem efter många år.

Angelägna förbättringar av sjukförsäkringen

Det finns ett antal problem i sjukförsäkringen som bör åtgärdas relativt skyndsamt. De förslag som läggs fram syftar till att förbättra standardtryggheten och rättvisan i försäkringen.

- Standardtryggheten i sjukförsäkringen måste värnas. Taket i sjukförsäkringen utformas så att standardtryggheten inte urholkas. Omkring 80 procent av de försäkrade ska få 80 procent av sin ersättningsgrundande inkomst från den allmänna försäkringen.
- Effektiv och likformig försäkringstillämpning. Socialstyrelsen får ett utökat uppdrag och ges resurser för att uppdatera, utveckla och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutstödet. Socialstyrelsen ska tillsammans med Försäkringskassan och medicinska experter årligen redovisa hur sjukskrivningarna för olika diagnoser utvecklas hos de olika landstingen.
- Bättre kvalitet i handläggningen. Försäkringskassan får i uppdrag att utveckla sjukförsäkringshandläggarnas kompetens inom utredningsmetodik och försäkringsmedicin.
- Tidigare upptäckt av behov av åtgärder för återgång i arbete. Ett bedömningsstöd för hälso- och sjukvården ska införas som gör det lättare att tidigt identifiera sjukskrivna som har behov av specifika insatser och bedöma när samverkan med arbetsgivare ska ske.
- En rättvisare karens. Nuvarande karensregel ska ersättas med ett karensavdrag i lagen (1991:1047) om sjuklön och i socialförsäkringsbalken.
- Flexibel sjukpenning vid stegvis återgång i arbete. För att underlätta en stegvis återgång i arbete ska sjukpenning till anställda i vissa fall kunna ges med fler förmånsnivåer än 25, 50, 75 och 100 procent. Författningsförslag och konsekvensanalyser ska tas fram i den fortsatta beredningen av förslaget.
- Uppföljning av åtgärder för återgång i arbete. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska få i uppdrag att i samråd med Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och medicinska experter utveckla ett gemensamt statistiksystem som gör det

möjligt att analysera när i tiden olika åtgärder sätts in för sjukskrivna och effekterna av åtgärderna.

Fasta spelregler för sjukförsäkringen

De stora och oförklarliga variationerna i sjukfrånvaron har varit ett viktigt motiv för tidigare förslag om en självständig sjukförsäkring. En autonom sjukförsäkring skulle skapa drivkrafter att arbeta för att minska sjukfrånvaron genom väl fungerande försäkringstillämpning, effektiva insatser för återgång i arbete, kontroll och uppföljning.

Olika regeringar har under senare år lagt fast att målet för sjukförsäkringen är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Målet är ännu inte uppfyllt. Sedan 2010 ökar sjuktalet påtagligt. Det finns också en tendens till att sjukskrivningstiderna blir längre.

Tilliten till sjukförsäkringen undergrävs om reglerna ständigt ändras. För att den enskilde ska vilja betala till välfärdssystemet måste det finnas ett förtroende för att man själv får hjälp och stöd av tillräcklig kvalitet den dag man behöver det. För att sjukförsäkringen långsiktigt ska kunna behålla stabila ersättningsregler måste sjukfrånvaron hållas på en någorlunda jämn och rimlig nivå. Genom att sjuktalet, trots att trenden är ökande, fortfarande ligger på en relativt låg nivå och i nivå med jämförbara länder bör det finnas goda möjligheter att reformera sjukförsäkringen för att långsiktigt säkerställa en uthållig försäkring. Det behövs en bred politisk uppgörelse, som också inkluderar arbetsmarknadens parter, om fasta spelregler för sjukförsäkringen.

I en överenskommelse bör det läggas fast den nivå för sjukfrånvaron som är långsiktigt hållbar. Målet för sjukförsäkringen – att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå – behöver preciseras. Målet ska avse både sjukpenningdagar och antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning i förhållande till antalet försäkrade.

Den genomsnittliga sjukfrånvaron i Sverige ska inte över en lämplig period ligga väsentligt högre än i jämförbara länder. Som referens kan exempelvis användas sjukfrånvaron i jämförbara länder enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU). Kalkyler pekar på att referensvärdet för sjukpenningtalet 2013 skulle vara cirka åtta sjukdagar. Osakliga regionala skillnader ska inte förekomma. Sjukfrånvarons mål ska avse den samlade frånvaron på grund av nedsättning av arbetsförmågan som följd av sjukdom för befolkningen i åldern 19-64 år, dvs. både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. På grund av svårigheter att jämföra olika förmåner i Sverige med förmåner i andra länder bör referensnivån och jämförelsemetoderna utvecklas gemensamt av SCB och Försäkringskassan.

I överenskommelsen bör det göras tydligt vilka myndigheter och andra huvudmän – som exempelvis Försäkringskassan, Socialstyrelsen och landstingen – som ska ansvara för att målen nås. Regering och riksdag har det yttersta ansvaret för lagstiftningen. Överenskommelsen bör också fastställa vilka förändringar i regelsystem och andra åtgärder som ska vidtas om sjuktalet oförklarligt ökar.

Del 3: Bättre stöd för återgång i arbete vid ohälsa

Del 3 innehåller förslag till förbättringar av stödet till sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Det övergripande syftet är att förtydliga vem som har ansvar för att tidigt upptäcka behov av

stöd, erbjuda åtgärder och ta initiativ till samverkan mellan olika myndigheter och andra aktörer. Förslag läggs både till angelägna åtgärder och till inriktningen av det fortsatta reformarbetet. Stödet till studerande vid ohälsa behandlas i del 6.

Den viktigaste utmaningen för socialförsäkringarna

Det är oroande att sjuktalet har stigit påtagligt sedan 2010 och att ökningen fortsätter. De återkommande perioderna med kraftigt ökande sjuktal beror till stor del på att antalet långa sjukfall ökar och att fallen blir allt längre. Den viktigaste utmaningen för socialförsäkringarna är att bryta denna utveckling så att inte fler människor slås ut från arbetslivet.

Det är en stor mänsklig förlust om sjuka slås ut från arbetslivet, trots att de inget hellre vill än att arbeta. En sådan utveckling försämrar livskvaliteten för många medborgare. Ett meningsfullt arbete är viktigt för människans självbestämmande, möjligheten att förbättra livsvillkoren och vår upplevelse av delaktighet. Att ha ett arbete handlar inte bara om att klara sin försörjning, utan handlar lika mycket om att kunna känna trygghet och vara en del av en arbetsgemenskap.

Det är också en samhällslig förlust om långtidssjukskrivningarna fortsätter att öka. Då minskar arbetsutbudet och antalet arbetade timmar i ekonomin, vilket leder till både minskade offentliga inkomster och ökande utgifter.

Det undergräver dessutom tilliten till socialförsäkringen om allt fler medborgare lever på sociala ersättningar och inte längre bidrar till välfärdens finansiering.

Det saknas fortfarande en samlad kunskap om när i sjukfall som åtgärder sätts in från olika aktörer som hälso- och sjukvården, arbetsgivare m.fl., och vilka resultat åtgärderna har. En gemensam bedömning från myndigheter, experter, forskare och åtskilliga företrädare för anställda är dock att alltför många sjukfall blir långvariga utan att tillräckliga utredningar och insatser har genomförts för att hjälpa den enskilde att återgå i arbete. Det betyder att onödigt många sjukfall når tidsgränserna i sjukförsäkringen, utan att personerna har fått det stöd de behöver. Drygt 90 000 personer har hittills nått den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen.

Det är därför som reformer för att förbättra insatserna för återgång i arbete bör prioriteras framför andra reformer i socialförsäkringarna. Detta är avgörande för att sjukförsäkringen uthålligt ska kunna behålla medborgarnas förtroende.

Kommittén bedömer att det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bör tidigareläggas för de försäkrade som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan ska, tillsammans med Arbetsförmedlingen, senast efter 15 månaders sjukskrivning initiera insatser om det inte finns särskilda skäl däremot, exempelvis om det skulle medföra risk för allvarlig försämring av den försäkrades sjukdom.

När de förstärkta insatser som kommittén föreslår är införda kan den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen ersättas av en regelbunden kontroll där Försäkringskassan med högst ett halvårs mellanrum utreder den sjukskrivnes arbetsförmåga, behov av arbetslivsinriktad rehabilitering eller om det är motiverat att bevilja en sjukersättning. Dessa kontroller bör senast inledas efter 18 månaders sjukskrivning. Den tekniska utformningen av detta får göras i den vidare beredningen.

Det finns kunskaper om vad som fungerar

Internationella kunskapsöversikter och senare års forskning ger vägledning till hur man bör utforma bra insatser för återgång i arbete. Forskningen visar exempelvis att en återgång i arbete ofta kan påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självtillit, även om arbetsförmågan inte är helt återställd. Begreppet "återgång i arbete" används ofta för att tydliggöra skillnaden mellan rehabiliterande åtgärder som syftar till besvärslindring och åtgärder som syftar till att främja att den sjukskrivne återupptar sitt arbete. Under många årtionden har olika reformer genomförts och betydande resurser satsats inom främst sjukförsäkringen och Försäkringskassan för att förbättra sjukskrivnas möjligheter att återgå i arbete. Kunskaperna från aktuell forskning och utvecklingsarbetet i andra länder pekar dock entydigt på att framgångsrika insatser för återgång i arbete främst är beroende av andras handlande. Det finns numera en ganska bred enighet om två centrala framgångsfaktorer som bestämmer resultaten. Återgång i arbete vid ohälsa är främst beroende av:

- en arbetsfokuserad hälso- och sjukvård, och
- en ansvarstagande och engagerad arbetsgivare, som också samarbetar med hälso- och sjukvården.

Långtidssjukskrivna hjälps bäst genom en tidig återgång i reguljärt arbete, alternativt till subventionerade anställningar, även före det att full arbetsförmåga har återställts.

Andra viktiga faktorer gäller den försäkrades motivation och deltagande i processen, uppföljning och utvärdering. Den försäkrade har ett ansvar att arbeta efter sin förmåga och måste aktivt ta del i planering och genomförande av olika insatser. Det behövs vetenskapligt baserade beslutsstöd som gör det möjligt för hälsooch sjukvården att tidigt upptäcka vilka sjukskrivna som behöver stöd för återgång i arbete. Det måste finnas en samlad statistik över när olika åtgärder sätts in och systematiska utvärderingar av effekterna.

Förstärkning av hälso- och sjukvårdens insatser

Hälso- och sjukvården har redan i dag i uppdrag att ge stöd till sjukskrivna som behöver hjälp att återgå i arbete eller studier. Långa sjukskrivningar är passiviserande och kan försämra hälsan. En återgång i arbete kan, även om arbetsförmågan inte är helt återställd, ofta påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självtillit.

Under senare år har betydande satsningar gjorts inom hälso- och sjukvården för att förbättra stödet till återgång i arbete för sjukskrivna. Staten har tillskjutit särskilda medel för landstingens utvecklingsarbete. Flera landsting bedriver ett framgångsrikt arbete för att minska riskerna för långtidssjukskrivning och att stödja återgång i arbete.

Hälso- och sjukvårdens insatser är avgörande för sjukskrivnas möjligheter att gå tillbaka till arbete. Det är hälso- och sjukvården som skriver intyg om sjukfrånvaro längre än sju dagar och använder sjukskrivning som en del i vård och behandling. Det är således i hög grad hälso- och sjukvårdens bedömningar och praxis vid sjukskrivning som bestämmer sjukfrånvaron.

För att minska risken för långa sjukskrivningar som leder till en permanent utslagning från arbetslivet måste hälso- och sjukvårdens ansvar, arbete och resurser förstärkas. Kommittén bedömer att det behövs betydande resursförstärkning för att stärka landstingens

arbete med sjukskrivningar.

Hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningar måste fokusera mer på att hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete. Uppdraget är vidare än att ge medicinsk rehabilitering. För att minska riskerna för långtidssjukskrivning behöver hälso- och sjukvården oftare och tidigare ta kontakt med sjukskrivnas arbetsgivare och ge råd om hur arbetsgivaren kan medverka till återgång i arbete. För sjukskrivna utan arbete behövs motsvarande kontakter med Arbetsförmedlingen.

Hälso- och sjukvårdspolitiken, kliniska riktlinjer, beslutsstödsystem, forskning och tillsyn bör rutinemässigt inkludera återgång i arbete. Återgång i arbete måste i högre utsträckning bli ett mått på hälso- och sjukvårdens resultat.

För att förstärka hälso- och sjukvårdens insatser föreslås följande:

- **Krav på samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL.** När det är nödvändigt för att patienten ska kunna återgå i förvärvsarbete ska landstinget, om patienten medger det, samverka med patientens arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
- **Krav på behandlings- och rehabiliteringsplanering införs i HSL.** När en patient är i behov av samordnade behandlings och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården, för att så snart som möjligt kunna återgå i arbete, ska landstinget göra en rehabiliteringsplanering för återgång i förvärvsarbete.
- **Förstärkta resurser till landstingens satsningar för återgång i arbete.** Sjukvårdsmiljarden är viktig för att stödja landstingens arbete med att prioritera sjukskrivningsfrågorna. Landstingen bör ges förutsägbara villkor för denna verksamhet. Villkoren för att få statsbidraget bör utvecklas.
- **Statliga ekonomiska bidrag för utveckling av bedömningsstöd inom hälso- och sjukvården.** Landstingen ska i samråd med Försäkringskassan, medicinska experter och andra berörda utveckla ett bedömningsstöd som gör det möjligt för hälso- och sjukvården att tidigt upptäcka sjukskrivna som har en hög risk för lång sjukskrivning och som behöver stöd för återgång i arbete. Staten ska lämna ekonomiska bidrag till utvecklingsarbetet.
- **Bättre uppföljning och resultatredovisning.** Landstingen ska i samverkan med Försäkringskassan löpande följa och redovisa sjukskrivningarnas utveckling, förekomsten av långtidssjukskrivning, vilka åtgärder som sätts in och när. Uppföljningen bör göras totalt för hela verksamheten, för olika delar av verksamheten och uppdelad på olika diagnoser.
- **Öppna jämförelser av sjukskrivningar.** Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan och landstingen årligen jämföra och rapportera sjukskrivningar och resultatet av åtgärder för återgång i arbete för olika landsting.
- **Expertråd för återgång i arbete.** Kunskapen om återgång i arbete inom hälso- och sjukvården ska stödjas kontinuerligt genom ett expertråd för återgång i arbete som ska samla och sprida kunskap så att den blir lättillgänglig. Rådet ska knytas till Socialstyrelsen.

Ökat stöd och resurser till arbetsgivare

För att nå en stabil och låg sjukfrånvaro är det avgörande med en bra och säker arbetsmiljö, och att risker i arbetslivet förebyggs. Arbetsgivaren har ett generellt ansvar för god arbetsmiljö och att förebygga och utreda arbetsskador.

Oavsett om arbetet orsakar sjukfrånvaron är arbetsgivaren

central för att stödja sjukskrivna att återgå i arbete. Återgång i arbete är beroende av ett väl fungerande samarbete mellan den försäkrade, arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. Arbetsgivaren är skyldig att se till att det finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Reglerna är allmänt hållna och säger bl.a. inget om hur stora ansträngningar en arbetsgivare ska göra för att hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet. En stor del av alla arbetsgivare har företagshälsovård, hälso- eller rehabiliteringsförsäkringar etc. eller egna resurser som hjälper sjukskrivna att komma tillbaka till arbetet. Många arbetsgivare gör viktiga insatser för den försäkrades återgång i arbete.

För att minska risken för att sjukfall blir långvariga och kan leda till att anställda permanent lämnar arbetslivet är det angeläget att arbetsgivare tar ansvar och medverkar med tidiga och effektiva åtgärder för återgång i arbete. Det handlar bl.a. om att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifterna, arbetstider m.m. till den sjukskrivnes förutsättningar och behov.

Tre olika vägar har diskuterats för att förstärka arbetsgivarnas insatser för att förebygga sjukskrivning och stödja återgång i arbete: tvingande regler, klara ekonomiska drivkrafter och stimulanser eller ersättningar till arbetsgivare som erbjuder sina anställda kvalificerat expertstöd för återgång i arbete.

Både i Sverige och i andra länder har man prövat att ålägga arbetsgivare utvidgade skyldigheter att vidta åtgärder för rehabilitering, ofta knutna till vissa tidsgränser. Dessa regler har oftast haft begränsad framgång. Bestämmelserna i Sverige om arbetsgivarens ansvar för att göra rehabiliteringsutredningar avskaffades 2007. Det ansvar arbetsgivaren har enligt nuvarande regler för att stödja sjukskrivnas återgång i arbete bör inte skärpas men göras tydligare.

I några länder, som exempelvis Nederländerna och Finland, har arbetsgivarna ett betydande ansvar för sjukskrivningskostnaderna. Även för Sverige har det diskuterats att öka de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivare att förebygga sjukskrivning och stödja återgång i arbete, exempelvis genom en förlängd sjuklöneperiod.

Tvingande regler och ökade sjukkostnader för arbetsgivare har en rad nackdelar och risker, exempelvis att personer med hälsobesvär får svårare att få och behålla ett arbete. Det finns andra effektivare vägar att stärka arbetsgivarnas möjligheter och förmåga att ge stöd till sjukskrivnas återgång i arbete. Statens stöd till arbetsgivares insatser behöver utvecklas, främst avseende kunskaper och rådgivning, samt ekonomisk stöd till arbetsgivare som tillhandahåller expertresurser för rehabilitering m.m.

Arbetsgivare, särskilt små arbetsgivare, behöver råd och vägledning om sitt ansvar. Många arbetsgivare upplever sitt ansvar som otydligt, liksom deras egen roll i förhållande till Försäkringskassan. Företagshälsovården är en värdefull utredande och rådgivande expertresurs på arbetsplatserna som framför allt arbetar förebyggande.

Ungefär 65 procent av alla anställda har tillgång till företagshälsovård.

Allt fler arbetsgivare väljer i dag att tillhandahålla rehabiliteringsresurser m.m. genom hälso- eller rehabiliteringsförsäkringar för sina anställda, eller genom att utveckla egna resurser eller i samarbete med andra arbetsgivare.

Staten bör fortsätta att ge ersättning till arbetsgivare som erbjuder företagshälsovård eller annat expertstöd till sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Staten bör inte begränsa ersättningen till vissa leverantörer, utan låta arbetsgivarna bedöma vilken form av stöd som är mest lämpligt för den egna verksamheten. Staten

bör bejaka den mångfald som utvecklas inom detta område.

För att ge ökat stöd och resurser till arbetsgivare föreslås följande:

- **Utvecklade statliga ersättningar till arbetsgivare som tillhandahåller expertstöd till rehabilitering m.m.** Regeringen bör i dialog med arbetsmarknadens parter utveckla nuvarande ersättningssystem så att de allra flesta arbetsgivare tillhandahåller företagshälsovård eller annat expertstöd för sjukskrivnas återgång i arbete. Särskilt viktigt är det att också mindre arbetsgivare får bättre möjligheter att ge stöd till sina anställda.

- **En nationell web-portal för återgång i arbete.** För att underlätta för arbetsgivare att stödja sjukskrivnas återgång i arbete bör information, utbildning och rådgivning erbjudas arbetsgivare genom en nationell web-portal.

- **Trepartssamtal för rehabiliteringsöverenskommelser på arbetsmarknaden.** Staten bör bjuda in parterna på arbetsmarknaden till samtal om hur den framgångsrika omställningsverksamheten vid uppsägningar kan vidareutvecklas också för personer som har svårt att återgå i arbete på grund av sjukdom. Staten bör mera direkt än den gör i dag stödja utvecklingen av denna verksamhet, både ekonomiskt och kunskapsmässigt.

Försäkringskassans uppföljning och samverkan

Försäkringskassan är försäkringsgivare och ansvarar bl.a. för försäkringstillämpningen

i sjukförsäkringen. Sedan 1992 har

Försäkringskassan också ett samordnings- och initiativansvar. Det innebär att Försäkringskassan ska utreda sjukskrivnas rehabiliteringsbehov och verka för att nödvändiga åtgärder vidtas av hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, företagshälsovården Arbetsförmedlingen eller andra ansvariga.

Försäkringskassan har under senare år utvecklat verksamheten för att förbättra stödet till sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Samarbetet och samverkan med andra huvudmän som Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, företagshälsovården osv. har förstärkts.

Försäkringskassans nuvarande samordningsansvar är emellertid otydligt och ineffektivt. Försäkringskassan tillhandahåller inte själv några rehabiliteringsinsatser. Flera utredningar och analyser har påtalat risken att andra som har ansvar – som arbetsgivare, företagshälsovården, Arbetsförmedling m.fl. – väntar på Försäkringskassans initiativ i stället för att själv tidigt erbjuda den försäkrade insatser.

Försäkringskassan har inga systematiska metoder för att tidigt identifiera försäkrade som har en hög risk för att bli långtidssjukskrivna.

Det innebär att det ofta dröjer alltför lång tid innan

Försäkringskassan uppmärksammar försäkrade som har svårt att återgå i arbete.

Ju längre sjukskrivningen pågår, desto svårare är det att hjälpa den försäkrade tillbaka till arbete. Samordningsansvaret kan dessvärre bidra till att effektiva insatser sätts in för sent.

För att förbättra insatserna för återgång i arbete föreslås följande:

- **Försäkringskassans samordningsansvar ersätts med uppföljningsansvar.**

Försäkringskassan ska löpande följa upp de åtgärder för återgång i arbete som vidtas i stället för att samordna och utöva tillsyn. I Försäkringskassans försäkringstillämpning ingår att verka för att de aktörer som berörs, så snart det är

möjligt av medicinska och andra skäl, vidtar de åtgärder som behövs.

Arbetsförmedlingens ansvar för stöd vid ohälsa

Personer utan anställning med begränsad arbetsförmåga på grund av ohälsa saknar arbetsgivare. För denna grupp är det hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst som ansvarar för insatser för återgång i arbete. Vidare ingår personer som enligt sjukförsäkringen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och personer som enligt en arbetsmarknadspolitisk bedömning har ett arbetsutbud av viss omfattning men en nedsatt produktivitet på grund av ohälsa.

Arbetsförmedlingens ansvar omfattar i dag i första hand inskrivna arbetslösa med funktionsnedsättning, arbetslösa och programdeltagare som är sjukskrivna samt långtidssjukskrivna som överförs från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingens aktiva insatser. Ansvaret omfattar också andra inskrivna som är i behov av särskilda insatser på grund av ohälsa. Ansvaret avser insatser som syftar till att personer ska återgå i arbete på någon arbetsplats, dvs. insatserna kan ske på hela arbetsmarknaden. Arbetsförmedlingen kan ge olika former av stöd och hjälp som arbetslivsinriktad rehabilitering, hjälpmedel, ekonomisk stöd till anpassat arbete, skyddat arbete osv.

Arbetsförmedlingens senaste arbetsmarknadsrapport 2014 visar att antalet inskrivna arbetssökande med en förhållandevis utsatt situation på arbetsmarknaden har ökat kraftigt sedan 2008. De grupper som ökat snabbast är utomeuropiskt födda och personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Personer som tillhör dessa grupper utgör numera majoriteten av dem som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen. Inskrivna med funktionsnedsättning har ökat till 28 procent av samtliga inskrivna arbetslösa.

Arbetsförmedlingen har under senare år väsentligt förstärkt och utvecklat verksamheten för personer med funktionsnedsättning. Regeringen har angivit tydliga mål att andelen personer med en funktionsnedsättning som får en anställning eller reguljär utbildning ska öka årligen under perioden. Resultaten följs upp löpande och redovisas till regeringen.

Sedan 2010 har sjukskrivningarna ökat påtagligt, och ökningen är kraftigast bland arbetslösa. Det är angeläget att fortsätta att utveckla Arbetsförmedlingens insatser för återgång i arbete. Följande förslag till uppdrag läggs fram:

- **Utveckling av insatser för arbetslösa med behov av stöd på grund av ohälsa.** Regeringen ska ge Arbetsförmedlingen i uppdrag att ta fram förslag på utvecklade insatser till personer med begränsad arbetsförmåga på grund av ohälsa.
- **Effektivare uppföljning av insatser för arbetslösa med behov av stöd på grund av ohälsa.** Arbetsförmedlingen ska ges i uppdrag att säkerställa att uppföljning sker av personer som är inskrivna och inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Arbetsförmedlingen ges i uppdrag att säkerställa att uppföljning av arbetsmarknadspolitikens resultat även inkluderar dessa.
- **Förbättring av Arbetsförmedlingens kontakter med hälsooch sjukvården.** Arbetsförmedlingen bör ges möjlighet att, om personen i fråga medger det, ha direktkontakt och samverka med hälso- och sjukvården och andra rehabiliteringsansvariga

för att kunna stödja återgång i arbete.

Del 4: En mer rättssäker arbetsskadeförsäkring

Del 4 i betänkandet innehåller förslag till angelägna förbättringar i arbetsskadeförsäkringen för att förbättra likformighet, transparens och rättvisa i försäkringen. Olika alternativ diskuteras för att utveckla arbetsskadeförsäkringen i syfte att förstärka de ekonomiska drivkrafterna att förebygga arbetsskador.

Arbetsskadeförsäkringen har brister

Sedan flera år har olika problem i arbetsskadeförsäkringen diskuterats. Förtroendet för och legitimiteten i försäkringen har ofta ifrågasatts.

Olika förslag har lagts fram för att förbättra försäkringen.

Arbetsskadeförsäkringen har brister i rättssäkerhet. Det är otydligt vilka sjukdomar och exponeringar som berättigar till ersättning. Det är därför svårt för den enskilde att förutse vilka sjukdomar som omfattas av försäkringen. Det gäller särskilt olika typer av belastnings- och förslitningsskador samt besvär relaterade till stress och liknande. Detta kan leda till underförsäkring, dvs. att personer går miste om ersättning vid arbetsskada.

Otydligheten ökar risken för att likartade fall bedöms olika av Försäkringskassan.

Arbetslivet har förändrats kraftigt de senaste årtiondena men arbetsskadeförsäkringen har inte följt med tillräckligt. Arbetstagare byter arbetsuppgifter eller arbetsgivare flera gånger under sitt arbetsliv, vilket gör det svårare att utreda orsakssamband. Riskerna för olyckor har minskat. Arbetssjukdomar är mer komplicerade att hantera, eftersom det sällan är entydigt att en sjukdom uppstått i samband med arbetet.

Utvärderingar har pekat på att det ofta saknas kunskaper om samband mellan exponering och sjukdom i dagens arbetsliv.

Försäkringskassan har genomfört en rad förbättringar av exponeringsutredningarna.

Kunskapsframsteg har emellertid inte en naturlig väg in i försäkringen.

Forskningen om samband mellan exponering i arbetet och sjukdom är eftersatt, särskilt risker i kvinnodominerade yrken.

Män beviljas betydligt oftare ersättning från arbetsskadeförsäkringen än kvinnor. Skillnaden beror främst på att kvinnor och män ofta har olika yrken. Den vetenskapliga evidensen är större inom yrken som är mansdominerade. Skador inom dessa yrken godkänns därför oftare. Analyser har dock visat att det också finns osakliga skillnader mellan beviljandegraden för kvinnor och män.

Arbetsskadeförsäkringen ger inte arbetsgivare tydliga ekonomiska drivkrafter att förebygga arbetsskador och stödja återgång i arbete efter en skada.

Det finns ännu inte en heltäckande statistik som visar de totala kostnaderna för arbetsskador som uppkommer genom produktionsbortfall, medicinsk vård och rehabilitering, arbetsrehabilitering, domstolskostnader osv.

Angelägna förbättringar av arbetsskadeförsäkringen

Det är angeläget att arbetsskadeförsäkringen förbättras för att säkra rättssäkerhet, rättvisa och transparens. Följande förslag presenteras:

- **Utredning med uppdrag att ta fram ett bedömningsstöd.** En utredning ska tillsättas med uppdrag att ta fram den första versionen av en förteckning över sjukdomar som vid en given exponering i arbetet ska anses utgöra en arbetsskada. Förteckningen ska användas som bedömningsstöd vid handläggningen av arbetsskadeärenden och information till arbetsgivare, anställda och andra berörda.

- **Inrättandet av ett arbetsmedicinskt råd.** Ett arbetsmedicinskt råd ska bildas. Rådet ska utveckla och följa upp förteckningen över sjukdomar som vid en given exponering i arbetet ska anses utgöra en arbetsskada. Försäkringskassan ska kunna inhämta yttrande från det arbetsmedicinska rådet över ärenden med sjukdomar som inte finns angivna i förteckningen. Rådet ska också identifiera kunskapsluckor som finns i forskning och verka för mer forskning på dessa områden samt se till att den kunskap som tas fram inom det arbetsmedicinska området används i försäkringen.
- **Bättre kunskapsförsörjning i arbetsskadeförsäkringen.** Medicinsk kunskap ska tas tillvara bättre i försäkringstillämpningen. Det arbetsmedicinska rådet ska i samråd med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) besluta inom vilka områden som kunskapssammanställningar behöver göras. SBU ska ansvara för att dessa kunskapssammanställningar genomförs.
- **Satsning på långsiktig forskning.** Det råder inte bara brist på kunskapssammanställningar utan också på forskning om arbetsmiljörisker i dagens arbetsliv. Framgångsrik forskning förutsätter att det finns långsiktigt förutsägbara villkor för forskarkarriärer. En permanent funktion för utvärdering och forskning om arbetsmiljön och arbetsskador ska inrättas. Uppgiften ska vara att undersöka och samla evidens om orsakssamband mellan förhållanden i arbetslivet och anställdas hälsa. Tyngdpunkten i funktionens arbete ska vara att förbättra kunskapsläget om kvinnors arbetsmiljö och arbetsskador.
- **En mer sammanhållen arbetsmiljö- och arbetsskadestatistik.** En myndighet ska ges ansvar för att tillsammans med andra myndigheter och institutioner utveckla, producera och redovisa en sammanhållen statistik över arbetsmiljön och arbetsskador. En årlig rapport ska redovisas över utvecklingen av arbetsmiljön, arbetsskadorna och ohälsan i arbetslivet.
- **En myndighet ges i uppdrag att utveckla ett statistiksystem i syfte att belysa samhällets samlade kostnader för arbetsskador och dålig arbetsmiljö.** Statistiksystemet ska omfatta alla samhällsekonomiska kostnader som produktionsbortfall, medicinsk vård och rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering, domstolskostnader, sjuklöner och social- och avtalsförsäkringar.
- **Osakliga skillnader i beviljadegraden mellan kvinnor och män ska förebyggas.** Det arbetsmedicinska rådet ska ha i särskild uppgift att analysera och förebygga osakliga skillnader i beviljandegrad. Rådet ska också prioritera kunskapssammanställningar av forskning om sambanden mellan arbetsförhållanden, arbetsskador och ohälsa i kvinnodominerade sektorer på arbetsmarknaden.

Förstärkta drivkrafter för arbetsgivare

Förslag har förts fram från flera håll, bl.a. i en underlagsrapport till kommittén, om att flytta huvudmannskapet för arbetsskadeförsäkringen till antingen parterna på arbetsmarknaden eller till privata försäkringsgivare. Ett avgörande motiv har varit att man då skulle kunna förstärka de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivare att förebygga arbetsskador och stödja återgång i arbete efter en skada. Kommittén har övervägt förutsättningarna för en sådan förändring samt för- och nackdelar, men konstaterar att staten även fortsättningsvis bör vara huvudman för arbetsskadeförsäkringen. En huvudstrategi för att stärka arbetsgivarnas drivkrafter att förebygga arbetsskador och stödja återgång i arbete bör vara att i

statistiksystemet som beskriver samhällets samlade kostnader för arbetsskador och dålig arbetsmiljö efter hand redovisa statistiken med indelning på olika branscher och arbetsgivare. De arbetsgivare som i offentliga redovisningar visar omotiverat höga samhällskostnader för arbetsskador kommer rimligen att ha ett betydande intresse av att vidta åtgärder för att minska kostnaderna.

Del 5: En trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

I del 5 analyserar och överväger kommittén försäkringsskyddet i arbetslöshetsförsäkringen, försäkringens funktion på arbetsmarknaden, försäkringens utformning samt likformighet och rättvisa i tillämpningen. En huvuduppgift för kommittén är också att överväga en obligatorisk arbetslöshetsförsäkring.

Därtill presenteras förslag till ett antal angelägna förbättringar i försäkringen. Förslagen om att rätten till ersättning och ersättningsnivån ska baseras på e-inkomstuppgifter redovisas i del 1 i betänkandet.

Brister i arbetslöshetsförsäkringen

Kommittén ser två övergripande svårigheter i arbetslöshetsförsäkringen.

Den första är att regelverket är komplext och svårt att överblicka. Det är ett resultat av försäkringens dubbla roll som ekonomisk trygghet vid arbetslöshet och omställningsförsäkring. Den andra övergripande svårigheten i arbetslöshetsförsäkringen är försäkringens täckningsgrad. Bristande täckningsgrad kan delas in i tre olika problem. Det första är att en sjunkande andel av de arbetslösa tillförsäkras en standardtrygghet, dvs. att ersättningen ger ett tillräckligt skydd i förhållande till inkomstförlusten. Orsaken är främst att taket i arbetslöshetsförsäkring inte har följt inkomstutvecklingen. Omkring 70 procent av arbetslösa med inkomstrelaterad ersättning har en dagsförtjänst som överskrider 850 kronor, vilket är den lägsta dagsförtjänst som krävs för att få maximal dagpenning på 680 kronor. Därmed får dessa inte standardtryggheten vid arbetslöshet tillgodosedd då ersättningen för inkomstbortfallet blir lägre än 80 procent.

Det andra problemet är underförsäkring. Härmed avses att arbetslösa endast får grundersättning därför att de valt att inte vara medlemmar i en arbetslöshetskassa. Problemet är dock jämförelsevis litet. Det är bara ca 7 000 heltidsarbetslösa som har grundersättning därför att de inte är medlemmar. Därtill har ca 16 000 personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program enbart grundersättning. Personer med grundersättning är alltså en minoritet av de ca 400 000 personer som är arbetslösa eller deltar i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd.

Det tredje och viktigaste problemet är att andelen oförsäkrade ökar. Med oförsäkrade avses arbetslösa som inte möter villkoren för statlig ersättning. Detta är den främsta förklaringen till att täckningsgraden i den frivilliga arbetslöshetsförsäkringen har sjunkit från 76 procent av de arbetslösa till 45 procent.

Huvudorsaken till att andelen oförsäkrade arbetslösa ökar är strukturella förändringar på arbetsmarknaden. En snabbt växande grupp av de arbetslösa står långt från arbetsmarknaden och har svårigheter att uppfylla kvalifikationsvillkoret. Alltför många arbetslösa blir därmed beroende av ekonomiskt bistånd. Det medför höga marginaleffekter som motverkar drivkrafterna att söka arbete. Det finns också indikationer på att arbetslösa med ekonomiskt bistånd i lägre utsträckning än andra arbetslösa får del av Arbetsförmedlingens åtgärder.

Försäkringens funktion på arbetsmarknaden kan försämrats om

försäkringsskyddet försvagas. Matchningen blir sämre om arbetslösa på grund av låga ersättningar söker och accepterar arbeten som inte passar deras erfarenhet och kvalifikationer. Mindre väl utformade regler kan förlänga arbetslösheten vid deltidsarbete osv.

Arbetslöshetstiderna kan förlängas om arbetslösa utan ersättning inte får del av Arbetsförmedlingens insatser och stöd.

En arbetslöshetsförsäkring för alla

En obligatorisk arbetslöshetsförsäkring har diskuterats i hundra år och olika intressenter har då och då bytt åsikt. En obligatorisk arbetslöshetsförsäkring kan avse både administrationen av försäkringen, dvs. ett förstatligande, och en obligatorisk anslutning, dvs. en högre täckningsgrad. Ett obligatorium påverkar inte vilka som har rätt till ersättning – det bestäms av kvalifikationsvillkoren för försäkringen. Alla som uppfyller kvalifikationsvillkoren omfattas redan av grundförsäkringen. Obligatoriefrågan handlar om att den del som är frivillig ska bli obligatorisk.

Det finns ett antal goda argument för ett obligatorium. Det är en rimlig princip att, eftersom alla arbetstagare är med och finansierar den största delen av försäkringen genom arbetsmarknadsavgiften, bör alla följaktligen omfattas av ett standardskydd vid arbetslöshet. Även personer med bristande förutseende bör tillförsäkras en inkomstrelaterad ersättning. Både arbetstagare med hög respektive låg risk för arbetslöshet bör bidra till den finansiering som arbetslöshetskassornas medlemmar står för. Ett förstatligande kan även medverka till en mer likformig och effektiv tillämpning av försäkringsreglerna.

Argumenten mot ett obligatorium är främst att en frivillig försäkring kan antas främja en hög facklig organisationsgrad. En hög facklig organisationsgrad bidrar till en väl fungerande arbetsmarknadsmodell, vilket bl.a. medverkar till en väl fungerande lönebildning.

Kommittén anser att den nuvarande modellen för arbetslöshetsförsäkringen i stora drag är ändamålsenlig och välfungerande.

Det finns dock, som framhållits, även en rad fördelar med en allmän och obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. Dessa fördelar kan i väsentliga avseenden nås genom att utveckla nuvarande arbetslöshetsförsäkring.

Arbetslöshetsförsäkringen bör ge ett standardskydd till alla som arbetat tillräckligt länge för att kvalificera sig till försäkringen. Kommittén anser därför att det är angeläget att arbetslöshetsförsäkringen utvecklas så att täckningsgraden och standardtryggheten successivt förbättras så att försäkringen kan jämföras med en allmän obligatorisk försäkring ifråga om förmågan att ge ekonomisk trygghet. Det är också angeläget att reformer genomförs för att stärka försäkringens likformighet och transparens.

Det förslag om ett rättvisande inkomstunderlag som läggs fram innebär att det skapas ett inkomstunderlag som är gemensamt för den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen och de statliga socialförsäkringarna. Dessutom föreslås att det införs ett inkomstvillkor i arbetslöshetsförsäkringen, som även det är gemensamt för både grundförsäkringen och den frivilliga försäkringen. Kommittén föreslår att även grundförsäkringen blir inkomstrelaterad, men med ett lägre tak och en lägre ersättningsnivå än den frivilliga delen. Kommittén redovisar också en modell för inriktningen av det fortsatta utvecklingsarbetet inom arbetslöshetsförsäkringen där arbetslöshetskassorna enbart har ansvar för den frivilliga delen i arbetslöshetsförsäkringen. Staten övertar ansvaret för grundförsäkringen, som administreras av en myndighet. Arbetslöshetskassorna kan i den modellen sluta avtal om att administrera även grundförsäkringen.

Den viktigaste åtgärden på kort sikt för att stärka försäkringsskyddet inom arbetslöshetsförsäkringen är enligt kommittén att utforma villkor som förbättrar stödet för oförsäkrade arbetslösa, återställer standardtryggheten och minskar underförsäkringen. Kommitténs ställningstagande kan lägga grunden för det fortsatta arbetet att förstärka försäkringsskyddet vid arbetslöshet.

Standardtryggheten i arbetslöshetsförsäkringen

En grundläggande princip är att arbetslöshetsförsäkringen ska baseras på inkomstbortfallsprincipen. Ersättningen ska ge de flesta arbetslösa en standardtrygghet, dvs. ett tillräckligt skydd för sin ekonomiska standard före försäkringsfallet.

Standardtryggheten bestäms av försäkringens ersättningsgrad och taket i försäkringen. Ersättningsnivå och takets utformning är en avvägningsfråga. Värdet av en bra försäkring för arbetstagarna måste vägas mot risken för att drivkrafterna till arbete försvagas. Taket i arbetslöshetsförsäkringen har inte höjts sedan 2002. För att undvika en framtida urholkning av standardtryggheten bör principen fastslås att taket i arbetslöshetsförsäkringen ska indexeras. Indexering bör vara densamma som i socialförsäkringen, men utgångsnivån kan vara olika i de båda försäkringarna.

Åtgärder för att minska andelen underförsäkrade

Omkring en halv miljon medlemmar lämnade den frivilliga försäkringen efter det att högre och differentierade avgifter infördes.

Medlemsantalet minskade i alla grupper. Analyser pekade på att personer som hade en lägre sannolikhet för att bli arbetslösa eller som skulle klara sig utan inkomster under en tid lämnade kassorna i större utsträckning än andra grupper. Samtidigt var utflödet bland personer som varit inskrivna hos Arbetsförmedlingen eller som haft en mycket låg årsinkomst också stort². Efter det att avgiften sänkts har antalet medlemmar i den frivilliga försäkringen ökat, men det är fortfarande lägre än före 2007.

Det är angeläget att fler arbetstagare försäkrar sig i den frivilliga försäkringen. Det minskar det bristande försäkringsskyddet på grund av underförsäkring och den otillräckliga standardtrygghet som underförsäkringen leder till. Det medför också att fler arbetstagare får kompletterande ersättningar. Därmed kommer de flesta arbetstagare som uppfyller kvalifikationsvillkoret i arbetslöshetsförsäkringen att få en god standardtrygghet vid arbetslöshet.

Det är rimligt att anta att det, förutom avgiftens storlek, främst är nivån på ersättningen och taket i försäkringen som påverkar arbetstagarnas benägenhet att söka medlemskap i en arbetslöshetskassa.

En höjning av taket skulle väntas bidra till att fler arbetstagare ser fördelarna med att vara medlemmar i den frivilliga försäkringen. En indexering av taket i arbetslöshetsförsäkringen skulle också kunna spela en roll i detta.

En annan orsak till att arbetstagare inte väljer att söka medlemskap kan vara att man inte kan bedöma sin arbetslöshetsrisk och inte heller känner till fördelarna med den frivilliga försäkringen, inklusive de försäkringar som vanligen kan tecknas som ett komplement.

Reglerna är komplicerade och det är ofta omöjligt för arbetstagaren att förutse sitt försäkringsskydd.

Övergången till att bedöma rätten till ersättning och beräkna ersättningsnivån med hjälp e-inkomster som föreslås i del 1 ökar

² Prop. 2010/11:1 utg.omr. 14.

både försäkringens förutsägbarhet och transparens. Det kan bidra till att fler ansluter sig till den frivilliga försäkringen.

Stödet till oförsäkrade arbetslösa

Olika lösningar har diskuterats för att förbättra skyddet för oförsäkrade arbetslösa genom att öppna arbetslöshetsförsäkringen för nya grupper.

En väg skulle vara att införa ett allmänt sökvillkor. Även den som inte förvärvsarbetat skulle kunna få rätt till grundersättning genom att aktivt söka arbete under exempelvis sex månader. Risker är emellertid stora att villkoren i försäkringen blir alltför generösa med en sådan lösning. Det är svårt att utforma ett kontrollsystem som förebygger felutnyttjande.

Ett annat sätt att minska andelen oförsäkrade är att komplettera kvalifikationsvillkoren till grundförsäkringen med särskilda villkor för specifika grupper som studerande, personer som har deltagit i etableringsinsatser för nyanlända invandrare m.fl. Fördelen är att systemet blir träffsäkert. Nackdelarna är bl.a. att reglerna blir svåröverskådliga och leder till gränsdragningsproblem.

Ett tredje sätt att öppna försäkringen för fler är att göra kvalifikationsvillkoren mindre strikta. Nackdelen med en sådan lösning är att den också riskerar att bli alltför generös. Kvalifikationsvillkoren skulle behöva sättas lågt för att säkerställa en påtagligt ökad täckningsgrad.

Ett fjärde sätt skulle kunna vara att möjliggöra en gradvis kvalificering för ersättning. Det kan ses som en mjukare variant av ovanstående alternativ. Den gradvisa kvalifikationen skulle kunna kopplas till arbete eller till medlemstid i en arbetslöshetskassa, eller till en kombination av dessa båda varianter.

En femte möjlighet för att minska antalet oförsäkrade arbetslösa skulle kunna vara att göra det möjligt att kvalificera sig för arbetslöshetsersättning genom att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Detta var möjligt tidigare. Möjligheten avskaffades för att bryta den s.k. rundgången mellan arbetslöshetsersättning och arbetsmarknadspolitiska program. En liknande lösning men med annan utformning behöver dock inte leda till samma resultat som tidigare. Det är dock viktigt att hålla fast vid principen att deltagande i de arbetsmarknadspolitiska programmen förutsätter att deltagandet bedöms förbättra personens möjligheter att få arbete. I annat fall finns det en risk att programmen tappar sin funktion som arbetsmarknadspolitiska redskap och i stället alltmer kommer att användas som passivt försörjningsinstrument.

En sjätte möjlighet är att stärka socialtjänstens förutsättningar att ställa krav på att arbetslösa med ekonomiskt bistånd är arbetssökande och deltar i Arbetsförmedlingens insatser. På så sätt skulle andelen som får aktivitetsstöd eller subventionerad anställning i stället för ekonomiskt bistånd kunna öka. För att sådana krav ska fungera måste de kombineras med krav på att Arbetsförmedlingen erbjuder denna grupp insatser samt att resurser för detta säkerställs. Det kan även övervägas att avsätta resurser för oförsäkrade generellt utan att ställa kravet på att det ska vara personer som fått ekonomiskt bistånd. Ökade möjligheter för oförsäkrade att få statlig ersättning när de deltar i program eller är arbetssökande skulle öka drivkrafterna för personer med ekonomiskt bistånd att hålla kontakt med Arbetsförmedlingen även utan att socialtjänsten ställer högre krav.

Rätten till arbetslöshetsförsäkring bör baseras på tidigare arbete och inkomster. Vinsten av att öppna arbetslöshetsförsäkringen så att fler arbetslösa blir berättigade till arbetslöshetsersättning måste vägas mot risken för att villkoren i försäkringen kan bli alltför generösa.

Ersättningen

När e-inkomstuppgifterna börjar användas bör taket för både grundersättningen och den inkomstrelaterade ersättningen avse den ersättningsgrundande inkomsten. Taket bör avse alla månader i ramtiden, inte enskilda månader.

Ersättningen i inkomstbortfallsförsäkringen är inkomstrelaterad.

Ersättningen i grundförsäkringen baseras på arbetad tid.

När e-inkomstuppgifterna börjar användas i etapp två ska även grundersättningen vara inkomstrelaterad med en ersättningsnivå på 40 procent. Det motsvarar hälften av den högsta ersättningsnivån i den frivilliga försäkringen med nuvarande regler. Taket i grundförsäkringen ska konstrueras så att den högsta nivån motsvarar det högsta grundbelopp som lämnas med nuvarande regler.

Ersättningsperiod och omställning

En grundläggande princip är att arbetslöshetsförsäkringen ska vara en omställningsförsäkring. Omställning är en central del av arbetslinjen.

För en heltidsarbetslös som ansöker om arbetslöshetsersättning fem dagar per vecka räcker ersättningen i ca 14 månader. Det finns ingen gräns för under vilken tidsrymd dagarna kan användas, utan omställningstiden beror på hur den sökande tar ut sina ersättningsdagar.

När dagarna är slut går den arbetslöse normalt över till jobboch utvecklingsgarantin. I aktivitetsstödet finns ingen begränsning i tid eller i antal dagar, så länge den sökande deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program.

Den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program får aktivitetsstöd i stället för arbetslöshetsersättning. En anvisning till program baseras på individuella bedömningar och Arbetsförmedlingens resurser. Dock blir i princip alla som tidigare har haft arbetslöshetsersättning anvisade en plats i jobb- och utvecklingsgarantin (tidigare i det motsvarande programmet aktivitetsgarantin) då ersättningsperioden tar slut. Om resurserna för program inte motsvarat efterfrågan har program till oförsäkrade respektive möjligheterna att anvisa till program vid sidan av garantierna dragits ned.

Enigheten inom forskningen är större i dag än för bara några årtionden sedan om att långa ersättningstider kan leda till längre arbetslöshetstider. Det går dock inte att exakt uttala sig om hur stora effekterna är. Både kunskapsläget och principiella skäl talar för att arbetslöshetsförsäkringen ska syfta till omställning och inte vara en permanent försörjningsgaranti. Följande förbättringar föreslås:

- **Begränsningen av ersättningsperioden till 300 (450) ersättningsdagar ska kompletteras med en begränsning i kalendertid.**

Nuvarande ersättningstider är väl avvägda och bör kunna ligga till grund för en uthållig arbetslöshetsförsäkring.

Det är dock viktigt att undvika långa tider borta från arbetsmarknaden och att säkerställa att sökande som befinner sig långt från arbetsmarknaden får det stöd de har rätt till. Den nuvarande ersättningsperioden bör därför kompletteras med en

ramtid i kalendertid, inom vilken ersättningsdagarna ska förbrukas. Ramtiden bör vara fem år, dvs. samma tidsperiod som för överhoppningsbar tid. Precis som med nuvarande regler kan sökande som uppfyller ett nytt arbetsvillkor under den tiden beviljas en ny ersättningsperiod. Sökande som inte uppfyller ett arbetsvillkor kan anvisas plats i ett arbetsmarknadspolitiskt program.

• **100-dagarsregeln återinförs i arbetslöshetsförsäkringen.**

Under åren 2001-2007 kunde en arbetslös under de första 100 ersättningsdagarna i en ersättningsperiod begränsa sig till att söka lämpliga arbeten inom sitt yrke och i sitt geografiska närområde. Ett återinförande av 100-dagarsregeln tydliggör kraven på sökområdet i ett inledningsskede. Det underlättar för Arbetsförmedlingen och arbetslöshetskassorna att likformigt tillämpa bestämmelserna om lämpligt arbete.

• **Deltidsbegränsningen omformuleras.** Utformningen av begränsningen har lett till för kort omställningstid för dem som arbetar i liten omfattning. Nuvarande regler ska ersättas med en deltidsbegränsning som innebär att begränsningen sätts i antal veckor – 60 veckor – i stället för i antal ersättningsdagar. Då blir omställningstiden lika lång för samtliga deltidsarbetslösa oavsett omfattning på deltidsarbetet. Omställningstiden med deltidsarbete blir dessutom lika lång som omställningstiden för en person som är arbetslös på heltid.

Åtgärder för att stärka likformighet och rättssäkerhet

En långsiktig modell som baseras på nuvarande frivilliga försäkring, som administreras av arbetslöshetskassor, förutsätter att reformer genomförs för att stärka försäkringens likformighet och rättssäkerhet. Följande förslag läggs fram:

• **Bestämmelserna i förvaltningslagen (1986:223) FL görs tillämpliga på arbetslöshetskassornas verksamhet som avser myndighetsutövning.** Arbetslöshetskassorna och arbetslöshetskassornas samorganisation (SO) har genom olika insatser under årtionden förbättrat handläggningsförfarandet i ärenden om arbetslöshetsersättning. Arbetslöshetskassorna fattar årligen ett stort antal beslut av stor ekonomisk betydelse för enskilda och för staten. Dessa beslut innebär myndighetsutövning. Det är rimligt och självklart att FL ska vara tillämplig på den del av arbetslöshetskassornas ärendehandläggning som avser myndighetsutövning mot enskild.

• **Det införs en skyldighet enligt lag för arbetslöshetskassans styrelse att se till att arbetslöshetskassan med beaktande av arten och omfattningen av kassans verksamhet har tillräcklig intern kontroll och tillräckliga riskhanteringssystem.** Intern styrning och kontroll syftar till att säkerställa att en organisation uppfyller sina mål för effektivitet, regelefterlevnad och ekonomiska förpliktelser. Arbetslöshetskassorna omfattas inte av vare sig myndighetsförordningen (2007:515) eller förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör bemyndigas att meddela närmare föreskrifter om hur den interna kontrollen och riskhanteringen ska ordnas.

• **Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas i lag att föreskriva om informationssäkerhet för arbetslöshetskassor.** Informationssäkerhet behövs så att information inte läcker ut, förvanskas eller förstörs och att

informationen är tillgänglig när den behövs. Arbetslöshetskassorna är inte myndigheter och omfattas därför inte av de föreskrifter som utfärdas av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Arbetslöshetskassornas myndighetsutövning är en samhällsviktig verksamhet. Arbetslöshetskassorna bör ha liknande krav på informationssäkerhet i sin myndighetsutövning som myndigheterna.

• **Stärkt arbete för likformighet i rättstillämpningen inom arbetslöshetsförsäkringen.** En likformig tillämpning inom arbetslöshetsförsäkringen bör stärkas genom att en myndighet beslutar allmänna råd eller lämnar besked i konkreta tolkningsfrågor på ansökan av arbetslöshetskassor (tolkningsbesked). Regeringen bör ta ställning till valet av lösning, organisatorisk hemvist för en myndighetsfunktion och följdkonsekvenser i olika avseenden.

Del 6: Bättre försäkringsskydd för vissa grupper

Genom att försäkringsskyddet i socialförsäkringarna är beroende av arbetsinkomster finns det vissa grupper som, på grund av att de saknar inkomster eller har svårt att påvisa framtida inkomst, har en svag ekonomisk trygghet vid sjukdom och arbetslöshet. Det gäller framför allt vissa studerande, egenföretagare som startar ett företag och personer som kombinerar förvärvsarbete med företagande.

Studerande

Det finns ett stort samhällsintresse i att studerande ges goda villkor under studietiden. En viktig del av detta är en fungerande ekonomisk trygghet vid sjukdom som sätter ned studieförmågan.

Kommittén anser att nuvarande modell för att ge ekonomisk trygghet till studerande i stora drag är väl utformad med hänsyn dels till att sjukförsäkringen ska bygga på arbete, dels kontrollproblemen.

Det är en rimlig avvägning att den ekonomiska tryggheten enligt nuvarande regler i första hand ges genom rätten att behålla studiemedel vid sjukdom och möjlighet att få studielån avskrivna.

Därtill kan studerande som har inkomster under studietiden få sjukpenning vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Den övergång till att basera sjukpenning på faktiska inkomster som kommittén förordar kommer därtill att minska de problem som i dag finns för tryggheten för studerande.

Det finns emellertid enligt kommittén vissa brister som behöver åtgärdas. Exempelvis bör det, efter prövning i särskilda fall, vara möjligt att med bibehållen ersättning inom studiemedelssystemet vara sjukskriven på deltid samtidigt med studier. Utbildningsanordnarens rehabiliteringsansvar för studerande ska förtydligas.

Landstingen är den nyckelaktör som har ansvaret för den medicinska rehabiliteringen av studerande. Försäkringskassans och Centrala studiestödsnämndens samordningsansvar för rehabiliteringen av studerande tas bort. Information och rådgivning bör förbättras så att studerande kommer i åtnjutande av det ekonomiska stöd vid sjukdom som de har rätt till. Färre karensdagar kan övervägas.

Arbetslöshetsförsäkringen försäkrar inkomstbortfall vid förlorat förvärvsarbete. Studier kan därför inte ligga till grund för arbetslöshetsersättning. Frågan om försörjningen mellan studier och arbete är dock viktig. Kommittén förordar att ett s.k. matchningslån utreds vidare.

Företagare och uppdragstagare

Kommittén anser att nuvarande regler för företagare som startar näringsverksamhet genom juridisk person, t.ex. aktiebolag, ger ett otillräckligt försäkringsskydd. Problemen bör dock inte lösas genom att införa ännu fler komplicerade undantagsregler i sjukförsäkringen, som bygger på antagna inkomster etc. Enligt kommittén bör i stället ersättning till företagare som driver företag i aktiebolagsform, under ett uppbyggnadsskede, baseras på tidigare faktiska inkomster. Kommitténs förslag om att övergå till att basera sjukpenning på tidigare faktiska inkomster innebär att det går att införa en sådan bestämmelse. Ett förslag till regler för uppbyggnadsskede som ska gälla till dess att det finns inkomstuppgifter bakåt i tiden föreslås också.

Även för s.k. kombinatorer ger sjukförsäkringen i vissa fall ett otillräckligt ekonomiskt skydd vid sjukdom. Det är enligt kommittén inte heller i detta fall lämpligt att lösa problemen med komplicerade undantagsregler. Problemen bör i stället lösas genom en övergång till att basera sjukpenning på tidigare faktiska inkomster. I arbetslöshetsförsäkringen finns stort bedömningsutrymme i vissa av reglerna som avser företagare och uppdragstagare. Kommittén bedömer dock att intresset av ökad tydlighet i författningsbestämmelser bör vägas mot intresset av att kunna ta hänsyn till varierande omständigheter som förekommer i situationer som bestämmelserna avses reglera. Regler med ett minimum av bedömningsutrymme kan leda till oberättigade skillnader mellan olika sökande och till oönskade drivkrafter. Oklarheter beträffande företagare och uppdragstagare i arbetslöshetsförsäkringen bör därför hanteras inom ramen för förslagen om ökad likformighet i rättstillämpningen inom arbetslöshetsförsäkringen. För att förbättra skyddet för företagare, och för att harmonisera reglerna i arbetslöshetsförsäkringen med SGI-bestämmelserna, föreslås dock att möjligheten att få arbetslöshetsersättningen baserad på tidigare anställningsinkomster förlängs till 36 månader.

Förslagets konsekvenser i sammandrag

Konsekvensanalysen redovisar effekterna av kommitténs förslag men inte effekterna av de utvecklingsmöjligheter m.m. som kommittén redovisar.

Förslagen är ofta svåra att kostnadsberäkna eftersom det saknas statistiska underlag. Beräkningarna och bedömningarna ska därför ses som ungefärliga.

De administrativa effekterna har så långt möjligt stämts av med berörda myndigheter och organisationer.

Förslagets viktigaste konsekvenser är i sammandrag:

- **Direkta effekter på de offentliga finanserna:** Förslagen ökar statens kostnader statiskt i fullfunktion med omkring två miljarder kronor. Bättre rättvisa och träffsäkerhet genom att använda tidigare faktiska inkomster för att beräkna ersättning ökar nettokostnaderna med cirka en miljard kronor i sjuk- och föräldraförsäkringarna. I arbetsskadeförsäkringen beräknas kostnaderna på sikt öka med knappt 150 miljoner kronor till följd av ett mer jämställt utfall av arbetsskadelivränta mellan kvinnor och män. Övriga förslag medför kostnadsökningar med sammanlagt ca 600 miljoner kronor. Reformerna bedöms påverka de kommunala budgeterna i relativt begränsad omfattning.

- **Långsiktiga effekter på de offentliga finanserna:** De statistiska

kostnadsökningarna kommer på sikt att bli betydligt lägre när de positiva effekterna på sysselsättningen slår igenom. Därtill kommer kostnadsbesparingar genom effektivare administration av försäkringarna. Sammantaget bedöms dessa effekter på sikt medföra att reformerna totalt sett minskar de offentliga utgifterna för socialförsäkringarna.

- **Fördelningseffekter:** Huvuddelen av kommitténs förslag riktas till grupper med en svagare förankring på arbetsmarknaden respektive lägre förvärvsinkomster. Förslagen bedöms därför sammantaget bidra till en jämnare inkomstfördelning och minskade risker för ekonomisk utsatthet.
- **Sysselsättningseffekter:** På sikt bedöms reformerna leda till ett ökat arbetsutbud och fler arbetade timmar i ekonomin. Det är framför allt tidigare och effektivare insatser för återgång i arbete som förväntas påverka sysselsättningen gynnsamt. På kort sikt förväntas inga sysselsättningseffekter.
- **Jämställdhetseffekter:** Förslagen bedöms bidra till en utjämning av de ekonomiska villkoren mellan kvinnor och män. Till detta bidrar bl.a. satsningarna på forskning kring arbetsskador i kvinnodominerade yrken, bättre stöd för återgång i arbete samt förbättrade ersättningsmöjligheter i sjuk- och föräldraförsäkringarna för visstidsanställda och s.k. kombinatorer.
- **Konsekvenser för små och stora företag och administrativa effekter:** Förslagen kommer efter införandet att minska uppgiftslämnarbördan för arbetsgivarna och de försäkrade. Administrationen av socialförsäkringarna kan förenklas och effektiviseras. Satsningarna på förbättrad statistikinsamling och uppbyggnad av nya databaser m.m. bedöms på kort sikt öka de administrativa utgifterna och behovet av IT-investeringar med ca 70 miljoner kronor. Den största delen av denna ökning berör Försäkringskassan. De långsiktiga vinsterna i form av minskade utgifter i socialförsäkringarna kommer vara betydligt större än de inledande kostnadsökningarna.
- **Övriga effekter:** Förslagen bedöms bidra till ökad förutsägbarhet och rättssäkerhet i socialförsäkringarna, vilket bör stärka tilliten till och legitimiteten i försäkringarna. Övriga effekter bedöms vara obetydliga.

Patientsäkerhetsenheten
Maria Omberg
Tfn: 063-15 43 03
E-post: maria.omberg@regionjh.se

2015-08-03

Dnr RS/912/2015
S2015/3231/FS

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss: Kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel Ds 2015:20

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna synpunkter på rubricerad remiss.

Region Jämtland Härjedalen instämmer i behovet av förtydligande av kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel och stödjer förslaget att kostnaderna för smittskyddsläkemedel ska ersättas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Om patienten inte är bosatt inom något landstingsområde ska istället det landsting ersätta kostnaderna inom vars område den som förskrivit läkmedlet är verksam.

Region Jämtland Härjedalen stödjer förslaget att E-hälsomyndigheten på samma sätt som för förmånsläkemedel ska sköta debitering av landstingen beträffande smittskyddsläkemedel samt betala ut ersättning till apoteken.

Promemorians förslag, att E-hälsomyndigheten lämnar uppgifter till landstingen om smittskyddsläkemedel för att möjliggöra ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för statistik, välkomnas av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på förslaget att i smittskyddslagen förtydliga så att det framkommer att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till vårdförmåner i Sverige (EG) nr 883/2004.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-04-30

S2015/3231/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -05- 07

Dnr...../...../20.....

Kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel Ds 2015:20

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Datainspektionen
4. E-hälsomyndigheten
5. Försäkringskassan
6. Folkhälsomyndigheten
7. Kommerskollegium
8. Konkurrensverket
9. Konsumentverket
10. Läkemedelsverket
11. Länsstyrelsen i Stockholms län
12. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
13. Myndigheten för vårdanalys
14. Regelrådet
15. Socialstyrelsen
16. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
17. Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
18. Statskontoret
19. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
20. Stockholms läns landsting
21. Uppsala läns landsting
22. Södermanlands läns landsting
23. Östergötlands läns landsting
24. Jönköpings läns landsting
25. Kronobergs läns landsting

26. Kalmar läns landsting
27. Blekinge läns landsting
28. Skåne läns landsting
29. Hallands läns landsting
30. Västra Götalands läns landsting
31. Värmlands läns landsting
32. Örebro läns landsting
33. Västmanlands läns landsting
34. Dalarnas läns landsting
35. Gävleborgs läns landsting
36. Västernorrlands läns landsting
37. Jämtlands läns landsting
38. Västerbottens läns landsting
39. Norrbottens läns landsting
40. Gotlands kommun
41. Apotekarsocieteten
42. Apoteket AB
43. Apoteket Hjärtat
44. Föreningen för Generiska läkemedel (FGL)
45. Kronans Droghandel Apotek AB
46. Läkemedelshandlarna
47. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
48. Smittskyddsläkarföreningen
49. Svenska Infektionsläkarföreningen
50. Svenska Läkaresällskapet
51. Svensk Förening för allmänmedicin
52. Svensk sjuksköterskeförening
53. Sveriges advokatsamfund
54. Sveriges Apoteksförening
55. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
56. Sveriges Farmaceuter
57. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
58. Sveriges Läkarförbund
59. Unionen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 31 augusti 2015. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se. I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2015/3231/FS anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i departementspromemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Mårten Kristiansen, telefon 08-405 55 14 eller marten.kristiansen@regeringskansliet.se.



Torkel Nyman
Departementsråd

Kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel



SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst.
Beställningsadress: Fritzes kundtjänst, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Webbplats: fritzes.se

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer 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/remiss

Omslag: Regeringskansliets standard.

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24284-1

ISSN 0284-6012

Innehåll

1	Promemorians huvudsakliga innehåll.....	3
2	Författningsförslag.....	5
2.1	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	5
3	Inledning och bakgrund	9
3.1	Inledning.....	9
3.2	Allmänt om landstingens kostnadsansvar för läkemedel	10
3.3	Kostnadsansvar enligt smittskyddslagen.....	11
4	Fördelning av kostnader för smittskyddsläkemedel	13
5	Förtydligande av kretsen förmånsberättigade i smittskyddslagen.....	19
6	Ikraftträdande	21
7	Konsekvenser.....	23
8	Författningskommentar	25
8.1	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	25



1 Promemorians huvudsakliga innehåll

I denna promemoria föreslås att det ska införas bestämmelser i smittskyddslagen (2004:168) om vilket landsting som ska ersätta öppenvårdsapoteken för kostnader för läkemedel som är kostnadsfria enligt lagen. Det föreslås att kostnaderna ska ersättas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område ska i stället det landsting ersätta kostnaderna inom vars område den som förskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort.

Promemorians förslag kompletterar förslagen från Läkemedels- och apoteksutredningen i delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) om att E-hälsomyndigheten bl.a. ska förmedla betalning av apotekens fakturor beträffande kostnadsfria smittskyddsläkemedel till landstingen.

Därutöver föreslås att smittskyddslagens bestämmelser om vilka som är berättigade till kostnadsfria insatser ska förtydligas så att det uttryckligen framgår att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.



2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)
dels att 7 kap. 3 och 4 §§ ska ha följande lydelse,
dels att det i lagen ska införas en ny paragraf, 7 kap. 4 a §, av
följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. 3 §¹

Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till *förmåner* enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,

3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924, och

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till *vård-förmåner i Sverige vid sjukdom* enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,

¹ Senaste lydelse 2013:410.

4. den som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

4 §²

Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 1 §, för åtgärder som avses i 2 § och för de vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § första stycket.

Kommunen eller annan huvudman inom skolväsendet svarar för kostnader för de vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § andra stycket enligt bestämmelser i skollagen (2010:800) om kostnader för elevhälsa.

Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 1 §. Om ett sådant läkemedel har lämnats ut kostnadsfritt från ett öppenvårdsapotek, har apoteket rätt att få ersättning för kostnaderna av det landsting inom vars område patienten är bosatt.

Om patienten inte är bosatt inom något landstings område ska i stället det landsting ersätta kostnaderna inom vars område den som forskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort.

4 a §

Landstinget svarar även för kostnader för åtgärder som avses i 2 § och för de vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § första stycket.

Kommunen eller annan huvudman inom skolväsendet svarar för kostnader för de vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § andra stycket enligt bestämmelser i skollagen (2010:800) om kostnader för elevhälsa.

² Senaste lydelse 2012:452.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.



3 Inledning och bakgrund

3.1 Inledning

Den 16 juni 2011 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av vissa frågor som rör prissättning, tillgänglighet och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet (dir. 2011:55). Utredningen antog namnet Läkemedels- och apoteksutredningen (S 2011:07). I tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2011:82) beslutades att utredningen bl.a. ska analysera och pröva hur det allmänna kan få en sammanhållen bild av kostnaderna för samhället för läkemedel förskrivna på recept.

I delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) konstaterar utredningen att det i dag saknas en möjlighet att enkelt följa upp läkemedel som är kostnadsfria enligt smittskyddslagen (2004:168), bl.a. vad avser uppföljning av kostnader. I syfte att öka möjligheterna till en sådan uppföljning och underlätta öppenvårdsapotekens fakturering till landstingen föreslår utredningen att apotekens ersättning för smittskyddsläkemedel ska hanteras på samma sätt som för apotekens ersättning för läkemedel som omfattas av förmånerna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Vidare föreslås att E-hälsomyndigheten på samma sätt som för förmånsläkemedel ska lämna uppgifter till landstingen om smittskyddsläkemedel för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för statistik.

Enligt 2 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten ansvarar myndigheten för de register som anges i lagen (1996:1156) om receptregister. Myndigheten ska förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapotek enligt vad som sägs i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. I 14 § lagen om receptregister förskrivs en skyldighet för E-hälso-

myndigheten att lämna uppgifter om förmånsläkemedel för bl.a. debitering samt ekonomisk och medicinsk uppföljning till landstingen.

Läkemedels- och apoteksutredningens förslag innebär att E-hälsomyndigheten på samma sätt som för förmånsläkemedel ska sköta både debitering av landstingen beträffande smittskyddsläkemedel samt betala ut ersättning till apoteken. I dag hanteras betalningen genom att apoteken själva fakturerar respektive landsting. Utredningens förslag innebär även att E-hälsomyndigheten ska förmedla uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för statistik av smittskyddsläkemedel till landstingen. För att genomföra detta föreslår utredningen ändringar i bl.a. 6, 8 och 14 §§ lagen om receptregister och 11 § förordningen (2009:659) om handel med läkemedel. Vidare föreslås en ny bestämmelse i smittskyddsförordningen (2004:255).

Utredningen konstaterar dessutom att det i samband med att författningsförslagen genomförs så kan det finnas behov av att förtydliga vilket landsting som ansvarar för kostnaderna för smittskyddsläkemedel. Något förslag kring detta lämnades dock inte. I samband med att betänkandet remitterades har E-hälsomyndigheten i remissyttrande påtalat behovet av att förtydliga landstingens ansvar för kostnadsfria läkemedel enligt smittskyddslagen. Fråga uppkommer därmed om det finns ett behov av ett sådant förtydligande.

3.2 Allmänt om landstingens kostnadsansvar för läkemedel

Landstingen har huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården och har ansvaret för finansieringen av denna. Även ansvaret för läkemedelskostnaderna inom läkemedelsförmåner enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. vilar på landstingen men de ersätts i sin tur i särskild ordning av staten för detta. Denna ersättning regleras i ett särskilt avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (det s.k. läkemedelsavtalet). Det senaste avtalet avser 2015.

Läkemedel som används inom sjukvården är avgiftsfria för patienten medan patienten står för en del av kostnaden för de

läkemedel inom läkemedelsförmånerna som apoteken expedierar efter förskrivning på recept. Ett enskilt landsting kan också välja att subventionera läkemedel och varor som inte ingår i läkemedelsförmånerna. I smittskyddslagen finns bestämmelser om att läkemedel under vissa förutsättningar ska vara kostnadsfria för patienten.

3.3 Kostnadsansvar enligt smittskyddslagen

Bestämmelser om smittskydd finns framför allt i smittskyddslagen. Lagen innehåller specialbestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet som går utöver vad som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. I förhållande till HSL är smittskyddslagen alltså en speciallag. Enligt smittskyddslagen är målet med smittskyddet att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 1 §). Med smittsamma sjukdomar avses alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 §).

När det gäller ansvaret för smittskyddet anges i lagen att Socialstyrelsen ska samordna smittskyddet på nationell nivå och bl.a. ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera (1 kap. 7 §). Vidare ska varje landsting ansvara för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av lagen (1 kap. 8 §). I propositionen 2014/15:1, utg.omr.9, föreslås att det statliga myndighetsansvaret för uppgifter som följer av smittskyddslagen förs över till Folkhälsomyndigheten.

Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten (7 kap. 1 §). Med allmänfarliga sjukdomar avses enligt lagen smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 §). Bland de allmänfarliga sjukdomarna finns

bl.a. hepatit A-E, hivinfektion, kolera, mjältbrand och svår akut respiratorisk sjukdom (SARS). Läkemedel som vanligen används för behandling är antibiotika och antivirala läkemedel.

I prövningen av om ett läkemedel bedöms minska risken för smittspridning innefattas en bedömning av läkemedlets inverkan på smittspridningen. Föreligger vetenskapligt grundad anledning att tro att läkemedlet har effekt för smittspridningen genom att det minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet bör läkemedlet vara kostnadsfritt. Däremot ska läkemedel som enbart har betydelse för behandling av sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer inte omfattas av kostnadsfriheten (se prop. 2003/04:30 s. 198). Bedömningen huruvida läkemedelsbehandlingen behövs från smittskyddssynpunkt och därmed är kostnadsfri för den enskilde görs av den enskildes läkare. Det spelar ingen roll om förskrivande läkare är verksam inom den offentliga hälso- och sjukvården eller den enskilda hälso- och sjukvården. Receptfria läkemedel omfattas inte av kostnadsfriheten. (a.a. s. 239).

Även undersökning, vård och behandling och vaccinationer är under vissa förutsättningar kostnadsfria för patienten (7 kap. 2 och 2 a §§).

Kostnadsfriheten enligt 7 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen gäller dels den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige, dels den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, dels utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924 och dels den som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (7 kap. 3 §).

Landstinget ska svara för kostnader för läkemedel som avses i 7 kap. 1 § smittskyddslagen, för undersökning, vård och behandling som avses i 7 kap. 2 § samma lag samt för vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogrammet (7 kap. 4 §). Det finns ingen bestämmelse i lagen som anger vilket landsting det är som ska svara för kostnaderna.

4 Fördelning av kostnader för smittskyddsläkemedel

Förslag: Det ska införas bestämmelser i smittskyddslagen om vilket landsting som ska ersätta ett öppenvårdsapotek för kostnader för läkemedel som är kostnadsfria enligt lagen. Kostnaderna ska ersättas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område ska i stället det landsting ersätta kostnaderna inom vars område den som förskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort.

Skälen för förslaget:

Behovet av reglering

Som redovisas i avsnitt 3 föreslår Läkemedels- och apoteksutredningen i delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) att E-hälsomyndigheten ska förmedla betalning av apotekens fakturor beträffande läkemedel som är kostnadsfria enligt smittskyddslagen (2004:168) samt bl.a. förmedla uppgifter för statistik och ekonomisk samt medicinsk uppföljning av sådana läkemedel. Syftet med förslagen är att öka möjligheterna till uppföljning och underlätta apotekens fakturering av kostnadsfria smittskyddsläkemedel.

Kostnadsfriheten innebär att öppenvårdsapoteken inte tar något betalt av patienten vid utlämnandet av ett läkemedel. Vid val av öppenvårdsapotek är den enskilde patienten inte begränsad till apotek inom ett visst landstings område utan denne kan vända sig till olika apotek. Detta medför ett behov av tydliga regler om vilket landsting som ska ersätta ett öppenvårdsapotek för kostnader för

smittskyddsläkemedel. Fråga uppkommer därmed om det finns en tydlig reglering om vilket landsting som ska ersätta kostnaderna?

Enligt 7 kap. 1 § smittskyddslagen är läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning kostnadsfria för patienten. Av 7 kap. 4 § samma lag framgår att landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 1 §. Av bestämmelsen framgår dock inte vilket landsting som bär ansvaret för kostnaderna. I 1 kap. 8 § smittskyddslagen anges visserligen att varje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Bestämmelsen är dock inte tydlig i fråga om vilket landsting som ska svara för en viss patients kostnader för läkemedel. Ska det t.ex. vara det landsting där patienten är bosatt eller det landsting där förskrivaren är verksam? I den tidigare smittskyddslagen (1988:1472) reglerades att landstinget skulle svara för kostnader för de smittskyddsläkemedel som förordnades inom den egna verksamheten (64 §).

I 3 och 3 c §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, finns bestämmelser om ansvarigt landsting. I bestämmelserna regleras vilket landsting som ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Inte heller dessa bestämmelser bedöms dock tillgodose behovet av tydlighet i fråga om vilket landsting som ska svara för kostnadsfria läkemedel enligt smittskyddslagen.

Mot bakgrund av vad som anförts bedöms det finnas ett behov av tydligare regler om vilket landsting som ska ersätta öppenvårdsapoteken för kostnaderna.

Motsvarande behov finns inte när det gäller andra kostnadsfria insatser enligt smittskyddslagen. Enligt 7 kap. 2 § smittskyddslagen är undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom. När det gäller den undersökning, vård och behandling som ges inom landstingets hälso- och sjukvård följer det av HSL:s bestämmelser vilket landsting som är ansvarigt. För undersökning, vård och behandling som ges av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning finns bestämmelser om ansvarigt landsting i 6 § nämnda lag.

Av 7 kap. 2 a § smittskyddslagen framgår att vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogrammet är kostnadsfria för patienten. Enligt 2 kap. 3 f § smittskyddslagen ska den som omfattas av 3 § HSL erbjudas vaccinationer mot smittsamma sjukdomar som ingår i nationella vaccinationsprogrammet av landstinget. De vaccinationer som nämns i paragrafen förutsätts i huvudsak genomföras i primärvården. Även i detta fall följer det således av HSL:s bestämmelser vilket landsting som är ansvarigt (jfr prop. 2011/12:123 s. 79).

Bestämmelsens utformning

Den nya bestämmelsen bör utformas så att det på ett förhållandevis enkelt sätt går att fördela kostnaderna på landsting utifrån den personkrets som enligt 7 kap. 3 § 1–4 smittskyddslagen kan komma att omfattas av kostnadsfriheten. Enligt nämnda bestämmelse gäller kostnadsfriheten den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige, den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, vissa utländska sjömän när det gäller läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis samt den som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Det är vidare rimligt att den nya bestämmelsen tar sin utgångspunkt i hur bestämmelserna om ansvarigt landsting är utformade i HSL och i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. En fördel med en ordning som i huvudsak liknar den i lagen om läkemedelsförmåner m.m. är att E-hälsomyndigheten redan i dag förmedlar betalning för läkemedel mellan öppenvårdsapoteken och landstingen enligt bestämmelserna i lagen. E-hälsomyndigheten har i sitt remissvar över Läkemedels- och apoteksutredningens betänkande också förordat att en förtydligande bestämmelse utformas med 22 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. som förebild.

Huvudregeln i såväl HSL som 22 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. är att ansvarigt landsting är det där den enskilde är bosatt. För den som inte är bosatt inom något landsting men som

omfattas av förordning (EG) nr 883/2004 är i stället det landsting ansvarigt inom vars område en person är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I lagen om läkemedelsförmåner m.m. regleras därutöver att kostnaderna i andra fall än som nämns ovan ska ersättas av det landsting inom vars område den som förskrivit en förmånsberättigad vara har sin verksamhetsort.

I likhet med bestämmelserna i HSL och i lagen om läkemedelsförmåner m.m. bör huvudregeln vara att det landsting inom vars område en patient är bosatt ska ersätta öppenvårdsapoteken för kostnaderna för smittskyddsläkemedel. Detta torde vara den ordning som i huvudsak tillämpas redan i dag när apoteken fakturerar landstingen. När det gäller fördelning av kostnader för den som inte är bosatt inom något landstings område torde det finnas utrymme att förenkla reglerna något jämfört med bestämmelserna i HSL och i lagen om läkemedelsförmåner m.m. En regel om att det landsting inom vars område den som förskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort ska ersätta öppenvårdsapoteken för kostnaderna torde vara förhållandevis enkel att tillämpa och är att föredra. Den nya bestämmelsen bör utformas i enlighet med vad som nu sagts.

Bestämmelsen bör införas i 7 kap. 4 § smittskyddslagen som bl.a. innehåller bestämmelser om att landstinget ska svara för kostnader för läkemedel som avses i 7 kap. 1 §. Den del av paragrafen som reglerar kostnadsansvar för åtgärder som avses i 7 kap. 2 § smittskyddslagen och för de vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § första stycket samma lag, bör föras över till en ny paragraf i samma kapitel.

För frågan om var i Sverige en person ska anses vara bosatt finns bestämmelser i folkbokföringslagen (1991:481). Enligt 6 § folkbokföringslagen ska en person folkbokföras på den fastighet och i den territoriella församling där han eller hon enligt 7–13 §§ samma lag är att anse som bosatt. Undantag från denna bestämmelse finns i bl.a. 16 § samma lag. Av 7 § folkbokföringslagen framgår bl.a. att en person anses vara bosatt på den fastighet där han eller hon regelmässigt tillbringar eller, när byte av bostad har skett, kan antas komma att regelmässigt tillbringa sin dygnsvila. Av 16 § folkbokföringslagen framgår att en person som av särskilda

skäl kan antas bli utsatt för brott, förföljelser eller allvarliga trakasserier på annat sätt, vid flyttning får medges vara folkbokförd på den gamla folkbokföringsorten (kvarskrivning).

För patienter som tillhör personkretsen i 7 kap. 3 § 1 smittskyddslagen, dvs. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är att anse som bosatt i Sverige kommer det landsting inom vars område patienten är bosatt att i normala fall ersätta kostnaderna. För patienter som tillhör personkretsen i 7 kap. 3 § 2–4 smittskyddslagen kommer i stället det landsting inom vars område den som förskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort att ersätta kostnaderna.

Det kan i detta sammanhang noteras att det av 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar följer att utlänningar som avses i 1 § första stycket 1 och 2 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. samt utlänningar som avses i 11 kap. 2 § första och andra styckena utlänningslagen (2005:716) inte ska betala någon avgift för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Av 9 § förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande framgår att öppenvårdsapotek har rätt till ersättning av staten för receptförskrivna läkemedel för dessa personer. Landstingen ska således inte svara för dessa kostnader och de omfattas därmed inte av den nya bestämmelsen.

Det kan vidare noteras att Läkemedels- och apoteksutredningen i sitt betänkande föreslår en ny bestämmelse i smittskyddsförordningen (2004:255) med innebörden att om ett läkemedel lämnats ut kostnadsfritt enligt smittskyddslagen från öppenvårdsapotek mot förskrivning, har apoteket rätt att få ersättning av det landsting som avses i 7 kap. 4 § smittskyddslagen med ett belopp som motsvarar försäljningspriset. Det föreslås vidare att ersättning ska betalas i efterhand, varvid ersättning som hör till en viss månad, ska betalas den första vardag som inte är lördag i den andra månaden därefter. Ersättningen ska betalas till E-hälsomyndigheten som förmedlar den till öppenvårdsapoteket och i övrigt ska ersättning betalas på det sätt landstinget, E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteket kommer överens om. En bestämmelse med motsvarande innehåll för förmånsläkemedel finns i 16 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.



5 Förtydligande av kretsen förmånsberättigade i smittskyddslagen

Förslag: Bestämmelserna om vilka som är förmånsberättigade i smittskyddslagen ska förtydligas så att det uttryckligen framgår att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004.

Skälen för förslaget: I 7 kap. 3 § 2 smittskyddslagen (2004:168) anges att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Av förarbetena framgår att bestämmelsen är begränsad till den som har rätt till sjukvårdsförmåner i Sverige (jfr prop. 2003/04:30 s. 199). Detta har dock inte kommit till uttryck i lagtexten. Det bör därför göras ett sådant förtydligande i paragrafen.



6 Ikraftträdande

Förslag: Ändringarna i smittskyddslagen ska träda i kraft den 1 januari 2016.

Skälen för förslaget: Som redovisas i avsnitt 3 föreslår Läkemedels- och apoteksutredningen i delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) en reglering som syftar till att debitering och uppföljning av smittskyddsläkemedel ska hanteras på samma sätt som debitering och uppföljning av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. I betänkandet föreslås tidpunkten för regleringens ikraftträdande till den 1 januari 2016. Den nu föreslagna regleringen syftar till att bl.a. möjliggöra den ordning för debitering som föreslås i betänkandet. Bestämmelserna bör därför träda i kraft samtidigt med förslagen i betänkandet. Bestämmelserna bör således träda i kraft den 1 januari 2016. Något behov av övergångsbestämmelser bedöms inte föreligga.



7 Konsekvenser

I delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) uppskattas den totala försäljningen av smittskyddsläkemedel till ett värde av 726 miljoner kronor. Av betänkandet framgår vidare att uppföljningen av smittskyddsläkemedel försvåras av att det inte framgår av statistiken från E-hälsomyndigheten att ett läkemedel expedieras med kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen (2004:168). Någon närmare analys av de ekonomiska konsekvenserna av promemorians förslag om att förtydliga kostnadsansvaret för smittskyddsläkemedel är således svår att göra. På ett allmänt plan kan dock konstateras att förslaget kommer att medföra en ökad tydlighet kring vilket landsting som ska svara för kostnaden för patienters smittskyddsläkemedel. Huvudregeln föreslås vara att det landsting inom vars område en patient är bosatt ska ersätta kostnaderna för smittskyddsläkemedel. Som redovisas i avsnitt 4 föreligger i dag en otydlighet kring vilket landsting som ska bära kostnadsansvaret för de smittskyddsläkemedel som patienter hämtar ut på apotek. Det kan inte uteslutas att denna otydlighet leder till att flertalet apotek väljer att skicka sina fakturor för smittskyddsläkemedel till det landsting där apoteket är beläget. Detta oavsett var de patienter som hämtat ut läkemedlen är bosatta. I och med den förtydligande bestämmelse som föreslås i denna promemoria samt förslaget i betänkandet Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) om att E-hälsomyndigheten ska vara betalningsförmedlare kommer detta inte längre vara möjligt. Konsekvensen är att landstingen i en något ökad grad kommer att bära kostnaderna för sina egna landstingsmedlemmars smittskyddsläkemedel.

Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Den

föreslagna bestämmelsen om att förtydliga kostnadsansvaret för smittskyddsläkemedel bedöms inte innebära att landstingens rätt till självbestämmande inskränks. Detta eftersom det redan i dag regleras i 7 kap. 4 § smittskyddslagen att landstingen ska svara för kostnader för smittskyddsläkemedel. Den föreslagna bestämmelsen är enbart ett förtydligande av vilket landsting som ska svara för kostnaderna och innebär således inget ytterligare åliggande för landstingen.

För E-hälsomyndigheten bedöms förslaget underlätta myndighetens debitering och utlämnande av uppgifter för bl.a. statistik beträffande smittskyddsläkemedel som föreslås i delbetänkandet Läkemedel för särskilda behov (2014:20). Förslaget i promemorian innebär i sig inga kostnader för myndigheten. De kostnader som myndigheten kommer att få till följd av betänkandets förslag bedöms kunna finansieras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Det torde vara positivt för apoteken att landstingens kostnadsansvar förtydligas. Konsekvenserna för apoteken av att E-hälsomyndigheten hanterar debiteringen även för smittskyddsläkemedel är en följd av förslagen i betänkandet Läkemedel för särskilda behov. Förslaget i promemorian bedöms inte innebära några ytterligare konsekvenser för apotekens del.

Förslaget bedöms inte påverka patienternas rätt att erhålla kostnadsfria smittskyddsläkemedel.

I övrigt bedöms förslaget inte medföra några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbete, sysselsättning och offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män samt möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

Förslaget om att förtydliga bestämmelserna om vilka som är förmånsberättigade i smittskyddslagen så att det uttryckligen framgår att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 bedöms inte medföra några särskilda konsekvenser. Detta eftersom förslaget enbart innebär att gällande rätt förtydligas.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

7 kap. 3 §

I paragrafen finns bestämmelser om vem som har rätt till förmåner enligt 1 och 2 §§. *Andra punkten* förtydligas så att det uttryckligen anges att kostnadsfriheten gäller den som utan att vara bosatt här har rätt till *vårdförmåner i Sverige vid sjukdom* enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004. Någon ändring i sak är inte avsedd (jfr prop. 2003/04:30 s. 199).

Övervägandena finns i avsnitt 4.

7 kap. 4 §

I paragrafen regleras att landstinget svarar för kostnader för läkemedel som är kostnadsfria enligt 1 §. De delar av paragrafen som handlar om undersökning, vård och behandling samt om vaccin flyttas till nya 4 a §.

I paragrafen införs samtidigt regler om vilket landsting som ska ersätta öppenvårdsapoteken för kostnaderna för läkemedel. *Första stycket* avser normalfallet, dvs. patienter som är att anse som bosatta i ett landsting. I dessa fall ska det landsting inom vars område patienten är bosatt ersätta kostnaderna. För frågan om var i Sverige en person ska anses vara bosatt finns bestämmelser i folkbokföringslagen (1991:481). Första stycket kommer i normala fall att gälla den som har rätt till förmåner enligt 3 § 1.

I *andra stycket* regleras vilket landsting som ska ersätta kostnaderna för patienter som inte är att anse som bosatta i ett

landsting. I dessa fall ska det landsting ersätta kostnaderna inom vars område den som förskrivit läkemedlet har sin verksamhetsort. Detta kommer i huvudsak att gälla övriga förmånsberättigade enligt 3 § 2–4.

Övervägandena finns i avsnitt 4.

7 kap. 4 a §

Paragrafen är ny. Bestämmelserna, som tidigare fanns i 4 §, överförs efter enbart mindre språkliga justeringar till paragrafen. Bestämmelserna behandlas i prop. 2003/04:30 s. 240 och i prop. 2011/12:123 s. 79 f.

Övervägandena finns i avsnitt 4.

Departementsserien 2015

Kronologisk förteckning

1. Gälldenärens möjligheter
att överklaga utmätningsbeslut. Ju.
2. Värdepapperscentraler och kontoföring
av finansiella instrument. Fi.
3. Trossamfundens sociala insatser.
En preliminär undersökning. S.
4. Brottmålsprocessen – en konsekvens-
analys. Ju.
5. Uppbörd av böter. Ju.
6. En jämnare och mer aktuell utveckling
av inkomstpensionerna. S.
7. Rätten till försvarare, m.m. Ju.
8. Ytterligare en månad inom
föräldrapenningen reserveras
för vardera föräldern. S.
9. Ett reformerat bilstöd. S.
10. Återlämnande av olagligt utförda
kulturföremål. Ku.
11. Res lätt med biljett. N.
12. Missbruk av svenska pass.
Omfattning och åtgärdsförslag. Ju.
13. Ändringar i lagen om kontroll av skyd-
dade beteckningar på jordbrukspro-
dukter och livsmedel. N.
14. Statliga utställningsgarantier.
En översyn. Ku.
15. Sanktionsavgifter för andra aktörer på
fiskets område än yrkesfiskare. N.
16. Avlägsnande av vrak. Ju.
17. Avskaffande av den bortre tidsgränsen i
sjukförsäkringen. S.
18. Patientrörlighet inom EES – vissa
kompletterande förslag. S.
19. Det kommunala vårdnadsbidraget
avskaffas. S.
20. Kostnadsansvar för
smittskyddsläkemedel. S.

Departementsserien 2015

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Värdepapperscentraler och kontoföring av
finansiella instrument. [2]

Justitiedepartementet

Gäldenärens möjligheter
att överklaga utmättningsbeslut. [1]

Brottmålsprocessen – en konsekvens-
analys. [4]

Uppbörd av böter. [5]

Rätten till försvarare, m.m. [7]

Missbruk av svenska pass.

Omfattning och åtgärdsförslag. [12]

Avlägsnande av vrak. [16]

Patienttrörlighet inom EES – vissa
kompletterande förslag. [18]

Det kommunala vårdnadsbidraget
avskaffas. [19]

Kostnadsansvar för
smittskyddsläkemedel. [20]

Kulturdepartementet

Återlämnande av olagligt utförda
kulturföremål. [10]

Statliga utställningsgarantier.
En översyn. [14]

Näringsdepartementet

Res lätt med biljett. [11]

Ändringar i lagen om kontroll av skyddade
beteckningar på jordbruksprodukter
och livsmedel. [13]

Sanktionsavgifter för andra aktörer på
fiskets område än yrkesfiskare. [15]

Socialdepartementet

Trossamfundens sociala insatser.

En preliminär undersökning. [3]

En jämnare och mer aktuell utveckling av
inkomstpensionerna. [6]

Ytterligare en månad inom
föräldrapenningen reserveras
för vardera föräldern. [8]

Ett reformerat bilstöd. [9]

Avskaffande av den borte tidsgränsen i
sjukförsäkringen. [17]





Elin Wassdal Nilsson, enhetschef
E-post: elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se

2015-08-10

Dnr RS/405/2015

Länets handikappråd
Regionens pensionärsråd

Svar på skrivelse från länets handikappråd och regionens pensionärsråd om Tolkcentralens verksamhet

Att Tolkcentralen tvingats prioritera allt hårdare bland sina uppdrag stämmer och beror främst på att rekrytering av vuxendövtolkar inte har lyckats, trots upprepade försök med ordinarie stöd av personalenheten och via informella kontakter. I stället anlitas frilanstolkar i högre grad. Bristen på såväl teckentolkar som vuxendövtolkar är ett nationellt problem. I delar av landet är tillgången relativt god, medan det i andra delar är ett större problem. Det finns frilanstolkar i länet, men Tolkcentralen anlitar också frilanstolkar från Västernorrland och Västerbotten. Det innebär höga kostnader i form av hyrbilar, restidsersättning och även övernattnings på hotell. Därför är det viktigt att våra enskilda tolkanvändare finns i vårt register och att de är de som ska beställa tolktjänst, så att resurserna används till de Tolkcentralen är till för.

I vårt län finns ingen utbildning för teckenspråkstolkar och inte heller för vuxendövtolkar. Tolkcentralen har inte möjlighet att utreda frågan om tolkutbildning kan bedrivas i länet. Det är folkhögskolor som fungerat som lärosäten och utbildningsplatserna har blivit färre. En utveckling som delvis kan förklaras med att allt fler får CI-implantat samt att den tekniska utvecklingen i övrigt har bidragit till tolkanvändare kan använda sin smartphone eller surfplatta som hjälpmedel vid kommunikation.

Regeringen har under våren gett Statskontoret i uppdrag att göra en översyn av utbildningen av tolkar för barndomsdöva, vuxendöva, hörselskadade och personer med dövblindhet inom folkhögskolan. I översynen ingår att föreslå vilken dimensionering och finansiering den framtida utbildningen av teckenspråkstolkar bör ha samt att överväga om det finns behov av ökad statlig styrning, t.ex. vad gäller kursmål, examination och validering av kunskaper. Statskontoret ska också undersöka om det finns behov av att införa en teckenspråkstolkutbildning. Översynen ska vara klar i oktober i år.

Tolkcentralen eftersträvar att lösa alla inkomna tolkbeställningar för enskilda tolkanvändare. Nedan redovisas statistik över antal utförda tolkuppdrag samt tolkuppdrag där Tolkcentralen fått lämna brist (de uppdrag som inte kunnat lösas):

År	Utfört	Brist %
----	--------	---------

2012	680	2,50
2013	705	3,55
2014	527	4,55

Tolkcentralens uppdrag omfattar endast enskilda tolkanvändare. Enskild tolkanvändare som är medlem i organisationer och föreningar kan alltid beställa tolk till möten och evenemang som de önskar delta i. För att tolkcentralen ska kunna planera en beställning tillsammans med andra beställningar krävs att samordnaren har bra information om eventuella program. Tolkcentralen kommer att utreda om beställningar från organisationer och föreningar kan tas emot. Det är dock viktigt att tillgängligheten för hela länet värnas och att detta inte bidrar till diskriminering av någon grupp. Om regeln om att endast enskilda kan beställa tolktjänst ändras kommer detta att meddelas på Tolkcentralens hemsida samt skriftligt till länets handikappråd och regionens pensionärsråd.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71 (ankn 27571)
E-post: daniel.l.nilsson@jll.se

2014-10-23

LS/1530/2014

Landstingsstyrelsen

Skrivelse från Länets handikappråd om Tolkcentralens verksamhet

Länets handikappråd och Landstingets pensionärsråd har under våren 2014 uppmärksammat att Tolkcentralen tvingas prioritera allt hårdare bland sina uppdrag. Detta beror dels på en ansträngd ekonomi men även på en brist av utbildade tolkar.

Länets handikappråd och Landstingets pensionärsråd vill med denna skrivelse uppmärksamma landstingets ledning på den rådande situationen vid Tolkcentralen. Exempelvis tvingas idag personer med hörselnedsättning, döva och döv-blinda, stanna hemma från föreningslivet på grund av att det inte finns någon tolk att tillgå under möten. Idag är det bara de högst prioriterande ärenden som beviljas, exempelvis ärenden inom sjukvården medan övriga ärenden avslås vilket har lett till att andra, mindre prioriterade grupper, helt slutat efterfråga tolk. Råden önskar, med utgångspunkt av detta, att en översyn görs av Tolkcentralens ekonomi. Råden vill också att en översyn ska göras utifrån hur nya tolkar rekryteras samt om tolkutbildning skulle kunna bedrivas i länet.

Idag kan inte organisationer eller föreningar ansöka om tolk i samband med möten. Istället måste enskilda individer på egen hand kontakta tolkcentralen ifall de vill ha hjälp av tolk. Detta borde gå att samordna bättre så att organisationer och föreningar ska kunna representera sina medlemmar vid tolkbokning.

Länets handikappråd
Landstingets pensionärsråd

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



**Långsiktig utvecklingsplan för minskade
sjukskrivningar**

Version: 2

Ansvarig: Regionstyrelsen

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-06-15	Nyutgåva till Regiondirektörens ledningsgrupp för synpunkt		
2.	2015-06-24	Dokument överlämnat till Samordningskansliet		

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
2	INRIKTNING OCH MÅL.....	8
2.1	Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
2.2	Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
2.3	Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
3	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	10
3.1	Mål: Samma sjuktal som övriga landet.....	10
3.2	Mål: Brett politiskt samförstånd	11
3.3	Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess.....	11
3.4	Mål: Samordnad tidig rehabilitering	12
3.5	Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin	12
3.6	Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.	13
3.7	Mål: Förbättra för personer med muskuloskeletal besvär	14
3.8	Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare.....	14
4	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	16
4.1	Demografi och några socioekonomiska faktorer	16
4.1.1	Befolkningsutveckling	16
4.1.2	Arbetsmarknad och inkomst	17
4.1.3	Försörjningsmått	21
4.1.4	Utbildningsnivå.....	21
4.1.5	Folkhälsa	22
4.2	Sjukpenningtal	23
4.2.1	Sjukskrivningar i olika yrken	25
4.3	Psykisk ohälsa	25
4.3.1	Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning	27
4.3.2	Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor	27
4.3.3	Uttag av föräldrapeng	29
4.4	Jämställdhet.....	29
4.4.1	En jämställd sjukskrivningsprocess	30
4.4.2	Våld i nära relationer	31
4.4.3	Genushanden	32
4.5	Försäkringsmedicin	33

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.6	Samordnad tidig rehabilitering.....	34
4.7	Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet	34
4.7.1	ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap.....	34
4.7.2	ESF-projekt Process för sänkta sjuktal	35
4.7.3	Rehabiliteringsgarantin	35
4.7.4	Sjukskrivningsmiljarden	36
4.7.5	Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring	37
4.7.6	Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen ...	38
4.8	Regler för sjuklön	38
4.8.1	Sjuk- och aktivitetsersättning	38
4.9	Arbetsgivarens roll och ansvar	39
4.9.1	Rehabiliteringskedjan.....	39
5	UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN.....	41

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

1 INLEDNING

Jämtlands län skiljer sig från övriga riket när det gäller sjukskrivningar. Detsamma gäller Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.

Invånarna i Jämtlands län har högst andel sjukpenningdagar i landet. I april 2015 hade Jämtlands län 13,0 sjukpenningdagar¹ vilket är 33 procent över riksgenomsnittet 9,8 dagar. För männen var sjukpenningtalet 8,9 dagar jämfört med riket 6,9 dagar. För kvinnorna var sjukpenningtalet 17,3 dagar jämfört med riket 12,8 dagar.

Region Jämtland Härjedalens medarbetare har högst sjukfrånvaro bland landets landsting och regioner. År 2014 hade Region Jämtland Härjedalen en sjukfrånvaro på 6,8 %, vilket är 21 procent över riksgenomsnittet 5,6 %. Även länets kommuner har sammantaget högst sjukfrånvaron bland sina medarbetare, om man jämför med övriga län. Inom länet är det dock stor skillnad mellan kommunerna.

Det är inte klarlagt i vilken grad avvikelsen i sjukpenningtal speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen. Sannolikt är det fler faktorer än befolkningens hälsa som spelar in i de höga sjukpenningtalen. Kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget är några faktorer som brukar lyftas fram som förklaringsgrunder.

Utöver den rent mänskliga aspekten på sjukskrivningar medför länets höga sjukpenningtal stora ekonomiska påfrestningar för såväl individer, arbetsgivare som stat. Invånarna i Jämtlands län har, tillsammans med Gotland och Värmland, landets lägsta medelinkomst. Sänkt disponibel inkomst på grund av sjukfrånvaro är sannolikt kännbart för många.

I jämförelse med andra länder i Europa ligger den svenska sjukfrånvaron bland anställda på en genomsnittlig nivå, men så har det inte alltid varit. För tio år sedan hade Sveriges en sjukfrånvaro som var dubbelt så hög och då stack Sverige ut i jämförelse med de övriga länderna. Försäkringskassan förklarar i sina analyser att sänkningen i stor utsträckning beror på regeländringar, såsom inrättande av rehabiliteringskedjan och införande av maxtid i sjukförsäkringen. Även regeringens tydliga målsättning i början av 2000-talet om halverad sjukfrånvaro anses ha haft betydelse då det påverkade myndigheters handläggning.

Från år 2010 har sjukfrånvaron börjat öka igen i Sverige och det är främst den psykiska ohälsan som ökar. I augusti 2014 fattade politiken ett beslut att utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalet för invånarna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalens medarbetare. Planen ska fastställas hösten 2015.

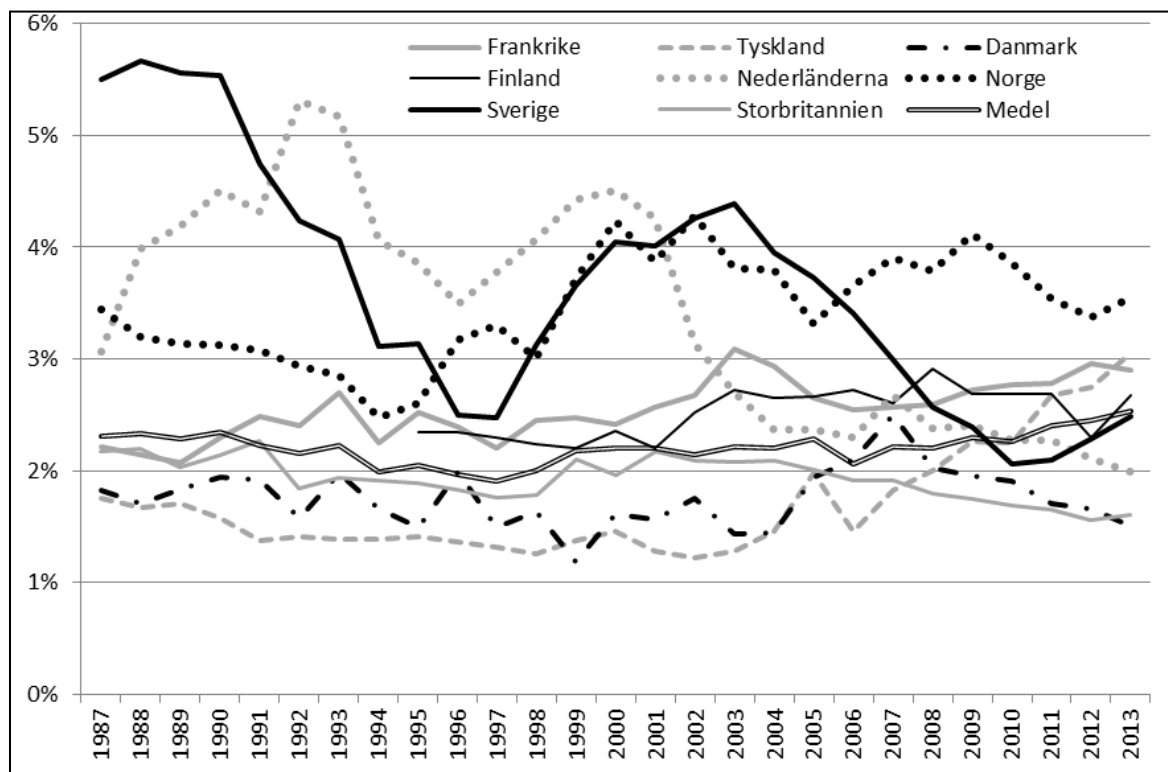
¹ Sjukpenningtalet är antalet nettodagar från sjuk- och rehabiliteringspenning dividerat med antalet inskrivna försäkrade minus antal personer med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Sjukpenningtalet anger antalet dagar per person om alla sjukpenningdagar under ett år slås ut på alla försäkrade individer.

Handläggare
Karin Jonsson

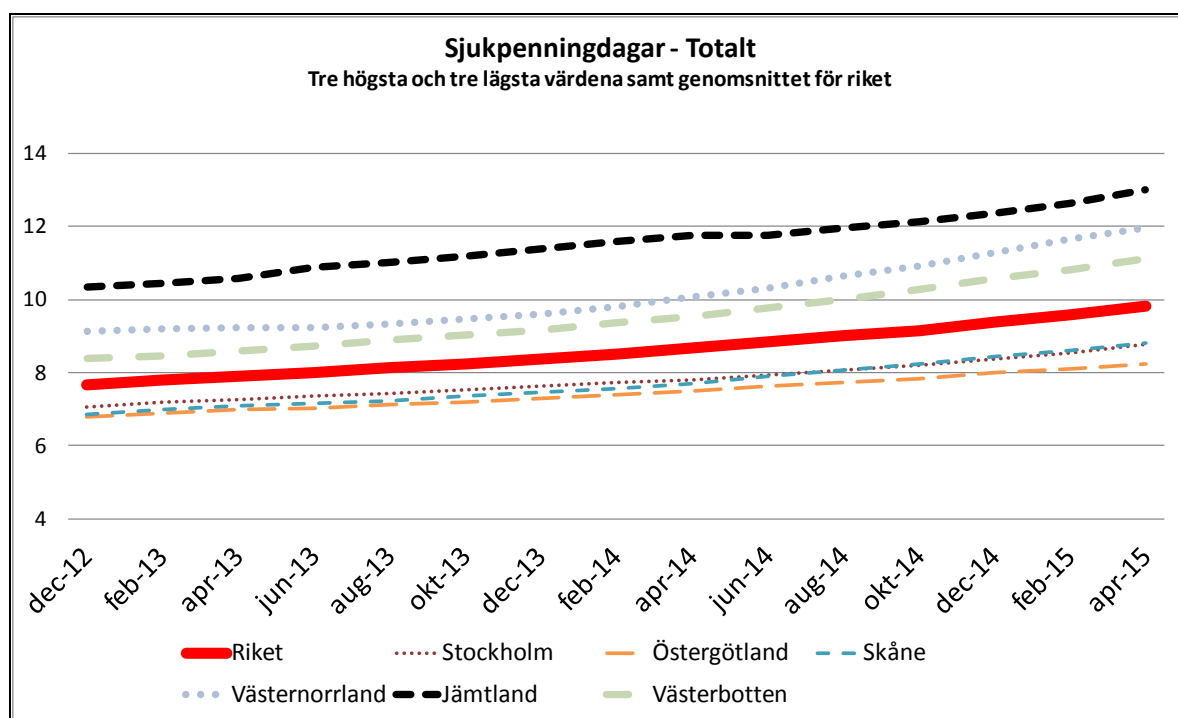
Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Sjukfrånvaron bland arbetande i åtta europeiska länder år 1987–2013 (procent av de arbetande)



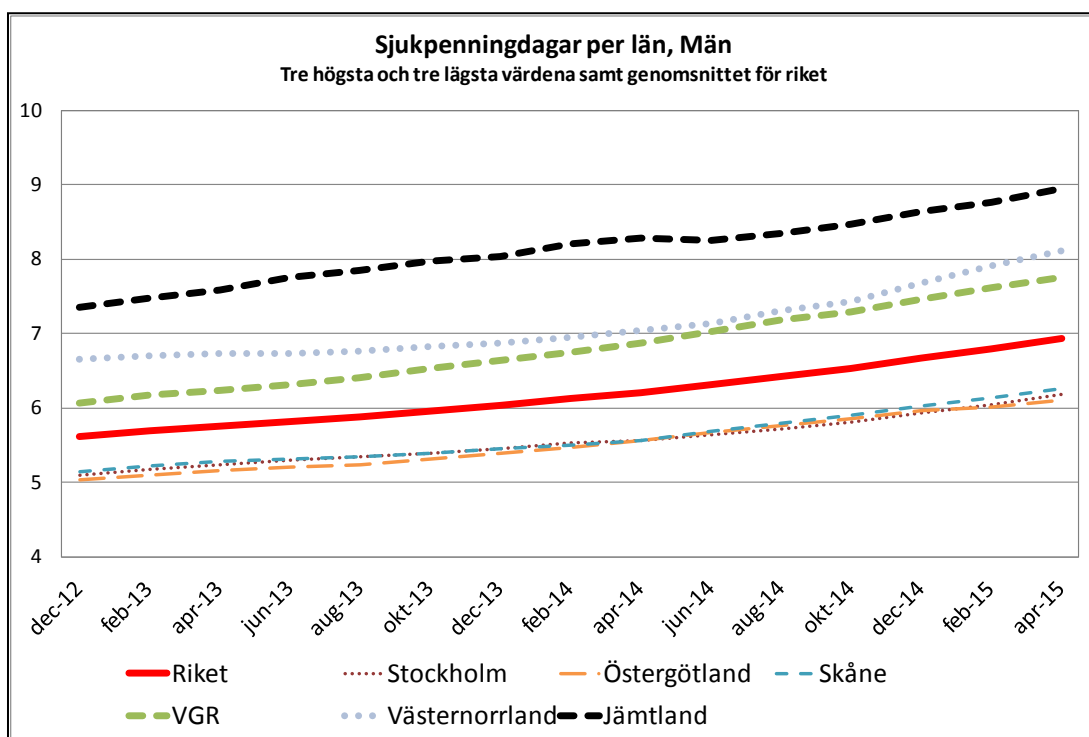
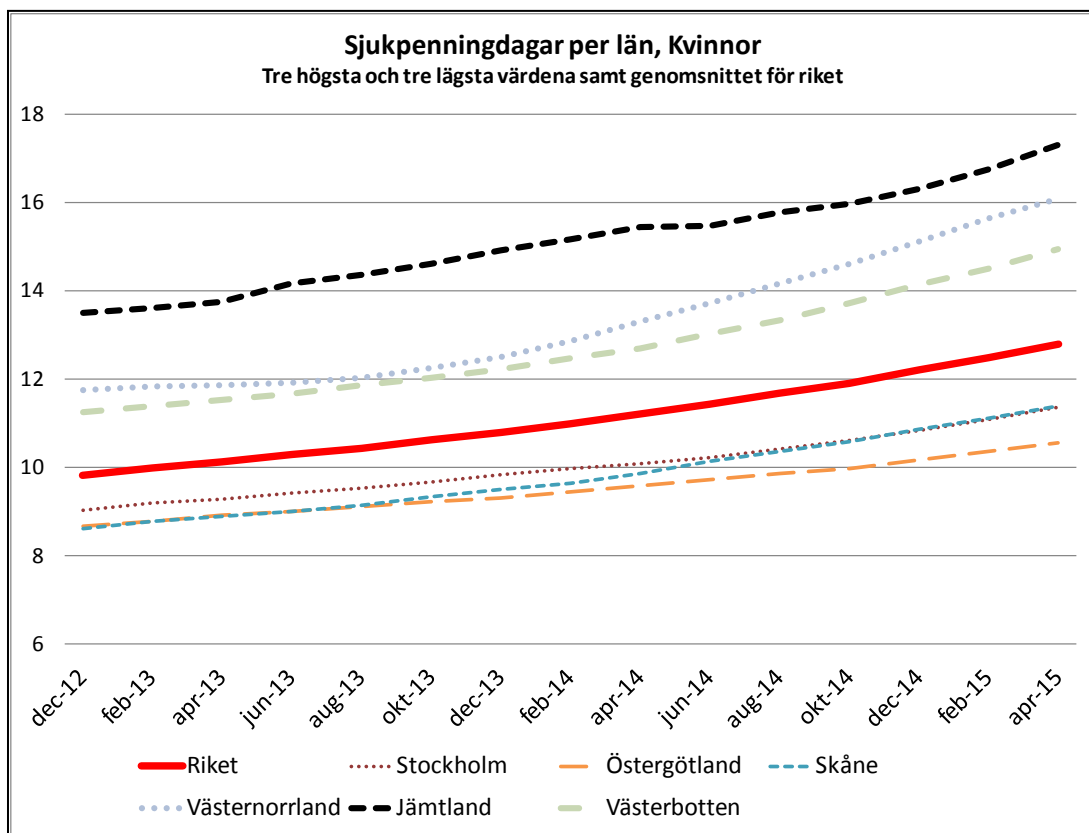
Sjukpenningdagar i Sverige, december 2012-april 2015



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

2 INRIKTNING OCH MÅL

Inriktningen för den långsiktiga utvecklingsplanen är att minska antalet onödiga – och onödigt långa – sjukskrivningstillfällen för invånarna i Jämtlands län och medarbetarna inom Region Jämtland Härjedalen. I arbetet ingår att kartlägga, analysera och föreslå åtgärder som leder i önskad riktning..

Hälso- och sjukvården ska i ökad grad bidra till att sjukskrivningsprocessen leder till återgång i arbete eller förhindrar sjukskrivning.

2.1 Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Sjukpenningtal i länet som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Sjukfrånvaro för medarbetarna som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Bred politisk samverkan runt preciserade mål och utveckling.

2.2 Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess i länet.
- Minskat differensen till genomsnittet för sjukpenningdagar i riket med två dagar jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,2 %-enheter jämfört med år 2014.

2.3 Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Stabila och väl fungerande rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering i länet.
- Hög kompetens inom försäkringsmedicin² bland medarbetarna.
- Förbättrat för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.
- Förbättrat för personer med muskuloskeletal besvär
- Minskat differensen till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar med en dag jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,0 %-enheter jämfört med år 2014.

² Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Arbetet med att sänka sjuktalet ska bland annat ta utgångspunkt i:

- Kartläggning av statistik utifrån bl.a. kön, ålder, socioekonomiska faktorer, arbetsgivare
- Kartläggning av pågående aktiviteter i riket, länet och av hur aktörerna samverkar.
- Kartläggning av sjukintyg med avseende på kvalitet och sjukskrivningslängder.
- Kartläggning av Försäkringskassans ledtider

Planen ska integreras med Region Jämtland Härjedalens projektansökningar till Europeiska socialfonden våren 2015, i samverkan med länets kommuner, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Mittuniversitetet.

Utifrån den långsiktiga utvecklingsplanen ska en detaljerad handlingsplan utarbetas som tydliggör vad som ska göras, när och av vem. Handlingsplanen följs upp av styrgrupp, under ledning av Regiondirektören.

I uppföljningen ska ingå att säkerställa att planens intentioner och mål uppnås samt att korrigerande åtgärder vidtas om önskat resultat uteblir.

Då arbetet har ett starkt jämställdhetsfokus kommer uppföljning och resultat att presenteras konsupplad där det är möjligt. I det långsiktiga arbetet ska koppling mellan sjukskrivning och våldutsatthet samt jämställdhetsperspektivet belysas klarare och kopplingen till Försäkringsmedicin säkras och stärkas.

Avrapportering till politiken sker inom ramen för vad som beslutats i ledningssystemet.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

För att åstadkomma en varaktig förändring i sjukskrivningstalen måste handgripliga aktiviteter genomföras. Några aktiviteter är nya medan andra redan påbörjats men behöver få ökat fokus i verksamheten.

Aktiviteter kopplas till de övergripande mål som beskrivs i kapitel 2.

3.1 Mål: Samma sjuktal som övriga landet

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt. Kvinnors sjukfrånvaro är särskilt hög men även männen ligger klart över genomsnittet för riket. I vilken mån sjuktalet speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Sannolikt spelar fler faktorer än befolkningens hälsa roll för de höga sjukpenningtalen såsom exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, läget på arbetsmarknaden och Försäkringskassans handläggning. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län en sämre situation än landet i övrigt när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Arbetsmarknaden i länet är i hög grad könsuppdelad och kvinnor har i länets samtliga kommuner en lägre inkomst än männen. I vilken omfattning dessa faktorer påverkar länets höga sjukpenningtal är inte utrett.

Aktivitet	Notering
Utveckla statistik som enkelt och regelbundet visar; - Sjukskrivningslängd i förhållande till nationella riktlinjer och riket i övrigt. - Andel förlängning av sjukskrivningar utan läkarundersökning/läkarkontakt. - Rehabiliteringsinsatser för män respektive kvinnor. - Sjuktalets förändring över tid. - Sjukskrivnas sysselsättningsgrad.	Könsuppdelad statistik bör i möjligaste mån finnas i Divern, tillsammans med övrig verksamhetsstatistik.
Kartlägg aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och ökad återgång i arbete.	Samlad bild saknas över resurser – såväl personella som ekonomiska.
Utarbeta förslag till utvecklad samverkansmodell inom länet för ökad genomförandekraft.	Flytta fokus från organisation och planer till verksamhet och resultat.
Utarbeta förslag till modell för ökad rörlighet i hela regionen.	Idag nyttjas möjligheten till tjänstledighet under sjukdom, dag 90-180, för att prova annat jobb hos annan arbetsgivare i ytterst begränsad omfattning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

3.2 Mål: Brett politiskt samförstånd

Försäkringskassan prognostiserar kraftigt ökade kostnader som följd av den ökande sjukskrivningen. För att kunna möta detta skulle andra organisationer, exempelvis Hälso- och sjukvården, kunna vidta ytterligare åtgärder om finansiering kunde ordnas eller resurser omfördelas. Kreativa lösningar skulle ur ett samhällsperspektiv kunna bidra till sänkta sjuktal och sänkta sjuklönekostnader.

De medel som finns inom Region Jämtland Härjedalen för förebyggande folkhälsoarbete och hälso- och sjukvård bör värderas och prioriteras även utifrån utgångspunkten återgång i arbete och förhindrande av sjukskrivning.

Aktivitet	Notering
Utveckla modell för att samhällsekonomiskt beskriva nyttan av investeringar för sänkta sjuktal samt omfördelning av resurser.	Ibland hindras goda idéer av kortsiktigt organisatoriskt tänkande och ekonomistyrning. Satsningar inom en verksamhet kan ge ekonomisk nytta i annan verksamhet om medel omfördelas.

3.3 Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess

Sjukskrivningsepisoderna i Jämtland är generellt något fler och något längre än genomsnittet i landet. För att uppnå det nationella sysselsättningsmålet 80 % måste sjuktagen i Jämtland sänkas och fler komma i arbete. Nya rutiner och förändrat arbetssätt bedöms kunna bidra till detta.

Med dubbelt så höga sjuktal för kvinnor som för män är arbetet för en jämställd sjukskrivningsprocess viktigt. Jämställdhetsaspekten kommer att vara central vid genomförandet av planen.

Aktivitet	Notering
Genomför ESF-projektet Process för sänkta sjuktal. När processbeskrivningen är klar ska ett web-baserat utbildningsmaterial utarbetas för att kunna användas på arbetsplatserna.	Processbeskrivning och rutiner för uppföljning ska minska risken att invånarna i Jämtlands län av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är sjukskrivna oftare och längre än vad som är motiverat av medicinska skäl.
Ange mål för utbildning och användande av genushanden hos de enheter som arbetar i multimodala team. Målen ska följas upp och analyseras i relation till lokal sjukskrivningsstatistik	Inventering år 2014 visar på ett begränsat nyttjande av genushanden i verksamheten
Ange mål för implementering av rutindokumentet "Att ställa frågan om våld och hantera svaret". Patienter inom sjukskrivningsprocessen ska bli tillfrågade om våldsutsatthet och erbjudas stöd när det är påkallat.	Uppföljning 2014 visar att frågan ställs i begränsad omfattning. Regionövergripande handlingsplan mot våld i nära relation är övergripande styrdokument.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

3.4 Mål: Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får ofta tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst/kommun. Rehabkoordinatorer finns sedan några år som en viktig resurs i verksamheten för att bland annat fånga upp och stötta särskilt svåra individärenden.

Aktivitet	Notering
Tydliggör formerna för samarbete med övriga aktörer i länet.	Främst Försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare.
Tydliggör och stärk rehabkoordinatorernas roll på alla hälsocentraler och inom psykiatri.	Rollen har tydliggjorts under 2014 men kan ytterligare utvecklas.
Utred former för och synliggör nyttan med att sjukskrivande läkare regelbundet analyserar sina sjukskrivningslistor.	Sjukskrivningslistan visar hur många patienter respektive läkare har sjukskrivit mer än 28 dagar. 2014 användes sjukskrivningslistor vid knappt hälften av enheterna inom psykiatri, ortopedin och länets hälsocentraler.
Utveckla rutiner som säkerställer att multimodala teammöten genomförs varje vecka vid berörda enheter.	År 2014 genomförde knappt hälften av enheterna möten var 14:e dag.

3.5 Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen. Kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland läkare och andra berörda yrkesgrupper.

Aktivitet	Notering
Genomför löpande och strukturerat fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper	Plan ska utarbetas och utbildningsinsats påbörjas. Fokus på undvikande av medikalisering av normala livshändelser

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

3.6 Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.

Psykisk ohälsa är den största sjukskrivningsgrunden i Jämtlands län.

Andelen sjukdomsfall med diagnoserna Depressiv episod och Andra ångestsyndrom ligger i nivå med riket medan andelen sjukdomsfall med diagnoserna Anpassningsstörning och Reaktion på svår stress ligger över, för både kvinnor och män. Den enskilt största gruppen sjukdomsfall har diagnosen Reaktion på svår stress.

Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror, men medikalisering av normala livshändelser brukar anges som en av förklaringarna. Utvecklingen oroar och då särskilt att kvinnor sjukskrivs i väsentligt högre grad än män.

Aktivitet	Notering
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med lindriga och måttliga psykiska diagnoser.	Då största antalet sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av KBT/IPT-behandlingar. Detta för att säkra en jämn fördelning i befolkningen.	Antalet KBT/IPT-behandlingar minskade år 2014. Kvinnor 30-39 år med dessa diagnoser fick behandling i mindre utsträckning än övriga grupper.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd som särskilt uppmärksammar risken för medikalisering av vardagslivets problem vid diagnossättning	Ett stöd för sjukskrivande läkare.
Utveckla modell för samverkan som syftar till att underlätta för yngre personer med psykisk ohälsa att komma in på arbetsmarknaden.	Problem idag – vilken är Region Jämtland Härjedalens roll?
Utveckla bedömningsstöd för patienter med psykisk ohälsa med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.
Utveckla och genomför utbildningsinsatser avseende HBTQ, främst riktad till hälsocentralernas psykosociala enheter.	En grupp individer där hälso- och sjukvården behöver ökad kunskap.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

3.7 Mål: Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär

Stor andel av länets sjukskrivna har långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. Att samordna insatser för att hjälpa dessa personer att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning är prioriterat.

Aktivitet	Notering
Tydliggör former och syfte med fördjupade utredningar/bedömningar av patienter med diffusa smärtor i axlar nacke och rygg.	Avser MMR1 och MMR2. Syfte och mål kan behöva kommuniceras tydligare för såväl vårdpersonal som patient.
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med muskuloskeletala diagnoser.	Då ett stort antal sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av MMR 1 och 2.	För att säkra en jämn fördelning i befolkningen.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med muskuloskeletala besvär väg in i vården.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med muskuloskeletala besvär med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.

3.8 Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Region Jämtland Härjedalen har sedan flera år högst sjukskrivningstal bland landets regioner och landsting. Det är stor spridning i sjuktal inom organisationen men kvinnor har generellt högre sjukfrånvaro än män och de enheter som har högst sjukfrånvaro har huvudsakligen kvinnor anställda. En sänkt sjukfrånvaro vid dessa enheter kommer på ett positivt sätt att bidra till att minska könsskillnaderna och närma kvinnors sjuktal till männens nivå.

Aktivitet	Notering
Tydliggör organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringsprocessen med avseende på Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	Rehabprocessen inom Region Jämtland Härjedalen ska ses över hösten 2015. Chefernas roll och ansvar i rehabiliteringsprocessen behöver kommuniceras.
Utveckla system som möjliggör att löpande ta fram statistik som visar resultatet av rehabiliteringsprocessen, bland annat med avseende på rehabiliteringsinsatser och omplaceringar/avslut.	Statistiken kan då analyseras utifrån exempelvis kön, tjänst och organisatorisk tillhörighet.
Utred eventuella samband mellan enheters sjukfrånvaro och olika arbetsmiljöfaktorer såsom bemanningstal, modell för	Som underlag för eventuella beslut om organisatoriska eller verksamhetsmässiga förändringar.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

schemaläggning, dygnetruntverksamhet, rutiner vid vakanser, chefsspann etc.	
Arbeta för en positiv inställning och en ökad förståelse hos chefer om betydelsen av att främja återgång i arbetet.	En grundförutsättning för att kunna korta sjukskrivningsepisoder, där det är möjligt av medicinska skäl.
Genomför ESF-projektet Hälsofrämjande ledarskap	Tillsammans med 7 av länets kommuner.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

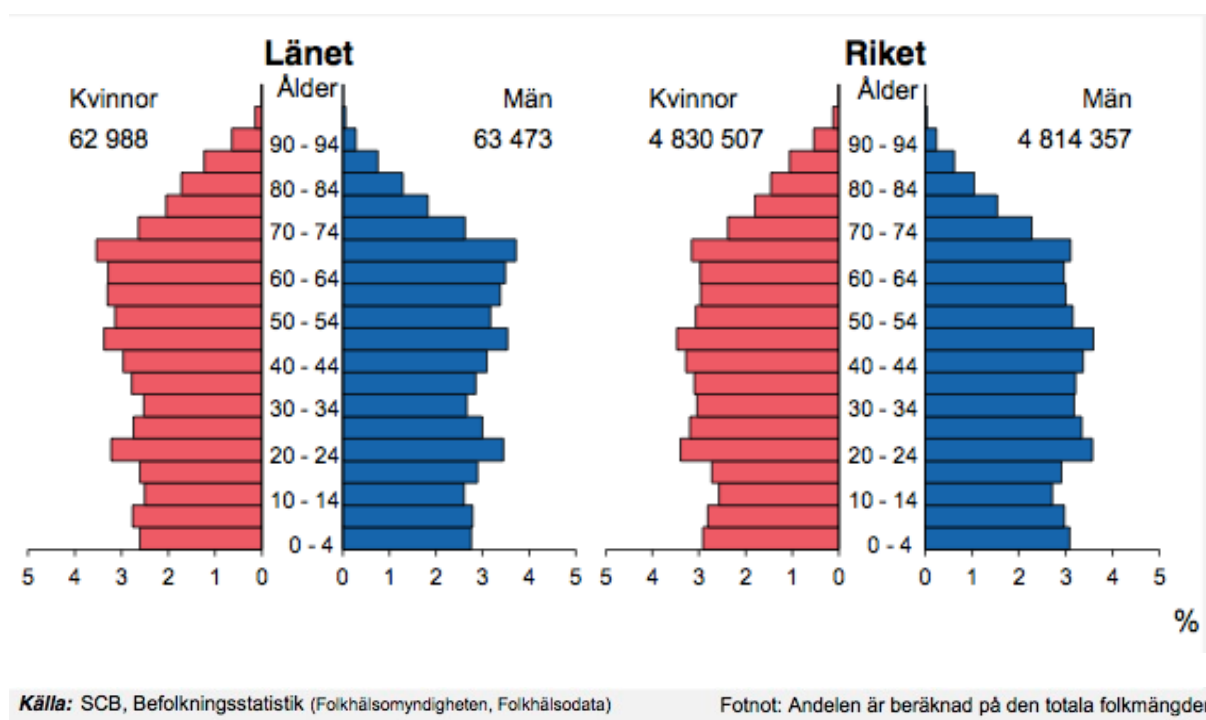
Dnr:RS/67/2015

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Demografi och några socioekonomiska faktorer

4.1.1 Befolkningsutveckling

Folkmängd 31 december 2013



Befolkningsstrukturen i Jämtlands län visar en något åldrande befolkning med fler kvinnor i de höga åldrarna även om det är något fler män totalt sett. Medellivslängden i Jämtlands län ökar för både män och kvinnor. I genomsnitt blir kvinnor i länet 83,2 år och män 79,3 år. Motsvarande siffror i riket är 83,5 år respektive 79,7 år.

Länets befolkning har minskat under en följd av år och det är främst de yngre, särskilt kvinnor, som flyttar till större orter i eller utanför länet. Andelen äldre ökar i befolkningen liksom andelen utrikes födda, den senare gruppen ligger dock fortfarande betydligt lägre än riksgenomsnittet.

Antalet förvärvsarbetare som uppnår pensionsåldern under den närmaste tioårsperioden är betydligt större än det antal unga som tillträder på arbetsmarknaden. Detta innebär att behovet av arbetskraft i framtiden är stort.

I Sverige har åldersgruppen 16-64 år ökat med 261 718 personer eller 4,5 % sedan år 2005. Under samma period har motsvarande grupp i Jämtlands län minskat med 3 378 personer eller -4,2 %. Endast Västernorrland och Gotland uppvisar en större procentuell minskning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Befolkningsutveckling åldersgrupp 16-64 år					Förändring 2005-2014	
	År 2005	År 2008	År 2011	År 2014	Antal	%
Stockholms läns landsting	1 254 074	1 314 375	1 371 673	1 421 619	167 545	13,4%
Landstinget i Uppsala län	201 252	215 817	220 433	221 689	20 437	10,2%
Region Skåne	748 265	780 327	794 478	801 237	52 972	7,1%
Region Halland	177 920	183 197	185 574	186 468	8 548	4,8%
Västra Götalandsregionen	981 624	1 007 515	1 017 294	1 022 891	41 267	4,2%
Region Östergötland	265 266	270 773	272 624	273 719	8 453	3,2%
Region Kronoberg	112 054	114 934	114 698	114 589	2 535	2,3%
Region Jönköpings län	204 878	210 288	209 728	209 025	4 147	2,0%
Landstinget Sörmland	163 605	167 316	166 943	166 782	3 177	1,9%
Region Örebro län	173 494	175 772	175 144	175 774	2 280	1,3%
Västerbottens läns landsting	165 487	166 165	165 309	163 597	-1 890	-1,1%
Landstinget i Värmland	169 851	171 202	168 214	165 757	-4 094	-2,4%
Landstinget Blekinge	93 709	94 634	93 362	91 394	-2 315	-2,5%
Region Gävleborg	172 691	173 441	169 835	167 436	-5 255	-3,0%
Landstinget i Kalmar län	144 653	145 099	142 332	139 721	-4 932	-3,4%
Landstinget Västmanland	164 648	158 185	158 189	158 659	-5 989	-3,6%
Landstinget Dalarna	171 620	172 354	169 280	165 299	-6 321	-3,7%
Norrbottnens läns landsting	159 263	158 298	154 957	152 613	-6 650	-4,2%
Region Jämtland Härjedalen	79 493	79 678	77 919	76 115	-3 378	-4,2%
Landstinget Västernorrland	151 150	150 881	147 244	144 441	-6 709	-4,4%
Region Gotland	36 497	36 234	35 674	34 387	-2 110	-5,8%
SUMMA TOTALT	5 791 494	5 946 485	6 010 904	6 053 212	261 718	4,5%

4.1.2 Arbetsmarknad och inkomst

Andel arbetslösa i länet ligger i nivå med riket. Kvinnorna är i lägre grad arbetslösa medan männen ligger något över riket.

Inom flera sektorer finns ett arbetskraftsbehov, inte minst inom delar av vården. Andelen äldre ökar medan andelen i arbetsför ålder successivt minskar. Pågående urbanisering drabbar länets företag och organisationer då det huvudsakligen är människor i arbetsför ålder som lämnar länet. Ur arbetsmarknadsaspekt är det mycket angeläget att människor inte är sjukskrivna mer än vad som är motiverat av medicinska skäl. Långa sjukskrivningsepisoder har dessutom visat sig kunna vara direkt skadliga för individers hälsa då de kan föra med sig både en försämrad ekonomi och ett socialt utanförskap.

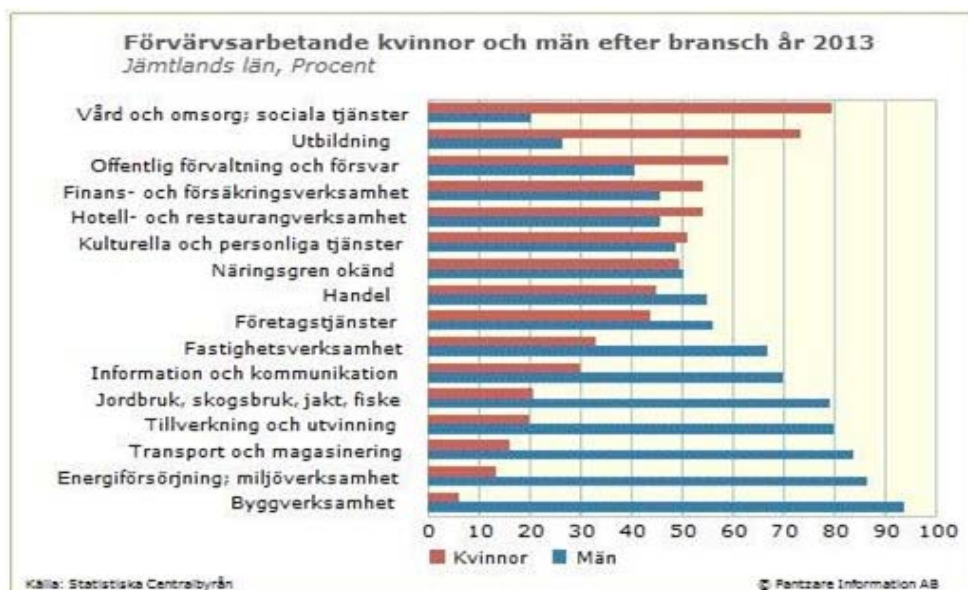
Arbetsstillfällena i mellersta norrland är huvudsakligen koncentrerade till ett fåtal näringar. Omkring hälften av alla arbetsstillfällen finns inom vård, skola och omsorg samt i bygg och tillverkningsindustrin. Inom dessa näringar är könssegregeringen tydlig. Det är en stor majoritet av män inom tillverkningsindustrin och byggsektorn medan vård- och omsorgssektorerna samt utbildningssektorn domineras av kvinnor, framför allt på grundskolenivå³.

³ Regional handlingsplan för Europeiska socialfonden 2014-2020

Handläggare
Karin Jonsson

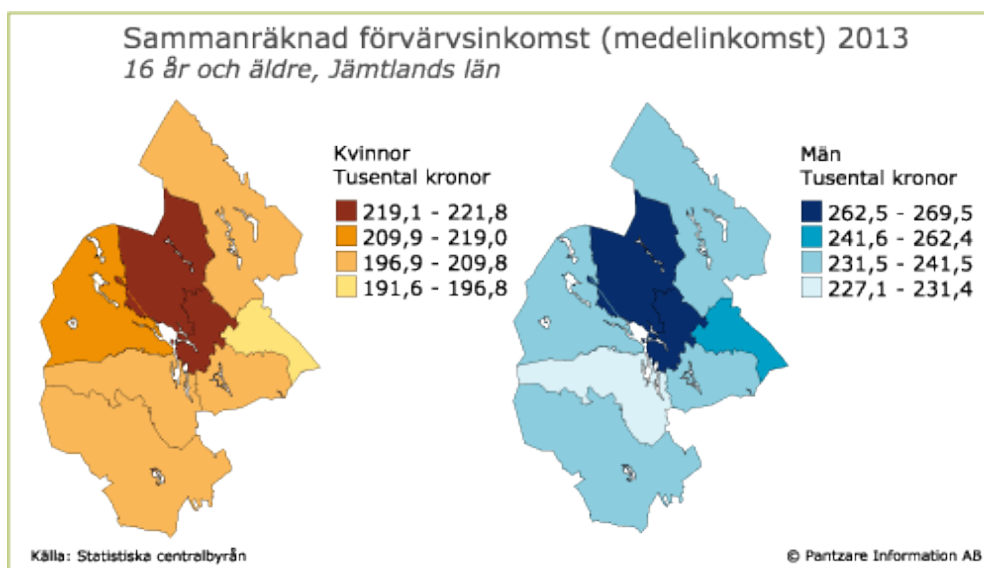
Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015



Kvinnor och män verkar även på olika nivåer i företag och organisationer. Män är i högre utsträckning ledare och chefer medan kvinnor verkar på lägre nivåer i organisationen. Större andel kvinnor arbetar deltid vilket får effekt på lönebilden. Männen i Jämtlands län tjänade år 2013 i genomsnitt 46 513 kronor mer än kvinnorna.

I jämförelse med riket var medelinkomsten i Jämtlands län år 2013 den tredje lägst i landet. Endast Gotland och Värmland hade lägre medelinkomst. Det är för männen som skillnaden är störst. Män i Jämtlands län hade näst lägst förvärvsinkomst i landet år 2013 och tjänade 45 299 kronor mindre än riksgenomsnittet för män. Kvinnorna tjänade 11 947 kronor mindre än riksgenomsnittet och hamnade med det på nionde plats av tjugo län.



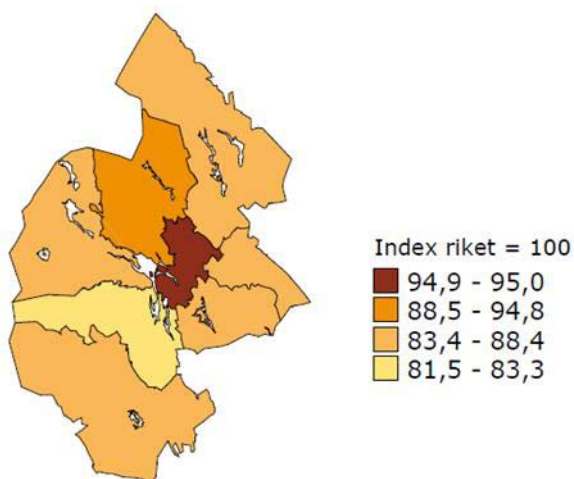
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Kommunerna i Jämtlands län har sammantaget låg skattekraft och hög kommunalskatt. Inte i någon kommun når länet upp till medelskattekraften i riket.⁴

Skattekraft 2015 Jämtlands län



Källa: Statistiska Centralbyrån

© Pantzare Information AB

Arbetsförmedlingens rapport om arbetsmöjligheter i Jämtlands län 2015 berättar att arbetsmarknaden i Jämtlands län ger ganska goda möjligheter till jobb med sina små och medelstora företag, låga varsel, sjunkande arbetslöshet och lediga platser som fortsätter att strömma in. Arbetsgivarna är svagt positiva inför 2015, arbetslösheten förväntas fortsätta minska och sysselsättningen öka något.

Länet som helhet har aningen lägre andel inskrivna arbetslösa än riket i genomsnitt och för fem av lägets åtta kommunerna är arbetslöshetssiffrorna lägre än rikets. Endast Ragunda, Bräcke och Strömsund ligger över.

Trots detta finns ett orosmoln som handlar om svårigheter att ersätta pensionsavgångarna. I Jämtlands län är det många äldre som arbetar, ungefär 5 300 är mellan 60-64 år och förmodas gå i pension de närmsta åren. Många arbetsgivare vill ofta ha minst gymnasiekompetens, även om jobben inte har några krav på yrkesutbildning eller särskilda teoretiska kunskaper. Möjligheterna till arbete under 2015 är störst inom vård och omsorg, handel, hotell och restaurang.

Nedan visas hur alla anställda i Jämtlands län fördelar sig mellan olika yrkesområden. De flesta jobbar inom hälso- och sjukvård samt socialt arbete. Nästan lika många arbetar inom försäljning, hotell, restaurang och service. Trots stora naturresurser arbetar få med jord- eller skogsbruk.

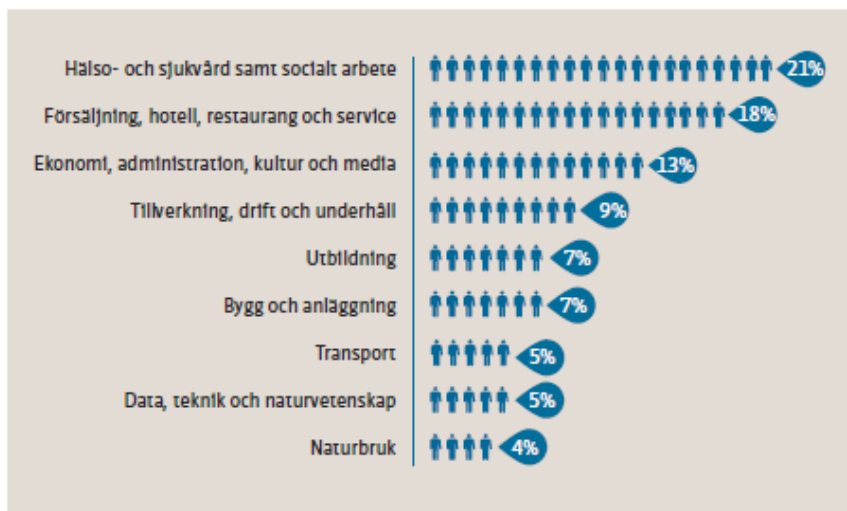
⁴ Kommunalt skatteunderlag utgörs av beskattningsbar förvärvsinkomst för fysiska personer. Skattekraften beräknas som skatteunderlag i kronor per invånare vid taxeringsårets ingång

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Andelen anställda per yrkesområde i Jämtlands län



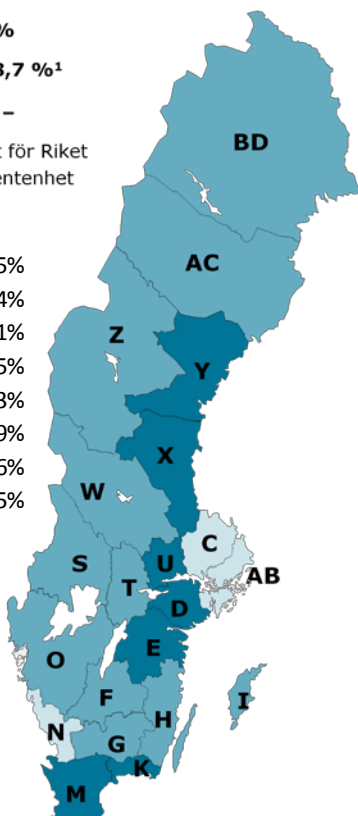
Andelen anställda och egenföretagare per yrke (2012, Jämtlands län 16-64 år) Källa: SCB

Inskrivna arbetslösa i april 2015 som andel (%) av den registerbaserade arbetskraften 16 – 64 år

- = - 6,6 %
- = 6,7 – 8,7 %¹
- = 8,8 % -

¹ Genomsnitt för Riket
+/- 1 procentenhet

Strömsund	10,5%
Bräcke	10,4%
Ragunda	10,1%
Östersund	7,5%
Härjedalen	7,3%
Berg	6,9%
Åre	5,6%
Krokom	5,5%



Län	Inskrivet arbetslösa	Män	Kvinnor	Ungdomar 18-24 år	Utrikes födda
Gävleborg	11,4%	12,2%	10,5%	22,4%	39,6%
Blekinge	10,6%	11,6%	9,5%	23,0%	31,9%
Södermanland	10,4%	11,0%	9,7%	17,0%	30,5%
Skåne	9,8%	10,6%	9,0%	16,5%	24,7%
Västmanland	9,2%	9,7%	8,6%	15,9%	24,7%
Västernorrland	9,1%	10,2%	7,9%	17,6%	33,8%
Östergötland	8,9%	9,4%	8,3%	16,3%	27,0%
Värmland	8,5%	9,4%	7,5%	17,3%	27,1%
Kronoberg	8,5%	8,9%	8,0%	14,4%	27,7%
Örebro	8,2%	9,1%	7,2%	14,3%	26,5%
Gotland	7,9%	8,3%	7,5%	16,8%	21,3%
Riket	7,7%	8,2%	7,1%	12,9%	20,9%
Jämtland	7,6%	8,9%	6,2%	14,4%	31,4%
Norrbottn	7,6%	8,4%	6,6%	14,7%	21,1%
Kalmar	7,6%	8,3%	6,7%	14,2%	27,8%
Västra Götaland	7,0%	7,6%	6,4%	11,0%	20,3%
Dalarna	7,0%	8,0%	6,0%	12,9%	28,8%
Västerbotten	6,9%	7,9%	5,8%	13,2%	22,9%
Jönköping	6,7%	6,9%	6,5%	11,3%	21,7%
Stockholm	6,2%	6,3%	6,2%	7,8%	14,3%
Halland	6,1%	6,5%	5,6%	9,9%	20,4%
Uppsala	5,3%	5,7%	4,8%	8,8%	14,0%
Jämtland plats (av 21)	10	11	5	10	17

Källa: Arbetsförmedlingen

Handläggare
Karin Jonsson

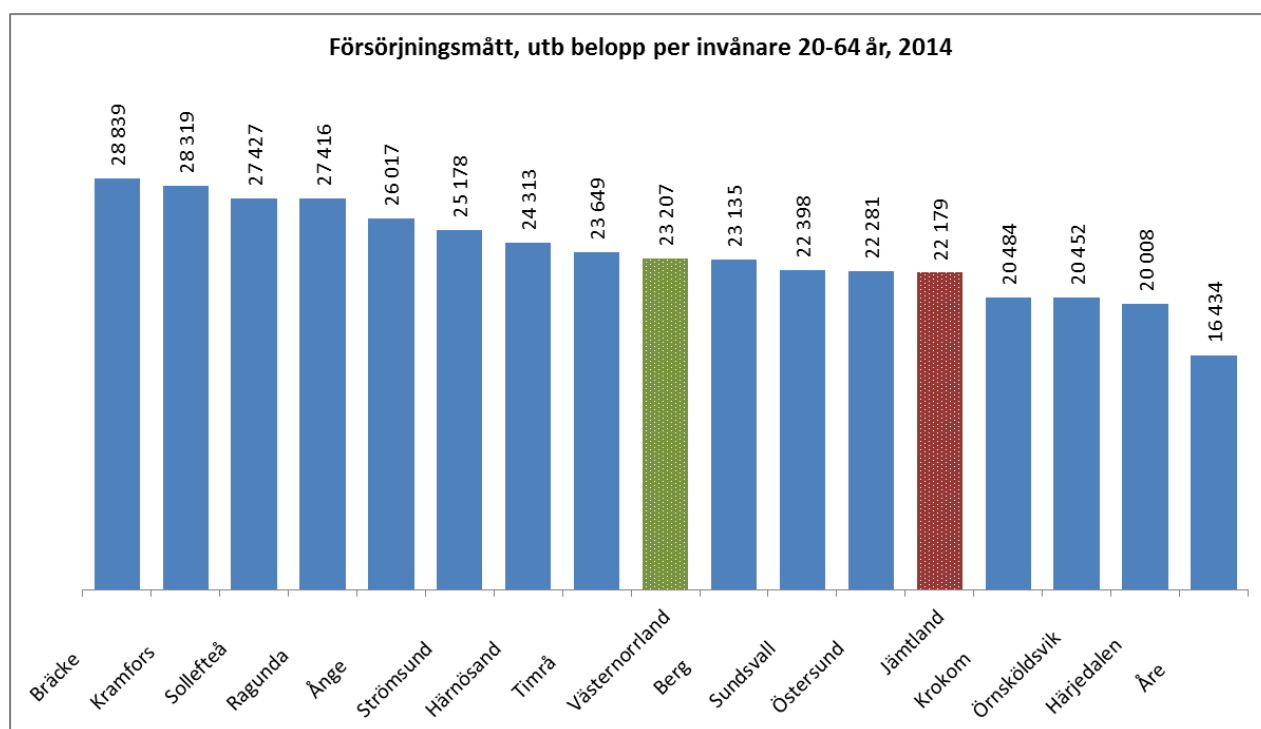
Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.1.3 Försörjningsmått

Försörjningsmåttet ger en samlad bild av kostnaderna för offentlig försörjning i en kommun på grund av medborgarnas ohälsa, arbetslöshet och sociala situation. Måttet fångar kostnaderna för Sjukpenning, Rehabiliteringsersättning, Sjuk- eller rehabiliteringsersättning, A-kassa, Aktivitetsstöd och Försörjningsstöd. Kostnaderna är nedbrutna i kronor per individ i arbetsför ålder, per kvartal och per 12-månadersperiod.

Nedan framgår försörjningsmåttet för Jämtlands och Västernorrlands län samt kommuner.



	Sjuk- penning	Sjuk- och aktivitets ersättning	Aktivitets stöd	A-kassa	Etablerings ersättning för nyanlända	Ekonomiskt bistånd	Totalt 12 månader
Jämtland	6557	8354	2449	2613	878	1328	22179
Västernorrland	6230	8188	3412	2916	732	1729	23207

4.1.4 Utbildningsnivå

Enligt Folkhälsomyndigheten finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Ohälsa i form av värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ångslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Störst är skillnaden mellan de som enbart har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. Liknande skillnader går även att se i dödlighetsrisker.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

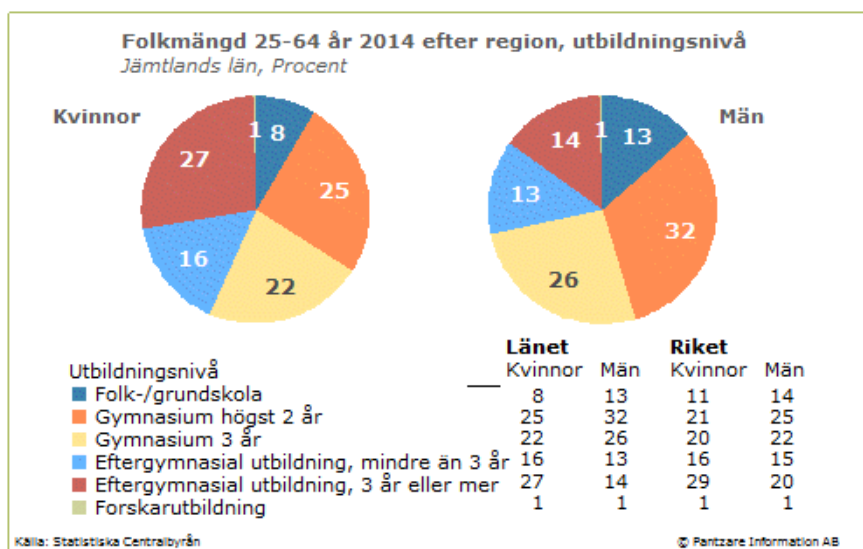
Dnr:RS/67/2015

Utbildning kan påverka hälsan på flera sätt, som lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan även påverka människors levnadsvanor och hälsorelaterat beteende. Högre utbildning kan alltså ge en bättre hälsa.

Få publicerade studier har kontrollerat om det är utbildningen i sig eller andra mekanismer som förklarar skillnader i hälsa. Forskningen som finns visar dock att utbildning ger individen ett antal samhälleliga fördelar på olika områden, som i sin tur kan förväntas ge en bättre hälsa. Utbildning ger möjlighet till bättre jobb och högre lön, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker. Utbildning kan också ge människor bättre förmåga att skaffa, tolka och använda information om exempelvis hälsa och olika risker.

I Jämtlands län har kvinnor högre utbildningsnivå än män. Fler kvinnor än män har eftergymnasial utbildning. I jämförelse med riket är andelen kvinnor i Jämtlands län, med eftergymnasial utbildning, 2 procentenheter lägre än riket. För männen är skillnaden 8 procentenheter.

Inom länet är det stor variation på andelen med eftergymnasial utbildning:



Kommun	Andel över 16 år med eftergymnasial utbildning inkl. forskarutbildning
Ragunda	15,4%
Härjedalen	16,5%
Bräcke	17,2%
Strömsund	17,4%
Berg	18,4%
Krokom	27,0%
Åre	27,5%
Östersund	33,9%
Jämtlands län	26,9%
Riket	32,5%

4.1.5 Folkhälsa

I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2014 framgår att trots att Sverige i ett internationellt perspektiv är ett relativt jämlikt samhälle vad gäller både hälsa och välfärdens fördelning, så är hälsan ojämlikt fördelad. Det finns tydliga skillnader mellan grupper med olika utbildningsbakgrund avseende livslängd, självskattad hälsa och förekomst av så gott som alla stora folksjukdomar. Kvinnor med endast grundskoleutbildning har sämre hälsoutveckling än andra grupper i samhället och det finns skillnader i dödlighet även bland barn vars mödrar har olika lång utbildning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Av Hälsa på lika villkor, rapport för Jämtlands län 2014, framgår att närmare 70 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Män rapporterar en bättre hälsa än vad kvinnor gör och personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning.

Sedan förra mätningen, år 2010, har folkhälsan i länet förbättrats inom ett flertal områden. Bland unga vuxna syns en positiv utveckling vad det gäller riskabel alkoholkonsumtion och för kvinnor i medelåldern har dagligrökningen minskat betydligt.

Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll. I rapporten lyfts följande områden fram som fokusområden inom folkhälsoarbetet för invånarna i arbetsför ålder:

- **Förbättrat psykiskt välbefinnande för gruppen unga vuxna 16-29 år.** Unga vuxna kvinnor skattar en sämre psykisk hälsa och upplever stress i större utsträckning än tidigare. Som tänkbara bidragande orsaker lyfts den ökade individualiseringen i samhället samt en minskad framtidstro.
- **Minskat tobaksbruk samt minskad övervikt och fetma för gruppen 30-64 år.** Även om dagligrökningen minskar i länet, särskilt bland kvinnor, är det totala tobaksbruket högt. Högre andel än i riket snusar dagligen och andelen ökar. År 2014 är 57 procent av männen och 46 procent av kvinnorna i Jämtlands län överviktiga eller feta. Kvinnor i länet är överviktiga eller feta i högre utsträckning än i riket. Fetma och övervikt är vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor.

4.2 Sjukpenningtal

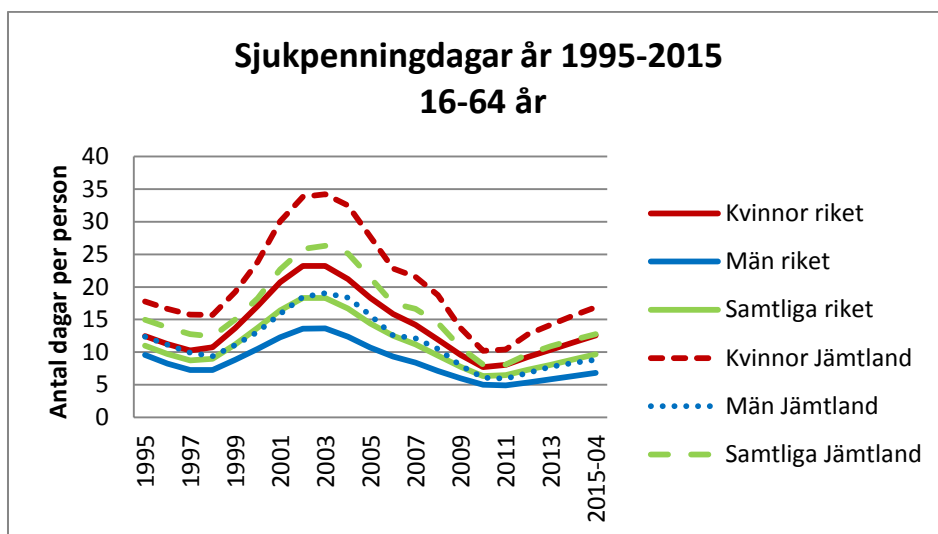
Försäkringskassan har på regeringens uppdrag undersökt vilka faktorer som ligger bakom de stora variationerna i sjukpenningtal över tid. Studier av folkhälsan, med indikatorer från undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) och Socialstyrelsens slutenvårds- och dödsorsaksregister, visar att det inte skett några förändringar i folkhälsa som kan förklara den stora variationen i sjukfrånvarons nivå. Andelen i befolkningen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå och tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling.

Ett omfattande arbete hos Försäkringskassan för att åstadkomma en mer rättssäker och effektiv handläggning bedöms däremot ha gett effekt. Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och rehabiliteringskedjan har bidragit till att skapa en mer enhetlig och aktiv handläggning och studier tyder på att detta har hållit nere sjukfrånvaron.

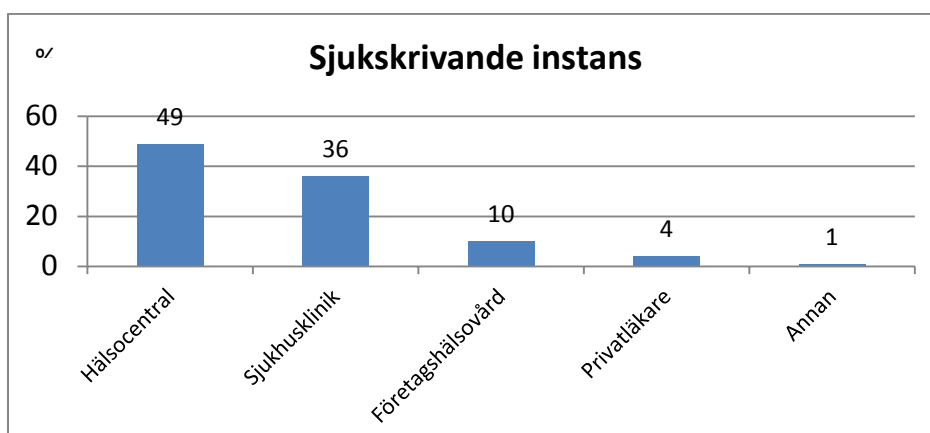
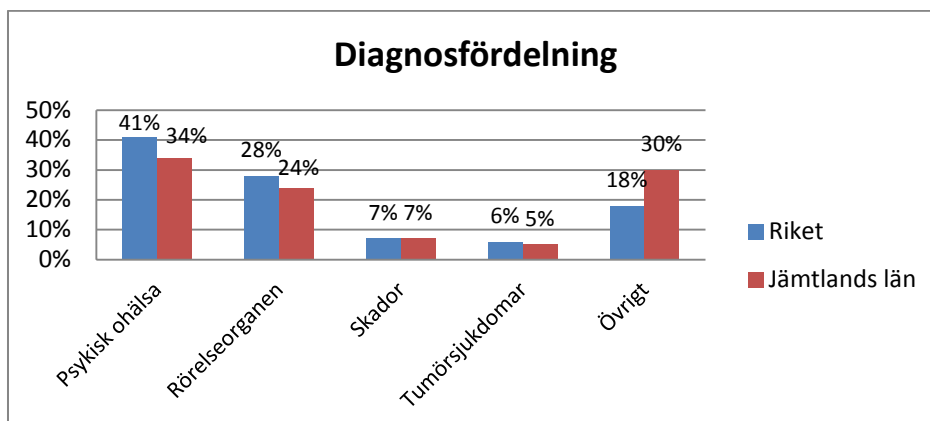
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015



Sjukskrivningsorsakerna skiljer sig något år i Jämtlands län jämfört med riket. Andelen som sjukskrivs med diagnosen psykisk ohälsa är något lägre än i riket medan gruppen ”övrigt” är högre. I Jämtlands län saknas enligt Försäkringskassan uppgift om diagnos i 16 % av sjukfallen. Det är en högre siffra än för riket i övrigt. Som jämförelse är motsvarande siffra i Västernorrland 10%. Detta kan möjligen förklara den höga andelen i samlingsgruppen ”övrigt” i tabellen nedan.



Handläggare
Karin Jonsson

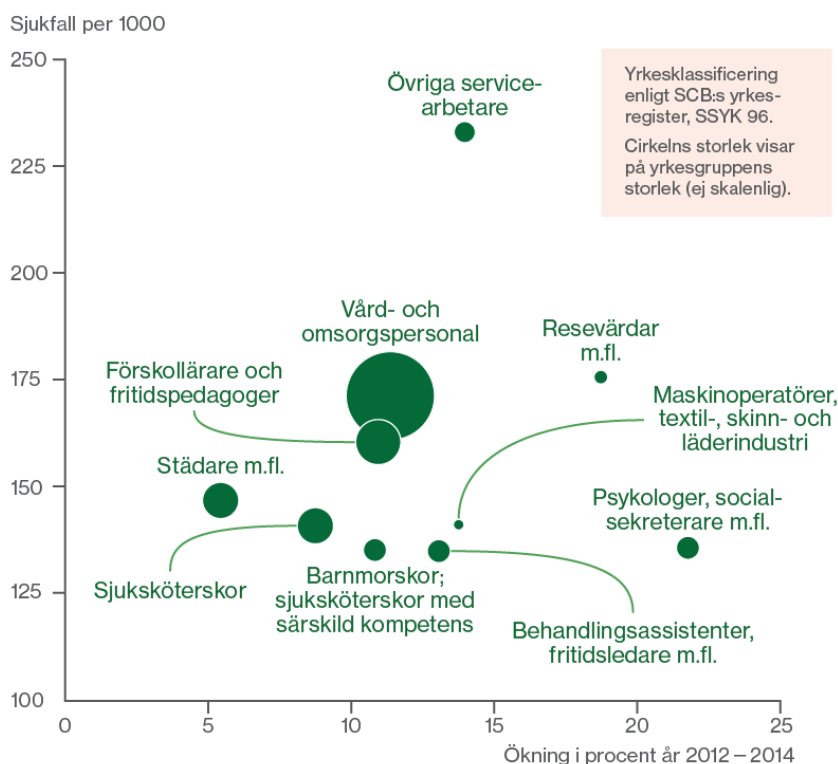
Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.2.1 Sjukskrivningar i olika yrken

År 2014 var antalet sjukfall för samtliga yrken i Sverige 103 per tusen anställda och ökningstakten mellan år 2012 och 2014 var 9,5 procent. Flest sjukfall återfanns inom vård- och omsorgsyren.

Tio yrken med störst antal sjukfall



4.3 Psykisk ohälsa

Psykiska problem står för en stor och växande andel av långtidssjukskrivningarna. En kunskapsöversikt från forskningsrådet Forte visar att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter medan god kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning. Det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som är mest effektiv vid återgång i arbete efter en sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är svagt. Det är dock tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att medarbetaren ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. Kunskapsöversikten visar att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom har inte ökat under senare år. Däremot ökar andelen personer som upplever olust, ångslan och oro. Detta gäller både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom. Framförallt ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna.

Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande är relaterad till samhällsfaktorer, medan gruppen personer med psykiska sjukdomar påverkas mindre av förändringarna i samhället. Det är viktigt att notera att en person som har en psykisk sjukdom inte behöver sakna förmåga till arbete. Det finns inte något entydigt samband mellan den diagnos en person får och nedsättning av arbetsförmågan⁵.

Den största enskilda sjukskrivningsorsaken vid psykisk ohälsa är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress. I Jämtlands län visar statistiken att andelen sjukfall för depressiv episod och andra ångestsyndrom ligger i nivå med riksgenomsnittet medan anpassningsstörningar och reaktion på svår stress ligger över riksgenomsnittet, för både kvinnor och män. Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror men medikalisering av normala livshändelser kan vara en förklaring.

Antal sjukintyg och arbetsdagar med sjukskrivning för psykiska diagnoser ökade i Jämtlands län under år 2014, framför allt för kvinnor. Antal kvinnor med sjukskrivning på grund av förstämningssyndrom minskade under året från 399 till 355 medan antalet män ökade svagt från 156 till 160. När det gäller ångest och stress ökade antalet sjukskrivna kvinnor från 444 till 523 och antalet sjukskrivna män från 133 till 192. Utvecklingen oroar och då särskilt allt att kvinnor sjukskrivs i mycket högre utsträckning än män. I handlingsplan skickad till SKL för sjukskrivningsmiljarden anges att det behövs ett omfattande förändringsarbete i Jämtlands län för att komma åt de höga sjukskrivningstalen för psykiska sjukdomar. Rehabkoordinatorernas arbetsrutiner och roll kan ytterligare utvecklas och stärkas med fokus på tidig samverkan och uppsikt på tidiga signaler.

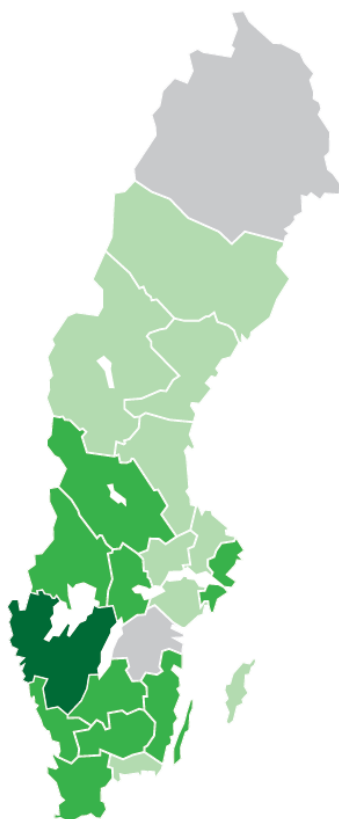
Nedan visas Försäkringskassans karta över andel sjukfall i psykiska diagnoser i procent, per län, publicerad mars 2015.

⁵ Samordna rehabiliteringen - Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning (Skrift från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting)

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015



Län	Andel sjukfall i psykiska diagnoser (%)
Västra götaland	43
Dalarna	41
Jönköping	41
Halland	40
Kronoberg	40
Skåne	40
Värmland	40
Örebro	40
Kalmar	39
Stockholm	39
Södermanland	38
Västernorrland	38
Västmanland	38
Blekinge	37
Gotland	37
Gävleborg	37
Västerbotten	37
Uppsala	36
Jämtland	35
Norrbotten	34
Östergötland	34
Riket	40

4.3.1 Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning

För tredje året i följd ökar antalet sjukfall med psykisk sjukdom i Sverige och 2014 var ökningen större än tidigare. I slutet av år 2012 hade Försäkringskassan 48 tusen pågående sjukfall i psykiska diagnoser. Motsvarande siffra år 2014 var 71 tusen, en ökning med 48 procent på två år.

Psykiska sjukdomar motsvarar 40 procent av alla sjukfall vid Försäkringskassan och den vanligaste diagnosen, Akut stressreaktion, svarar för 14 procent av alla sjukfall. Antalet personer med akut stressreaktion har ökat från 15 tusen år 2012 till 26 tusen år 2014.

Utbildningsnivå, inkomst, var man bor, yrke och arbetsgivare är faktorer som har visat sig ha betydelse för sjukfrånvaron över 14 dagar. Kvinnor som arbetar inom vård, skola och omsorg löper störst risk att bli sjukskrivna.

4.3.2 Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor

En studie vid Försäkringskassan visar att pappor som tar ett stort ansvar i hemmet och har en likvärdig ställning i arbetslivet som sin partner, löper större risk att bli sjukskrivna. Samtidigt minskar mammors risk att bli sjukskrivna när pappan tar ett större ansvar för hemarbetet⁶. Resultatet bygger på

⁶ Försäkringskassans studie, publicerad januari 2015, som är en fortsättning på en tidigare socialförsäkringsrapport.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

en studie av samtliga kvinnor och män som fick sitt första barn 2002 – 2009. I studien har samband mellan graden av jämställdhet mellan makarna i såväl hemmet som på arbetsmarknaden och risk för pappans sjukskrivning analyserats.

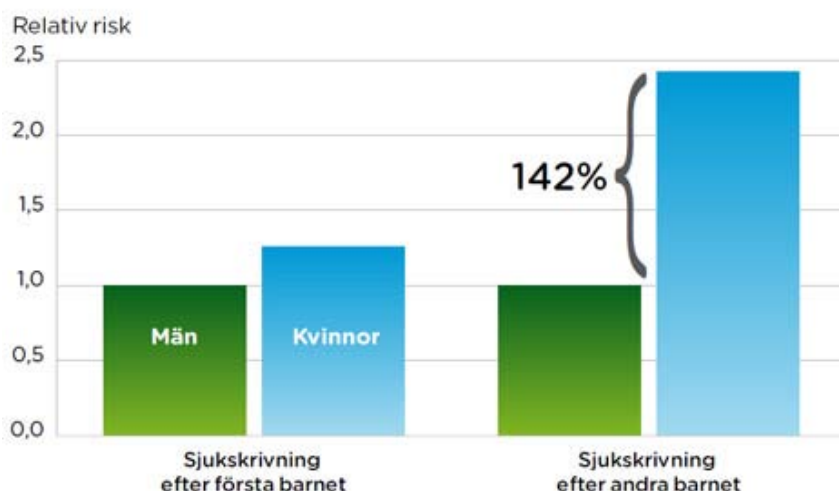
Kvinnor och män närmar sig den jämställda fördelningen från olika håll. Ökad jämställdhet innebär en utjämning av riskerna och därmed också ökad jämställdhet i sjukskrivningsrisker. En arbetsfördelning med mannen som huvudförsörjare och kvinnan som huvudansvarig för obetalt arbete i hemmet minskar mannens risk för sjukskrivning men begränsar möjligheterna att uppnå jämställdhet i arbets- och familjeliv.

Sjukskrivningarna är färre bland kvinnor med högre utbildning och inkomst. Kvinnor som gör karriär/ har en högre position i arbetslivet än mannen och som delar på ansvaret i hemmet löper störst relativ risk att bli sjukskriven. För att förstå resultatet behövs mer forskning men gruppen är förhållandevis liten.

Sedan 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och sannolikheten att bli sjukskriven är 30 procent högre för kvinnor än män redan 2 år innan första graviditeten. Två år efter andra barnet är sannolikheten för sjukskrivning mer än dubbelt så hög för kvinnor som för män. När arbetsbördan hemma är som tyngst, kombinerat med ansvar på arbetsmarknaden, ökar kvinnors sjukskrivning markant.

Före första barnet är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Efter första barnet är graviditetskomplikationer den dominerande diagnosgruppen för kvinnor. Efter andra barnet är det återigen psykiska sjukdomar som dominerar. För män förändras inte sjukskrivningspanoramats nämnvärt mellan det första barnet och ytterligare barn.

Risken för sjukskrivning (>14 dagar)



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.3.3 Uttag av föräldrapeng

Kön har visat sig vara viktigare än ekonomi vid uttag av föräldrapenning. En studie vid Försäkringskassan om de jämställda föräldrarna visar att sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag beror på om det är mammans eller pappans lön som utgör en majoritet av hushållets totala inkomst. När mamman har en hög inkomst och den utgör en majoritet av den totala hushållsinkomsten är det möjligt för familjen att avvara en betydande del av hennes lön för att hon ska vara hemma en längre tid. När papporna är i motsvarande situation är paren i lägre utsträckning beredda att avstå hans inkomst. Detta faktum ifrågasätter förklaringsmodellen om att det är mäns höga inkomster i sig som är anledningen till ojämlikt föräldrapenninguttag och kan delvis förklara varför politiska åtgärder som inkluderar ekonomiska incitament för att öka mäns uttag har haft svårt att uppnå önskad effekt. Studien bekräftar också delvis att de jämställda föräldrarna är högskoleutbildade som bor i landets storstadsregioner och ofta arbetar i offentlig sektor. Nytt i studien är vikten av att föräldrarna är jämngamla och den stora betydelsen av mammans utbildning. Sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag fördubblas om mammorna är höginkomsttagare, samtidigt som den minskar om det är papporna som är höginkomsttagare.

Utbildning och inkomst är de två mest betydelsefulla faktorerna. Trots detta delar 80 procent av paren där mamman har en längre högskoleutbildning inte jämställt på föräldrapenningdagarna. Detsamma gäller för 72 procent av paren där mamman är höginkomsttagare.

4.4 Jämställdhet

Jämställdhetsperspektivet handlar om att kvinnor och män ska kunna delta i samma utsträckning på alla områden, i privatlivet liksom i samhällslivet. Jämställdhet innebär även att det ska finnas en jämn fördelning av makt och resurser och ett delat ansvar mellan kvinnor och män i samhället. Det övergripande svenska nationella jämställdhetsmålet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

I Jämtlands län finns tydliga skillnader mellan könen vad gäller arbetsmarknad, sysselsättningsgrad, lönenivåer, utbildningsnivåer och inte minst sjuktal. Båda könen har höga och ökande sjukpenningtal men talen är särskilt höga för kvinnor som ligger drygt 30 % över riksgenomsnittet. Nästan 70 % av länets sjukskrivna är kvinnor.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskad sjukskrivning ska mynna ut i en process som ger lika förutsättningar för män och kvinnor. Båda könen har höga sjuktal oröar men då sjuktagen är särskilt höga för kvinnorna kommer särskilt fokus att riktas mot den gruppen. Betydelsen av genuskunskap i arbetslivet är central. Sambanden mellan kvinnors höga sjuktal och den könsuppdelade arbetsmarknaden i länet är viktig att belysa liksom synen på kvinnors sjukdomstillstånd och de åtgärder som vanligen erbjuds.

Tillgänglighetsperspektivet är viktigt då det visat sig nationellt att arbetsinriktad rehabilitering och förberedande utbildning domineras av kvinnor medan män i större utsträckning får ta del av Arbetsförmedlingens insatser med olika lönestöd.

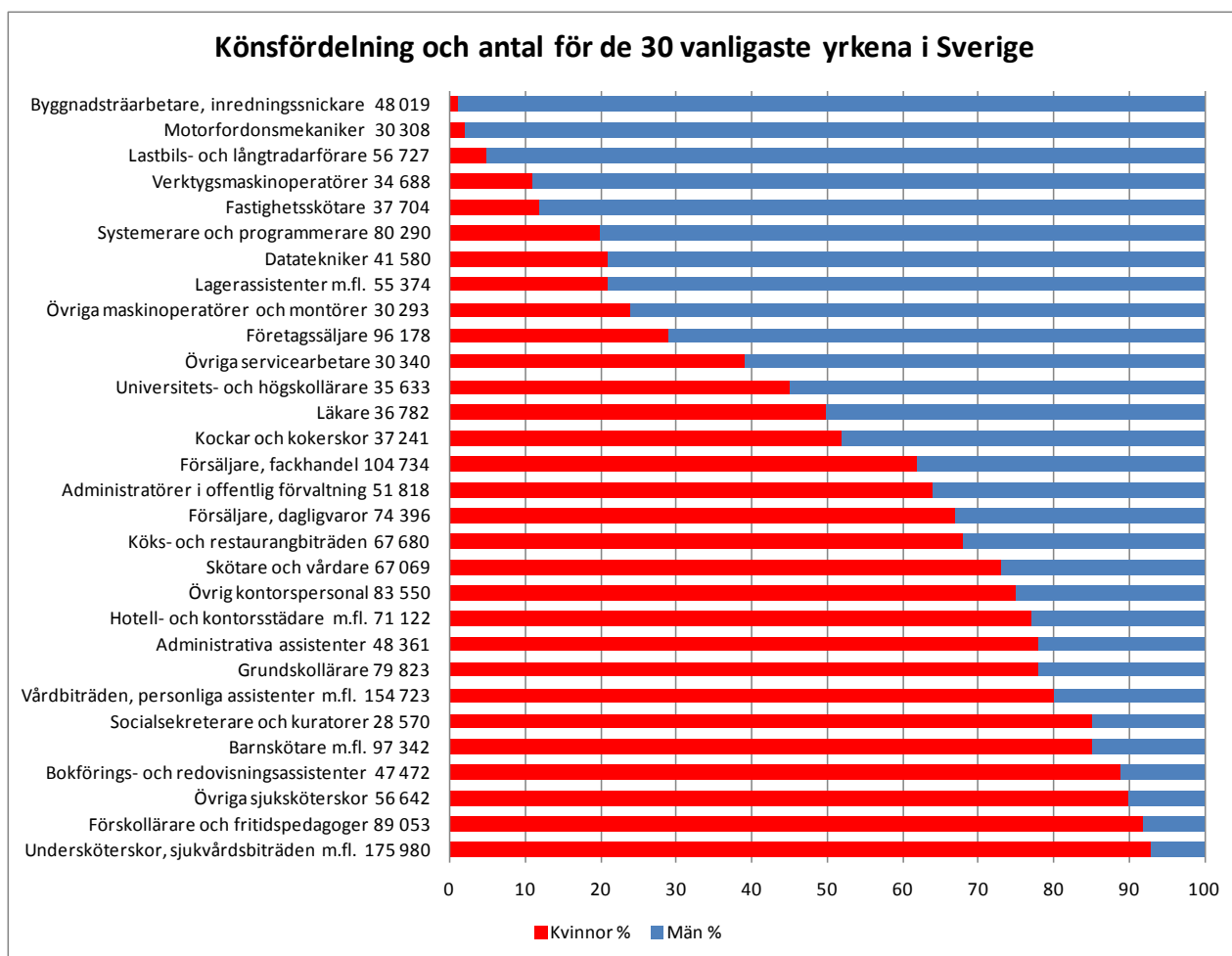
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

I Arbetsmiljöverkets granskning maj 2015 visas att den svenska arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad. Endast 3 av de 30 vanligaste yrkena har jämn könsfördelning och det är läkare, kockar/kokerskor och universitets- och högskollärare.

Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att män och kvinnor arbetar med olika saker och utsätts för olika risker. Kvinnor dominerar avseende anmälda arbetssjukdomar medan männen oftare drabbas av arbetsolyckor och dödsfall på jobbet. Arbetsmiljöverket har under tre år utrett kvinnors arbetsmiljö och orsaker till att kvinnor skadas och blir sjuka av sina arbeten. Nu ska verket övergå till att studera bilden och betydelsen av manlighet för de arbetsmiljöfaktorer som män utsätts för. Det gäller exempelvis dödsolyckor på jobbet som nu ska granskas ur ett genusperspektiv.



4.4.1 En jämställd sjukskrivningsprocess

Ett viktigt steg i arbetet minskad sjukskrivning är att stödja arbetet med att höja kvaliteten för både kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen. Ett SKL-lätt projekt *Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen* visar, som exempel, att det finns risk att depressioner missas på män, att kvinnors alkoholmissbruk inte tas på allvar och att mäns våld mot kvinnor inte upptäcks. Studien uppmärksammar också att kvinnor och män får olika långa sjukskrivningstider och att kvinnor och män hänvisas till olika typer av undersökningar och rehabilitering.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Sjukvården har ett dubbelt uppdrag i sjukskrivningsarbetet. Dels en medicinsk del som handlar om att utreda om sjukdom föreligger, fastställa diagnos och ge medicinsk behandling och rehabilitering. Dels en försäkringsmedicinsk del som handlar om att bedöma arbetsförmåga, prognostisera behov av åtgärder och tid för återgång i arbete samt utfärda medicinska underlag.

Långa sjukskrivningar kan enligt SKLs rapport vara skadliga och bidra till att kvinnor och män kan bli sjuka. En felaktig sjukskrivning kan ha lika starka biverkningar som ett felaktigt läkemedel. Om människor bedöms utifrån traditionella föreställningar om kvinnor och män finns en risk att det leder till felaktiga sjukskrivningar.

För åren 2014-2015 finns det ett villkor i den sk. Sjukskrivningsmiljarden att landstingen ska ta fram mål, indikatorer och implementeringsstrategier för en jämställd sjukskrivningsprocess som sedan ska följas upp i landstingens ledningssystem/uppföljningssystem för sjukskrivningsprocessen. Utöver detta ska landstingen ta fram riktlinjer och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relation. Våld i nära relation kan nämligen finnas som en bakomliggande orsak till en del långa sjukskrivningar, framförallt gällande kvinnor.

4.4.2 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem som inbegriper såväl rättsliga som sociala och hälso- och sjukvårdsaspekter. Våldet är alltid en kränkning av de utsattas mänskliga rättigheter och alla som utsatts för våld i nära relationer har rätt till stöd och skydd från samhället.

Våldet drabbar framför allt kvinnor och utövaren är oftast en man. Trots likabehandlingsprincipen fokuserar, enligt Socialstyrelsen, både socialtjänstlagen och samhällets satsningar på våldsutsatta kvinnor. Våldsutsatta kvinnor finns överallt inom hälso- och sjukvården. Ett liv under förtryck leder till ohälsa på många sätt förutom kroppsskador efter fysiskt eller sexuellt våld. Våldsutsatta kvinnor har mer än dubbelt så ofta kroniska smärttillstånd och mag-tarmproblem och upp till fyra gånger så ofta ångest och depression jämfört med andra.

Att identifiera våld i nära relation är ofta svårt eftersom de utsatta kvinnorna sällan berättar spontant om sin situation. Endast en knapp fjärdedel söker vård efter den senaste fysiska misshandeln. Istället har kvinnan ofta utvecklat strategier för att dölja vad som försiggår. Många är inte heller själva medvetna om att symtom som magbesvär, ångest, depression och kroniska smärtor kan orsakas av att leva i ett förhållande där våld och hot förekommer. För att kunna erbjuda patienten god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen måste man därför fråga om våldsutsatthet som en del i sjukhistorien.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår sedan många år ett strukturerat arbete för jämställdhet och mot våld i nära relationer. Arbetet leds av styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet och samrådsgruppen mot våld i nära relation. Sedan år 2012 finns en landstingsövergripande handlingsplan mot våld i nära relation som bland annat innehåller kompetenshöjande insatser riktade till vårdpersonal och information som riktar sig till allmänheten, bland annat i väntrummen. I handlingsplanen framgår även att chefer ska ställa frågan om våldsutsatthet till de egna medarbetarna.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Region Jämtland Härjedalen arbetar med att säkerställa att alla patienter inom sjukskrivningsprocessen faktiskt blir tillfrågade om våldsutsatthet och därtill erbjuds bra stöd och behandling, när detta är påkallat. Arbetet går långsamt framåt men fortfarande är rutinen långt ifrån färdigimplementerad.

4.4.3 Genushanden

Genushanden är en metod som tagits fram vid vårdcentralen i Skurup, Region Skåne, i syfte att öka kvaliteten i vården för kvinnor och män. Genom att granska journalhandlingar kunde de se att de, tvärtemot sina egna ambitioner, hade ställt helt olika frågor till män och kvinnor. De kunde även se att våld är ett stort ohälsoproblem som det sällan pratas om.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat införa Genushanden som verktyg inom hälso- och sjukvården. Flertalet verksamheter säger att de har samma rutiner oavsett vem de möter men i verkligheten är det inte alltid så. Kön kan påverka vilka frågor och följdfrågor som ställs och hur svar tas emot. Vid varje möte med individer där det ska göras någon form av bedömning som ska leda till någon insats kan det vara fruktbart att tänka tvärtom vad det gäller kön. Genushanden hjälper verksamheten att få jämställda rutiner så att patienterna får samma frågor oavsett kön, och därmed likvärdig service. Handens fem fingrar symboliserar fem olika ingångar och uppmaningar:

Tumme	Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan männen. Tänk tvärtom – fråga männen.
Pekfinger	Våld, hot och mobbing är en riskfaktor för exempelvis långvarig sjukskrivning. Mäns våld mot kvinnor dolt problem. Våga fråga, våga se.
Långfinger	Somatisk inriktning på mäns diagnoser och psykosomatisk inriktning på kvinnors diagnoser. Stor risk för att missa mäns depressioner. Risk för medikalisering hos kvinnan.
Ringfinger	Riskbruk och alkohol är mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid och gör till rutin att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.
Lillfinger	Män får tidigare specialisteremiss och större stöd hos arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete medan risk för att kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015



Illustration och beskrivande text: Region Skåne

4.5 Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika sjukförsäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner (Definition av Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum 2011).

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Frågor kring sjukskrivning och rehabilitering är vanliga teman vid instruktion och handledning av AT och ST-läkare och kurs i försäkringsmedicin är obligatorisk för alla AT-läkare samt för ST-läkare i allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Samtliga läkare med utlandsutbildning bjuds också regelbundet in till utbildning i Försäkringsmedicin.

Det har framgått, bland annat vid analys av försäkringsmedicinska underlagen, att kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland Region Jämtland Härjedalens läkare och andra berörda yrkesgrupper. En försäkringsmedicinsk breddutbildning för läkare och andra vårdaktörer har inte genomförts på många år. Arbete pågår nu med att planera och genomföra försäkringsmedicinska utbildningar. Ett av fokusen på den utbildningen kommer att vara undvikande av medikalisering av normala livshändelser.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.6 Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen i sjukskrivningsprocessen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst- kommun.

Samverkan kan ske genom att hälso- och sjukvården har en funktion för koordinering som utgör en länk inom sjukvården och mellan sjukvården och olika berörda aktörer. Syftet med denna funktion är att förbättra insatserna för individen, nå en hög effektivitet och förhindra onödigt långa ledtider och perioder av passiv väntan i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Regeringen fördelar årligen stimulansmedel till landstingen kring detta område för att utveckla den organisatoriska strukturen för samverkan och därmed säkra en långsiktighet.

Vid Krokoms hälsocentral drivs i projektform ett arbete med att ta fram en länsmodell för samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst. Projektet pågår fram till våren 2016. En checklista har utarbetats för att tidigt fånga upp signaler från patienter där det finns risk för längre sjukskrivning. Tanken är att försöka förebygga eller åtminstone väsentligen förkorta en sjukskrivning. Checklistan är inte bara tänkt att fånga upp de som ringer och ber om sjukskrivning utan även de som har riskfaktorer för sjukskrivning samt att vara till vägledning för rehabkoordinators insatser. En utvärdering ska göras i projektet för att bedöma effekten av detta strukturerade arbetssätt, och revideringar ska göras vid behov, innan breddinförande.

4.7 Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet

4.7.1 ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap

Detta projekt handlar om kompetensutveckling av första linjens chefer inom länets kommunala sektor i ett Hälsofrämjande ledarskap. Projektet riktar sig specifikt till chefer med hög sjukfrånvaro i sina arbetsgrupper. Arbetet kommer att inledas med en grundläggande kartläggning och analys av situationen på dessa arbetsplatser. Därefter genomförs en anpassad utbildningsinsats för cheferna med fokus Hälsofrämjande ledarskap och hälsofrämjande åtgärder på individnivå – något som forskning visat har positiv effekt på sjukfrånvaron i arbetsgrupper.

Var tredje sjukskriven i länet är anställd i Region Jämtland Härjedalen eller i någon av länets åtta kommuner. Beaktat att 23 procent av länets sjukskrivna är arbetslösa så är det tydligt att den kommunala sektorn står för en betydande andel av länets sjukskrivna. År 2014 hade Region Jämtland

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Härjedalen en sjukfrånvaro⁷ på 6,8 procent, vilket var högst i landet. Kommunerna i länet hade en sjukfrånvaro på 7,1 procent, vilket även det var högst i landet. Variationen inom länet är dock stor. Tre kommuner (Härjedalen, Strömsund och Åre) är bättre än riksgenomsnittet för kommunerna medan övriga fem kommuner ligger över.

Även om den höga sjukfrånvaron inte enbart är arbetslivets fel så är det något som arbetslivet måste hantera. Sänkt sjukfrånvaro är av stort värde för individen, länets kommunala sektor och för staten.

Projektet är särskilt angeläget ur ett jämställdhetsperspektiv eftersom huvuddelen av de anställda vid de aktuella enheterna kvinnor och det är kvinnor som har de högsta sjukpenningtalen i länet. Projektet ska bidra till att varaktigt sänka sjuktalen till riksgenomsnittet.

4.7.2 ESF-projekt Process för sänkta sjuktal

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt men sambandet med det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län ett svagare läge än landet i övrigt, exempelvis när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Sannolikt spelar flera faktorer in i de höga sjukpenningtalen exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget.

Detta projekt ska verka för att säkerställa att invånarna i Jämtlands län inte av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är mer sjukskrivna än vad som är motiverat av medicinska skäl.

I projektet ska en tydlig processbeskrivning för sjukskrivning utarbetas. Insatserna riktar sig främst till medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Projektet ska bidra till att varaktigt sänka antalet sjukpenningdagar per länsinnevånare i Jämtlands län till riksgenomsnittet.

4.7.3 Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting och Regeringen som för år 2015 ger landstingen möjlighet att få del av 712 miljoner för genomförda insatser. Under år 2015 har regeringen för avsikt att göra en översyn av rehabiliteringsgarantin. Målet är ökad återgång i arbete och att förebygga sjukskrivning bland män och kvinnor i arbetsför ålder. Den nya patientlagen gäller även för rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin ger möjlighet för kvinnor och män i åldern 16-67 år att, efter att vården gjort en medicinsk bedömning, få tillgång till:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Interpersonell terapi (ITP) vid ångest, depression eller stress. Terapin inriktar sig på att påverka tankemönster, känslor och beteenden i en positiv riktning. Det finns ett flertal metoder varav några är utvecklade för att behandla

⁷ Sjukfrånvaron i Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner mäts som sjukfrånvarotid i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

ångesttillstånd. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp. För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling genomförs av särskilt definierade yrkesgrupper.

- Multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. MMR innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid, ofta fyra till åtta veckor. Insatserna kräver att personalen arbetar i team och är tränade att arbeta i team. Teamen består oftast av olika yrkesgrupper, exempelvis sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare. Insatserna utgår från nödvändigheten av att förstå och rehabilitera smärtans hela komplexitet och dess negativa konsekvenser. Ofta är det både effektivt och uppskattat av patienterna att i huvudsak genomföra MMR i grupper om 6-10 patienter.

Ovanstående sjukdomstillstånd ligger bakom drygt 60 % av alla sjukskrivningar över 14 dagar.

Landstingen ska tillhandahålla insatserna, i egen regi eller via privata utförare som landstingen har avtal med. Landstingen kan generellt inte få ersättning för både MMR och KBT för samma patient. Den ersättningen som utgår är:

- 12 tusen kronor för genomförd kognitiv behandlingsserie, 8-20 behandlingar.
- 25 tusen kronor alt. 45 tusen kronor för genomförd multimodal rehabiliteringsåtgärd (MMR1 och MMR2).

4.7.4 Sjukskrivningsmiljarden

Staten och Sveriges kommuner och landsting har för åren 2007-2013 träffat överenskommelser som ska stimulera hälso- och sjukvården till att utveckla arbetet med sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive län. Avtalen har inneburit att regeringen lämnat särskilt statsbidrag på upp till 1 miljard kronor per år 2007–2013. För åren 2014–2015 har en tvåårig överenskommelse tecknats. Ersättningsmodellen är tvärdelad och består dels av en villkorad del kopplad till konkreta åtgärder, dels av en rörlig del kopplad till förändringar i sjukfrånvaron.

Maximalt 710 miljoner kronor utbetalas år 2015 som villkorat bidrag till landstingen. Bidraget är kopplat till sex villkor och den högsta ersättningen för varje uppfyllt villkor är länets befolkningsandel (för Jämtlands län 1,3 %) multiplicerat med villkorsbeloppet. De sex villkoren är:

- En jämställd sjukskrivningsprocess (50 miljoner kronor)
- Kompetenssatsningar i försäkringsmedicin (150 miljoner kronor)
- Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen (175 miljoner kronor)
- Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär (100 miljoner kronor)
- Utökat elektroniskt informationsutbyte (215 miljoner kronor)
- Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning (20 miljoner kronor), ett för Försäkringskassan och SKL gemensamt utvecklingsarbete

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

55 miljoner kronor reserveras till kostnader för medicinsk service och 230 miljoner kronor utbetalas som rörligt bidrag till landstingen beroende av hur det relativa antalet sjukpenningdagar i länet har förändrats under 2015. Endast sjukfall upp till 2,5 år inräknas.

I en aktuell studie från Karolinska institutet (KI) beskrivs att sjukskrivningsprocessen blivit en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården på samtliga ledningsnivåer. Sjukskrivningsfrågan är på väg att ses som en ordinarie del av patienters vård och behandling men det finns fortsatt utvecklingsbehov, bland annat när det gäller ledningssystem och kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen, jämställd sjukskrivningsprocess, försäkringsmedicin samt utvecklad intern och extern samverkan med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Sjukfrånvaron minskade i samtliga landsting med i genomsnitt 31 procent under perioden 2006–2011, men har åter börjat öka från 2012. Ökningen gäller särskilt psykiska diagnoser, där den övervägande majoriteten är kvinnor. Det är fortsatt viktigt att jobba med tidiga insatser hos berörda aktörer i syfte att minska risken för långvarig sjukfrånvaro och att förebygga sjukskrivning, där så är möjligt.

4.7.5 Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen "En långsiktigt hållbar sjukförsäkring" ligger ute på remiss i landet. Region Jämtland Härjedalen lämnar remissvar augusti 2015. Målen i utredningen är att få en långsiktigt stabil sjukfrånvaro i Sverige som är låg och i nivå med jämförbara länder.

Betänkandet föreslår en rad förändringar i sjukförsäkringen inklusive stödet för återgång i arbete, i arbetsskadeförsäkringen och i arbetslöshetsförsäkringen. Utredningen lämnar ett 50-tal förändringsförslag samt förslag till fortsatt reformarbete.

I utredningen ges hög prioritet åt att förbättra för sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Stärkt standardtrygghet i socialförsäkringarna värnas och målsättningen är att de flesta sjukskrivna och arbetslösa ska få en inkomstrelaterad ersättning vid sjukdom och arbetslöshet.

En av de större förändringarna i förslaget är att Hälso- och sjukvården ska ha ansvar för samverkan kring individens återgång i arbete samt att upprätta rehabiliteringsplan. För detta utökade ansvar föreslås landstingen få förstärkta och permanenta resurser. Samtidigt förändras Försäkringskassans roll från samordningsansvar till att samverka kring individen och följa upp åtgärder och rehabiliteringsplan.

Om utredningens förslag går igenom kommer Region Jämtland Härjedalen att behöva tillskapa resurser, rutiner och arbetssätt för att hantera detta utökade ansvar. I det arbetet ingår en större utbildningsinsats för all berörd vårdpersonal.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.7.6 Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen

I en departementsskrivelse 30 mars 2015 föreslås den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffas. Den bortre tidsgränsen innebär att en sjukskriven i normalfallet högst kan få sjukpenning enligt fortsättningsnivån i 550 dagar efter det att sjukpenning enligt normalnivån har lämnats i 364 dagar. Bestämmelsen om att sjukpenning i normalfallet inte lämnas för de tre första kalendermånaderna efter en period med sjuk- eller aktivitetsersättning föreslås också avskaffas. De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

4.8 Regler för sjuklön

Den som är anställd för minst en månad eller har arbetat sammanhängande i 14 dagar hos samma arbetsgivare har rätt till sjuklön från arbetsgivaren under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Den första dagen är en karensdag. Dag 2-14 är sjuklönen 80 procent av lönen. Är den anställda sjukskriven mer än sju dagar måste hon eller han visa ett läkarintyg för arbetsgivaren. I vissa fall kan arbetsgivaren eller Försäkringskassan begära ett läkarintyg redan från den första sjukdagen.

Den som är anställd och som är sjuk mer än 14 dagar kan ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan från dag 15 i sjukfallet, det vill säga när sjuklöneperioden upphör.

Den som inte har någon arbetsgivare kan få sjukpenning från Försäkringskassan redan från dagen efter karensdagen. Det gäller den som är arbetslös, uppdragstagare eller egen företagare. Det gäller också den som är ledig med föräldrapenning eller graviditetspenning.

Försäkringskassan betalar sjukpenning på normalnivån i 364 dagar, därefter ytterligare 550 dagar på fortsättningsnivån – totalt 914 dagar. Om den försäkrade efter 914 dagar inte kan återgå i arbete erbjuds inskrivning på Arbetsförmedlingen för tre månaders arbetslivsintroduktion. Om den försäkrade insjuknar efter dessa 3 månader har hon eller han återkvalificerat sig till en ny ersättningsperiod med sjukpenning.

4.8.1 Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjuktärsättning är ersättning till personer mellan 30 och 64 år som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukärsättning beviljas när Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.

Arbetsförmåga är en tidsbegränsad ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Ersättningen kan erbjudas unga människor från juli det år man fyller 19 år till månaden innan man fyller 30 år. Arbetsförmågan ska vara nedsatt under minst ett år. Beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt kan man få en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel aktivitetsersättning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

4.9 Arbetsgivarens roll och ansvar

Arbetsgivaren betalar sjuklön under de första fjorton dagarna i en sjukperiod, karensdagen undantagen, om den anställda uppfyller villkoren i sjuklönelagen. Efter en veckas sjukfrånvaro ska den anställda lämna ett läkarintyg till arbetsgivaren. Arbetsgivaren avgör sedan om sjuklön kan betalas ut eller om andra tillfälliga arbetsuppgifter kan erbjudas.

Arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen och Arbetsmiljölagen reglerar arbetsgivarens skyldighet att vidta åtgärder för att underlätta återgången i arbete.

Vid ett avstämningsmöte kan rehabiliteringsåtgärder diskuteras tillsammans med den anställda. Då träffas vanligtvis den anställda, Försäkringskassan, den sjukskrivande läkaren och arbetsgivaren. Även andra som har betydelse för rehabiliteringen kan delta. Arbetsgivaren kan i vissa fall få bidrag till arbetshjälpmedel.

4.9.1 Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan ingår i lagen om allmän försäkring, AFL, och är en bestämd tidsplan för hur rehabiliteringsarbetet ska gå till. Försäkringskassan prövar och avgör vid tre tillfällen om den som är sjuk kan återgå i arbete. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Egna företagares arbetsförmåga bedöms i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Sedan bedöms arbetsförmågan i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden redan från första dagen i sjukperioden.

Att olika aktörer känner till hur rehabiliteringskedjan fungerar ökar förutsättningarna för att patienten ska få rätt åtgärder i tid. Det underlättar även samarbetet mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, till exempel läkaren, arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Arbetsförmågan bedöms enligt rehabiliteringskedjan:

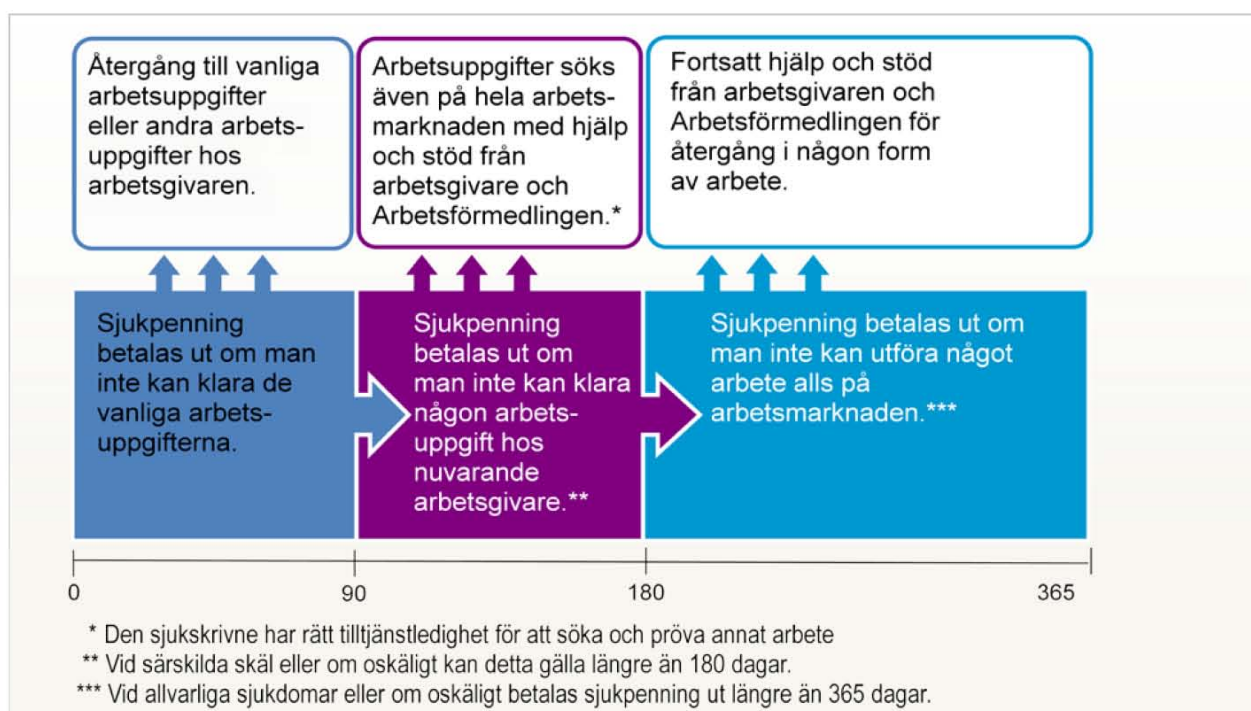
- Under de första 90 dagarna som individen är sjukskriven erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- Efter 90 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- Efter 180 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att patienten med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366 eller om det kan anses oskäligt att bedöma patientens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.
- Efter 365 dagar kan patienten bara få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

Rehabiliteringskedjan



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-06-24

Dnr:RS/67/2015

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskade sjukskrivningar bör revideras minst en gång var 4:e år, under första året av respektive mandatperiod. Den första revideringen ska ske under 2019, därefter vart 4:e år, under första året av respektive mandatperiod.

Inför första revideringen planeras dialog med Försäkringskassa och arbetsförmedling för att få in synpunkter på vad som är viktigast att fokusera på inom sjukskrivningsprocessen samt för att öka förankringen.

Mål och aktiviteter i planen ska preciseras i konkreta handlingsplaner enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell och följas upp löpande enligt gällande rutiner.

2015-03-19

Vårdvalsnämnden

§ 13 Omdisponering av budget för upphandlade privata vårdgivare (VVN/15/2015)

Ärendebeskrivning

I Regionfullmäktiges beslut om budget för Vårdvalsnämnden inkluderades hela budgeten för privata vårdgivare. I Vårdvalsnämndens och Regionstyrelsens reglementen definieras ansvaret så att Vårdvalsnämnden har ansvar för frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Det betyder att privata vårdgivare som upphandlas med stöd av lagen för offentlig upphandling är regionstyrelsens ansvar.

I vårdvalsnämndens verksamhetsplan framgår att deras budget innehåller följande delar inom privata vårdgivare.

Privata vårdgivare

Avtal

Naprapater	1 600 000	LOU- Regionstyrelsen
Kiropraktorer	1 350 000	LOU- Regionstyrelsen
Idrottsmedicin	730 000	LOU- Regionstyrelsen
Medicin Direkt	6 000 000	LOU- Regionstyrelsen
Läkare B Sahlén	1 200 000	LOU- Regionstyrelsen
Läkare O Jörgensen	2 000 000	LOU- Regionstyrelsen
Läkare Franzen	1 400 000	LOL - VVN
Läkare Gudmunsson	1 400 000	LOL - VVN
SUMMA	15 680 000	

Ovanstående betyder att 12 880 000 kr ska omdisponeras från Vårdvalsnämnden till Regionstyrelsen.

Regiondirektörens förslag

Omdisponering av 12 880 000 kr från Vårdvalsnämnden till Regionstyrelsen ska verkställas.

VÅRDVALSNÄMNDENS BESLUT

Omdisponering av 12 880 000 kr från Vårdvalsnämnden till Regionstyrelsen ska verkställas.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-03-19

Vårdvalsnämnden

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande