Regeringens proposition 1993/94:121

Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.

Prop.
1993/94:121

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 9 december 1993

Carl Bildt

Bengt Westerberg
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas resultaten av uppföljningen av Ädel-reformen samt läggs fram förslag till ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Lagändringarna syftar till att ge kommuner och landsting viss möjlighet att avtala om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård än de av regeringen fastställda beloppen samt till att förtydliga omfattningen av kommunernas betalningsansvar för sådana patienter.

Innehållsförteckning

1 Förslag till riksdagsbeslut 3
2 Lagtext 3
3 Ärendet och dess beredning 5
4 Uppföljning av Ädel-reformen 6
5 Det kommunala betalningsansvaret för viss hälso- och sjukvård 11
5.1 Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter 12
5.2 Betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård 14
5.3 Betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård 14
5.4 Begreppet medicinskt färdigbehandlad 15
5.5 Vårdplaneringen 16
5.6 Ersättningen för medicinskt färdigbehandlade patienter m.m. 17

Bilaga 1 Sammanfattning av Betalningsansvarskommitténs slutbetänkande Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49) 19
Bilaga 2 Sammanställning av remissyttranden över Betalningsansvarskommitténs slutbetänkande Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49) 24

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 9 december 1993 29

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

Förslag till

Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård[1]

dels att i 1 - 3, 5, 7 och 9 - 11 §§ orden "landstingskommun" respektive "en landstingskommun" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "landsting" respektive "ett landsting" i motsvarande form,

dels att 6 och 8 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 §[2]
En kommun har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid *landstingskommunens* enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som är intagen på en sådan enhet men inte längre behöver den medicinska vård som ges vid enheten eller vid annan enhet inom *den landstingskommunala* hälso- och *sjukvården*.	En kommun har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård *inom landstingets hälso- och sjukvård*. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som är intagen på en sådan enhet men inte längre behöver den medicinska vård som ges vid enheten eller vid annan enhet inom *landstingets* hälso- och *sjukvård där det bedrivs vård som kommunen inte har betalningsansvar för*.

Fråga om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av ansvarig läkare.

[1] Senaste lydelse av
1 § 1991:1948
9 § 1991:1150.

[2] Senaste lydelse 1991:1150.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 §	
Ersättning för vård av medicinskt färdigbehandlade patienter skall lämnas med *ett* belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten erhåller på *kliniken*. *Beloppet* skall motsvara genomsnittet i riket och omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket.	Ersättning för vård av medicinskt färdigbehandlade patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten erhåller på *enheten*. *Beloppen* skall motsvara genomsnittet i riket och omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket.
	Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en enhet för geriatrisk vård.
Regeringen fastställer årligen *det* belopp som avses i första *stycket*.	Regeringen fastställer årligen *de* belopp som avses i första *och andra styckena*.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1994.

3 Ärendet och dess beredning

Riksdagen beslutade i december 1990 med anledning av förslagen i regeringens proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. att fr.o.m. år 1992 ge kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade (bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97). I juni 1991 fattade riksdagen beslut om den ekonomiska regleringen som följer av den s.k. Ädel-reformen (prop. 1990/91:150 bil. I:3, bet. 1990/91:SoU25, rskr. 1990/91:384).

Genom reformen ålades kommunerna en i socialtjänstlagen (1980:620) fastlagd skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för de äldre som behöver det. Med särskilda boendeformer avses bl.a. servicebostäder, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Kommunerna blev också skyldiga att inrätta bostäder med särskild service för handikappade. Reformen innebar vidare att kommunerna numera enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är skyldiga att erbjuda en god hälso- och sjukvård med undantag av läkarvård åt dem som bor i de särskilda boendeformerna för äldre och i bostäder med särskild service. Kommunerna har även fått befogenhet att svara för hemsjukvård i ordinärt boende.

Det samlade kommunala ansvaret innebar vidare att kommunerna den 1 januari 1992 övertog ansvaret för drygt 500 enheter för långtidssjukvård med sammanlagt 31 000 vårdplatser. Detta övertagande regleras i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar. Av bestämmelserna i lagen framgår att kommunerna nämnda datum, om inte kommun och landsting enats om annat eller det fanns särskilda skäl mot ett övertagande, skulle överta ansvaret för och driften av de sjukhem och andra vårdinrättningar i respektive kommun som inrättats för somatisk långtidssjukvård och som huvudsakligen hade kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde. Efter överförandet av sjukhemmen fanns ytterligare vårdenheter för somatisk långtidssjukvård kvar hos landstingen. Detta gällde bl.a. vårdenheter som hade ett upptagningsområde som täckte flera kommuner. Därför infördes, med hänsyn till syftet att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar, genom lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ett betalningsansvar för kommunerna för patienter som är inskrivna vid av landstingen bedrivna enheter för somatisk långtidssjukvård. Detta betalningsansvar omfattade den 1 januari 1992 drygt 3 400 platser i sammanlagt 14 landsting och 59 kommuner. Vidare infördes genom nämnda lag ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård.

Regeringen beslutade i november 1991 att en särskild kommitté skulle tillsättas med uppgift att följa tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården (Dir. 1991:105). I direktiven angavs att kommittén särskilt skulle beakta betalningsansvarets konsekvenser för den enskilde och dess strukturella och ekonomiska effekter

liksom den praktiska tillämpningen av systemet och dess tekniska konstruktion. Kommittén fick även till uppgift att föreslå förändringar i utformningen av systemet med betalningsansvar, om detta skulle behövas för att dess syfte skall uppnås eller för att annars undvika oavsedda effekter.

Kommittén, som tog namnet Betalningsansvarskommittén, överlämnade i juni 1993 slutbetänkandet Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49).

Kommitténs sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*.

Betänkandet har remissbehandlats. En sammanställning av remissvaren finns i *bilaga 2*.

Regeringen lämnar i det följande bl.a. förslag till vissa förändringar i systemet med kommunalt betalningsansvar. Det kommunala betalningsansvaret utgör en viktig del av Ädel-reformen. Med syfte att i detta sammanhang ge en mer fullständig bild av reformen inleder vi med en redovisning av Ädel-reformens uppföljning.

4 Uppföljning av Ädel-reformen

Socialstyrelsens årsrapporter

Regeringen uppdrog hösten 1991 åt Socialstyrelsen att under en femårsperiod kontinuerligt följa och utvärdera Ädel-reformen med hänsyn till innehåll, kvalitet, kostnader och genomförande. Utvärderingen skulle ha en bred ansats och allsidigt belysa olika aspekter av reformen.

Socialstyrelsens första årsrapport (SoS-rapport 1992:11) överlämnades till regeringen i september 1992 och redovisade erfarenheter av reformens första sex månader. Under detta första halvår prioriterade huvudmännen organisatoriska och ekonomiska frågor och några väsentliga förändringar i verksamheten kunde inte konstateras. Enligt Socialstyrelsens bedömning förorsakade den första tiden av genomförandet av Ädelreformen inte några större problem.

I oktober 1993 överlämnade Socialstyrelsen rapporten Ädel-reformen - Årsrapport (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:8). Basen för utvärderingen utgörs av ett stort antal olika studier/projekt som avser att belysa olika aspekter på och konsekvenser av reformen. Merparten av projekten är fleråriga och kommer därmed att kunna belysa Ädel-reformens konsekvenser över tiden.

Inledningsvis pekar Socialstyrelsen på vissa svårigheter eller begränsningar när det gäller att beskriva och värdera reformens konsekvenser. För det första är det svårt att veta vad som är specifika effekter av Ädel-reformen och vad som härrör sig från andra förändringar i samhället och inom äldre- och handikappomsorgen. Enligt Socialstyrelsen har Ädelreformen ibland tillskrivits t.ex. konsekvenser som beror på den samhällsekonomiska utvecklingen. Vidare innebär avsaknad av data om hur situationen såg ut före Ädel-reformen att möjligheterna att göra

jämförelser över tiden är begränsade. Slutligen är det svårt att finna underlag för generella slutsatser om reformens konsekvenser. De lokala variationerna är mycket stora när det gäller äldre- och handikappomsorgens struktur, resurser, innehåll och kvalitet i olika delar av landet. Möjligheterna att ge allmängiltiga och generella omdömen om reformen är enligt Socialstyrelsen begränsade. Styrelsen framhåller därför att den "genomsnittliga" bilden av Ädel-reformen kan bli en statistisk konstruktion som i sig döljer både positiva exempel och negativa aspekter.

Av rapporten framgår bl.a. att det allmänna omdömet om Ädel-reformen är positivt och att genomförandet av reformen har varit betydligt mindre problemfyllt än befarat. När det gäller de av kommunerna övertagna sjukhemmen pekar de genomförda studierna på att inte så mycket "har hänt" med sjukhemsverksamheten. När det gäller vårdinnehåll, kvalitet, medicinsk kompetens etc., så förefaller de flesta sjukhem att drivas med samma inriktning som tidigare. Liksom tidigare föreligger också stora skillnader i kvalitet och innehåll mellan olika sjukhem. Enligt Socialstyrelsens uppfattning innebär detta att vissa sjukhem erbjuder en undermålig boendestandard samt en bristande medicinsk vård. Styrelsen konstaterar att det är angeläget att det kommer till stånd en fortlöpande utveckling av kvaliteten i sjukhemsverksamheten - en process som noggrant kommer att följas upp i den fortsatta utvärderingen av Ädel-reformen.

Ett område med oklara ansvarsförhållanden mellan huvudmännen är enligt rapporten rehabiliteringsinsatserna för äldre och för personer med funktionshinder. Kommunerna förväntar sig att landstinget skall hjälpa den enskilde med nödvändiga rehabiliteringsinsatser, t.ex. inom den geriatriska vården. Omvänt förutsätter många sjukvårdshuvudmän att reformens innebörd bl.a. är att kommunen skall ta ansvaret för erforderliga rehabiliteringsinsatser.

Skyldigheten att erbjuda rehabilitering har ansetts följa av det allmänna ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Ett visst ansvar för rehabilitering åvilar också arbetsgivare och försäkringskassor enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Som tidigare nämnts ändrades hälso- och sjukvårdslagen genom Ädel-reformen på så sätt att kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvården för boende i de särskilda boendeformerna för äldre och i bostäder med särskild service. Kommunerna fick också ansvar för att i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. Landstingens ansvar för hälso- och sjukvård begränsades därmed även om landstingen i övrigt har kvar sitt allmänna ansvar för att erbjuda boende inom landstinget en god hälso- och sjukvård. Från och med den 1 januari 1994 regleras rehabiliteringsansvaret uttryckligen i hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret har därvid fördelats mellan kommuner och landsting efter samma grunder som nyss angivits för fördelningen av det allmänna ansvaret för hälso- och sjukvård.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning visar utvärderingen av reformen att rehabiliteringsansvaret inte uppfyllts av huvudmännen. Även Betalningsansvarskommittén berörde frågan om rehabilitering. Kommittén anförde därvid att lagändringen den 1 januari 1994 visserligen innebär en markering av rehabiliteringsansvaret för båda huvudmännen men att den inte innebär något egentligt förtydligande av ansvarsfördelningen. Kommittén ansåg det angeläget att denna fördelning preciseras ytterligare men anförde att detta i första hand borde ske mellan huvudmännen. Också många av de organ som yttrat sig över Betalningsansvarskommitténs betänkande har anfört att ansvaret för rehabiliteringsinsatser för äldre och handikappade är oklart.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att ett samlat huvudmannaskap inom hemsjukvården i ordinärt boende endast har förverkligats i hälften av landets kommuner vilket innebär att tidigare samordningsproblem kvarstår på många håll.

När det gäller hjälpmedelsförsörjningen framhåller Socialstyrelsen att det finns mycket stora skillnader över landet i fråga om fördelningen av ansvaret för hjälpmedel mellan huvudmännen. Liksom rehabiliteringsansvaret har det huvudsakliga ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen ansetts följa ansvaret för hälso- och sjukvård. I proposition 1990/91:14, där det föreslogs att kommunerna skulle överta ansvaret för hälso- och sjukvård bl.a. för boende i särskilda boendeformer, anförde föredragande statsråd att det inte var möjligt att förorda en viss för alla huvudmän i detalj preciserad uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting när det gäller hjälpmedelsförsörjningen. Lokala förhållanden borde bli vägledande för lokala ställningstaganden. Kommunerna borde därvid svara för hjälpmedel som behövs i den egna verksamheten och landstingen för den specialiserade kompetens som behövs för hantering av mer komplicerade hjälpmedel. Liksom i fråga om rehabiliteringsansvaret regleras fr.o.m. den 1 januari 1994 ansvaret för tillhandahållande av hjälpmedel för funktionshindrade uttryckligen i hälso- och sjukvårdslagen. Därvid gäller samma ansvarsfördelning som för hälso- och sjukvården. Viss skyldighet att tillhandahålla tekniska hjälpmedel följer också av arbetsmiljölagen (1977:1160) och för hjälpmedel som är knutna till en viss anläggning svarar normalt huvudmannen för anläggningen. Bidrag till hjälpmedel som handikappade behöver i arbetet kan lämnas dels enligt förordningen (1987:409) om bidrag till arbetshjälpmedel m.m., dels enligt förordningen (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

Enligt Socialstyrelsen har hjälpmedelsförsörjningen för brukare i de särskilda boendeformerna utvecklats positivt eftersom hjälpmedel utprovas individuellt i större omfattning. Även arbetsmiljön i de särskilda boendeformerna har utvecklats positivt vad gäller arbetsteknisk utrustning. Övriga brukare har enligt Socialstyrelsen inte upplevt några större förändringar med anledning av det delade huvudmannaskapet. Socialstyrelsen framhåller emellertid också att distributionskedjan för hjälpmedel har blivit mer komplicerad och omfattande och tar i anspråk större del av huvudmännens resurser än före reformen.

Som redovisats inledningsvis har kommunerna genom Ädel-reformen givits en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för de äldre som behöver det samt att inrätta bostäder med särskild service för handikappade. Med syfte att öka antalet gruppbostäder och förbättra boendekvalitén på bl.a. de övertagna sjukhemmen infördes också tillfälliga stimulansbidrag, dels för inrättande av gruppbostäder och andra alternativa boendeformer för äldre och handikappade, dels för att tillskapa fler enbäddsrum i sjukhem m.m. Dessa bidrag regleras i förordningen (1991:1280) om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppbostäder och andra alternativa boendeformer samt förordningen (1991:1281) om tillfälligt statsbidrag för viss ombyggnad av sjukhem m.m.

Hösten 1991 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med Boverket följa upp och beskriva utvecklingen avseende särskilda boendeformer för äldre och handikappade. Uppdraget redovisades i juni 1993 i en huvudrapport och sex underlagsrapporter. Socialstyrelsen konstaterar att utbyggnadstakten när det gäller särskilda boendeformer ökar och att intresset för stimulansbidragen är stort och fortsätter att öka. Under år 1992 beviljades bidrag till gruppbostäder med 373 950 000 kronor. Vidare beviljades bidrag med 106 000 000 kronor till nybyggnad av särskilda boendeformer och 15 800 000 kronor utbetalades för 316 nya enbäddsrum på sjukhem. Totalt 67 % av ansökningarna avsåg målgruppen äldre, varav 36 % personer med åldersdemens. Av ansökningarna gällde 27 % bidrag till gruppboende för utvecklingsstörda personer, 3 % bostäder för psykiskt långtidssjuka och 3 % bostäder för fysiskt funktionshindrade personer. Enligt en kommunenkät planeras under åren 1992-1995 närmare 21 000 platser/lägenheter i särskilda boendeformer. Den faktiska nettoökningen uppskattas till 15 000 bostäder och av dessa är ca 90 % avsedda för äldre.

Enligt Socialstyrelsen har standarden i boendeformer för äldre i hög grad förbättrats under andra hälften av 1980-talet. En utveckling sker också mot integration och småskalighet i vanlig bebyggelse. Konventionella benämningar som lokala sjukhem, ålderdomshem, servicebostäder och gruppbostäder blir allt mindre användbara i en nationell kommunikation eftersom lokala definitioner gör att begreppen överlappar varandra. Enligt Socialstyrelsen förekommer också mellanformer och en mängd nya boendeformer som inte längre låter sig kategoriseras i de tidigare använda begreppen.

Äldres bedömning av äldreomsorgen

I Socialstyrelsens årsrapport för 1993 redovisar Socialstyrelsen några studier som syftat till att undersöka äldres attityder till äldreomsorg och sjukvård. Ett representativt urval av 1 000 hemmaboende svenskar 60 år och äldre intervjuades bl.a. om livsvillkor och attityder till service och vård. Resultaten ger överlag en ganska ljus bild av de äldres situation.

I en betygssättning av den svenska äldreomsorgen hamnar omdömet på mer än godkänt. Svensk sjukvård får också mycket höga betyg; tre av fyra är mycket positiva till de svenska sjukhusen och bilden är likartad när det gäller vårdcentralerna. Drygt en femtedel av de intervjuade uppger dock att de personligen upplevt att äldreomsorgen försämrats. Om detta kan relateras till Ädelreformen är enligt Socialstyrelsen dock tveksamt. Bland dem som tycker att äldreomsorgen förbättrats, återfinner man de allra äldsta dubbelt så ofta som de något yngre. Socialstyrelsen konstaterar att i den grupp äldre som sannolikt har den största praktiska erfarenheten av äldreomsorgen återfinner man dem som oftast säger att äldreomsorgen förbättrats.

Sammanfattning och bedömning

Ädel-reformen genomfördes för drygt ett och ett halvt år sedan med syfte att förtydliga ansvarsförhållandet för äldre- och handikappomsorgen och uppnå ett effektivare resursutnyttjande och därmed bättre vård och omsorg. Sammanfattningsvis kan regeringen konstatera att förväntningarna på reformen i många avseenden infriats även om ännu många delar återstår att utveckla. Genomförandet av reformen innebar bl.a. att ca en femtedel av landstingens budget överfördes till kommunerna och att ca 40 000 arbetstagare bytte huvudman den 1 januari 1992. Socialstyrelsen konstaterar att det allmänna omdömet om Ädelreformen är positivt och att genomförandet varit betydligt mindre problemfyllt än befarat. Äldre i allmänhet och brukare av äldreomsorg ger också höga betyg åt äldreomsorgen. Utvecklingen av gruppboende för personer med åldersdemens och alternativa boendeformer i övrigt för äldre har varit anmärkningsvärd och positiv. Hösten 1987 fanns ett sextiotal enheter med sammanlagt 500 boende och år 1992 fanns 830 enheter för 6 700 äldre. Ädel-reformen har blivit ett incitament för kommunerna att skapa nya boendeformer som förenar ett bra boende med en god omvårdnad. De särskilda stimulansbidragen har i mindre grad utnyttjats för att utveckla nya boendeformer för personer med olika slag av funktionshinder och har inte heller tagits i anspråk i den utsträckning som förväntades för att förbättra miljön på sjukhemmen och tillskapa fler enkelrum. Regeringen planerar att senare återkomma med vissa förslag till justeringar av stimulansbidragen med syfte att särskilt uppmärksamma gruppen psykiskt störda.

De problem som Socialstyrelsen uppmärksammat kan relateras till verksamhetsområden där kommuner och landsting har ett delat ansvar t.ex. hemsjukvård och rehabiliteringsinsatser. I Socialstyrelsens årsrapport 1993:8 finns vidare indikationer på problem kring de mer hälso- och sjukvårdsinriktade delarna av Ädel-reformen. Stora skillnader kvarstår i fråga om kvalitet och innehåll mellan olika sjukhem och brister i både omvårdnad och medicinska insatser redovisas i underlagsrapporterna.

För att utveckla och säkra kvaliteten i de delar av Ädel-reformen som rör hälso- och sjukvård samt samspelet mellan de sociala och medi-

cinska insatserna har regeringen nyligen föreslagit riksdagen (prop. 1993/94:75) att anslå 50 miljoner kronor till ett särskilt stimulansbidrag, Bidrag till kvalitet i äldrevården. Bidraget skall användas till utvecklingsarbete inom sådana områden som rehabilitering, kvalitetssäkring i de medicinska insatserna, samverkan mellan huvudmännen vid övergången från somatisk akutsjukvård till särskilda boendeformer, den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll samt den geriatriska klinikfunktionen. I sammanhanget bör nämnas att Socialstyrelsen och de båda kommunförbunden gemensamt utarbetat ett planeringsunderlag Rehabilitering inom hälso- och sjukvården - för alla åldrar och diagnoser (SoS-rapport 1993:10). Av rapporten framgår att rehabilitering är en integrerad del av all hälso- och sjukvård och att en framgångsrik rehabilitering bl.a. bygger på förtroendefullt samarbete i gränsområden mellan huvudmän och verksamheter.

Erfarenheter från utvecklingsarbetet inom rehabiliteringsområdet bör avvaktas och ligga som underlag för eventuellt ytterligare ställningstagande från regeringens sida när det gäller ansvaret för rehabilitering av äldre och handikappade.

5 Det kommunala betalningsansvaret för viss hälso- och sjukvård

I regeringens proposition 1987/88:176 om äldreomsorgen inför 90-talet uppmärksammades problemet med att ett betydande antal äldre personer vårdades inom den somatiska akutsjukvården utan att egentligen behöva klinikernas kvalificerade medicinska resurser. Äldredelegationen (S 1988:A) - som inrättades av regeringen i maj 1988 och hade till uppgift att bereda frågan om ett mer enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen - föreslog i sin rapport om ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27) att kommunerna skulle ges ett ekonomiskt ansvar, ett betalningsansvar, för den somatiska långtidsjukvården och delar av psykiatrisk slutenvård och somatisk akutsjukvård.

Våren 1989 uppskattades i genomsnitt 20 % av inneliggande patienter vid internmedicinska kliniker vara medicinskt färdigbehandlade. I propositionen 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. föreslog regeringen att det skulle införas ett obligatoriskt betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård. Socialutskottet anförde i betänkande 1990/91:SoU9 att "för att reformen skall bli kraftfull anser utskottet det nödvändigt att ett obligatoriskt betalningsansvar införs för kommunerna även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och inom geriatriken". Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 1990/91:97).

Ädelreformen kom därigenom att innebära bl.a. att ett system med kommunalt betalningsansvar infördes dels för sådan somatisk långtidssjukvård som alltjämt drivs i landstingens regi, dels för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård.

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård reglerar kommunernas betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård och medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Landsting och kommuner kan också gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra patienter inom t.ex. psykiatrisk långtidssjukvård.

I förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård regleras ersättningen per utnyttjad vårdplats när det gäller patienter inom ett landstings somatiska långtidssjukvård samt medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Beloppen räknas om årligen i förhållande till skatteunderlagets förändring. Ersättningsbeloppen för år 1993 framgår av SFS 1992:1217.

Eftersom erfarenheterna av ett system med betalningsansvar som ekonomiskt styrmedel var mycket begränsade när det infördes ansåg socialutskottet att en särskild delegation skulle tillsättas för att följa utvecklingen. Som anförts inledningsvis beslutade regeringen i november 1991 att en kommitté skulle tillkallas med uppgift att följa och utvärdera det kommunala betalningsansvaret. Arbetet i kommittén skulle inriktas på styrsystemets effekter för kommun, landsting och enskilda personer samt på systemets tekniska utformning. Kommitténs arbete skulle vidare belysa de ekonomiska konsekvenserna för huvudmännen, systemets inverkan på kvaliteten i vård- och omsorgsarbetet, förändringar avseende antalet medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvård och geriatrik och uppbyggnad av vård- och boendealternativ inom kommunerna samt förändringar inom långtidssjukvården. Kommittén, som tog namnet Betalningsansvarskommittén, överlämnade i juni 1993 sitt slutbetänkande Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49) till regeringen. Regeringen avser att i det följande redovisa några huvudrag vad gäller erfarenheterna så här långt av betalningsansvaret. Därefter följer ett förslag till lagändring bl.a. vad avser ersättningsnivåerna för medicinskt färdigbehandlade.

5.1 Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter

Regeringens bedömning: Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom landstingens hälso- och sjukvård bör behållas tills vidare.

Kommitténs bedömning överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrat sig i frågan är positiva till betalningsansvaret. Riksrevisionsverket och Malmöhus läns landsting anför dock att betalningsansvarets inverkan på kvaliteten i vård- och omsorgsarbetet inte belysts tillräckligt och Eskilstuna kommun förklarar att systemet uppnått avsedd verkan och därför inte längre behövs.

Skälen för regeringens bedömning: Av Betalningsansvarskommitténs rapport framgår att antalet färdigbehandlade patienter som ligger kvar på sjukhusen har minskat kraftigt. Inom den somatiska akutsjukvården halverades antalet färdigbehandlade mellan inventeringar gjorda i mars 1990 och mars 1993. Vid det senare mättillfället uppgick antalet medicinskt färdigbehandlade patienter till 2 000. Inom den geriatriska vården var motsvarande reducering av antalet färdigbehandlade drygt 60 % mellan mättidpunkterna i november 1991 och mars 1993. I mars 1993 uppgick antalet till ca 1 600 patienter.

I en enkät fick kommuner och landsting vidare svara på frågor angående resursförändringar till följd av betalningsansvaret. Konsekvenserna av betalningsansvaret visade sig enligt kommittén vara svåra och delvis omöjliga att skilja från andra förändringar i samhället. På grund av bortfall och vissa tekniska svårigheter att besvara frågorna måste alltså siffrorna tas med stora reservationer.

Minskningen av antalet vårdplatser till följd av betalningsansvaret uppgick under år 1992 enligt landstingens bedömning till drygt 1 300 platser. Den sammanlagda minskningen under åren 1992 och 1993 bedöms uppgå till ca 2 000 vårdplatser. En grov bedömning anger att antalet platser har minskat med ca 7 % mellan mars 1992 och mars 1993. Av denna minskning kan enligt kommitténs rapport knappt hälften tillskrivas betalningsansvaret. Enligt kommittén uppgår motsvarande minskning inom den geriatriska vården till ca 8 %, varav i stort sett hela minskningen kan tillskrivas betalningsansvaret.

Landstingens intäkter år 1992 för medicinskt färdigbehandlade patienter uppgick till ca 40 % av det skatteväxlade beloppet om 1,4 miljarder kronor i 1992 års priser. Kommunerna har angett en nettoökning av särskilda boendeformer för ca 4 700 boende under år 1992 och planerar för en ytterligare ökning med 5 200 bostäder i särskilda boendeformer under år 1993.

Sammanfattningsvis kan regeringen konstatera att betalningsansvaret som styrinstrument varit framgångsrikt och att det utgör ett viktigt inslag i Ädel-reformen. Det har utgjort ett viktigt incitament för kommunerna att utan dröjsmål erbjuda patienterna annan omvårdnad och service. Vidare har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskats och att vårdtiden för dessa förkortats. Regeringen gör bedömningen att betalningsansvaret som ekonomiskt incitament därför bör bibehållas tills vidare. Utvecklingen bör även fortsättningsvis följas genom återkommande inventeringar.

5.2 Betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård

Regeringens bedömning: Kommunernas betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård bör bibehållas. Socialstyrelsen bör följa utvecklingen av den somatiska långtidssjukvård som finns kvar hos landstingen.

Kommitténs bedömning: Utvecklingen av landstingens långtidssjukvård bör följas noga. Sådan vård bör succesivt ersättas med lokala vård- och boendealternativ.

Remissinstanserna: Flertalet av de remissinstanser som yttrat sig i frågan instämmer i kommitténs bedömning.

Skälen för regeringens bedömning: Som tidigare nämnts innebär Ädelreformen att kommunerna getts ett betalningsansvar för viss somatisk långtidssjukvård. Syftet har varit att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för all sådan vård, oberoende av om den bedrivs inom kommunens egen verksamhet, hos landstinget eller i privat regi. Det kommunala betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård omfattade den 1 januari 1992 ca 3 400 vårdplatser. Under år 1992 minskade antalet platser med 120 och för år 1993 planeras en ytterligare minskning med 290 platser.

Regeringen gör bedömningen att betalningsansvaret för den landstingsdrivna somatiska långtidssjukvården utgör en viktig funktion när det gäller att påskynda en angelägen omställning från vård i gamla sjukhusanläggningar till moderna särskilda boendeformer. Det är viktigt att Socialstyrelsen som ett led i den fortsatta uppföljningen av Ädelreformen följer utvecklingen av den somatiska långtidssjukvård som finns kvar hos landstingen.

5.3 Betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård

Mycket talar enligt Betalningsansvarskommittén för ett beslut om ett obligatoriskt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade också när det gäller gruppen psykiskt långtidssjuka vilket även flera remissinstanser instämmer i. Kommittén anför att relativt få särskilda boendeformer för denna grupp har kommit till stånd och att inga frivilliga överenskommelser har ingåtts om ett sådant betalningsansvar. Behovet av alternativa boendeformer för personer med psykiska funktionshinder är stort. Psykiatriutredningen (S 1989:01) har i betänkandet Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) lämnat förslag till åtgärder för att åstadkomma ett bättre stöd till psykiskt störda personer. Bl.a. föreslås ett obligatoriskt betalningsansvar för personer som vårdats långvarigt inom psykiatrin. Betänkandet bereds för närvarande inom regeringskansliet och regeringen avser att under våren 1994 återkomma till riksdagen i denna fråga.

Regeringens bedömning: Begreppet medicinskt färdigbehandlad bör inte preciseras i lagstiftningen. Tolkningen av begreppet bör däremot följas ingående i den fortsatta utvärderingen av Ädel-reformen.

Kommitténs bedömning överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Många remissinstanser anför att begreppet är oklart. Svenska Kommunförbundet anför exempelvis att det finns ett behov av gemensamma diskussioner för att klargöra begreppet och Karlstads kommun pekar på skillnader i synsätt mellan läkare på olika kliniker. Några kommuner berör också begreppet medicinskt färdigbehandlad i förhållande till den etiska frågan om utskrivning till annan boendeform i livets slutskede.

Skälen för regeringens bedömning: Kommunerna har som tidigare nämnts enligt lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård inom landstingens hälso- och sjukvård. Enligt lagen är en patient medicinskt färdigbehandlad när han eller hon inte längre behöver den medicinska vård som ges vid vårdenheten eller vid annan enhet inom landstingets hälso- och sjukvård. Frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad skall avgöras av ansvarig läkare.

Betalningsansvarskommittén har bl.a. genom enkäter tillfrågat huvudmännen om deras synpunkter på begreppet medicinskt färdigbehandlad. Ca hälften av landstingen och kommunerna anser enligt undersökningen att det förekommer problem med tolkningen av begreppet. De tillfällen då reella problem uppstår är dock få. Flera remissinstanser har uttryckt behov av klargörande när det gäller detta begrepp. Bedömningen av vem som är medicinskt färdigbehandlad måste enligt kommittén utgå från sjukvårdens och socialtjänstens resurser för utredning, behandling, rehabilitering och omvårdnad samt från läkarens bedömning av den enskilda patientens vårdbehov.

En närmare precisering i lagstiftning av begreppet medicinskt färdigbehandlad är enligt regeringens bedömning sannolikt vare sig möjlig eller lämplig. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling kan medföra att bedömningen förändras över tiden, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågor som rör tolkning av begreppet medicinskt färdigbehandlad bör därför följas ingående inom ramen för Socialstyrelsens fortsatta utvärdering av Ädel-reformen.

När det gäller vård i livets slutskede vill regeringen betona att, om utskrivning till annan vårdform övervägs, särskild hänsyn måste tas till den enskildes och anhörigas önskemål.

Regeringens bedömning: Kommunernas och landstingens gemensamma vårdplanering i fråga om medicinskt färdigbehandlade patienter bör följas i den fortsatta utvärderingen av Ädel-reformen. Därvid bör den enskildes inflytande belysas särskilt.

Kommitténs bedömning: Vårdplanering bör inledas i ett så tidigt skede som möjligt.

Remissinstanserna: Endast några remissinstanser har kommenterat vårdplaneringen. Pensionärernas Riksorganisation instämmer i kommitténs bedömning och Sveriges Pensionärsförbund anför att patientens medverkan i vårdplaneringen bör följas upp ytterligare.

Skälen för regeringens bedömning: Möjligheterna att erbjuda den enskilde service och vård är inte bara beroende av vilka resurser som finns att tillgå utan också av hur samspelet fungerar mellan länssjukvården, primärvården och socialtjänsten. I lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård anges att en kommuns betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter normalt inträder dagen efter det att landstinget hos kommunen anmält att patienten är färdigbehandlad. Lagen förutsätter dock att landstinget och kommunen dessförinnan inlett planering om patientens fortsatta vård. Betalningsansvaret inträder först fem vardagar - vissa dagar oräknade - efter det att vårdplanering inletts.

Kommittén konstaterar att en stor majoritet av de tillfrågade kommunerna och landstingen anser den gemensamma vårdplaneringen fungera bra eller acceptabelt. I en patientstudie omfattande 129 patienter från sju kommuner/socialdistrikt uppger personalen att 62 % av patienterna (80 patienter) har varit delaktiga i vårdplaneringen. Av de tillfrågade patienterna uppgav 54 % att de deltagit i planeringen. Stora lokala variationer avseende patienternas deltagande i vårdplaneringen förekommer dock. Kommittén drar slutsatsen att samarbetet mellan huvudmännen kring den gemensamma vårdplaneringen i huvudsak fungerar väl.

Den gemensamma vårdplaneringen har en central roll för att syftet med det kommunala betalningsansvaret skall uppnås. Förutsättningar för en god vård och omsorg efter utskrivning från sjukhuset förutsätter en utvecklad gemensam planering mellan berörda och ansvariga handläggare. Vårdplanering får inte ses som ett rutinmässigt inslag i administrationen av betalningsansvaret utan skall ges ett reellt innehåll där den enskildes och de anhörigas synpunkter skall ha stor tyngd. Regeringen vill betona betydelsen av att även vårdplaneringsarbetet följs inom ramen för Socialstyrelsens utvärdering av Ädel-reformen och att särskilt den enskildes inflytande belyses.

5.6 Ersättningen för medicinskt färdigbehandlade patienter m.m.

Regeringens förslag: Kommuner och landsting ges möjlighet att avtala om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter än de av regeringen fastställda beloppen. Sådan ersättning skall dock inte få understiga ett minsta belopp.

Omfattningen av kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård respektive geriatrisk vård förtydligas och vissa ändringar av terminologin görs i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Kommitténs förslag: Kommittén föreslår att landsting och kommun skall få avtala om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Detta belopp skall enligt kommittén inte få understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden på en enhet för geriatrik och inte överstiga motsvarande kostnad för omvårdnad på en enhet för somatisk akutsjukvård.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna kommenterar inte kommitténs förslag vad avser ersättningsnivån för medicinskt färdigbehandlade. Ungefär en tredjedel av remissinstanserna tillstyrker kommitténs förslag om att ge huvudmännen utrymme att lokalt komma överens om ett enhetligt pris för medicinskt färdigbehandlade patienter. Nordmalings kommun avstyrker förslaget.

Skälen för regeringens förslag: Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter regleras i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Enligt denna lag skall en kommun lämna ersättning till landstinget för patienter som trots att de är medicinskt färdigbehandlade, finns kvar på landstingets enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård. Ersättningen skall lämnas med ett belopp som motsvarar den omvårdnad patienten erhåller på kliniken och skall motsvara en genomsnittlig sådan kostnad framräknad för hela riket. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket och fastställs av regeringen. År 1993 uppgår beloppet för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård till 1 957 kronor för varje påbörjat vårddygn och till 1 413 kronor för varje sådant dygn avseende patienter inom geriatisk vård.

Socialutskottet anförde i betänkandet 1990/91:SoU9 Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m. att "kommuner och landsting i framtiden borde kunna träffa överenskommelser om storleken på ersättningen för betalningsansvaret". I skrivelser till Betalningsansvarskommittén från bl.a. landstinget och Kommunförbundet i Värmland samt Svensk geriatrisk förening har framförts önskemål om större frihet att

på lokal nivå bestämma priset per vårddag för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Bakgrunden är att landstinget i Värmland har samordnat och integrerat den geriatriska vården med den somatiska vården vid medicinavdelningarna. Även från andra länsdelssjukhus i landet har rapporterats motsvarande integrering av den geriatriska vården inom internmedicinen.

Mot denna bakgrund föreslår Betalningsansvarskommittén att huvudmännen skall ges möjlighet att lokalt komma överens om en enhetlig prissättning för medicinskt färdigbehandlade patienter. En sådan förändring kräver en ändring i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

I likhet med vad kommittén framfört anser regeringen att det nu finns behov av att kunna anpassa ersättningen för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård till lokala förhållanden. På många håll vårdas och rehabiliteras patienter vid internmedicinska kliniker där den geriatriska klinikfunktionen har samordnats eller integrerats i denna. Som en följd av strukturförändringar inom landstingen kan självkostnaden för den geriatriska vården ligga högre än för några år sedan. Det högre ersättningsbeloppet för somatisk akutsjukvård kan innebära att valet av vårdform styrs av en centralt fastlagd prissättning i stället för av den enskilde patientens vårdbehov.

Regeringen föreslår därför att 8 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ändras så att kommuner och landsting ges möjlighet att avtala om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade än de av regeringen fastställda beloppen. Ett lägsta ersättningbelopp bör dock fastställas för att även fortsättningsvis utgöra ett ekonomiskt incitament för kommunerna mot en nödvändig omställning av resurser för vård och omsorg. Denna lägsta ersättning bör motsvaras av den genomsnittliga kostnaden i riket för geriatrisk vård. Något skäl att sätta en gräns uppåt för denna ersättning saknas dock. De belopp regeringen årligen fastställer för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård bör också tills vidare gälla i de fall huvudmännen inte kommer överens om annat.

Regeringen föreslår också en ändring i 6 § nämnda lag. Syftet med denna ändring är att klargöra att en kommun är betalningsansvarig för en patient på en enhet för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård som inte längre behöver vården där, även i det fallet patienten väntar på behandling vid en annan enhet inom landstingets hälso- och sjukvård där det bedrivs vård som kommunen har betalningsansvar för, exempelvis en enhet för somatisk långtidssjukvård. Slutligen bör i nämnda lag begreppet landstingskommun ändras till landsting i enlighet med språkbruket i kommunallagen (1991:900).

Lagändringarna bör träda i kraft den 1 juli 1994.

Sammanfattning av Betalningsansvarskommitténs slutbetänkande Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49)

Uppdraget

Betalningsansvarskommittén tillsattes våren 1992 med uppgift att följa och analysera betalningsansvarets effekter och vid behov föreslå förändringar i det regelsystem som finns på området.

Arbetet skall enligt direktiven inriktas på systemets effekter för kommuner, landsting och enskilda samt på dess tekniska utformning. Kommitténs arbete skall beslysa:

* ekonomiska konsekvenser för huvudmännen,
* inverkan på kvalitet i vård- och omsorgsarbetet,
* förändringarna av antalet medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvård och geriatrisk vård,
* uppbyggnad av vård- och boendealternativ inom kommunerna samt
* förändringarna inom långtidssjukvården.

Under arbetets gång har kommittén genom enkäter till kommuner, landsting, länsstyrelser och länens kommunförbund inhämtat uppgifter om resurser och kostnader samt erfarenheter av samarbete, vårdplanering m.m. Dessutom har en patientstudie genomförts i syfte att dels belysa vårdtyngd m.m. hos medicinskt färdigbehandlade patienter, dels få information om patienternas syn på deras delaktighet i planeringen och möjlighet att påverka valet av boendeform och insatser efter utskrivning.

Betalningsansvar för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård

Medicinskt färdigbehandlad

Enligt lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso-och sjukvård är en patient medicinskt färdigbehandlad när ansvarig läkare bedömer att patienten inte längre behöver den vård som ges vid vårdenheten eller vid annan enhet inom landstingets länssjukvård.

Av en av kommittén genomförd patientstudie framgår att de flesta av patienterna är över 80 år. Trots detta klarar två tredjedelar såväl att äta, förflytta sig som att gå på toaletten själva. Ett fåtal patienter hade mycket stora service- och omvårdnadsbehov. Alla var dock beroende av hemtjänstinsatser och många hade behov av rehabiliterande insatser.

Antalet färdigbehandlade patienter, som ligger kvar på sjukhus, har minskat kraftigt. Den totala minskningen inom den somatiska akutsjukvården var drygt 50 % mellan inventeringar i mars 1990 och mars 1993, vilket motsvarade ca 2 000 patienter. Inom den geriatriska vården var minskningen drygt 60 % mellan november 1991 och mars 1993, vilket motsvarar ca 1 600 patienter. Mellan november 1992 och mars

1993 ökade dock antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården, medan minskningen fortsatte inom den geriatriska vården.

Ca hälften av kommunerna och drygt hälften av landstingen har i enkätsvar angett att det förekommer problem med tolkningen av begreppet medicinskt färdigbehandlade. De tillfällen då reella problem uppstår är dock relativt få.

En närmare precisering i lagstiftningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad är, enligt kommitténs uppfattning, inte möjlig att göra eftersom bedömningen måste utgå från läkarens bedömning av varje patients vårdbehov samt från sjukvårdens och socialtjänstens resurser för utredning, behandling, rehabilitering och omvårdnad. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling medför sannolikt även att bedömningen förändras över tiden, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågan bör därför följas i den fortsatta utvärderingen av reformen.

Vårdplanering

En bra planering av patienternas fortsatta behov efter utskrivning från sjukhuset är angelägen för att kunna ge en god service och vård. Huvudmännen anser, enligt enkätsvaren, att den gemensamma vårdplaneringen oftast fungerar bra eller acceptabelt.

En del av Ädelreformens syfte var att öka möjligheterna för den enskilde att kunna påverka val av boende och utformning av insatser. Enligt huvudmännens svar i en enkät deltar 85 % av patienterna i vårdplaneringen alltid eller ofta. I patientstudien har den personal, som ansvarat för vårdplaneringen uppgett att två tredjedelar av patienterna deltagit i planeringen. Samma fråga har ställts till patienterna, och även här har två tredjedelar uppgett att de deltagit.

Av det som hittills framkommit drar kommittén slutsatsen att den gemensamma vårdplaneringen i huvudsak fungerar väl.

Till kommittén har frågor framförts om när vårdplanering skall anses vara inledd samt från vilken dag betalningsansvar inträder. Kommittén vill framhålla att den grundläggande tanken med bestämmelserna om vårdplaneringstiden var att den skulle inledas redan vid inskrivningen så att ingen tid skulle gå förlorad på grund av bristande information till ansvariga inom den lokala servicen och vården. En tillämpning som innebär att vårdplanering rutinmässigt inleds först efter att patienten bedömts medicinskt färdigbehandlad strider därför mot andan i lagen och kan dessutom innebära att patienter blir kvar längre på sjukhuset än vad som är motiverat och önskvärt.

Resurser

Kommittén har via en enkät (februari 1993) inhämtat uppgifter om ekonomiskt utfall av betalningsansvaret år 1992 i kommuner och landsting, förändring av antalet vårdplatser inom somatisk akutsjukvård och

geriatrisk vård till följd av betalningsansvaret samt kommunernas utbyggnad av särskilda boendeformer.

Landstingen har under år 1992 minskat antalet platser inom akutsjukvård och geriatrisk vård som en följd av betalningsansvaret med ca 1 400 platser och en minskning planeras för år 1993 med ytterligare ca 700 platser.

236 kommuner har redovisat en utbyggnad av särskilda boendeformer för ca 4 700 boende och planerar för år 1993 en ytterligare utbyggnad för ca 5 200 boende. Uppgifter saknas från 50 kommuner.

Huvudmännen har redovisat siffror över effekter på förändringen av kostnader som ett resultat av betalningsansvaret.

Kommunernas kostnader för särskilda boendeformer och andra insatser har ökat medan landstingens kostnader har minskat genom platsreduktion under år 1992. Den långsiktiga ekonomiska effekten är dock inte möjlig att bedöma.

Enligt kommitténs bedömning kan vissa andra resultat av utvecklingen under år 1992 iakttas.

* Fler äldre har fått del av kommunernas satsningar på vård och boende,
* bättre boendestandard har kommit flera till del samt
* har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad förkortats.

Rehabilitering

Landstingen har reducerat antalet platser inom den geriatriska vården med ca 600 under år 1992 och planerar ytterligare minskning med ca 300 platser år 1993. Dessa minskningar måste ses mot bakgrund av att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter minskat kraftigt. Kommunerna har förstärkt den rehabiliterande personalen med ca 120 årsarbetare samt byggt ut dagverksamheter med rehabiliteringsinriktning.

En stor del av de medicinskt färdigbehandlade patienterna har, enligt vad som framkommit av patientstudien, behov av rehabiliterande insatser. De insatser som erbjöds dessa patienter var emellertid relativt blygsamma.

Enligt många av huvudmännen råder oklarhet när det gäller ansvarsfördelningen för rehabiliteringen. Kommittén anser att det är angeläget att ansvarsfördelningen preciseras ytterligare. Detta bör i första hand ske i samarbete mellan huvudmännen.

Ersättning

I lagen om kommunernas betalningsansvar regleras priset per vårddag för medicinskt färdigbehandlade patienter. Det omräknas årligen med skatteunderlagets utveckling och är för år 1993 1 957 kr för somatisk akutsjukvård och 1 413 kr för geriatrisk vård.

Till kommittén har framförts önskemål om ändringar i lagen som möjliggör för huvudmännen i varje län att bestämma priset per vårddag för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Skälen härför är bl.a. att flera landsting har samordnat och integrerat den geriatriska vården med andra kliniker t.ex. internmedicin.

Kommittén anser det viktigt att nuvarande ekonomiska incitament finns kvar ytterligare en tid framöver. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter har visserligen minskat men de lokala variationerna är stora. Först längre fram kan incitamentets mer långsiktiga och bestående effekter bedömas.

Kommittén föreslår emellertid att ett visst utrymme för lokala överenskommelser ges. Landsting och kommuner i ett län bör få komma överens om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom både somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Denna måste dock sättas till ett belopp mellan de ersättningsnivåer som lagts fast i lagen om kommunernas betalningsansvar. Förslaget innebär att en förändring i betalningsansvarslagens 8 § måste göras.

Somatisk långtidssjukvård

Vård i landstingets regi

Betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården syftar till att påskynda en angelägen omställning från vård i gamla sjukhusanläggningar med en stor andel flerbäddsrum till service och vård i moderna särskilda boendeformer. Kommuner och landsting har i varje län träffat lokala överenskommelser som reglerar betalningsansvaret för den somatiska långtidssjukvården. Ett enhetligt länspris fastställs i en särskild förordning och räknas om varje år.

Totalt omfattades vid regleringen ca 3 300 vårdplatser inom den somatiska långtidssjukvården. Under år 1992 har antalet platser minskat med 130 och för år 1993 planeras en ytterligare minskning med 290 platser.

Kommittén anser att utvecklingen av den landstingsdrivna somatiska långtidssjukvården bör följas noga. Avsikten är att denna vård successivt skall ersättas av lokala vård- och boendealternativ. Det nuvarande systemet med av regeringen fastställda priser blir i ett längre tidsperspektiv otympligt eftersom kostnadsbilden förändras efterhand. I den mån en kommun avser att utnyttja landstingets långvårdsresurser även i ett längre eller obestämt tidsperspektiv bör berörda huvudmän därför överväga en överföring av resursen från landsting till kommun.

Enskild vård

Betalningsansvar gäller för vård vid enskilda vårdhem med inriktning mot somatisk långtidssjukvård samt konvalescenthem i de fall ett landsting har svarat för placeringen. Kommunernas ersättningar till enskilda vårdgivare motsvarade ca 2 300 platser under år 1992. Huvudmodellen

bör vara att kommunerna träffar avtal direkt med de enskilda vårdhemsägarna. Så sker också i de allra flesta fallen. Endast ca 5 % av kommunernas kostnader för enskild vård utgjordes av ersättning till landstingen.

Övrigt

Landstingsfria kommuner

I Malmö och Göteborg tillämpas ett system för betalningsansvar som liknar det som gäller i övriga riket medan Gotland inte infört något sådant system. Andelen färdigbehandlade patienter ligger i dessa kommuner fortfarande något över riksgenomsnittet.

Psykiskt långtidssjuka

Den psykiatriska vården omfattas inte av ett obligatoriskt betalningsansvar. Inga frivilliga överenskommelser om betalningsansvar har heller träffats. Psykiatriutredningen föreslog emellertid i sitt slutbetänkande en form av betalningsansvar.

En stor del av kommunerna och landstingen har i enkätsvaren beskrivit olika problem till följd av att ett obligatoriskt betalningsansvar inte införts inom den psykiatriska vården. Många avvaktar resultatet av Psykiatriutredningens förslag om obligatoriskt betalningsansvar.

Kommittén vill understryka att den ovan beskrivna utvecklingen utgör tecken på att psykiskt sjukas behov av alternativa vård- och boendeformer får stå tillbaka för andra gruppers motsvarande behov så länge som de ekonomiska incitamenten inte omfattar psykiskt sjuka. Detta talar enligt kommitténs mening för att ett obligatoriskt betalningsansvar bör införas även för psykiskt långtidssjuka. Härigenom skulle de positiva förändringar som skett som en följd av betalningsansvaret inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård även komma psykiskt långtidssjuka till del.

Sammanställning av remissyttranden över Betalningsansvarskommitténs slutbetänkande Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49)

Remissinstanserna

Över Betalningsansvarskommitténs betänkande har sammanlagt 31 organ avlämnat yttranden.

Efter remiss har yttrande avgetts av följande myndigheter: Socialstyrelsen, Statskontoret, Riksrevisionsverket (RRV), Länsstyrelsen i Stockholms län, Kammarrätten i Sundsvall, Länsrätten i Kristianstads län.

Efter remiss har yttrande avgetts av Värmlands läns landsting, Malmöhus läns landsting och Jämtlands läns landsting.

Vidare har efter remiss yttrande avgetts av följande organ: Stockholms kommun, Göteborgs kommun, Bollnäs kommun, Eskilstuna kommun, Hällefors kommun, Jönköpings kommun, Karlstads kommun, Landskrona kommun, Mjölby kommun, Nordmalings kommun, Oxelösunds kommun, Sollentuna kommun, Torsby kommun, Umeå kommun, Örebro kommun, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Riksförbundet pensionärernas gemenskapsgrupper (RPG), Handikappförbundens samarbetsorgan.

1 Betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter m.m.

1.1 Betalningsansvarskommitténs bedömning

Kommittén redovisar en kraftig minskning av antalet färdigbehandlade patienter. Betalningsansvaret bör bibehållas som ekonomiskt incitament och även fortsättningsvis följas genom återkommande inventeringar. Det är svårt att dra några säkra slutsatser om betalningsansvarets effekter på huvudmännens ekonomi och på utbyggnaden av alternativa vårdresurser. Fler äldre har fått del av kommunernas satsningar på vård och boende och en bättre boendestandard har kommit flera till del. Tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård har förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad har förkortats.

1.2 Remissinstansernas svar

Socialstyrelsen instämmer i huvudsak med kommitténs bedömningar vad avser effekterna av betalningsansvaret och delar uppfattningen att frågan bör följas inom ramen för Ädel-utvärderingen. *Svenska Kommunförbun-*

det instämmer i kommitténs bedömning att Ädelreformen uppnått sitt syfte att åstadkomma en förskjutning av vård på institution till vård i hemmet. *Stockholms stad* anser i likhet med *Göteborgs, Hällefors, Jönköpings, Nordmalings, Torsby och Örebro kommuner* att systemet med betalningsansvar fungerar bra och att erfarenheterna överlag är goda. *Pensionärernas Riksorganisation* och *Sveriges Pensionärsförbund* uttrycker en positiv inställning till systemet med betalningsansvar men också viss oro för kvalitet, konsekvenser av nedskärningar m.m. *Riksrevisionsverket* och *Malmöhus läns landsting* anför att betalningsansvarets inverkan på kvaliteten i vård- och omsorgsarbetet inte belysts tillräckligt och bör följas upp. *Eskilstuna kommun* anser att systemet med ett kommunalt betalningsansvar redan har uppnått avsedd verkan och avstyrker att systemet skall finnas kvar.

2 Betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård

2.1 Betalningsansvarskommitténs bedömning

Utvecklingen av landstingens långtidssjukvård bör följas noga. Sådan vård bör successivt ersättas med lokala vård- och boendealternativ. Avser kommunen att utnyttja platserna i ett längre och obestämt tidsperspektiv bör huvudmännen överväga en överföring av resurserna.

2.2 Remissinstansernas svar

Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och *Pensionärernas Riksorganisation* instämmer i kommitténs bedömning. *Värmlands läns landsting* ser betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård som en övergångslösning och *Sollentuna kommun* anför att det kommunala betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård måste få innebära att kommunen kan påverka prissättning och kvalitet.

3 Betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård

3.1 Betalningsansvarskommitténs bedömning

En relativt blygsam utbyggnad av särskilda boendeformer för psykiskt långtidssjuka har skett. Inga län har ingått frivilliga överenskommelser om betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården. Detta talar enligt kommittén för att ett obligatoriskt betalningsansvar bör införas även för psykiskt långtidssjuka.

3.2 Remissinstansernas svar

Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och Handikappförbundens samarbetskommitté uttalar sig liksom kommunerna *Jönköping, Karlstad, Landskrona* och *Mjölby* för att ett obligatoriskt betalningsansvar införs även för psykiskt långtidssjuka.

4 Begreppet medicinskt färdigbehandlad och ansvaret för rehabiliteringsinsatser

4.1 Betalningsansvarskommitténs bedömning

Begreppet medicinskt färdigbehandlad tycks vara det som varit svårast att hantera för huvudmännen. Faktiska tillfällen då problem uppstått tycks dock ha varit ganska få. En närmare precisering i lagstiftning anser kommittén varken lämplig eller möjlig. Bedömningen måste utgå från sjukvårdens och socialvårdens samlade resurser samt från läkarens bedömning av varje patients vårdbehov. Frågan bör följas i den fortsatta utvärderingen.

Kommittén framhåller att rehabiliteringsfrågorna måste ges ökad uppmärksamhet i kommuner och landsting. Det är angeläget att ansvarsfördelningen preciseras ytterligare vilket i första hand bör ske mellan huvudmännen.

4.2 Remissinstansernas svar

Behovet av tolkning och klargörande av begreppet medicinskt färdigbehandlad liksom av ansvaret för rehabiliteringsinsatser har kommenterats av många remissinstanser. *Socialstyrelsen* anser att läkarens roll i samband med bedömning av patientens medicinska behov liksom dennes medverkan i vårdplaneringen måste uppmärksammas och ytterligare belysas. *Svenska Kommunförbundet* har erfarit problem på vissa håll att tolka begreppet och framför behovet av gemensamma diskussioner för att klargöra begreppet. Också *Landstingsförbundet* anför att eventuella svårigheter får lösas på det lokala planet i samband med utvecklingen av den gemensamma vårdplaneringen. När det gäller svårt sjuka som t.ex. cancersjuka och patienter med HIV/Aids ifrågasätter förbundet det etiskt riktiga i att skjuta över ansvaret till kommunerna och pekar också på svårigheterna att ge dessa patienter adekvat vård. *Karlstads kommun* pekar på skillnader i synsätt avseende begreppet färdigbehandlad mellan läkare på olika kliniker. *Landskrona kommun* anser att patienter idag snabbare bedöms vara färdigbehandlade än före Ädel-reformen. *Mjölby kommun* menar att en vid tolkning av begreppet innebär att patienter skrivs ut med sjukdomstillstånd som sjukhemmen har svårt att klara av. *Jönköpings kommun* anser att läkarens bedömning att en patient är

medicinskt färdigbehandlad och beslut om utskrivning bör kunna överprövas. Några kommuner berör begreppet medicinskt färdigbehandlad i förhållande till den etiska frågan om utskrivning till annan boendeform i livets slutskede. *Örebro kommun* uppger att patienter i terminalvård, även om de uppfyller kriterierna att vara medicinskt färdigbehandlade, inte mot sin önskan skrivs ut till annan boendeform och *Torsby kommun* intar samma syn på frågan om utskrivning vid vård i livets slutskede.

Hälften av remissinstanserna har kommenterat ansvarsfrågan när det gäller rehabiliteringsinsatser och anser att gränsen mellan kommunens och landstinget ansvar är otydlig. *Torsby kommun* anför t.ex. att den geriatriska vården måste prioriteras och att pågående integration med annan internmedicinsk vård innebär att oklarheter om ansvaret uppstår.

5 Vårdplaneringen

5.1 Betalningsansvarskommitténs bedömning

Samarbetet mellan huvudmännen kring den gemensamma vårdplaneringen fungerar i huvudsak väl. Det är nödvändigt att vårdplanering inleds i ett så tidigt skede som möjligt och helst redan vid inskrivningen på sjukhuset.

5.2 Remissinstansernas svar

Några remissinstanser har kommenterat frågan om vårdplanering. *Socialstyrelsen* påpekar behovet av läkarmedverkan i vårdplaneringen och *Pensionärernas Riksorganisation* anser att vårdplaneringen skall inledas direkt vid inskrivningen. Patienternas deltagande i vårdplaneringen kommenteras av *Länsrätten i Kristianstads län* som anser att resultaten från den begränsade patientstudien tyder på en låg ambitionsnivå och *Sveriges Pensionärsförbund* som menar att patientens medverkan bör följas upp vidare.

6 Ersättningsnivån

6.1 Betalningsansvarskommitténs förslag

Kommittén föreslår att kommuner och landsting ges utrymme att lokalt komma överens om en enhetlig ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård inom ramen för de ersättningsnivåer som lagts fast i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

6.2 Remissinstansernas svar

Majoriteten av remissinstanserna kommenterar inte kommitténs förslag vad avser ersättningsnivån för medicinskt färdigbehandlade. Ca en tredjedel av remissinstanserna tillstyrker kommitténs förslag om att ge huvudmännen utrymme att lokalt komma överens om ett enhetligt pris för medicinskt färdigbehandlade bl.a. *Socialstyrelsen, Värmlands, Jämtlands* och *Malmöhus läns landsting, kommunerna Göteborg, Karlstad, Torsby* och *Umeå* samt *Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Pensionärernas Riksorganisation* och *Sveriges Pensionärsförbund. Nordmalings kommun* avstyrker förslaget.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 9 december 1993

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

Föredragande: statsrådet B. Westerberg

Regeringen beslutar proposition 1993/94:121 Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.