



Representantforslag 34 S

(2010–2011)

fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Torbjørn Røe Isaksen, Sylvi Graham, Gunnar Gundersen, Sonja Irene Sjøli og Bent Høie

Dokument 8:34 S (2010–2011)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Torbjørn Røe Isaksen, Sylvi Graham, Gunnar Gundersen, Sonja Irene Sjøli og Bent Høie om å redusere sykefraværet gjennom en bedre utnyttelse av «Raskere-tilbake-ordningen»

Til Stortinget

Bakgrunn

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1998 besluttet Stortinget at bevilgningen til sykepengeprosjektet skulle gjøres til den permanente ordningen «Kjøp av helsetjenester for oppfølging av sykmeldte». Videre skulle ordningen gjøres landsomfattende. I årene 1999–2001 ble bevilgningen til formålet gradvis økt. I 2001 fikk om lag 8 000 pasienter tilbud om kjøp av helsetjenester. I forbindelse med den første Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (2001–2002) ble ordningen vesentlig utvidet. Nye sykdomstilstander/diagnoser ble inkludert, og det ble også åpnet for ulike utredningstiltak, med særlig vekt på tverrfaglig avklaring av sammensatte lidelser. Ordningen var administrert av Rikstrygdeverket som en del av flere tiltak for å få ned sykefraværet.

Ordningen «Kjøp av helsetjenester for oppfølging av sykmeldte» ble i forbindelse med Sykefraværutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007) omgjort til ordningen for tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte («Raskere-tilbake»). Dette innebar en ytterligere utvidelse av ordningens omfang og innhold. Det innebar en kraftig økning i bevilgningen til ordningen, og bevilgningen ble delt mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten. For

statsbudsjettet for 2011 er det foreslått henholdsvis en bevilgning på 484 mill. kroner til helseforetakene og 228 mill. kroner til Arbeids- og velferdsetaten i ordningen. I henhold til tall fra Helsedirektoratet har om lag 61 000 personer fått et helsetilbud innenfor ordningen «Raskere tilbake» i løpet av årene 2007–2008.

Ordningen omfatter nå sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville ha blitt sykmeldt om de ikke ble omfattet av ordningen. Det er et krav at de personene som omfattes av ordningen, med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys.

Det er gjennomført flere evalueringer av ordningene, både den tidligere ordningen «Kjøp av helsetjenester for sykmeldte» og ordningen «Raskere tilbake». Blant annet har Norsk institutt for by- og regionsforskning (Hagen og Østveiten 1999), SINTEF Helse – «Kjøp av helsetjenester – enklere lidelser» (Lippestad m.fl. 2005) og Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF) «Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester» (Holmås og Kjerstad 2010), undersøkt effekten av ordningen. Sandman-utvalget vurderte også ordningen og kom med flere anbefalinger til forbedringer.

Den siste evalueringen fra 2010 (Holmås og Kjerstad 2010) viser at de som har deltatt på Raskere tilbake-tiltak, har i gjennomsnitt 4,3 dager kortere sykepengeperioder sammenliknet med personer som mottar slik behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Ordningen har en klar kapasitetseffekt gjennom at ventetiden reduseres med rundt 18 dager når man ser medisinsk og kirurgisk behandling under ett. Rapporten har ikke noen enkel forklaring på hvorfor ikke redusert ventetid gir utslag i dag-for-dag-redusert sykefravær. Den slår imidlertid fast at ordningen ikke har ført til at ventetidene har

gått opp for de pasientene som får behandling gjennom det ordinære systemet.

De mener også det er rimelig å hevde en sykefraværsreducerende effekt for dem som mottok kirurgisk behandling hos private leverandører, mens de ikke kan konkludere med det samme for tilbudet innen psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering i regi av de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser imidlertid at mange pasienter som har mottatt «Raskere-tilbake-behandling» ikke var sykmeldte på det tidspunktet de mottok behandlingen. I seg selv er dette ikke kritikkverdig. Ordningen åpner for dette i dag. Spørsmålet som undersøkelsen ikke kan svare på, er om midlene kunne vært omsatt med bedre effekt dersom de ble brukt på personer som faktisk var sykmeldte på behandlingstidspunktet. Forskerne bak rapporten mener imidlertid at det er grunn til å stille spørsmål ved rekrutteringen inn på tiltak. Dette gjelder særlig Nav-tiltakene, som i snitt har deltakere som alt har vært sykmeldte i 6 måneder før de kommer på tiltak. Rapporten konkluderer med at Raskere tilbake samlet sett trolig ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet er for liten. Men de konkluderer med at ordningen uansett har bidratt til at grupper av sykmeldte har kommet betydelig raskere til behandling, dvs. at ventetiden har blitt redusert sammenliknet med dem som venter på ordinær behandling. Ordningen er også så kompleks at de ikke kan utelukke at den kan ha en samfunnsøkonomisk effekt.

Sintefs rapport fra 2005 (Lippestad m.fl. 2005) som omhandler ordningen Kjøp av helsetjenester gjennom Rikstrygdeverket, har betydelig mer positive konklusjoner. Denne rapporten har imidlertid et svakere datagrunnlag knyttet til muligheten for å koble pasientregistre. Pasientpopulasjonen er også smalere. Men undersøkelsen påviser at ordningen har gitt en betydelig innsparing i utgifter til sykepenge. Dette gjør de selv om de beregner sykmeldingsperioden for pasienter i ordningen på lengst mulig måte, og selv om de legger til grunn at en stor del av sykepengepasientene ikke kommer i arbeid.

Denne undersøkelsen viser også at utgiftene til behandling i denne ordningen er lavere enn for ordinære pasienter som får behandling i det offentlige helsevesenet. I tillegg til de økonomiske analysene er det også et empirisk grunnlag som underbygger at ordningen bidrar til å hindre permanent utelukkelse fra arbeidslivet. Sintef mener også at ordningen kan ha en positiv effekt fordi den kan virke som et incitament for det offentlige helsevesenet ved å redusere ventetider. Dersom ventetidene blir for lange, vil de offentlige sykehusene innenfor denne modellen risikere å miste pasientene og dermed inntektene, fordi trygdeetaten ville finne alternative behandlingstilbud.

Sandman-utvalget foreslo å utvide ordningen, både økonomisk og med hensyn til hvilke lidelser som ordningen skulle omfatte. Utvidelsen av ordningen gjennom Raskere tilbake svarte i realiteten til denne anbefalingen – både økonomisk og for diagnoser. Utvalget var imidlertid veldig tydelige på at kjøp av helsetjenester bare skal foretas dersom det med overveiende sannsynlighet fører til friskmelding og rask retur til arbeidet. Det var Trygdeetaten som skulle vurdere om dette kriteriet ble oppfylt.

Sandman-utvalget vurderte også om ordningen skulle videreføres under Trygdeetaten, om midlene skulle overføres til de regionale helseforetakene – med føringer om å prioritere sykmeldte etter angitte kriterier (Raskere tilbake-modellen), eller om midlene skulle overføres til regionale helseforetak, uten noen form for føringer (kun øke den generelle behandlingsskapasiteten). Utvalget konkluderte med at effektivitetshensynet (virker sterkest for de sykmeldte og bidrar til reduserte ventetider generelt) tilsier at det fortsatt burde være Trygdeetaten som skulle være ansvarlig for ordningen.

I dag er en mindre del av ordningen igjen i Arbeids- og velferdsetaten, mens hoveddelen er lagt til de regionale helseforetakene.

Ny organisering av Raskere tilbake

De to evalueringsrapportene av de to ulike ordningene tyder på at ordningen Kjøp av helsetjenester for sykmeldte fungerte mer effektivt enn ordningen Raskere tilbake. Dette kan ha ulike årsaker, men det er grunn til å legge vekt på de momentene som Sintef-rapporten pekte på. Ordningen «Kjøp av helsetjenester» fungerte som et konkurransemoment i helse-tjenesten. Gjennom at det sentrale innkjøpskontoret for helsetjenester i Trygdeetaten kjøpte disse tjenestene på vegne av de sykmeldte, ble det konkurranse om disse pasientene. Det førte både til at prisen på behandlingen gikk ned og til at helseforetakene fikk et incitament til å redusere de generelle ventetidene. Det er grunn til å tro at mange av disse pasientene (lettere kirurgi) av medisinske grunner ikke ville ha en rett til nødvendig helsehjelp innen en individuell tidsfrist. Dermed vil disse pasientene i dagens ordning ikke kunne velge andre sykehus uten at de betaler det selv. I den gamle ordningen ville Trygdeetaten kjøpe behandling for disse pasientene på andre offentlige sykehus eller på private sykehus. Dermed ville det lokale sykehuset risikere å miste disse pasientene ved lange ventetider.

I dagens ordning er det også grunn til å tro at de regionale helseforetakene ikke har de samme incentivene for å sikre at pasienten faktisk kommer tilbake i arbeid. Pengene er bevilget til foretakene, og de sparer ikke penger på at pasienten kommer raskere tilbake. Pengene vil også være en del av foretakenes planlagte virksomhet og dimensjonering.

Dagens ordning gjør også at pasienter som får samme behandling (og til tider samme behandling på samme sted til samme tid), har ulike egenandeler og ulike rettigheter. Dette skyldes at ordningen både tildeles gjennom Arbeids- og velferdsetaten og gjennom helsetjenesten.

Den tidligere sentrale enheten i Trygdeetaten som foretok kjøp av helsetjenester for denne ordningen, samt for fristbruddpasientene, er nå omgjort til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) under Helsedirektoratet. HELFO har nå ansvar for kjøp av behandling for fristbruddpasientene. Erfaringen fra den tidligere ordningen tilsier at det vil være en fordel om HELFO også overtar ansvaret for «Raskere tilbake». Dermed sikrer en at pengene går målrettet til å redusere sykefraværet, en sikrer den raskest tilgjengelige behandlingen til lavest pris og en bidrar til å redusere de generelle ventetidene.

Det vil også virke positivt inn på helsetjenesten generelt og for mulighetene for et godt privat alternativ i helsetjenesten at ikke de regionale helseforetakene forblir alene som stor etterspørre av helsetjenester i Norge. I dag er det de regionale helseforetakene som er både eier og bestiller for en dominerende del av helsetjenestene. I tillegg kommer pasienter som betaler selv, forsikringsselskapene, HELFO og Arbeids- og velferdsetaten. Ved å samle «Raskere tilbake» til HELFO vil de etterspørre helsetjenester for over 700 mill. kroner, i tillegg kommer ordningen for fristbruddpasienter.

I dagens ordning er det også et vilkår at behandlingen skal bidra til redusert sykefravær. Evalueringen viser imidlertid at det er en svært begrenset effekt. Det er derfor grunn til å styrke dette kravet gjennom å sikre at pasienten følges opp av helsetjenesten og at behandlingen er målrettet. Spesielt gjelder dette innenfor arbeidsrettet rehabilitering. Det bør derfor etableres en ordning der behandler får betalt for eksempel 80 pst. av prisen ved oppstart av behandlingen og at de siste 20 pst. først blir utbetalt når pasienten er tilbake på jobb. Her kan det lages ulike incentiver for ulike former for behandlinger.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen fremme en sak for Stortinget våren 2011 der midlene til «Raskere tilbake-ordningen» overføres til HELFO, som gis ansvaret for å kjøpe helsetjenester for sykmeldte som raskt kan komme tilbake i arbeid.
2. Det innføres økonomiske incentiver i «Raskere tilbake-ordningen», slik at helsetjenesten blir belønnet når den sykmeldte faktisk er tilbake i arbeid.

12. november 2010

