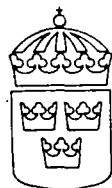


Regeringens proposition

1991/92:105

om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård



Prop.
1991/92:105

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 19 mars 1992 för de åtgärder och de ändamål som föredraganden hemställt om.

På regeringens vägnar

Carl Bildt

Bo Könberg

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att möjligheter öppnas att genomföra lokala försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Syftet är att sammanföra resurser från de båda områdena och därigenom skapa incitament för samordnade bedömningar och åtgärder som bidrar till förbättrad hälsa och minskad belastning på samhälls-ekonomin.

De lokala försöken skall bygga på vissa gemensamma förutsättningar. Utifrån dessa skall berörda parter i avtal reglera hur det enskilda försöksprojektet skall bedrivas, hur var och en skall utöva inflytande över försöksverksamheten och de närmare formerna för ett gemensamt beslutsfattande.

Försöken skall innebära att sjukvårdshuvudmannen utöver ansvaret för hälso- och sjukvård ges ett delansvar för utgifter för sjukpenning och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring samt för sjukpenning enligt lagen om arbetsskadeförsäkring. Förutsättningar skapas för en mer flexibel medelsanvändning för åtgärder med syfte att åstadkomma en förbättrad rehabilitering och begränsa socialförsäkringskostnaderna genom att medel för den allmänna sjukförsäkringen ställs till förfogande.

För att möjliggöra för försöksparter som så önskar att inrätta en lokal nämnd för hälso- och sjukvården inom ett försöksområde föreslås avsteg få göras från kommunallagens bestämmelser om proportionella val.

Hinder skall därmed inte föreligga för fullmäktigeförsamlingen att till ledamöter i en sådan nämnd utse personer som är förtroendevalda inom försäkringskassan.

Försöksverksamhet föreslås efter regeringens tillstånd få bedrivas under åren 1993 – 1995 i högst tio områden i landet.

En förutsättning för försök är att uppföljning och utvärdering sker på lokal och nationell nivå. Uppföljningen och utvärderingen av försöken skall handhas gemensamt av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen.

För försöksverksamheten föreslås regler i en särskild lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

Förslag till

Lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Om regeringen medger det, får en sjukvårdshuvudman och en allmän försäkringskassa som har kommit överens om det bedriva lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård i syfte att pröva möjligheterna till en effektivare användning av tillgängliga resurser. Regeringen får bestämma de villkor som skall gälla för försöksverksamheten.

Med sjukvårdshuvudman avses i denna lag ett landsting, en kommun som inte ingår i ett landsting eller en kommun som bedriver försöksverksamhet med kommunal primärvård.

2 § I en försöksverksamhet med finansiell samordning får sjukvårdshuvudmannen, i enlighet med överenskommelsen med försäkringskassan, ansvar för att i ett försöksområde täcka kostnader för

1. sjukpenning och rehabiliteringsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, och

2. sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.

Kostnader enligt första stycket får avse förmåner för tiden den 1 januari 1993 – den 31 december 1995. Detta gäller dock inte om rätten till förmånen har fastställts först efter utgången av januari 1996.

3 § Försöksverksamheten får innefatta att en sjukvårdshuvudman fullgör vissa uppgifter inom socialförsäkringssystemet.

Uppgifter som skall fullgöras med stöd av första stycket skall anges i framställningen om medgivande enligt 1 §.

4 § Om sjukvårdshuvudmannens uppgifter som avser hälso- och sjukvård inom försöksverksamheten fullgörs av en lokal nämnd för försöksområdet, får vid val av ledamöter och ersättare i nämnden undantag göras från bestämmelserna om proportionella val i 5 kap. 46 och 47 §§ kommunallagen (1991:900).

5 § En nämnd som avses i 4 § får besluta i en angelägenhet som en allmän försäkringskassa har att befatta sig med, om angelägenheten faller inom ramen för försöksverksamheten och försäkringskassans styrelse överlåter beslutanderätten till nämnden. Detta gäller dock inte frågor som rör rätt till förmåner för enskilda.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993 och gäller till utgången av år 1995.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 mars 1992

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsråden B. Westerberg, Johansson, Laurén, Hörlund, Olsson, Svensson, af Ugglas, Dinkelspiel, Hellsvik, Wibble, Björck, Davidson, Könberg, Odell, Lundgren, P. Westerberg

Föredragande: statsrådet Könberg

1 Inledning

En stor del av de offentliga ekonomiska resurserna i Sverige används till insatser som har samband med medborgarnas ohälsa. Den allmänna sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall på grund av sjukdom medan hälso- och sjukvården skall förebygga, bota eller lindra sjukdom. Det förhållandet att ekonomiska medel till hälso- och sjukvård respektive sjukförsäkring är uppdelade på skilda system kan emellertid innebära att resursernas användning inte alltid är väl samordnad och att resurserna ibland används mindre effektivt.

Den dåvarande regeringen anförde i oktober 1990 i en skrivelse till riksdagen (skr. 1990/91:50) bl.a. att det var angeläget att granska hur förändringar kunde göras för att samla ansvaret för sjukvård och sjukförsäkring och göra det möjligt att bättre hushålla med resurserna. Försök med totalkostnadsansvar avseende de samlade ekonomiska resurserna för hälso- och sjukvård, läkemedel, sjukresor, sjuk- och arbets-skadeförsäkring samt förtidspensioner avsågs därför snarast inledas i några primärvårdsområden.

I regeringsskrivelsen framhölls som önskvärt att något eller några försök skulle ingå i den försöksverksamhet som planerades genomföras med primärkommunal primärvård, varvid primärvårdens verksamhet då skulle komma att bli integrerad med den kommunala socialtjänsten. I andra försök kunde totalkostnadsansvaret ligga kvar hos landstingsdriven primärvård, i ytterligare andra hos försäkringskassan.

Finansutskottet, som behandlade skrivelsen i sitt betänkande 1990/91:FiU10, anförde att den försöksverksamhet med samordning av sjukvårdens och sjukförsäkringens resurser som regeringen avsåg att föreslå riksdagen borde kunna leda till ett bättre utnyttjande av resurserna och bidra till att ge en bättre service till medborgarna. Utskottet hemställde att detta skulle ges regeringen till känna. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1990/91:103).

Riksdagen fick ytterligare information om den planerade försöksverksamheten med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet i den proposition om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvården m.m. (prop. 1990/91:121) som förelades riksdagen i mars 1991. I ett särskilt avsnitt utvecklades

bakgrund och syfte samt förutsättningarna för försök med finansiell samordning. Vidare redogjordes för hur det fortsatta beredningsarbetet avsågs bedrivas. Prop. 1991/92:105

Socialutskottet behandlade propositionen i sitt betänkande 1990/91:SoU21 sedan socialförsäkringsutskottets yttrande inhämtats. Det konstaterades att inkomna motioner i ärendet inte stod i motsats till vad som anförts i propositionen om den allmänna inriktningen av försöksverksamheten. Mot bakgrund av att målsättningen var oförändrad och att det inte angavs hur försöksverksamheten närmare skulle utformas och genomföras, ansåg utskottet att propositionen inte borde föranleda något ytterligare uttalande från riksdagens sida. Riksdagen delade denna uppfattning (rskr. 1990/91:362).

2 Beredningsarbetet

I mars 1991 inbjöd socialdepartementet samtliga sjukvårdshuvudmän, försäkringskassor och primärkommuner att anmäla sitt intresse av att delta i en försöksverksamhet med syfte att skapa en bättre finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården, socialförsäkringssystemet och socialtjänsten. Syftet var bl.a. att inventera alternativ och idéer som skulle innebära en finansiell samordning. Ett annat viktigt syfte var att undersöka i vilken utsträckning det fanns intresse och samsyn hos berörda huvudmän.

Intresset för den aviserade försöksverksamheten visade sig vara stort. Flertalet sjukvårdshuvudmän och allmänna försäkringskassor anmälde att de önskade delta med ett eller flera projekt. I några fall ingick primärkommuner i de tilltänkta försöksprojekten. Dessutom inkom ett antal separata intresseanmälningar från primärkommuner.

De inkomna intresseanmälningarna från parter som var överens om värdet av att delta i försök med finansiell samordning avsåg ett 30-tal projekt med varierande uppläggning. Variationerna gällde bl.a. grad av samverkan, vad som skulle ingå i en gemensam ekonomisk ram och vem som skulle ha det ekonomiska ansvaret.

Under hösten 1991 har företrädare för socialdepartementet fört fördjupade diskussioner med vissa huvudmän rörande sju intresseanmälningar som bedömts vara principiellt intressanta. Diskussionerna har syftat till att konkretisera de föreslagna projekten och att klargöra vad som krävs för att genomföra dem.

Under beredningen har framkommit att en trepartssamverkan i avsedd form, innefattande också den kommunala socialtjänsten, skulle förutsätta speciella organisatoriska och lagstiftningsmässiga förändringar. De förslag som föreliggande beredningsarbete har utmynnat i är därför inriktade på en tvåpartssamverkan mellan organ för hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet. För att öka jämförbarheten och möjliggöra slutsatser av försöksverksamheten är det enligt min mening väsentligt att försöken utgår från vissa generella regler. För detta ändamål har en modell byggts upp med generella regler i fråga om vad som skall ingå i den finansiella ramen, i vilken utsträckning socialförsäkringsmedel får användas till annat än förmånsutbetalningar till enskilda, efter vilka principer resultatberäkning skall ske, m.m.

Med finansiell samordning avses i detta sammanhang att ekonomiska resurser för vissa verksamheter sammanförs och att en av de berörda parterna får ett kostnadsansvar för de vårdinsatser och förmåner som ingår i en angiven finansiell ram. Detta medför en skyldighet för den kostnadsansvarige att täcka samtliga kostnader för hälso- och sjukvården och de delar av socialförsäkringen som omfattas av samordningen.

Syftet med en samordning av resurser inom hälso- och sjukvården och socialförsäkringen är att få båda systemen att fungera mer effektivt så att medborgarna får bättre vård samtidigt som samhällets totala kostnader för socialförsäkringsförmåner och hälso- och sjukvård för den del av befolkningen som är i yrkesverksam ålder minskar.

Grundidén med en finansiell samordning är att ett mer samlat kostnadsansvar förstärker motivationen hos beslutsfattare och verkställare att välja handlingsalternativ som sammantagna är de mest effektiva. Så är inte alltid fallet idag. Sjukskrivning kan ur hälso- och sjukvårdens perspektiv te sig som kostnadsfri eftersom utgifterna inte belastar sjukvårdens budget. Det kan inte uteslutas att patienter med diffusa symptom ibland sjukskrivs utan att någon egentlig behandling ges eller att någon plan för rehabilitering aktualiseras, trots att en sådan åtgärd vore motiverad.

Genom en finansiell samordning skulle en del av de resurser som i ett läge utan samordning åtgår för socialförsäkringsutgifter kunna användas för satsningar inom hälso- och sjukvården som bedöms leda till kortare sjukskrivningsperioder och därmed till minskade socialförsäkringsutgifter. Samtidigt skulle ett tydligare kostnadsmedvetande vad gäller försäkringsutgifterna skapas inom hälso- och sjukvården. Det kan vara fråga om att minska väntetider genom ökade insatser i form av operationer och behandlingar. Satsningar kan också bli aktuella inom försäkringskassans verksamhetsområde vad gäller yrkesinriktad rehabilitering.

Finansiell samordning skapar incitament för de samverkande parterna att använda de samlade resurserna effektivare på flera sätt. Grundläggande för försöken bör vara möjligheten till en mer flexibel användning av sjukförsäkringsmedel. Vidare uppkommer incitament genom möjligheten att få del av överskott till följd av att socialförsäkringskostnaderna blir lägre än utan finansiell samordning och genom ett åtagande från de samverkande parterna att täcka del av ett eventuellt underskott.

4 Utgångspunkter för lokala försök med finansiell samordning

4.1 Syfte med försöken

Syftet med de försök som föreslås är att pröva värdet av en finansiell samordning i den meningen att medel för sjukförsäkringen får användas mer flexibelt varvid sjuktalets utveckling får betydelse för sjukvårds-

huvudmannens ekonomi. Därmed förväntas att de gemensamma resurserna används effektivare så att vård- och rehabiliteringsinsatserna ökar samtidigt som samhällsekonomiska vinster uppnås.

De lokala försöken med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård ingår i regeringens strategi för att minska ohälsan, befrämja rehabilitering och att begränsa socialförsäkringsutgifterna.

Denna strategi innehåller flera delar. Inom försäkringskassorna pågår sedan ett antal år en medveten satsning på metodutveckling och nya arbetssätt med syfte att åstadkomma en arbetslinje inom socialförsäkringen. Fr.o.m. den 1 januari 1992 har nya regler för rehabilitering trätt i kraft med särskilda ersättningsformer, rutiner och ansvarsförhållanden. Den betydelse som tillmäts satsningen på aktiv rehabilitering understryks av de mål för ohälsotalets minskning som uppställts på senare år. Särskilda resurser har tillförts för att ge försäkringskassorna ökade förutsättningar att samverka med andra samhällssektorer, dels genom köp av rehabiliteringstjänster hos andra organ, dels genom att efter överläggningar med sjukvårdshuvudmännen bidra med resurser till medicinsk rehabilitering.

Beslut har nyligen fattats om att tillkalla en kommitté med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur framtidens hälso- och sjukvård bör finansieras och organiseras på en övergripande samhällsnivå. Kommitténs överväganden skall utgå från en analys och utvärdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. I samtliga modeller skall kommittén pröva för- och nackdelar med en ökad samordning med andra samhällssektorer eller förmånssystem, i första hand sjukpenningförsäkringen. Om kommittén finner att fördelarna överväger skall kommittén lämna förslag till hur den ökade samordningen skall åstadkommas. Utredningsarbetet skall vara slutfört senast den 1 mars 1994.

Som framgår av det följande avses de lokala försöken med finansiell samordning inledas den 1 januari 1993 och sedan pågå i tre år. Det är angeläget att löpande erfarenheter som görs inom försöken blir tillgängliga för nyssnämnda kommitté. I samband med remissbehandling av kommitténs kommande betänkande och efterföljande beredning bör det finnas ytterligare möjligheter att ta tillvara resultaten från de första försöksåren.

4.2 Förutsättningar för försök

De som primärt kommer att beröras av försöksverksamheten är den del av befolkningen som är i yrkesverksam ålder, dvs. 16 – 64 år, eftersom det är för denna kategori som samordningsvinsterna förväntas uppkomma.

Försöken får inte innebära att vårdtillgången för befolkningen i övrigt minskar till följd av att verksamheten inriktas mot en viss målgrupp. För att säkerställa hälso- och sjukvårdslagens krav om vård på lika villkor skall konsekvenserna för olika patientkategorier noga följas i utvärderingen av försöken. En del av de samordningsvinster som kan uppkomma förutsätts användas för att finansiera förbättringar av vården för de kategorier som inte ingår i försökens primära målgrupp.

En annan grundläggande förutsättning för försöken är att den lagfästa rätten till olika socialförsäkringsförmåner inte skall påverkas. Inte heller får den nuvarande beslutsordningen för utgivande av sådana förmåner rubbas.

De nu angivna förutsättningarna innebär att det vidgade kostnadsansvar som föreslås bli lagt på ena parten inte medför att denne fritt kan förfoga över socialförsäkringsmedlen. Förfoganderätten över medel från socialförsäkringen måste begränsas med hänsyn till de försäkrades lagfästa rätt till olika socialförsäkringsförmåner.

Utöver de grundläggande krav som skall gälla och vissa andra generella villkor bör parterna ges stor frihet att bedriva försöksverksamheten. Försöken bör förenas med ett visst risktagande för parterna. Jag återkommer i det följande till dessa frågor.

5 Former för lokala försök med finansiell samordning

5.1 Generella regler

Mitt förslag: För försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård skall generella regler gälla i fråga om kostnadsansvar, finansiell ram, flexibel användning av medel, resultatberäkning och fördelning av överskott/underskott.

Skälen för mitt förslag: De intresseanmälningar som har inlämnats till socialdepartementet uppvisar stora variationer, bl.a. vad gäller de socialförsäkringsförmåner som föreslagits ingå i samordningen. I en intresseanmälan föreslås att endast sjukpenningutgifter avseende sjukfall mellan dag 15 och dag 365 skall medräknas. I andra anmälningar avses en samordning som skulle omfatta flertalet socialförsäkringsförmåner. Även vad gäller formerna för organisation och styrning är skillnaderna mellan de olika intresseanmälningarna betydande. Mest genomgripande är förslag om att införa helt nya offentligrättsliga organ. I andra fall har man tänkt sig enbart överläggningar mellan parterna av det slag som hittills förts rörande användningen av den särskilda ersättningen för medicinsk rehabilitering från sjukförsäkringen.

Enligt min mening är det inte ändamålsenligt att bland försöken medge så stora variationer som framgår av de förslag som framkommit under beredningsarbetet. Vissa förslag ställer krav på stora förändringar av organisatorisk karaktär som förutsätter mer djupgående överväganden och lagstiftningsarbete än som kan anses motiverat för en försöksverksamhet av den omfattning som här föreslås. Jag förordar därför att en enhetlig grundmodell ställs upp för den nu föreslagna försöksverksamheten. Denna bör ange vissa generella regler som måste följas om försöksverksamhet skall kunna medges. I det följande beskrivs vari dessa generella regler bör bestå.

5.2 Modell för försöken

Mitt förslag: En sjukvårdshuvudman och en allmän försäkringskassa får bedriva försöksverksamhet med finansiell samordning i syfte att skapa förutsättningar att på bästa sätt utnyttja tillgängliga resurser. Det vidgade kostnadsansvaret skall läggas på sjukvårdshuvudmannen.

Parterna kan i avtal komma överens om vilket inflytande var och en av dem skall ha över försöksverksamheten. En möjlighet öppnas för försäkringskassan att överlämna beslutanderätt i vissa frågor som rör handhavandet av socialförsäkringar till en lokal nämnd inom sjukvårdshuvudmannens organisation. Vid val av ledamöter i en sådan lokal nämnd får sjukvårdshuvudmannen göra avsteg från kommunallagens bestämmelser om proportionella val, vilket gör det möjligt att utse personer som förtroendevalda på förslag av försäkringskassan.

Verksamheten skall bygga på ett avtal mellan parterna och kräva medgivande av regeringen. Ett medgivande får förenas med villkor för försöksverksamheten.

Skälen för mitt förslag: Parter i en försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård är naturligen en allmän försäkringskassa och en sjukvårdshuvudman. Den sistnämnda parten kan vara ett landsting, en kommun som inte ingår i ett landsting eller en kommun som bedriver försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Detta är i överensstämmelse med regeringens skrivelse (skr. 1990/91:50) som förutsåg kommunal medverkan av detta slag som ett alternativ. Även i ett sådant alternativ skulle det röra sig om en samverkan mellan två huvudmän.

I några av de intresseanmälningar som inkommit till socialdepartementet föreslås en trepartssamverkan med en vidare innebörd så att i stort sett hela socialtjänsten i en kommun skulle sammanföras med socialförsäkring och hälso- och sjukvård i ett försök med finansiell samordning via någon form av fristående offentligt organ.

En trepartssamverkan av denna typ kan inte ske inom ramen för gällande kommunalrättsliga och socialförsäkringsrättsliga system utan förutsätter grundläggande organisations- och författningsändringar. Enligt min mening bör därför den nu aktuella försöksverksamheten inriktas på en tvåpartssamverkan mellan å ena sidan en försäkringskassa och å andra sidan ett landsting, en kommun som inte ingår i ett landsting eller en kommun som har övertagit huvudmannaskapet för primärvården. Jag återkommer till frågan om trepartssamverkan i det följande (avsnitt 10).

Enligt min mening bör vidare det vidgade kostnadsansvaret i de lokala försök med finansiell samordning som nu föreslås läggas på sjukvårdshuvudmannen. Denne disponerar redan över de egna medlen för hälso- och sjukvård och kommer i och med försöket att erhålla en dispositionsrätt över en avgränsad del av socialförsäkringsmedlen. Att som ett alternativ lägga det vidgade kostnadsansvaret på försäkringskassan skulle förutsätta att en avgränsning sker av tillgängliga medel för hälso- och sjukvård till dem som primärt berörs av försöken, dvs. befolkningen i yrkesverksam ålder. Detta skulle innebära en uppdelning av ansvaret för hälso- och sjukvården inom försöksområdet vars konsekvenser för styrningen inom hälso- och sjukvården enligt min mening är svåra att överblicka. Dessutom har en försäkringskassa jämfört med en sjukvårdshuvudman föga utrymme för att stå för ett reellt risktagande.

Som framgår bl.a. av regeringsskrivelsen hösten 1990 var tanken till en början att ett totalkostnadsansvar skulle kunna bäras antingen av försäkringskassan eller sjukvårdshuvudmannen. I några av de intresseanmälningar som diskuterats under beredningsarbetet förutsätts bildandet av ett styrorgan i form av en gemensam beställarnämnd som är fristående från nuvarande huvudmän, dvs. att det skulle bli fråga om att för försöken tillskapa nya offentligrättsliga organ. Därvid uppstår en rad problem som bl.a. sammanhänger med att landsting resp. kommun och försäkringskassa har mycket olika organisationsstruktur. Att skapa helt nya offentligrättsliga organ kräver organisatoriska och författningsmässiga överväganden av djupgående art. Som jag tidigare har nämnt är jag inte beredd att nu lägga fram så långtgående förslag till förändringar. Syftet med försöksverksamheten torde för övrigt i allt väsentligt kunna uppnås inom de ramar som jag föreslår skall gälla.

I andra försöksuppläggningar har man avstått från att föreslå inrättande av särskilda beslutsorgan för försöken. I stället avses samverkan ske i former som nära överensstämmer med dem som för närvarande förekommer i samband med användning av den särskilda ersättning för medicinsk rehabilitering som numera utgår som en del av sjukvårdserstatningen från den allmänna sjukförsäkringen.

Jag anser att parterna bör ha frihet att inbördes komma överens om vilket inflytande var och en av dem skall ha på en mer flexibel användning av sjukförsäkringsmedlen. Detta kan ske inom ramen för det avtal som skall träffas mellan parterna där det således bör fastställas vilket samrådsförfarande som skall äga rum. Mot bakgrund av de önskemål som framförts i flera intresseanmälningar föreställer jag mig att det blir vanligt att parterna gemensamt fattar beslut om de satsningar som skall finansieras av socialförsäkringsmedel. I ett sådant fall måste parterna således vara överens om de satsningar som någon av dem föreslagit. Det innebär att kassan får ett lika stort inflytande som sjukvårdshuvudmannen över de medel som får användas flexibelt, ehuru den senare har det formella kostnadsansvaret.

Det finns emellertid också andra möjligheter, t.ex. att parterna kommer överens om att sjukvårdshuvudmannen inom en gemensamt fastställd ram kan besluta om konkreta satsningar.

För att tillgodose huvudmän som önskar organisera en mer kontinuerlig styrning av försöksverksamheten, bör det finnas förutsättningar att inrätta en lokal nämnd för försöksområdet inom ramen för sjukvårdshuvudmannens organisation. En del av ledamöterna i nämnden bör kunna utses bland förtroendevalda verksamma inom försäkringskassans organisation. Dessa ledamöter avses därvid få samma funktion och ansvar som övriga ledamöter. De har emellertid också förutsättningar att förmedla synpunkter och bidra med kunskap från försäkringskassans verksamhetsområde. Förslag till val av dessa ledamöter bör kunna lämnas till landstingsfullmäktige av försäkringskassan.

Det som kan vara ett hinder mot tillsättande av en lokal nämnd med en sådan sammansättning är kommunallagens regler om proportionella val. Undantag från dessa regler bör därför kunna göras. Jag återkommer till detta i samband med att jag redogör för den rättsliga regleringen av försöksverksamheten (avsnitt 7).

Försäkringskassans styrelse avses kunna överföra en del av sitt beslutsansvar till den lokala nämnden. Det kan gälla frågor av mer övergripande natur, t.ex. principiella frågor i rehabiliteringsarbetet eller användningen av medel för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster. Överföringen får dock inte avse beslutanderätt i enskilda socialförsäkringsärenden. Jag förordar att den nu beskrivna styrformen möjliggörs.

För att få delta i försöksverksamheten bör det enligt min mening krävas ett medgivande av regeringen. Regeringens medgivande avses kunna förenas med villkor för försöksverksamheten. De lokala försöken med finansiell samordning bör därför grundas på avtal mellan berörda samverkande huvudmän som skall godkännas av regeringen. I avtalet bör anges vilka förutsättningar som gäller för försöken, hur den ekonomiska regleringen skall gå till inklusive respektive parts kostnadsansvar, vad uppföljningen och utvärderingen skall omfatta samt berörda huvudmäns åtaganden i övrigt.

Vid beredningen av ärenden om medgivande till en försöksverksamhet bör regeringen enligt min mening i huvudsak kunna stödja sig på underlag och yttranden som inhämtas från riksförsäkringsverket. Denna myndighet bör också få till uppgift att administrera försöken i viktiga händelser. Uppgiften att ansvara för central uppföljning och utvärdering bör enligt min mening överlämnas till riksförsäkringsverket och socialstyrelsen gemensamt. Jag återkommer till dessa frågor (avsnitt 8).

5.3 Finansiell ram

Mitt förslag: För de samverkande parternas ekonomiska resurser skall skapas en finansiell ram. I den finansiella ramen skall ingå budgeterade hälso- och sjukvårdskostnader och sjukreseersättning för försöksområdet. Vidare skall ingå beräknade kostnader för sjukpenning enligt såväl lagen (1962:381) om allmän försäkring som lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring samt rehabiliteringsersättning enligt förstnämnda lag. Även medel som är avsedda för yrkesinriktade rehabiliteringstjänster skall kunna ingå i den finansiella ramen.

Skälen för mitt förslag: Syftet med försöken är som jag nämnt i det föregående att pröva om en sammanläggning av de ekonomiska resurserna kan underlätta för parterna att i ökad utsträckning arbeta för att resurser utnyttjas på ett ur helhetssynpunkt effektivare sätt. De resurser som skall omfattas av denna sammanläggning utgör försökens *finansiella ram*.

Från sjukvårdshuvudmannens sida bör den finansiella ramen omfatta de budgeterade hälso- och sjukvårdskostnaderna för försöksområdet. Härtill kommer den sjukreseersättning som belöper på försöksområdet.

De vanligaste förmånerna vid sjukdom och därav föranledd rehabilitering är sjukpenning samt rehabiliteringsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring samt sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring. Det är i vården och rehabiliteringen av personer som uppbär sådana förmåner som de stora effektivitets- och resursvinsterna kan finnas att hämta. Till den finansiella ramen bör därför räknas de medel som, om inget försök hade inletts, kan uppskattas åtgå för att inom försöksområdet täcka kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Även försöksområdets andel av de medel som står till försäkringskassans förfogande för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster bör kunna ingå. Om detta skall ske avgör de samverkande parterna själva.

Vad gäller kostnaderna för läkemedel i öppen vård övervägs för närvarande olika alternativ för huvudmannaskapet. Mot denna bakgrund bör kostnaderna för läkemedel inom öppen vård inte omfattas av den finansiella ramen.

Försöksområdets kostnader för sjukbidrag, förtidspensioner samt arbetsskadelivräntor är svåra att påverka under den korta tid som försöksverksamheten avses pågå. De insatser som blir möjliga inom ramen för försöksverksamheten kommer i första hand att vara inriktade på att förkorta sjukskrivningsperioder och söka motverka att den nedsatta arbetsförmågan övergår i permanent arbetsoförmåga snarare än att rehabilitera dem som redan blivit förtidspensionerade. Försöksområdets kostnader för förtidspensionering m.m. bör därför inte ingå i den finansiella samordningen.

Samtidigt är det viktigt att försöksuppläggningsen inte inbjuder till ett handlande som innebär att kostnader skjuts över från sjukförsäkringen till förtidspensioneringen. Jag kommer därför i det följande att föreslå ett förfarande för resultatberäkning som motverkar detta.

I en intresseanmälan har föreslagits att tillfällig föräldrapenning skall ingå i den finansiella ramen med motivering att detta skulle stimulera till insatser som i sin tur kan förväntas leda till ett minskat uttag av tillfällig föräldrapenning. Jag anser att detta skäl inte är tillräckligt tungt vägande för att tillfällig föräldrapenning skall ingå i den finansiella ramen.

Vidare har det i en annan intresseanmälan föreslagits att den finansiella samordningen skall begränsas till sjukskrivningar upp till ett år. Jag anser att det med en sådan konstruktion finns en risk för att sjukskrivna som passerat ettårsgränsen ägnas mindre uppmärksamhet, vilket kan leda till såväl försämrad hälsa som utgiftsökningar. Ur utvärderingssynpunkt är det vidare att föredra att alla försök innefattar samma kostnadsansvar vad gäller sjukskrivningstid.

Som kommer att framgå av det följande är det framför allt medel avsedda för sjukpenningutbetalningar som kan komma i fråga för flexibel användning. Det är också förbrukningen av sjukpenningmedel som avgör om ett försöksprojekt har haft ekonomisk framgång eller inte. De övriga komponenterna i den finansiella ramen har emellertid också stor betydelse. Att de ingår i ramen tydliggör för de samverkande parterna vilka verksamheter som ingår i helheten. En kontinuerlig information om utfall i fråga om hälso- och sjukvårdskostnader, sjukpenningutbetalningar och rehabiliteringsersättning respektive satsningar inom ramen för försöket bör befrämja en helhetssyn hos parterna. Den finansiella ramen ger också en klar markering av vad uppföljningen och utvärderingen bör rikta in sig på.

5.4 Fastställande av s.k. kostnadstäckningsbelopp och disponibelt belopp

Mitt förslag: Socialförsäkringssystemets tillskott till den finansiella ramen skall utgöras av ett kostnadstäckningsbelopp som beräknas på grundval av vissa antaganden om utvecklingen utan försöksverksamhet. Ett preliminärt kostnadstäckningsbelopp fastställs när ett försök startar. Detta skall dels motsvara socialförsäkringsutgifter för sjukpenning och rehabiliteringsersättning, dels skapa ett handlingsutrymme för satsningar på vård, rehabilitering m.m. som bedöms kunna bidra till lägre socialförsäkringsutgifter. Högst 10 % av det preliminära kostnadstäckningsbeloppet skall få användas för andra ändamål än att täcka socialförsäkringsutgifter (disponibelt belopp). Kostnadstäckningsbeloppet fastställs slutligt efter en jämförelse med den faktiska utvecklingen i flera kontrollområden allteftersom försöket fortlöper.

Skälen för mitt förslag: Försök med finansiell samordning förutsätter bedömningar av sannolika kostnader under viss tidsperiod för de socialförsäkringsförmåner som ingår i den finansiella ramen. Dessa beräkningar bör baseras på den antagna utvecklingen om försök inte ägde rum. Den naturliga utgångspunkten är härvid den närmast föregående period för vilken uppgift om utbetalningar föreligger. Denna uppgift justeras med hänsyn till kända regeländringar, dessa regeländringars och andra omständigheters inverkan på sjukalet samt den förväntade löneutvecklingen.

Den kostnad för socialförsäkringsförmånerna som antas uppstå om försök inte görs bör fastställas preliminärt när ett försök inleds. På motsvarande sätt beräknas kostnadstäckningsbelopp inför varje nytt försöksår. Flera kontrollområden bör väljas ut mot vilka det årsvis görs en jämförelse när utfall för respektive år föreligger. Med ledning av denna jämförelse bör sedan ett slutligt kostnadstäckningsbelopp kunna fastställas. Jag kommer i det följande (avsnitt 5.5) att utveckla detta närmare.

En viss del av kostnadstäckningsbeloppet avses få användas för andra ändamål än direkta utgifter för sjuk- och arbetsskadeförsäkringsförmåner. En sådan användning skall ha till syfte att minska belastningen

på socialförsäkringssystemet. Som jag tidigare har sagt kan en mer flexibel användning av sjukförsäkringsmedel innebära att fler operationer och behandlingar utförs antingen genom ökade egna insatser eller genom att tjänster köps från andra vårdgivare. Även inom försäkringskassans kompetensområde är satsningar tänkbara vad gäller yrkesinriktad rehabilitering.

Vid de överläggningar som socialdepartementet haft med olika huvudmän har framhållits att det finns begränsningar för hur mycket ytterligare resurser som kan tillföras genom en ökad satsning på vård, rehabilitering m.m. På många håll råder brist på t.ex. ortopedier och psykiater. Med hänsyn taget till bl.a. detta anser jag att den del av kostnadstäckningsbeloppet som får användas till satsningar av olika slag bör utgöra högst 10 %.

De socialförsäkringsmedel som under försöket får användas för alternativa ändamål benämns *disponibelt belopp*.

5.5 Resultatberäkning

Mitt förslag: Efter jämförelse med utvecklingen i en grupp kontrollområden fastställs ett slutligt kostnadstäckningsbelopp, varefter resultat beräknas genom att det slutliga kostnadstäckningsbeloppet minskas med summan av faktiskt utbetalda försäkringsförmåner och förbrukat disponibelt belopp. Vid beräkningen tas hänsyn till ökning eller minskning i fråga om nybeviljade sjukbidrag, förtidspensioner samt arbetsskadelivräntor. Det överskott eller underskott som uppkommer fördelas enligt principer som anges i avsnitt 5.6.

Skälen för mitt förslag: Det möter svårigheter att i förväg närmare beräkna storleken av sjukförsäkringsutgifterna med eller utan försök med finansiell samordning. Kostnadstäckningsbeloppets storlek bör därför som jag redan nämnt vara preliminärt med möjlighet till senare justering.

Socialförsäkringsutgifterna påverkas bl.a. av konjunkturförändringar och förändrade ersättningsregler. Exempel på det sistnämnda är de nya bestämmelser om sjuklön och rehabilitering som trädde i kraft den 1 januari 1992. Det är därför nödvändigt att en avstämning sker mot utvecklingen i områden där försöksverksamhet inte pågår. Dessa områden bör i fråga om befolkningssammansättning, sjuktal m.m. likna försöksområdet.

Förfarandet nödvändiggör således att uppgifter insamlas för såväl försöksområden som kontrollområden.

Uppföljning bör ske inte bara efter varje verksamhetsår utan också under året så att de i försöket deltagande huvudmännen får löpande information om det ekonomiska läget. Överskott/underskott bör fastställas efter varje verksamhetsår. Resultatreglering bör ske efter det andra verksamhetsårets utgång och sedan också efter det tredje och sista försöksåret.

Första ledet i resultatberäkningen består i att räkna fram det slutliga kostnadstäckningsbeloppet för aktuellt försöksår. Detta sker genom att det senast kända utfallet i försöksområdet före försök justeras med hän-

syn till den kostnadsförändring som faktiskt skett i kontrollområdena under försöksåret. Framräkning av överskott eller underskott sker sedan genom att det slutliga kostnadstäckningsbeloppet reduceras med de faktiska försäkringsutgifterna i försöksområdet under året samt den del av det disponibla beloppet som tagits i anspråk.

Som redovisats i det föregående finns det skäl för att förtidspensionsutgifterna inte skall ingå i den finansiella ramen som sådan. Samtidigt gäller att förtidspensioneringen utgör en tung post i ohälsotalet och att ett viktigt mål är att minska förtidspensioneringen genom att begränsa de långa sjukfallen. Vidare är det väsentligt att uppmärksamma förtidspensionsbeslut av det skälet att förtidspensionering/sjukbidrag ur ett snävt försäkringsutgiftsmässigt perspektiv kan te sig som ett fördelaktigt alternativ till långvarig sjukskrivning och omfattande rehabiliteringsinsatser. Således bör vid resultatberäkningen hänsyn tas till en eventuellt ökad frekvens av nybeviljade sjukbidrag, förtidspensioner och arbetsskadelivräntor i försöksområdet i förhållande till frekvensen i kontrollområdena.

Flera korrigeringsmetoder är möjliga. En metod är att vid beräkningen av försäkringsutgifter betrakta nytillkomna förtidspensions- och sjukbidragsfall som fortsatta sjukfall såväl i försöksområdet som i kontrollområdena. En annan metod är att utgå från ett nuvärde av det framtida produktionsbortfallet, dvs. ett mått på samhällets totala förlust av en förtidspensionering. En tredje metod är den försäkringsfinansiella, dvs. ett mått på de samlade utbetalningar av förtidspension som hade kunnat undvikas. Min uppfattning är att den förstnämnda metoden ger tillräckligt stöd för att motverka oönskad utveckling samtidigt som den, till skillnad från övriga metoder, innebär rimliga konsekvenser för huvudmännen vid extrema utfall. Den är också förhållandevis enkel att förstå och tillämpa. Den närmare utformningen av det förfarande som skall tillämpas bör överlämnas till den för försökens administration ansvariga myndigheten att avgöra.

5.6 Fördelning av överskott resp. underskott

Mitt förslag: Om ett försök leder till ett överskott får sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan behålla sammanlagt hälften av detta överskott medan den andra hälften tillfaller staten. I fall av underskott täcks detta till lika delar av staten resp. de samverkande parterna. De samverkande parterna får själva komma överens om hur deras del av ett överskott/underskott skall fördelas resp. täckas.

Skälen för mitt förslag: De ekonomiska incitament som uppkommer genom finansiell samordning består i första hand i möjligheten till en mera flexibel resursanvändning men också i möjligheten att få del av ett överskott eller risken att få finansiera ett underskott. Det är viktigt att de principer som tillämpas för fördelning av överskott och underskott blir rätt avvägda.

I de intresseanmälningar som beretts närmare inom socialdepartementet och vid de överläggningar som förevarit med berörda huvudmän har olika fördelningsprinciper diskuterats. En av dessa består i att som villkor för deltagande ålägga huvudmännen ett garantiåtagande, t.ex. av innebörd att socialförsäkringsutgifterna efter avdrag för kostnader för gjorda satsningar skall minska med minst en viss procentandel. Det överskott som ligger inom ramen för garantiåtagandet skulle då alltid tillfalla staten medan de samverkande parterna enbart skulle få del av ett överskott därutöver. I andra fall har en likadelningsprincip av såväl överskott som underskott föreslagits. En tredje föreslagen princip har bestått i att staten får allt överskott men också blir skyldig att täcka uppkommet underskott i dess helhet.

Jag anser det viktigt att tillämpa enkla fördelningsprinciper som inte upplevs orättvisa och som ger huvudmännen för försöken motivation att både eftersträva överskott och undvika underskott. Jag förordar därför att framräknat överskott/underskott fördelas lika mellan å ena sidan staten och å andra sidan sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan.

Det är enligt min mening motiverat att också försäkringskassan får viss del av ett överskott och att parterna inbördes får komma överens om de närmare villkoren för detta. Det förefaller dock naturligt att den övervägande delen av ett överskott tillfaller sjukvårdshuvudmannen och att denne också får ta på sig betalningsansvaret för en motsvarande del av ett eventuellt underskott.

Vad gäller sjukvårdshuvudmannens och försäkringskassans användning av överskott anser jag inte att det finns skäl att föreskriva några särskilda begränsningar. Sjukvårdshuvudmannen har i kraft av sitt huvudmannansvar att tillse att behövliga vårdsatsningar görs när ekonomiskt utrymme tillskapats. Försäkringskassans uppgift i dessa sammanhang är att verka för att försäkringsutgifterna begränsas genom rehabilitering och förebyggande insatser. Det finns enligt min mening inte heller skäl för staten att lägga restriktioner på huvudmännens val av interna styrformer för att uppnå goda resultat.

6 Försöksperiod och försöksområden

Mitt förslag: Försöksverksamhet med finansiell samordning skall kunna påbörjas fr.o.m. år 1993 och får bedrivas fram till utgången av år 1995. Försöksverksamhet får bedrivas i högst tio områden som utgör delar av ett landsting eller en landstingsfri kommun. Det ankommer på regeringen att välja ut vilka områden som skall delta i försöken.

Skälen för mitt förslag: Jag anser att försöken bör påbörjas i full skala vid en tidpunkt då huvudmännen för försöken haft tillräcklig tid på sig att vidta erforderliga förberedelser.

Min bedömning är att den 1 januari 1993 är en lämplig tidpunkt att påbörja försöken. Denna tidpunkt har också rekommenderats av företrädare för de försäkringskassor och sjukvårdshuvudmän med vilka närmare kontakter hållits i beredningsarbetet. Försöken bör sedan pågå under tre års tid.

Antalet försök bör begränsas bl.a. med tanke på att denna typ av samordning mellan de två systemen tidigare inte prövats varför det kommer att krävas betydande insatser i fråga om uppföljning och utvärdering av resultaten.

Vid urvalet av de intresseanmälningar som utgjort grunden för beredningsarbetet i dess senare skeden lades stor vikt vid bl.a. den tänkta utformningen av försöket och vid att det fanns en god beredskap och samsyn mellan berörda parter. Den dialog som förts med berörda huvudmän och de synpunkter som erhållits har varit värdefulla för framtagandet av en enhetlig grundmodell för försöksverksamheten. Även om urvalet av intresseanmälningar inte innebar någon garanti för deltagande i försöken anser jag att dessa huvudmän bör ges ett visst försteg framför övriga.

Mot bakgrund av att intresset för att delta i försöken är stort anser jag emellertid att även andra sjukvårdshuvudmän och försäkringskassor skall kunna få delta på angivna villkor.

Om antalet områden som önskar delta blir större än tio anser jag att ett urval bör ske utifrån följande kriterier:

- såväl tätbefolkade områden som glesbygdsområden bör vara företrädare i försöken,
- i försöken bör områden med höga, normala och låga sjuktal vara företrädare,
- försöksområdena bör vara någorlunda jämnt fördelade över landet.

7 Den rättsliga regleringen

Mitt förslag: Det lagstöd som behövs för försöksverksamheten tas in i en särskild lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. I lagen anges i vilka avseenden avvikelser från nuvarande lagregler får gälla under försöksperioden. Dessa avvikelser består främst i att en sjukvårdshuvudman, utöver sitt befintliga ansvar för hälso- och sjukvård, får ett ansvar för att täcka vissa socialförsäkringskostnader, att sjukvårdshuvudmannen får fullgöra vissa uppgifter inom socialförsäkringsområdet och att en försäkringskassa kan få överlåta beslutanderätten i vissa frågor till sjukvårdshuvudmannen.

Skälen för mitt förslag: Av 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) framgår att ett landsting eller en kommun inte får ha hand om angelägenheter som enbart skall handhas av någon annan. Om ett landsting eller en kommun skall få ett delansvar för att täcka kostnader för vissa socialförsäkringsförmåner och fullgöra vissa uppgifter inom socialförsäkringssystemet måste detta regleras i lag.

Av det nu sagda följer att försöksverksamheten måste regleras i lag. Lagregleringen bör ha karaktären av en tidsbegränsad försökslag, i vilken det anges vilka avvikelser från nuvarande regler som skall gälla under försöksperioden.

Av lagen bör framgå att möjligheten att delta i försöksverksamheten står öppen för å ena sidan försäkringskassor och å andra sidan sjukvårdshuvudmän (landsting, kommuner som inte ingår i ett landsting samt kommuner som har övertagit huvudmannansvaret för primärvård). De deltagande parterna skall träffa ett avtal om att bedriva försöksverksamhet. De förutsättningar och villkor som skall gälla i försöksverksamheten skall i huvudsak anges i avtalet. Jag anser att försökslagen enbart bör reglera de förhållanden där det behöver göras avsteg från nuvarande lagregler för att möjliggöra försöksverksamheten. Detta innebär dock samtidigt att vissa ramar ges för försöksverksamheten.

Såsom tidigare nämnts bör det krävas medgivande av regeringen för att bedriva försöksverksamhet. Regeringen avses kunna förena sitt medgivande med villkor för försöksverksamheten. Hit hör villkor i enlighet med vad som sagts i det föregående om fördelning av överskott och underskott som framkommit vid resultatberäkningen samt om betalning av vad som tillkommer staten efter fördelningen.

I den nu aktuella försöksverksamheten avses med finansiell samordning att en sjukvårdshuvudman får ett delansvar för vissa socialförsäkringskostnader som ingår i den finansiella ramen. Detta medför en skyldighet att i försöksområdet täcka kostnader för hälso- och sjukvård och de delar av socialförsäkringssystemet som ingår i försöket. Kostnadsansvaret ger dock inte sjukvårdshuvudmannen bestämmanderätt över hur medlen skall användas inom den andra partens kompetensområde. Försöksverksamheten medför inte någon förändring av försäkringskassans ansvar för att besluta om enskildas rätt till ersättning från socialförsäkringarna. Vad gäller andra frågor som faller inom ramen för försäkringskassans kompetens bör det möjliggöras att överföra viss beslutanderätt till sjukvårdshuvudmannen. Jag återkommer till detta.

I försökslagen bör regleras vad som skall ingå i kostnadsansvaret, och som inte redan tillhör partens kompetensområde. Som framgått bör ansvaret omfatta vissa socialförsäkringsförmåner samt hälso- och sjukvårdskostnader, inbegripet sjukreseersättning. Lagreglering fordras i fråga om socialförsäkringsförmåner. Ansvaret kan även omfatta försäkringskassans medel för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster, vilket dock inte kräver någon lagreglering.

De socialförsäkringsförmåner som skall ingå i kostnadsansvaret är som jag tidigare har nämnt sjukpenning och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL) samt sjukpenning enligt lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF). Dessa ersättningsslag svarar för den helt dominerande volymen när det gäller förmåner vid sjukdom och därav föranledd rehabilitering. Sjukpenningförmåner utges även enligt lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring (YFL) och lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd (LSP). Dessa förmåner är dock mindre vanligt förekommande och bör därför inte tas med i den finansiella ramen. Det kan emellertid uppkomma situationer där AFL-sjukpenning utgetts men där det senare visar sig att YFL- eller LSP-sjukpenning rätteligen bort

utges. I sådana fall torde dock den utgivna ersättningen kunna återföras till den kostnadsansvarige parten utan att någon författningsreglering är nödvändig. Sådan återföring skall dock inte ske om ett annat ersättningslag fastställs efter det att kostnadsansvaret har upphört.

En viss del av socialförsäkringsmedlen skall kunna disponeras av sjukvårdshuvudmannen för satsningar som syftar till att minska behovet av inkomstbortfallsersättningar. Hur dessa medel skall användas kan bestämmas vid överläggningar mellan parterna. Därefter fullföljer resp. part överenskommelsen inom sitt kompetensområde.

Ett alternativt sätt att styra den mer flexibla resursanvändningen är att sjukvårdshuvudmannen tillsätter en lokal nämnd med ansvar för hälso- och sjukvården inom försöksområdet och för försöksverksamheten. Till ledamöter och ersättare i denna nämnd kan sjukvårdshuvudmannen utan hinder av kommunallagen (1991:900) utse vissa personer som också är förtroendevalda inom försäkringskasseorganisationen. Dessa ledamöter blir, som jag tidigare framhållit, att jämställa med övriga förtroendevalda inom sjukvårdshuvudmannens organisation. De avses dock även kunna förmedla synpunkter från försäkringskassan i försöksverksamheten. Behov finns dock av en undantagsregel i försökslagen som ger möjlighet till avsteg från bestämmelserna om proportionella val i 5 kap. 46 och 47 §§ kommunallagen, vilkas tillämpning annars skulle kunna förhindra den avsedda fördelningen av ledamotsplatser i en lokal nämnd för försöksverksamhet. Om parterna är överens om att undantagsregeln skall utnyttjas bör detta tas in som ett villkor i avtalet mellan parterna.

En lokal hälso- och sjukvårdsnämnd avses även kunna fatta beslut i frågor som faller inom försäkringskassans kompetensområde i den mån det inte är fråga om rätt till förmåner för enskilda. Det förutsätter att beslutanderätt har överlåtits till nämnden (jfr avsnitt 5.2). Den föreslagna försökslagen bör innehålla bestämmelser som skapar det författningsstöd som är nödvändigt för att ge nämnden denna kompetens och för att ge försäkringskassan denna möjlighet att överlåta beslutanderätt. De frågor i vilka kompetensöverlämnande sker bör anges i avtalet mellan parterna. Härutöver bör förutsättas att försäkringskassan fattar ett beslut om att överlämna beslutanderätt till nämnden. Det jag nu har anfört medför att det i försökslagen bör anges att sjukvårdshuvudmannen får rätt att fullgöra vissa uppgifter inom socialförsäkringarna.

Min bedömning: Ärenden om medgivande att bedriva försöksverksamhet bör beredas under medverkan av riks försäkringsverket som också skall svara för administrationen av försöksverksamheten enligt de riktlinjer regeringen fastställer. Riks försäkringsverket skall i sitt arbete samråda med socialstyrelsen.

Försöken bör utvärderas enligt vissa gemensamma principer. Uppföljningen och utvärderingen avses ske både på central och lokal nivå. Socialstyrelsen och riks försäkringsverket bör få i uppdrag att i samarbete svara för uppföljning och utvärdering av försöksverksamheten. De båda myndigheterna bör i samarbete svara dels för genomförandet av utvärderingen på central nivå, dels för viss samordning av de utvärderingar som sker lokalt i de olika försöken. Huvudmännen för försöken skall dock genomföra den lokala utvärderingen. Uppföljning skall ske löpande. En slutlig utvärderingsrapport skall vara färdigställd senast den 1 november 1996.

Skälen för min bedömning: Arbetet med att utforma en modell för försöksverksamheten har utförts inom regeringskansliet. Den framtagna modellen utgör en principlösning. Ett arbete återstår med att bereda framställningar från sjukvårdshuvudmän och försäkringskassor om att få bedriva försöksverksamhet samt med att utforma lösningar av frågor om hur preliminärt respektive slutligt kostnadstäckningsbelopp skall framräknas, hur resultatberäkning skall ske m.m. Med tanke på att det i huvudsak är socialförsäkringsmedel som berörs anser jag att riks försäkringsverket bör medverka med det utredningsarbete som behövs. Verket bör samråda och samarbeta med socialstyrelsen.

Utvärderingen av försöken bör läggas upp så att den beaktar dels syftet med försöksverksamheten, dels de grundläggande förutsättningarna om vård på lika villkor och lagstadgade rättigheter inom socialförsäkringen. Så långt möjligt bör den därför belysa sådana faktorer som

- sjuktalets utveckling för olika grupper,
- konsekvenser för sjukpenningförsäkrade i termer av väntetid, tillgänglighet m.m.,
- konsekvenser för olika vårdgivare i termer av arbetsbelastning och resurser,
- utveckling av nybeviljade förtidspensioner, sjukbidrag och arbets skadelivräntor,
- relationer i resurshänseende mellan rehabilitering av yrkesverksamma och rehabilitering av övriga befolkningsgrupper,
- konsekvenser för andra grupper än de sjukpenningförsäkrade i termer av väntetider, tillgänglighet m.m.,
- konsekvenser vad gäller samverkan dels mellan försäkringskassan och landstinget, dels mellan dessa intressenter och andra.

Motsvarande uppgifter måste insamlas från ett antal kontrollområden. Det kan också finnas skäl att följa upp om vissa kostnader övervälrats på andra områden, t.ex. genom att minskade sjukpenningutgifter åtföljts av ökade utgifter för socialbidrag eller arbetslöshetsersättningar.

Riksförsäkringsverket och socialstyrelsen utövar tillsyn över socialförsäkringarna respektive hälso- och sjukvården. I riksförsäkringsverkets roll ligger bl.a. att tillse att försöken beaktar den enskildes rättigheter till socialförsäkringsförmåner och att följa utvecklingen vad gäller sjukfallens antal och längd samt beviljande av förtidspensioner m.m. För socialstyrelsen bör en central del av utvärderingen bestå i att bevaka att försöksverksamheten inte får negativa konsekvenser för dem som inte tillhör den primära målgruppen för försöken, dvs. andra än de sjukpenningförsäkrade. Jag anser därför att de båda myndigheterna bör anförtros uppgiften att i samarbete handha uppföljningen och utvärderingen av försöken.

Jag anser att uppföljningen bör ske löpande och på sådant sätt att erfarenheterna av försöken blir till nytta för såväl den kommitté som inom kort tillsätts för att se över hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation som vid efterföljande beredningsarbete. En utvärderingsrapport bör färdigställas snarast efter avslutade försök och i god tid före årsskiftet 1996/97.

9 Kostnader och finansiering

Mitt förslag: De medel som avses kunna användas flexibelt (disponibelt belopp) finansieras genom medel från statsbudgetens anslag D 1. Bidrag till sjukförsäkringen.

Skälen för mitt förslag: Den allmänna sjukförsäkringen finansieras till 85 % genom socialavgifter och till 15 % av statsmedel. Statsbidraget redovisas i statsbudgeten under femte huvudtitelns anslag D 1. Bidrag till sjukförsäkringen. Förutsatt att försöken med finansiell samordning leder till förväntat resultat blir följden ett minskat utgiftsbehov och en minskad belastning på statsbudgeten och socialförsäkringsbudgeten.

Beträffande administrationen och utvärderingen av försöksverksamheten anser jag att de ansvariga myndigheterna i särskild ordning bör erhålla ersättning för detta.

Av kostnadstäckningsbeloppen skall som jag tidigare nämnt endast ett angivet högsta belopp få användas för annat än utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Endast den del som sålunda är avsedd för flexibel användning får disponeras av sjukvårdshuvudmannen. Frågan om vilken redovisningsteknik som bör väljas för att göra de medel som är avsedda för flexibel användning disponibla för sjukvårdshuvudmannen bör övervägas ytterligare och bli föremål för regeringens beslut. Det ankommer sedan på berörda myndigheter att i samarbete med försöksområdena utarbeta rutiner för att uppnå en tydlig bokföring.

Under förutsättning att tio försöksområden med i genomsnitt 50 000 invånare skulle komma att delta i försöksverksamheten kan de sammanlagda utgifterna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning per år uppskattas till ca 1 400 milj.kr. (exklusive sjuklön), vilket ger en ungefärlig uppfattning om de kostnadstäckningsbelopp som kan bli aktuella. De disponibla beloppen skulle då uppgå till sammanlagt högst 140 milj.kr. Hur stor andel av dessa medel som faktiskt kommer att tas i anspråk för en mer flexibel användning avgörs av försöksparternas överväganden om möjligheter att reducera sjukförsäkringskostnaderna.

Om det skulle visa sig att för försöksområdena beräknade medel för sjukpenning- och rehabiliteringskostnader inte räcker för uppkommande utbetalningar blir sjukvårdshuvudmannen i princip skyldig att tillskjuta medel. Sjukvårdshuvudmannens ansvar begränsas dock av de regler för hur eventuella underskott skall fördelas mellan olika deltagare respektive staten som jag föreslår skall gälla i försöksverksamheten.

Under beredningsarbetet har framkommit önskemål från vissa huvudmäns sida om att staten helt eller delvis borde stå för de kostnader som uppstår för lokal projektadministration och uppföljning/utvärdering. Jag anser att huvudmännens kostnader för administration och utvärdering av försöken bör kunna betraktas som delar i försöken och att de därmed kan finansieras av medel som ingår i det disponibla belopp som försöksparterna kommer att förfoga över. Genom de regler för fördelning av överskott respektive underskott som jag tidigare redogjort för kommer staten att stå för hälften av huvudmännens kostnader för projektadministration och utvärdering. Hänsyn till dessa kostnader har också tagits vid valet av fördelningsregler för uppkommet överskott. Någon ytterligare ersättning från statens sida anser jag inte motiverad.

10 Utvidgad finansiell samordning

Bland dem som har anmält intresse att delta i försöken har det framförts förslag om en trepartssamverkan med en primärkommun som tredje part. Detta är bl.a. fallet vad gäller ett projekt som avses bedrivas i Stenungsunds kommun. I dessa projekt avses den finansiella samordningen innefatta även den kommunala socialtjänstens ekonomiska resurser.

Regeringens skrivelse (skr. 1990/91:50) upptog kommunal medverkan som ett försöksalternativ men avsåg då en kommun som deltar i försöksverksamheten med primärkommunal primärvård. Vid ett sådant försök skulle primärvårdens verksamhet också kunna integreras med den kommunala socialtjänsten. Avsikten var även i detta alternativ att det skulle röra sig om en samverkan mellan två huvudmän. Ingen intresseanmälan har emellertid inkommit avseende en samverkan av denna typ.

De som föreslagit en trepartssamverkan avseende hälso- och sjukvård, socialförsäkring och socialtjänst har framför allt pekat på det angelägna i att ha en helhetssyn på individen samt att både välfärdsvinster och ekonomiska fördelar kan uppnås genom ett nära samarbete mellan berörda sektorer som baseras på en samordnad ekonomi. Man har framhållit en rad exempel på problem som nuvarande sektorisering har lett till, bl.a. tendenser till problem- och kostnadsövertäring.

Det finns emellertid många svårigheter som måste överbryggas för att uppnå en sådan samordning. Redan det faktum att det rör sig om tre parter som representerar åtskilda system med olika organisatorisk uppbyggnad gör att försöksverksamheten blir mer komplicerad. Vidare är det enligt min mening inte uppenbart att en mer flexibel användning av socialförsäkringsmedel som innefattar satsningar inom den primärkommunala socialtjänsten kan inrymmas i den försöksreglering som bedömts möjlig i detta skede.

En samverkan mellan tre parter torde med erforderligt lagstöd kunna möjliggöras genom att primärkommunen och landstinget bildar ett kommunalförbund för hälso- och sjukvård och socialtjänstfrågor. Detta förbund skulle sedan kunna bedriva försök med finansiell samordning i ett tvåpartsförhållande med berörd försäkringskassa.

I fråga om Stenungsundsprojektet, som är den mest långtgående av de försöksuppläggningar som inneburit en trepartssamverkan, har huvudmännen velat tillskapa en gemensam fristående beställarnämnd avseende hälso- och sjukvård, socialförsäkring och socialtjänst. En sådan gemensam beställarnämnd är ett offentligrättsligt organ av helt ny typ, något som nödvändiggör tidskrävande rättsliga och organisatoriska överväganden och därmed en mer omfattande försökslagstiftning.

Jag har funnit det angeläget att snarast möjligt kunna inleda en försöksverksamhet med finansiell samordning och har därför i detta ärende angett förutsättningarna för den finansiella samverkan som kräver minst förändringar, den mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkrings-systemet. Det är också en sådan samverkan som i första hand avsågs i de ursprungliga planerna för försök. Jag vill dock framhålla att jag finner redovisade förslag till trepartssamverkan i syfte att uppnå bättre resursutnyttjande och främjande av helhetssyn intressanta och värda att överväga närmare. Jag ser därför positivt på fortsatta diskussioner med berörda intressenter med inriktning på att möjliggöra någon form av finansiell samordning där socialtjänsten ingår. I sådana diskussioner är det naturligt att representanter för intresserade trepartssamverkande deltar. Om dessa fortsatta överläggningar visar på möjliga lösningar är jag beredd att vidta åtgärder för att de skall kunna förverkligas.

11 Upprättat lagförslag

I enlighet med vad som anförts i avsnitt 7 har inom socialdepartementet upprättats förslag till lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

12 Hemställen

Med hänvisning till vad jag anförut hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

1. anta förslaget till lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård,

2. godkänna de riktlinjer för lokal försöksverksamhet med finansiell samordning som jag har förordat (avsnitt 5 och 6),

3. godkänna att från femte huvudtitelns förslagsanslag *Bidrag till sjukförsäkring* för budgetåret 1992/93 får utbetalas medel för disponibelt belopp i samband med försöksverksamheten (avsnitt 9).

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag anfört om

4. administration och utvärdering av försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (avsnitt 8),

5. utvidgad finansiell samordning (avsnitt 10).

13 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och de ändamål som föredraganden har hemställt om.

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 mars 1992	4
1 Inledning	4
2 Beredningsarbetet	5
3 Begreppet finansiell samordning	6
4 Utgångspunkter för lokala försök med finansiell samordning	6
4.1 Syfte med försöken	6
4.2 Förutsättningar för försök	7
5 Former för lokala försök med finansiell samordning	8
5.1 Generella regler	8
5.2 Modell för försöken	9
5.3 Finansiell ram	11
5.4 Fastställande av s.k. kostnadstäckningsbelopp och disponibelt belopp	13
5.5 Resultatberäkning	14
5.6 Fördelning av överskott resp. underskott	15
6 Försöksperiod och försöksområden	16
7 Den rättsliga regleringen	17
8 Administration och utvärdering av försöksverksamheten	20
9 Kostnader och finansiering	21
10 Utvidgad finansiell samordning	22
11 Upprättat lagförslag	23
12 Hemställan	23
13 Beslut	24

