

# Kommittédirektiv

## Betalningsansvarslagen



**Dir.**  
**2014:27**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 27 februari 2014

### **Sammanfattning**

En särskild utredare ska göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En utgångspunkt för översynen ska vara att precisera formerna för samverkan mellan huvudmännen. Översynen ska omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård.

Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 27 februari 2015.

### **Bakgrund**

#### *Betalningsansvarslagen*

Betalningsansvarslagen trädde i kraft 1992. Lagen var en del av en samlad reform (den s.k. ÄDEL-reformen) som i huvuddrag innebar att kommunerna övertog ansvaret för och driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård, vilka fick samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Kommunerna fick vidare ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser (exklusive läkarinsatser) i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Kommunerna fick också

möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget.

Betalningsansvarslagen innebär ett kommunalt betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård, inom landstingets slutna hälso- och sjukvård, som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Genom en process i flera steg ska den behandlande läkaren initiera en vårdplanering för den patient som efter utskrivningen bedöms behöva insatser från t.ex. kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Kommunen inträder som betalningsansvarig dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och vårdplan är upprättad. Betalningsansvaret inträder tidigast fem vardagar efter att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering för en patient i den somatiska akutsjukvården eller geriatriska vården. Motsvarande tidsfrist för betalningsansvaret avseende en patient i den psykiatriska vården är 30 dagar.

#### *Behovet av en översyn*

Det finns skäl att se över delar av betalningsansvarslagen. Under de drygt tjugo år som gått sedan lagens införande har stora strukturförändringar inom hälso- och sjukvården ägt rum. Den ovan nämnda Ädelreformen 1992 liksom bl.a. den s.k. Psykiatrireformen 1995 innebär en avinstitutionalisering av äldreomsorgen liksom omsorgen för personer med psykiska funktionsnedsättningar, med en stor omfördelning av insatser i landstingens slutna vård till kommunernas vård och omsorg. Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan sluten vård har sedan dess mer än halverats. Under samma tid har vårdtiderna inom sluten vård minskat i medeltal från ca åtta dagar till ca fem dagar.

Den medicintekniska utvecklingen har gjort att en allt större del av sjukvårdsverksamheten kunnat föras över i öppen vård. Dessa strukturella förändringar har i sin tur lett till ett ökat behov av insatser inom landstingens och kommunernas primärvård och kommunernas socialtjänst och äldreomsorg. Mot bakgrund av förslagen från regeringens nationella samordnare för

hemsjukvård (SOU 2011:55) har fram till nu landsting och kommuner i samtliga län utom Stockholms län kommit överens om att föra över ansvaret för hemsjukvård från landstinget till kommunerna. Detta innebär att kommunerna har ansvar för medicinska insatser (utom läkarinsatser), rehabilitering, habilitering samt omvårdnad i patientens boende, antingen i det egna hemmet eller i särskilt boende. Hemsjukvården spänner över ett brett spektrum av insatser, bl.a. omläggning av sår, skötsel av stomi och urinkateter, utprovning av inkontinenshjälpmedel, dialys, sondmatning, injektioner, infusioner och provtagningar. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet, bl.a. inom cancervården. Den dagliga omsorgen med mat, hjälp med bostadens skötsel, hjälp med personlig hygien, sociala behov m.m. sköts vanligen parallellt med de mer medicinska uppgifterna. Kommunernas vård och omsorg har sammantaget fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter för allt fler personer med omfattande behov av stöd.

Dessa förändringar har också inneburit att kraven på ett effektivt flöde i slutenvården ökat. Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning av patienter som under 2012 har fått stanna på sjukhus på grund av att kommunerna inte tagit över ansvaret för dem från tidpunkten då de är utskrivningsklara. Mot bakgrund av kartläggningen uppskattade Socialstyrelsen att under 2012 fick cirka 80 000 patienter inom den somatiska slutenvården och cirka 4 000 patienter inom den psykiatriska vården stanna på sjukhus på grund av att kommunerna inte tagit över ansvaret för dem från tidpunkten då de var utskrivningsklara. Detta trots att de var färdigbehandlade. Sammanlagt vårdades dessa patienter uppskattningsvis 460 000 dagar inom den somatiska slutenvården och 59 000 dagar inom den psykiatriska vården från det att de var utskrivningsklara från sjukhus till det att kommunerna kunde ta över ansvaret. De utskrivningsklara patienterna uppskattas ha inneburit kostnader för landstingen på cirka 1,7 miljarder kronor under 2012. Cirka 21 600 patienter vårdades mer än fem dagar inom den somatiska slutenvården och 200 patienter mer än 30 dagar inom den psykiatriska vården innan kommunen kunde ta över ansvaret för dem.

Det är angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus. Det främsta skälet är hänsynen till patientens möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad. Sluten sjukhusvård är dessutom den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv, detta gäller t.ex. infektioner. Att minska vårdtiderna handlar även om effektivt resursutnyttjande eftersom slutenvård på sjukhus är den mest kostnadskrävande vårdformen. Det finns idag ett stort behov av att inom slutenvården frigöra resurser, särskilt i form av vårdplatser.

Det är således angeläget att skapa förutsättningar för att patienter i slutenvården, som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver insatser från den kommunala vården, så snabbt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på ett väl utvecklat och fungerande samarbete mellan kommuner och landsting. Det kan också komma att ställa krav på nya typer av vårdformer, som drivs i nära samverkan mellan de båda huvudmännen.

#### *Tillgång till data om utskrivningsklara patienter*

Mot bakgrund av Patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2012 mätningar av antalet överbeläggningar och antalet utlokaliseringar i vården rapporterats till en nationell databas. För 2014 kommer även utskrivningsklara patienter att inkluderas i rapporteringen på nationell nivå. Det kommer därmed att under 2014 bli möjligt att följa förekomsten av utskrivningsklara patienter liksom att med större säkerhet beräkna kostnaderna för vårdinsatser relaterade till dessa patienter.

#### **Uppdraget**

En särskild utredare ska utses med uppdraget att göra en översyn av betalningsansvarslagen med särskild inriktning på förut-

sättningarna för att patienter i slutenvård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunala vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En viktig utgångspunkt för översynen och utredarens förslag ska vara att precisera – och därmed förbättra – formerna för samverkan mellan huvudmännen. Översynen bör omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård.

Utredaren bör analysera de processer som finns och bör finnas för att stödja en så snabb övergång av ansvaret för vård och omsorg av utskrivningsklara patienter som möjligt, bl.a. vad gäller rutiner för samverkan och krav på dokumentation, m.m. Översynen bör också omfatta tidsgränsen innan kommunens betalningsansvar för vårdinsatserna för dessa patienter inträder. Dessutom bör utredaren överväga om åtgärder på kort sikt kan vidtas för att förbättra samarbetet mellan landsting och kommuner när det gäller vårdinsatser för de aktuella patienterna. Utredaren ska lämna förslag till de författningsändringar som bedöms nödvändiga.

### **Konsekvensbeskrivningar**

Utredaren ska redovisa konsekvensbeskrivningar av förslagen för kommuner, landsting, enskilda utförare, staten samt samhällsekonomin. Om förslag lämnas till regeringen som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen, kommunerna eller enskilda ska utredaren kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen.

Om förslagen förväntas få ekonomiska effekter på den offentliga ekonomin ska samordnaren också föreslå hur dessa ska finansieras. Om något av förslagen påverkar det kommunala självstyret ska dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som har föranlett förslaget redovisas. För det fall utredaren

föreslår ny eller ändrad lagstiftning ska fullständiga författningsförslag lämnas. Utredaren ska redovisa konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män av sina förslag. Om individbaserad statistik används ska den presenteras och analyseras efter kön, om det inte finns särskilda skäl mot detta.

### **Samråd och redovisning av uppdraget**

Utredaren bör samråda med landsting och kommuner, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer. Utredaren ska särskilt beakta arbetet inom utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (dir. 2013:104). Utredaren ska vidare beakta de förslag till ändringar i betalningsansvarslagen för patienter inom den psykiatriska tvångsvården, som lämnats av Psykiatrilagsutredningen i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17). Erfarenheter från andra länder ska beaktas, särskilt Norge och Danmark som genomfört närliggande förändringar under de senaste åren.

Uppdraget ska redovisas senast den 27 februari 2015.

(Socialdepartementet)