

En fornyet satsing på kjøp av helsetjenester til yrkesaktive sykmeldte utfordrer helsetjenestens verdigrunnlag og står i motsetning til arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helse

Raskere tilbake?

Da striden om sykelønnsordningen høsten 2006 fikk sin løsning uten at selve ordningen ble endret, var det få som kommenterte at kjøp av helsetjenester inngikk i en ny «tiltaksplan» for å få ned sykefraværet. Det ble vel nærmest sett på som en pølse i slaktetiden. Men regjeringen bevilget hele 631 millioner kroner til trygdeetaten og prosjektet Raskere tilbake, øremerket «kjøp av helsetjenester til yrkesaktive sykmeldte» for perioden 2006–09 (1). Er dette et riktig virkemiddel for å få ned sykefraværet?

Prosjektet har som overordnet mål å redusere utgiftene til sykestrygd. Ordningen innebærer at trygdeetaten kjøper helsetjenester til sykmeldte for å gi dem kortere ventetid for behandling og dermed raskere retur til arbeidslivet. Forutsetningene for å delta har vært at man

- er yrkesaktiv
- er sykmeldt og mottar sykepenges
- står på venteliste for utredning eller behandling
- har en lidelse som er enkel å behandle
- med stor sannsynlighet vil bli arbeidsdyktig
- faktisk kommer tilbake i jobb

Det vil være langt færre sykmeldte som fyller disse betingelsene enn det folk flest (og politikerne?) tror.

Ordningen med kjøp av helsetjenester startet i 1988, men avgrensningen til kun å gjelde yrkesaktive sykmeldte ble iverksatt først i 1997. Siden 1999 har ordningen vært en del av trygdeetatens oppfølging av sykmeldte, og fra 2001 har den inngått i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Ansatte ved trygdekontorene velger ut hvem som får delta. Et klart flertall har fått behandling ved private klinikker og sykehus, og denne andelen har økt. Evalueringer av ordningen har ikke vært så positive som mange hadde forventet. Bortsett fra noen enkle kostnad-nytte-analyser (behandlingspris versus sparte trygdekrone), som konkluderte med en viss teoretisk økonomisk gevinst, var resultatene nedslående. I en evaluering fra perioden 1992–97 med i alt 1 800 trygdede med muskel- og skjelettplager var konklusjonen at «tilbakeføring til yrkeslivet er ubetydelig» (2). En evaluering for perioden 1993–94 indikerte faktisk en *økning* i ventetid for flere pasientgrupper, trolig fordi primærleger senket terskelen for å henvise pasienter til spesialist (3).

Uteblivelsen av forventede positive effekter kan skyldes at tiltaket bygger på urealistiske forutsetninger (4). Det lover dårlig for et prosjekt som kan vise seg å bli enda mindre lønnsomt i dag enn i 1990-årene, blant annet fordi ventetiden for behandling har gått ned. I sykehusene er ventetiden halvert fra 2002 til 2006. Den største reduksjonen er kommet for «enkle» pasienter. Dette henger sammen med at disse har vært opprioritert etter at den innsatsstyrte finansieringen gjorde dem økonomisk lønnsomme.

Paradoksalt nok kan prosjektet resultere i økt sykefravær. Dette skyldes negative langtidseffekter som kan skapes av at systemet fremmer strategiske tilpasninger fra de ulike aktørene, deriblant

- at leger senker terskelen for å sykmelde pasienter, for å få dem fortere frem i køen
- at pasienter etterspør sykmelding av samme grunn
- at sykehusene senker indikasjonsnivået for behandling (dette kan gi overbehandling og i verste fall negative helseeffekter)

- at arbeidsgiverne unnlater å legge til rette arbeidsforholdene for de sykmeldte

Et annet problem er at ordningen strider mot helsetjenestens verdigrunnlag. Den strider mot prinsippene om tilbudslikhet (alle skal ha likeverdig tilgang), om resultatlikhet (helsetjenesten skal utjevne helseulikheter) og om en behovsbasert fordeling av godene (de sykeste skal prioriteres) (5). Lønning II-utvalget stadfestet at produktivitet og sosial status «ikke under noen omstendigheter» gir grunn til forskjellsbehandling, da dette marginaliserer dem som ikke har inntektsgivende arbeid (6). Kontrasten til prioriteringene i sykepengeprosjektet er stor: «Utvelgelsen av sykmeldte pasienter for kjøp av operasjon ble gjort ut fra en ren kostnadsvurdering der operasjonsprisen ble holdt opp mot den innsparing som kunne oppnås» (3). Størrelsen på pasientens lønn inngikk som et kriterium. Dagens tiltaksplan kan få en liknende «direktøreffekt», det vil si at de som velger blant de sykmeldte, favoriserer dem som har høye stillinger og/eller høye inntekter. Over tid kan denne type ordninger bidra til å endre verdigrunnlaget i helsevesenet.

Både nasjonalt og internasjonalt arbeides det for tiden for å redusere de sosioøkonomiske ulikhetene i helse. I Europa gjelder dette WHO's Helse for alle-strategi fra 1998. I Norge har både den forrige og den nåværende regjering erklært at man vil ha en langsiktig satsing for å redusere helseulikhetene. Helse- og omsorgsministeren la i februar i år frem en stortingsmelding med en omfattende strategi for å utjevne sosiale forskjeller i helse (7). Ordningen med kjøp av helsetjenester til yrkesaktive står i sterk motsetning til denne intensjonen, på samme måte og i samme grad som i 1999 (8). Det er lett å forstå entusiasmenes gode intensjoner når de nå ønsker å gjenopplive og forsterke ordningen. Men erfaringene hittil tyder altså på at tiltaket neppe vil bidra til å redusere sykefraværet, selv om Raskere tilbake er et utmerket navn på prosjektet. Mer bekymringsfullt er det at ordningen bidrar til å undergrave helsetjenestens grunnleggende likhetsideal.

Olaug S. Lian

olaug.lian@ism.uit.no

Steinar Westin

steinar.westin@ntnu.no

Olaug S. Lian (f. 1964) er førsteamanuensis i medisinsk sosiologi ved Universitetet i Tromsø. Steinar Westin (f. 1944) er professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Innst.O. nr. 29 (2006–2007). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte mv.).
2. Halvorsen P. 70 millioner uten virkning. Velferd 1997, nr. 11: 6–7.
3. Magnussen J, Mathisen T, Nyland K et al. Sykepengeprosjektene – god samfunnsøkonomi? NIS-rapport 4/95. Trondheim: SINTEF, Norsk institutt for sykehusforskning, 1995.
4. Lian OS. Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2007.
5. St.meld. nr. 26 (1999–2000). Om verdier for den norske helsetjenesta.
6. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.
7. St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
8. Bruusgaard D. Prioritering i teori og praksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2155.